

Palacio Legislativo de San Lázaro, 20 de abril de 2010

Transcripción de la comparecencia ante la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Diputados, LXI Legislatura, del comisionado nacional de protección social en salud, maestro Salomón Chertorivski Woldenberg, llevada a cabo hoy martes en los salones cuatro y cinco del edificio I.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Buenas tardes. Sean bienvenidos todas y todos a esta reunión de la Comisión de Salud, en la cual tendremos la comparecencia del maestro Salomón Chertorivski Woldenberg, comisionado nacional de Protección Social en Salud.

A continuación cedo la palabra a la diputada secretaria, para que dé cuenta de la lista de asistencia y haga del conocimiento de esta presidencia, el resultado del registro de la misma.

La secretaria diputada : Se informa a la presidencia que se encuentran 21 diputados y diputadas presentes, por tanto se declara el quórum de ley.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán. Muchas gracias, diputada. Se abre la sesión. Se pide a la secretaria, a continuación, someta a consideración de los integrantes de la Comisión de Salud, se dispense la lectura del orden del día ya que fue remitida previamente mediante oficio.

La secretaria diputada : En votación económica se somete a consideración si se dispensa la lectura del orden del día. Los diputados que estén por la afirmativa (votación). Los diputados que estén por la negativa (votación). Abstenciones (votación). Se aprueba la propuesta, señor presidente, por unanimidad de votos.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Muchas gracias, diputada secretaria. Acto seguido se pide a la secretaria... ¿Se aprobó el orden del día ¿verdad?

La secretaria diputada : Sí.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 1, hoja 2, ahm

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Empezando entonces por nuestro orden del día, vamos a ceder la palabra al maestro Salomón Chertorivski Woldenberg, comisionado nacional de Protección Social en Salud, para que inicie con su exposición.

El ciudadano Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias. Saludo con mucho respeto al diputado Miguel Antonio Osuna Millán, presidente de la Comisión de Salud de esta honorable Cámara de Diputados, saludo a las diputadas y a los diputados integrantes de esta comisión, y demás diputados que nos acompañan, saludo a mis colaboradores, a los medios de comunicación, a todos ustedes, muchas gracias.

Déjenme empezar comentando dos aspectos. Primero, vengo nuevamente a esta comisión con la certeza de que en el periodo en el que hemos podido colaborar juntos, en el que hemos podido trabajar, hemos demostrado que por la salud y en la salud, cuando se dialoga, cuando se conversa, cuando se discute, cuando se pacta, los comunes denominadores, los espacios de encuentro no nada más son factibles, sino son la posibilidad.

Y por tanto, primero que nada y derivado sobre todo de los grandes acercamientos que hemos tenido para construir un mejor Seguro Popular, que derivó, entre muchas otras cosas pero prioritariamente en la modificación a la Ley General de Salud, votada por unanimidad en esta comisión el año pasado, hoy vengo sobre todas las cosas a decirles gracias, diputadas, gracias, diputados, sigamos trabajando juntos porque hemos demostrado que de esa manera vamos construyendo una mejor coordinación, vamos construyendo un mejor Seguro Popular.

Segundo, le he pedido a mis colaboradores más cercanos que me acompañen y no para las tarjetas y no para nada más, sino porque para mí es fundamental que ustedes tengan a bien conocer, muchos de ustedes ya los conocen y muchos de ustedes ya han tenido la oportunidad de trabajar con ellos, más bien ellos han tenido la oportunidad de colaborar con ustedes, señores legisladores, pero para reiterarles que en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en el Seguro Popular, los funcionarios públicos que ahí laboramos estamos

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 1, hoja 3, ahm

para servirles y aquí vinieron todos mis colegas a estar hoy con ustedes, para reiterarles que estamos a su disposición el día a día para seguir respondiendo las cosas.

Con eso dicho, aludiendo a mis queridos amigos diputados, que ya los escuché, traía una presentación en donde lo que quiero es platicarles un poquito y tener esta oportunidad. Yo sé que hoy hubo una sesión larga, pero ya que tenemos la oportunidad de juntarnos, poder explorar en la historia de esta comisión, en el presente de la comisión y sobre todo en el futuro y en los grandes retos que todavía tenemos juntos, Legislativo, Ejecutivo, diferentes órdenes de gobierno, para la salud de los mexicanos.

En ese sentido si ustedes me lo permiten, presentaré algunas láminas. Primero y déjenme, pido una disculpa para algunos diputados como mi buen amigo el diputado Benítez Lucho, que conocen muy bien la historia del sector salud, bueno, el diputado García Ayala, mi líder, bueno, qué puedo decir; pero déjenme tratar de llevar a fondo un poquito la historia de en dónde estamos actualmente y de dónde venimos.

La historia institucionalizada del sector salud no es una historia tan antigua, si bien México cuenta con hospitales desde los años de la Colonia, la realidad es que la institucionalización del sector salud no se da sino hasta la década de los 40.

En el 43 con la instauración del Instituto Mexicano del Seguro Social, la primera Secretaría de Salubridad y Asistencia; en los años 60 la formación del ISSSTE y en esos años la construcción de los grandes institutos nacionales de salud.

Creo que en la década de los 40, 50, 60, es la primera gran ola de construcción de instituciones de la salud institucionalizada de nuestro país.

En el año 2000, y tengo que decirlo así y ahora seré más explícito, llevamos una realidad en donde el país, tomando una decisión valiente en los 40, decidió que la cobertura al financiamiento a la salud, sería vía el empleo formal, es decir, a través de contar con un empleo formal, uno accedía al Seguro social o bien si era

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 1, hoja 4, ahm

uno empleado público accedía al ISSSTE y a partir de acceder a los grandes institutos nacionales, a partir de eso contábamos con beneficios sociales.

Llegamos al año 2000 y esta realidad en qué derivado del estatus laboral del empleo formal íbamos a tener beneficios sociales, pues por a historia del país y por la construcción no se dio completa, es decir 50 por ciento de la población no contaba en ese momento con un estatus laboral que le permitiera tener beneficios sociales adicionales a su trabajo.

Es decir, en pocas palabras, el 50 por ciento de la población al inicio de este siglo, no contaba con el aseguramiento financiero para el acceso a su salud.

Es en el año 2003, con las modificaciones a la Ley General de Salud que le dan vida al sistema de protección social y en salud que esta tendencia histórica trata de iniciar un cambio para asegurar el financiamiento a la salud de todos aquellos mexicanos y mexicanas que no lo habían tenido, derivado de una status laboral, diferente al formal o al inscrito en los institutos mexicanos.

Y por supuesto que nos toca después de que ya tendremos a todos afiliados, pues nos toca seguir avanzando en el completo tutelaje del derecho de los propios afiliados y en el sistema integrado de salud para todos los mexicanos.

Esto ya se los había comentado, simplemente reiteraré que en el año 2000 el 50 por ciento de la población no contaba con un acceso garantizado al financiamiento a su salud y muchos de aquí lo recordarán, un mexicano o una mexicana que llegaba a una clínica, a un hospital, no es que fuera rechazado, existían las clínicas y los hospitales, pero pasaba al módulo de trabajo social,...

(Sigue turno 2)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 2, hoja 1, ill

... a una clínica o a un hospital, no es que fuera rechazado, existían las clínicas y los hospitales, pero pasaba al módulo de trabajo social. En el módulo de trabajo social se le hacía un estudio socioeconómico y basado en ese estudio socioeconómico pasaba a integrar cuál era su cuota de recuperación de los niveles del 0 al 6, y en base a esa cuota de recuperación sus servicio.

Muchos mexicanos se endeudaban, accedían al servicio con préstamos de sus familiares, amigos y muchos otros mexicanos no recibían la atención, porque simplemente no tenían el financiamiento para esa cuota de recuperación.

2. Predominaba el gasto de bolsillo en el 2000; es decir, más del 50 por ciento del gasto en salud lo hacían los mexicanos de su propia bolsa y no quiere decir que tengamos que llegar al 0; ningún país desarrollado del mundo, con los mejores sistemas de salud ha llegado en el gasto al 0 en el gasto de bolsillo. Uno puede decidir ir a la farmacia, ir a ver su médico a una consulta privada, si no quiere integrarse, en ese momento específico, al sistema institucionalizado. Eso es válido también. Pero, ¿cómo vamos disminuyendo? Porque arriba el 50 por ciento en el gasto de bolsillo era un tema muy importante.

3. Había un porcentaje del producto interno bruto bajo en la inversión en salud, y en ese entonces se pensó que era muy importante poder invertir más en materia de salud.

4. Había una distribución poco equitativa entre entidades federativas, que podía ir de 8 a 1 vez en lo que estaba recibiendo un estado, de lo que estaba recibiendo otro. ¿Y cómo se negociaba? Bueno, pues se negociaba por mecanismos que iban más allá en muchas circunstancias de lo que el estado netamente requería o necesitaba. La respuesta para esto fue la creación del sistema de protección social en salud que contribuiría a cobertura universal, garantizaba el acceso efectivo oportuno, porque ya habría un financiamiento que respaldara a los mexicanos y a las mexicanas que antes no tenían el financiamiento que asegurara su acceso, que evitaría el empobrecimiento, porque aquí hay que decirlo con todas sus palabras: si quizás pensamos en dos espacios de empobrecimiento podemos entender uno como el empobrecimiento

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 2, hoja 2, ill

endémico, es decir, papas, madres desnutridas, hijos desnutridos y un círculo de pobreza que se va incrementado.

Pero si pudiéramos pensar en dos espacios que generan empobrecimiento de un día a otro podríamos pensar en desastres naturales: un huracán de un día a otro, una familia puede perder todo su patrimonio. Otro, una enfermedad catastrófica; hasta una familia con recursos que no cuente con un aseguramiento, esa familia puede perder el patrimonio de un día a otro, con un cáncer, con un VIH Sida.

¿Y cómo se fortalecía la subsidiariedad? Es decir, cómo entre todos los mexicanos, y no nada más para quien aportaban a través de su sistema de seguridad social, derivado de su estatus laboral, sino cómo entre todos los mexicanos aportando a través de los impuestos generales, podríamos aportar para un sistema que favoreciera, sobre todo, a los mexicanos que menos tenía. Un sistema enfocado a la persona, un sistema enfocado a la subsidiariedad.

—La que sigue, por favor.

Al día de hoy, después de la creación y la puesta en marcha en el 2004 del Seguro Popular, hoy lo que existe, hoy lo que tenemos todos, y cuando uso la palabra todos, sí me refiero a todos en conjunto, porque si existe una política caracterizada por su descentralización y por la participación conjunta del gobierno federal y los gobiernos estatales, es la política de la protección social en salud.

Si existe una política en donde participan los impuestos generales de manera clara y efectiva es en el sistema de protección social en salud. Si existe una política en donde los trabajadores del sector salud participan de manera clara y decidida, es en el sistema de protección social en salud.

Hoy, hay más de 33 millones de mexicanos y mexicanas afiliadas al Seguro Popular y todos los demás mexicanos, desde nuestras diferentes trincheras —lo reitero— estamos colaborando y estamos aportando,

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 2, hoja 3, ill

para que estos más de 33 millones de mexicanos y mexicanas tengan asegurado el financiamiento para su salud.

A más tardar el primer semestre de 2011, 49 millones de personas, más, menos, estarán afiliadas al sistema y con esto, sin lugar a dudas, podremos estar hablando de qué en materia de afiliación; es decir, que todo mexicano y mexicana tengan un sistema que garantice el pago de su acceso a la salud, podremos estar hablando de una cobertura universal en la afiliación de todos los mexicanos, a más tardar en el primer semestre de 2011.

—La que sigue, por favor.

Déjenme describir brevemente las aristas que componen la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, porque a veces tenemos unas algunas dudas al respecto, y quisiera muy claro para poder tener una buena base de diálogo y de discusión como la hemos tenido en estos meses, diputados y diputadas.

El primer componente importante de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud es, por supuesto, el Seguro Popular. El Seguro Popular protege a las personas que no son derechohabientes de algún sistema de seguridad social en salud. Decir a todos los mexicanos que no cuentan con IMSS, con ISSSTE, con Pemex, Semar o Sedena y que desean participar, porque —reitero— el Seguro Popular es un sistema voluntario, la gente, los mexicanos y las mexicanas que se afilien tienen que querer afiliarse y así hacerlo.

En ese sentido, ¿qué cubre el Seguro Popular como tal? Hay que decirlo con toda claridad, para que quede perfectamente explícito y no la casuística nos gane en este terreno, si no la estadística y los grandes números de todos los mexicanos, de todos los gobernadores y sus secretarios de salud que nos reportan los resultados que esto está teniendo.

Seguro Popular con sus 275 intervenciones al día de hoy, y voy a ahondar un poquito más en por qué se incrementó de 266 a 275, que representan o que agrupan alrededor de mil 400 enfermedades y

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 2, hoja 4, ill

padecimientos, corresponden al 100 por ciento de los padecimientos de primer nivel; es decir, las razones fundamentales, porque las que uno acudiría a su clínica, un dolor de garganta, un dolor de estómago y sus medicamentos asociados.

Seguro Popular también garantiza el 95 por ciento de las razones por las que se ingresaría a una clínica o a un hospital, en su mayoría partos, un apendicitis, en fin. ¿Cómo se financia esto? Ustedes bien lo saben, se financia a través de la transferencia que hoy, gracias a ustedes, se realiza por persona afiliada al sistema, a cada una de las 32 entidades federativas. Con ese recurso la entidad federativa es responsable de garantizar la atención de primer y segundo nivel, y en las intervenciones del causes, las intervenciones que se están cubriendo representan —lo digo con toda claridad— el 100 por ciento de primer nivel y el 95 por ciento de las razones por las que alguien ingresaría a un hospital.

En el Seguro Popular, al día de hoy, más bien, al último día de marzo, tenemos 33. 8 millones de mexicanos y de mexicanas afiliadas. Estamos afiliando entre 1 y 1.5 millones de mexicanos cada mes, de aquí a que lleguemos a la cobertura universal.

Segundo. El seguro médico para una nueva generación, que ustedes también conocen muy bien. El presidente Calderón dijo: A partir del primer día de mi administración todo niño, toda niña que nazca, que no tenga asegurado el financiamiento a su salud, derivado del estatus laboral de sus padres tendrá un aseguramiento, y hoy por hoy, todo niño que está en el seguro médico para una nueva generación tiene asegurado el 100 por ciento de sus requerimientos, y cuando digo el 100 por ciento estoy hablando de que los niños en el...

(Sigue turno 3)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 3, hoja 1, gvh

... tendrá un aseguramiento y hoy por hoy todo niño que está en el Seguro Médico para una Nueva Generación tiene asegurado el 100 por ciento de sus requerimientos y cuando digo el 100 por ciento estoy hablando de que los niños en el Seguro Médico para una Nueva Generación tienen desde lo que corresponde a una infección de garganta hasta un trasplante de médula ósea, una prótesis o bien un implante coclear, que es un implante para niños y que este año ya llevamos —si el doctor Cortés Gallo no me deja mentir— ya llevamos 13 implantes exitosamente realizados en lo que va del año para niños que no podían oír y que eran susceptibles a tener este implante.

El Seguro Médico para una Nueva Generación cubre todas las necesidades y al último día de marzo tenemos 3.2 millones de niños que ya están integrados al sistema.

Tercero, la Estrategia Embarazo Saludable. Se consideraba muy importante cubrir a los niños no nada más desde que nacían, sino desde que se encontraban en período de gestación. En ese sentido las mujeres embarazadas están cubiertas desde su período de embarazo hasta las complicaciones que se puedan tener. Hoy hay 826 mil mujeres afiliadas a la Estrategia Embarazo Saludable.

Es importante recordar que cuando un niño se afilia al Seguro Médico para una Nueva Generación o una mujer embarazada se afilia a la Estrategia Embarazo Saludable, en ese momento su familia en su conjunto queda afiliada al Seguro Popular.

El Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico financia los servicios de alta especialidad a las personas sin seguridad social. Al día de hoy estamos financiando 49 intervenciones. Si hay un espacio en donde todavía tenemos áreas de oportunidad es aquí, en la alta especialidad. Pero yo les diría, queridos diputados, diputadas, que el país se puede sentir muy orgulloso de lo que ya tiene en la alta especialidad. Ningún país de Latinoamérica cubre el 100 por ciento de los padecimientos de cáncer de menores de 18 años y México lo está cubriendo y no es menor.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 3, hoja 2, gvh

Déjenme poner un simple ejemplo. Antes del 2005, no me voy muy lejos, uno de cada tres niños fallecía con un cáncer, sin haber tenido siquiera un diagnóstico para después su tratamiento. Otro de cada tres niños fallecía por no haber tenido financiamiento suficiente para continuar con su tratamiento. Hoy, 2010, con números al 2009, siete de cada 10 niños en México con cáncer, que no tienen financiamiento a través de uno de los sistemas de seguridad social, están recibiendo tratamiento exitoso y están sobreviviendo al cáncer.

Y si nos vamos a temas como la leucemia, estamos hablando de que nueve de cada 10 niños que se acercan a un hospital están sobreviviendo al cáncer y eso creo que son cosas que nos deben de enorgullecer.

Sólo en 2009 más de 32 mil pacientes de VIH sida recibieron todos sus antirretrovirales, sus cargas CD4, sus pruebas virales y con eso todo mexicano que no tenga asegurado su tratamiento para VIH se puede acercar al Seguro Popular y lo recibirá de manera gratuita y efectiva. Cubrimos todos los cánceres: cáncer cérvicouterino, cáncer de mama. Nos faltan cosas, sí, nos faltan temas, nos falta el cáncer de testículo, el de próstata, nos falta la insuficiencia renal, nos faltan algunas especialidades.

Pero este Fondo de Gasto Catastrófico fue concebido por la ley para que toda intervención que esté integrada a su financiamiento pudiera ser sustentable y sostenible a lo largo del tiempo. Esas 49 intervenciones están garantizadas para siempre, siempre que los mexicanos lo necesiten.

Hoy hay 110 intervenciones ya catalogadas como catastróficas por el Consejo General de Salubridad y es la tarea de priorizar y de ir integrando otras intervenciones al Fideicomiso de Gasto Catastrófico, lo hacemos todos los días y lo estamos determinando.

El Fondo de Previsión Presupuestal es el 3 por ciento de los recursos que se implementa en dos temas fundamentales. El primero es para reforzar la infraestructura en las localidades de muy alta o alta marginación, así fue concebido, o bien con las reglas que pactamos juntos en esta comisión para flexibilizar los mecanismos en localidades que atiendan a población de alta y muy alta marginación, aunque la localidad no sea de alta y muy alta marginación.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 3, hoja 3, gvh

Este mecanismo está abierto y creo que podremos dialogar más a fondo del 2 por ciento porque es un tema que hemos tenido en ciernes para poder discutir más a fondo.

Por otro lado, existe un 1 por ciento dentro de este Fondo de Previsión Presupuestal que atiende los excedentes en la demanda. Por ejemplo, el año pasado nueve entidades federativas, bueno, más, pero nueve recurrieron al fondo, tuvieron excedentes en su demanda para la atención de la influenza AH1N1. Las entidades que acudieron al fondo por recursos para complementar su excedente en la demanda de servicios recibieron la autorización de esos recursos y los aplicaron en beneficio de la población.

Por último, y no es menor para mí tratar de recordar a todos ustedes que está en las manos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud la responsabilidad de atender a las familias que están en el Programa Oportunidades en materia de salud y de nutrición. Más de cinco millones de familias en el país van a su corresponsabilidad de Oportunidades, a su consulta a través de la comisión y reciben su suplemento alimenticio, su papilla, que todos conocen, por el trabajo que hace la comisión, los talleres, las clínicas de autocuidado, de higiene, de salud; lo realizamos en la comisión a través de nuestra Dirección General de Oportunidades.

No puedo dejar de recalcar que también tenemos el programa de Cirugía Extramuros, que es uno de los ejemplos más bonitos. El año pasado se realizaron 104 cirugías extramuros, es decir, con la participación de cirujanos que deciden donar su tiempo, con recursos de la iniciativa privada que nos donan insumos, y con recursos del Seguro Popular, se financian cirugías en lugares donde no habría acceso. Y son ya 104 mil cirugías que se financiaron el año anterior.

Éste es un ejemplo y lo traía nada más porque es una de las cuestiones de solidaridad y de trabajo conjunto entre médicos, sociedad, iniciativa privada y sector público porque todos estamos colaborando para la cirugía extramuros.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 3, hoja 4, gvh

Nuevamente recordarles que gracias a ustedes señoras y señores legisladores, en la ley está establecida la fórmula con la cual se financia el sistema y creo que esto es importantísimo recalcarlo porque año con año la comisión y nosotros no tenemos que venir al Congreso a negociar el presupuesto para el Seguro Popular. No es un programa más de los programas que existen y se tiene que negociar su capítulo de inversión, su capítulo de gasto.

El Seguro Popular, a través del Sistema de Protección Social en Salud, cuenta con un financiamiento basado en la ley, el cual no puede ser menor año con año, sino sólo puede crecer en base al número de afiliados o afiliadas que tenga cada una de las entidades federativas y creo que ésta es una gran cosa.

Sólo recalcaría que cinco de cada seis pesos los pone la federación y uno de cada seis pesos lo ponen las entidades federativas. Que tanto el peso que ponen las entidades federativas como los cinco que pone la federación son sustantivos para el sistema.

Para hacer números grandes déjenme decirles que hoy esta gráfica que tal vez se vea un poco complicada vale para el país, es decir, el país va a invertir en el 2010 en su Sistema de Protección Social en Salud, derivado de sus diferentes fuentes: Seguro Popular, Ramo 13...

(Sigue turno 4)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 4, hoja 1, eas

... en el sistema de protección social en salud, lo que el Seguro Popular, la comisión transferirá y mantendrá en el fideicomiso son un poco más de 50 mil millones de pesos de esos 140 mil millones, los otros 10 mil millones de pesos los ponen las entidades federativas y lo demás va a través de los ramos, para financiar infraestructura, recursos humanos y otro tipo de financiamiento.

Cómo han evolucionado los recursos del Seguro Popular, ahí lo tienen en 2007 había 25 mil millones de pesos, en 2010 son más de 50 mil millones de pesos lo que tenemos para la transferencia y para la atención del sistema de protección social en salud. Aquí, no está Oportunidades y aquí no está Seguro Médico para una Nueva Generación que eso sumaría en total más de 58 mil millones de pesos.

Quiero aclarar esto, porque algunas asociaciones o algunas notas periodísticas toman un dato de un lado y otra dato de otro y luego se confunde. Lo que se transfiere a los estados y lo que va a los fideicomisos son 50.8 mil millones de pesos, el presupuesto de la comisión son 58 mil millones de pesos, porque incluye Seguro Médico para una Nueva Generación, incluye gasto del programa oportunidades e incluye gasto de operación de la propia comisión.

Si no cuidamos de qué capítulo del gasto de la comisión estamos hablando, podemos tener gastos poco precisos, por eso hago el siguiente planteamiento. El año pasado transferimos recursos por el orden de los 33 mil millones de pesos, transferidos a los estados. Del ejercicio que tenía disponible el Seguro Popular el ejercicio fue del 100 por ciento de los recursos y lo digo con toda claridad y podremos dialogarlo más a fondo. Pero el ejercicio de los recursos de la comisión se ejerce al 100 por ciento, hasta el año 2009 y no tenemos duda de que en el año 2010 lo ejerceremos al 100 por ciento.

Iré y me concentraré en el fondo de previsión presupuestal, que es el fondo de la infraestructura del cual con ustedes diputadas y diputados hemos discutido y no nada más eso, hemos encontrado mecanismos que nos posibilitaran llegar a mejores posibilidades de construcción.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 4, hoja 2, eas

Lo que les quiero decir que ese fondo, el fondo de previsión presupuestal ese 2 por ciento, es quizá de los fondos más transparentes que tiene el gobierno federal en conjunto con las entidades federativas para su ejercicio, porque el fondo de previsión presupuestal es un fondo que existe ahí un monto, es el 2 por ciento de los recursos, no es un fondo que se genera a partir de los proyectos preexistentes, es un fondo que está destinado por ley para poder equilibrar los recursos en infraestructura.

¿Qué tiene que pasar? Las entidades federativas tienen que aplicar para la utilización de estos fondos, con la aplicación de estos fondos que hemos gracias a ustedes flexibilizados los mecanismos para acceder, sí tienen que estar en el plan maestro de infraestructura de la Secretaría de Salud.

Tienen que tener registro de inversión en la cartera de la Secretaría de Hacienda, pero fuera de eso es un mecanismo en el que tienen que participar los estados, para solicitar los recursos, una vez que la entidad cumple con esos sencillos requisitos y lo digo así, porque es un tema, hay estados por ejemplo, el estado de Oaxaca y aquí el diputado Yglesias no me dejará mentir.

El estado de Oaxaca a accedido a esos fondos de manera cotidiana y constante, porque tienen un mecanismo muy armado, para el acceso y el trabajo de los proyectos Ejecutivos, para los fondos. Una vez que se solicitan los fondos y por eso digo que es de los mecanismos más transparentes para manejar un fideicomiso, es que una vez que se hace la licitación para proyectos de infraestructura se otorga y nos presentan el resultado de la licitación, se otorga el 30 por ciento para iniciar el proyecto.

A partir de ese momento se va otorgando los recursos con forme al avance de obra, es decir, si no hay obra no hay recursos, pero si hay obra se van destinando los recursos para la inversión de ese fondo. Es un fondo que todavía tiene mucho potencial, para ser autorizado.

Ahora bien, y déjenme también aclarar, porque este creo es un tema fundamental de que todos y lo digo con venencia, porque quiero que lo tengamos muy claro y déjenme ser muy explícito, recurso que un estado o

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 4, hoja 3, eas

una entidad no solicita para ser utilizado para infraestructura, al final del ejercicio fiscal no hay un subejercicio o no se regresa a la Tesofe.

Es recurso que se ingresa al fondo de gasto catastrófico en automático, para financiar padecimientos, es recurso que queda en el fideicomiso para seguir financiando en el futuro nuevos padecimientos y nuevas enfermedades de alta especialidad, en sí, es un recurso que se aplica muy bien cuando se aplica por el recurso, que todavía tenemos que insistir las entidades federativas apliquen con mayor celeridad y con mayor promoción de esos recursos.

Es un recurso que si al final del ejercicio no se requirió para infraestructura, es un recurso que se utiliza de manera efectiva en el fondo de gasto catastrófico y queda ahí en el fideicomiso para ser utilizado en estos padecimientos.

El año pasado fueron más de 115 mil casos financiados por fondo de gasto catastrófico que ascendió a cerca de 5 mil millones de pesos y hay que decirlo también, fondo de gasto catastrófico el año pasado hizo frente de manera seria y profesional a la epidemia AH1N1, porque los recursos que se utilizaron para la compra de vacunas como lo ha manifestado el secretario Córdoba, para la compra de antivirales, para los medicamentos que se requirieron, para los geles, para las mascarillas, fueron recursos que se invirtieron a partir del fondo de gasto catastrófico.

Si fueron recursos que golpearon al fondo y ustedes lo saben, hemos platicado ampliamente, pero son fondos que existían y que el Estado mexicano tuvo posibilidades de hacer frente para estas necesidades.

Vamos sin lugar a dudas hacia la cobertura y afiliación universal, es decir, que todo mexicano y toda mexicana tenga atrás de ellos el aseguramiento financiero para su acceso a la salud, esto nuevamente sin duda vamos a llegar con el trabajo decidido de cada uno de los gobernadores, y lo tengo que decir así y voy a ser muy reiterativo, es la política social en donde más se combina el esfuerzo federal con el esfuerzo de las entidades federativas, porque la federación financia, pero las entidades operan y cofinancian.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 4, hoja 4, eas

Es un trabajo conjunto decidido y vamos a llegar todos en conjunto, muchas entidades hacia finales de este año, pero muchas otras que no podrán alcanzarlo por temas operativos y por el reto que todavía existe, vamos a llegar sin lugar a dudas en el primer semestre del año 2011.

Hay muchos temas y quisiera no concentrarme, he destinado mucho de su tiempo, tenemos toda la tarde y toda la noche, para poder dialogar y platicar y la semana y lo que sigue, pero sí quería platicarles que el seguro popular y las demás instancias que participan en la comisión, hacemos evaluaciones serias, profesionales, estadísticamente significativas de manera constante y que son estas evaluaciones en las que nos debemos de centrar para la toma de decisiones.

Hay muchos temas que nos resultan importantes de destacar y que se ha avanzado, tenemos evidencia robusta, publicada en las mejores revistas y en las mejores... a nivel internacional del impacto que ha tenido en materia económica.

Tenemos a premios Nobel y otros grandes académicos estudiando el impacto o más no el impacto que ha tenido en temas como la economía informal, como otros han manifestado. Tenemos mucha evidencia del impacto que ha tenido el Seguro Popular en la mejoría clara de la salud de muchos mexicanos.

También la propia evaluación nos dimite a muchas áreas de oportunidad y todavía espacios en donde tenemos que mejorar, les platicaré algunos con mayor profundidad en las próximas láminas, pero por ejemplo, en lactancia materna el país todavía tiene un reto importante, en la respuesta que damos al tamizaje metabólico neonatal, tenemos una tarea importante que realizar, en la suplementación alimenticia, en el consumo de ácido fólico tenemos retos muy importante juntos, para poder realizarlo. La que sigue, por favor.

Tengo que sacarlo...

(Sigue turno 5)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 5, hoja 1, abv

... alimenticia en el consumo de ácido fólico. Tenemos retos muy importantes juntos para poder realizarlo.

La que sigue por favor.

Tengo que sacarlo, ya se los he dicho en otras ocasiones que nos hemos juntado, pero por mandato de ustedes dos veces al año hacemos una encuesta de satisfacción. La encuesta de satisfacción está a su disposición, así como la metodología. La metodología son 20 mil encuestas de carácter nacional de salida de clínica; es decir, saliendo de clínica se hace la entrevista. No quiere decir que lo hayan atendido al paciente que haya ido a la clínica. Puede ser que no lo atendieron, puede ser que haya ido a afiliarse, puede ser que haya ido a recoger un medicamento. Saliendo de clínica se le hace la encuesta.

Y, bueno, nuestra institución hermana, que respetamos enormemente, presentó sus datos esta semana de satisfacción de sus usuarios. Nosotros presentamos los últimos resultados y el promedio nacional de satisfacción alta y muy alta en el Seguro Popular es de 95 por ciento. Es la política nacional que más alto índice de satisfacción tiene; y creo que esto, otra vez reitero, es un trabajo de todos en conjunto y hay que reconocerlo. Podemos ver estados que les ha ido mucho mejor que a otros.

Podemos ver que cada seis meses cambia esto entre estados y entidades federativas. Un estado que falló o que le falló una licitación para el surtimiento de medicamentos y falló en sus surtimientos seis meses cae de manera importante en sus niveles de satisfacción en los usuarios. Pero este es un mecanismo que tenemos evaluando de manera constante y hoy aquí está; enviamos al congreso de manera constante cada seis meses estas encuestas; la metodología es profesional, es clara; son instituciones independientes las que los hacen y queda a uso de la palabra disposición para poderlo dialogar o podernos felicitar entre todos.

La que sigue por favor.

Algunos próximos pasos y ya para dar pie al diálogo, agradeciéndoles de ante mano la posibilidad de poder compartir y de aprovechar de que estamos juntos para poder transmitirles todo esto que les quiero transmitir,

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 5, hoja 2, abv

ahora que tenemos la oportunidad de estar juntos. Tenemos dos grandes objetivos para el 2010 en el que estamos trabajando: la modernización y el hacer más eficiente la operación de la comisión, y fortalecer el objeto social.

Para esto, algunos de los proyectos más importantes son: mejorar el Causes —que ya les había dicho—, hemos incluido en el Causes algunas intervenciones que no estaban para emergencia obstétrica, algunas intervenciones de salud mental que son fundamentales para la atención de muchos pacientes que antes no podían hacerlo. Y un tema que se vuelve cada día más importante es que hemos incluido en el Causes los padecimientos de salud de adicciones más importantes con sus medicamentos asociados.

Hay un proyecto integral de capacitación sobre lactancia materna, muerte de cuna y desarrollo cognitivo. Déjenme ser muy enfático en esto, porque esto es una tarea de todos. Hay temas que son muy costo-efectivos o déjenme decirlo en palabras más explícitas, que son muy baratos para el país con un altísimo impacto. La lactancia materna es uno de ellos.

La lactancia materna es fundamental no nada más en la nutrición de los niños recién nacidos, sino en su inmunización. Hasta los seis meses de edad la inmunización de los niños depende de la lactancia materna y la nutrición de los niños va a estar referida en la lactancia materna.

Nuestro último estudio, una encuesta muy seria realizada por el Hospital Infantil de México en todo el país, que representa más de 1.5 millones de nacimientos nos habla de que el 43 por ciento de las mujeres que tuvieron un hijo en nuestro país abandonaron o combinaron la lactancia materna a partir del cuarto día después del embarazo. Esto, diputadas y diputados, es una cosa que no podemos permitir. Eso es una cuestión de la que todos juntos tenemos que trabajar todos los días.

Aquí el diputado Verver ha hecho avances muy importantes cuando fue secretario de Salud en su entidad. Hay muchos otros pediatras que han trabajado esto, hay redes importantes en el país fomentando la lactancia materna. Pero lo que es una realidad es que al día de hoy otra vez les digo con una muestra de 1.5 millones de

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 5, hoja 3, abv

nacimientos es que no hemos logrado que la lactancia materna sea una realidad en nuestro país y creo que lo tenemos que empujar.

La muerte de cuna es un aspecto fundamental. Se mueren muchísimos. En 1992 ya con evidencia empírica robusta en Estados Unidos se determinó que el niño en cuna tenía que dormir boca arriba. No soy médico, perdón, pero he estado tratado más de un año de estudiar muchísimo y de juntarme con los que sí saben. Los niños tienen que dormir boca arriba.

Hicimos una encuesta en el último Congreso de Pediatría, no voy a decir dónde, no voy a decir con qué grupo de pediatras, y el 45 por ciento respondió que recomendaban a sus pacientes que durmieran al niño de ladito. De ladito es más fácil que se muevan. Necesitamos impulsar estas cosas que son muy sencillas.

El diputado Verver tenía cuando era secretario de Salud en su estado una playeritas que decían: “este lado va para arriba”. Vaya, creo que todos juntos, con todo respeto lo digo, diputadas y diputados, creo que podemos encontrar muchas cosas que en otros países del mundo le han llamado las determinantes sociales de la salud.

Es decir, todo lo que rodea la salud que impacta de manera importante en la salud de los mexicanos y los mexicanos, que no tiene necesariamente que ver con el consultorio o el quirófano, el agua potable, el drenaje, el alcantarillado, las carreteras, el que duerman boca arriba, el que no se cocine en el cuarto en donde se duerme, el que haya un piso firme. Todas esas variables es la desigualdad, todas esas variables que son fundamentales para la salud de los mexicanos y que no son necesariamente parte de salud.

Fortaleceremos la cultura preventiva, vamos a un proyecto muy ambicioso, quizás el proyecto más ambicioso de prevención que se haya realizado en el país, para que todo afiliado y afiliada al Seguro Popular durante los próximos tres años haya asistido a una consulta preventiva, a una consulta básica, en donde podamos hacer el mecanismo registral de ese paciente, donde puedan ir sanos para que podamos determinar un alta azúcar, una anemia en el momento que la tienen y no después.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 5, hoja 4, abv

Estamos ya en proyectos piloto en 16 entidades federativas. Este año vamos a hacer consulta preventiva 16 millones de mexicanos y vamos a poder tener un mejor análisis de riesgo, vamos a poder tener un mejor seguimiento en etapas oportunas.

Alguien me decía, y se los quiero dejar muy claro, alguien me decía: es que hay que hacerlo, porque es económicamente rentable. Hoy prevenimos y mañana nos va a salir barato. Sí es verdad que no va a haber dinero que alcance si hoy no prevenimos y si nos vamos al futuro con la curva demográfica y epidemiológica que nos toca. Pero saben, tenemos que hacer prevención no nada más porque es económicamente eficiente, tenemos que hacer prevención porque es lo correcto, porque es una mejor vida y porque es una mejor calidad de vida para muchos millones de mexicanos. Creo que en ese sentido, todos debemos de trabajar juntos.

Por último, entre otros de los proyectos que traemos, traemos un gran proyecto de investigación y análisis, porque estamos convencidos que todo es perfectible. Vemos el vaso medio lleno, estamos convencidos que lo que el país ha construido en los últimos seis años en materia de protección social a la salud, que lo que hemos construido juntos, Cámara de Diputados, Legislativo en su conjunto, gobierno federal y entidades federativas, es definitivamente un mejor sistema de salud para todos los mexicanos.

Pero creemos que todavía podemos hacer más y creemos que todavía lo podemos hacer mejor. Por eso nos vamos a meter al mayor y más ambicioso sistema de investigación de análisis, de análisis de política pública y de mejora del sistema que se haya hecho hasta el momento. Estamos conviniendo con las universidades, con los centros de salud más importantes no nada más de México sino del mundo, para hacer de este ambicioso proyecto de análisis y de investigación una realidad.

Ya lo hemos iniciado y vamos a dar resultados muy pronto, va a ser nuestra línea para con evidencia robusta saber en qué vamos bien para continuar, en qué no vamos tan bien para mejorar y en qué estamos haciendo las cosas mal para dejar de hacerlo. Esa es nuestra premisa, trabajar hombro con hombro con el Legislativo, con las entidades federativas, para que cada día con su apoyo, señoras legisladoras y señores legisladores, lo mejor del Seguro Popular esté todavía por venir.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 5, hoja 5, abv

Muchísimas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Siguiendo el orden del día pasaremos ahora con la primera ronda de preguntas y respuesta hasta por dos minutos. Cedo....

(Sigue turno 6)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 6, hoja 1, eqt

... siendo el orden del día, pasaremos ahora con la primera ronda de preguntas y respuestas hasta por dos minutos. Cedo la palabra al diputado Carlos Alberto Ezeta Salcedo, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Verde ecologista, para que formule su pregunta.

El diputado Carlos Alberto Ezeta Salcedo: Gracias, presidente. Buenas tardes, comisionado, bienvenido. Una de las quejas más recurrentes en todo el sistema de salud, es sin duda la falta de medicamentos, el abasto y el acceso de las personas a los mismos.

Para mí grupo parlamentario este tema es de suma importancia. Nos duele que muchos mexicanos no cuenten con las medicinas que les hace falta y que si haya un sistema, pero no eficiente para poderlos dotar. Cuál es el dato real en el desabasto de medicamentos, que ha hecho el seguro popular y que falta para abatir este problema. Por su respuesta muchas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Gracias diputado Ezeta. Cedo la palabra al maestro Salomón Chertorivski Woldenberg, para dar contestación.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Gracias, diputado Ezeta. Realmente para nosotros también todo afiliado al Seguro Popular asista a su clínica a su unidad se le de una receta y tenga la garantía que esa receta va hacer surtida es una de las prioridades y en ese sentido estamos trabajando conjuntamente.

Quiero decirle primero que el porcentaje nacional de abasto está por arriba del 75 por ciento. Es decir, más del 75 por ciento de las recetas que se dan están cubiertas. Tenemos todavía un reto definitivamente. Cuando diferenciamos por entidad federativa y creo que esto es importante porque el modelo de operación del Seguro Popular es la Comisión Financia, las entidades federativas garantizan el servicio, el abasto de medicamento y la garantía de tratamiento.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 6, hoja 2, eqt

Tenemos resultados muy diversos. Tenemos entidades federativas que traen al 100 por ciento el abastecimiento de sus medicamentos y tenemos entidades federativas que están en los 60 por cientos o menos de su abastecimiento y esto nos preocupa y nos ocupa.

Hemos hecho unos mecanismos para poder mejorar cada día. Primero damos un seguimiento puntual a lo que se hace. Las entidades federativas tienen la responsabilidad de informar a la comisión cuáles fueron sus compras y se hicieron estas en tiempo y en forma.

Nosotros publicamos una vez al año un listado de medicamentos, que son los medicamentos susceptibles a ser adquiridos, que son los medicamentos que cubren el primer y segundo nivel y establecemos un precio máximo de compra para evitar las grandes disparidades que existían entre entidades federativas en la adquisición de estos medicamentos.

Pero otra vez tenemos serios problemas lo que los economistas llamamos las economías de escala. Es decir, es mucho más fácil o sería más fácil que centralmente se hiciera una compra y se distribuyera todas las entidades. Pero va en contra del espíritu descentralizado, el que hemos estado construyendo conjuntamente.

La autonomía de la operación del sistema de las entidades federativas genera a veces estos espacios de oportunidad para mejorar el surtimiento de medicamentos. Por ejemplo, hay entidades federativas que se encuentran muy aisladas o su población es muy chica y no tiene la misma capacidad de compra de negociación con las farmacéuticas o los distribuidores que otras que son mucho más grandes.

Por otro lado, tenemos y estamos ampliando un estudio muy importante de las mejores prácticas a nivel estatal. Hay estados que salen a licitar el medicamento, no un precio unitario, la caja de tantas tabletas de equis medicamento, lo queremos mil.

Hay estados que salen a licitar, “queremos esa caja, pero la queremos distribuida en 25 espacios de la entidad”. Hay otras que salen y dicen: “licitamos esa caja, pero queremos que esté en cada una de las

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 6, hoja 3, eqt

entidades médicas de la entidad” y hay otras que dicen: “queremos esa caja en todas las unidades médicas, pero además queremos que en todas las farmacias el afiliado al Seguro Popular pueda ir y adquirir ese medicamento”.

Estamos haciendo el análisis de cuál es el espacio más efectivo, de cuáles son las entidades que trabajan mejor, cuáles de los mecanismos y vamos a hacer una propuesta muy pronta para poder incrementar de manera sustantiva ese porcentaje de surtimiento porque sabemos que aunque el 99 por ciento de las recetas que estén bien surtidas con que haya un mexicano o una mexicana que requiera de un medicamento, con eso es suficiente no para que nos preocupemos, para que nos ocupemos en ver como lo resolvemos. Y el objetivo es llevar ese número al máximo porcentaje posible, lo estamos trabajando diputado y le agradezco la pregunta.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: A continuación tiene el uso de la voz el diputado Heladio Gerardo Verver y Vargas, del Partido de la Revolución Democrática, para formular su pregunta.

El diputado Heladio Gerardo Verver y Vargas: Son dos preguntas. La primera es en relación a lo que está sucediendo. De antemano, señor comisionado, gracias por estar aquí y agradezco la oportunidad de hablar en este evento.

Durante el periodo 2005-2008, México, el gasto en salud creció una tasa del 3.4 por ciento. Estas cifras son cifras de la Auditoría Superior de la Federación. Vamos haciendo un análisis rápido, pudiéramos decir que su incremento de salud fue 10.6 de 2005 a 2006, educación 13.4, seguridad social 61.5 y desarrollo social 49. Como nos daremos cuenta, Salud, dentro del área social, fue la que menos creció.

La pregunta es, con la modificación de la ley en la que participamos todas y todos y a pesar de este panorama que no es responsabilidad, sé, de la Secretaría de Salud ni del seguro popular, pero si es responsabilidad de la adecuación de recursos a usted, ¿cómo vislumbra lo que va pasar de aquí al 2012?

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 6, hoja 4, eqt

Y la siguiente pregunta sería para terminarla, yo identifico al régimen de protección social de salud, como el único ente que puede tener la oportunidad de ser el órgano con más autonomía para controlar, regular la financiación de los servicios de salud...

(Sigue turno 7)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 7, hoja 1, eas

...que ahí, y aquí me interesa mucho su opinión, si la quiere dar a título personal o a título grupal seré agradecido. Ahí, creo que puede quedarse la convergencia de padrones, la convergencia de pagos de servicios, ahí se puede quedar también el determinar el catálogo de padecimientos, los gastos catastróficos. Ahí, tendría que tener una ley propia y una estructura propia como organismo público descentralizado.

Mi reflexión y la pregunta sería, ¿podría el régimen protección social de salud asumir esa posibilidad? De antemano, muchas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Tiene la palabra el maestro Salomón Chertorivski para dar contestación.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias, diputado Verver. Le aprecio muchos sus dos preguntas, creo que además son temas que hemos dialogado y discutido de manera profunda.

El Seguro Popular ha crecido en materia presupuestal de manera importantísima, estos 50 mil millones de transferencia de los que estamos hablando son 50 mil millones de pesos que no existían y que no estaban previstos antes de 2004. Son recursos adicionales a lo que se estaba distribuyendo a las entidades federativas a partir del Ramo 12 y del Ramo 33.

Creo que los números de incremento de casi dos puntos del producto interno bruto en el incremento de inversión en materia de salud, en estos últimos años no tienen comparación y son muy importantes. Le diría con todo respeto señor diputado, creo que tenemos una tarea compartida, para antes de decir si nos hace falta más recursos o menos recursos procurar y preocuparnos por la eficiencia en la que estamos utilizando dichos recursos.

Hay recurso que se presupuesta y no es ejercido pero fue distribuido a las entidades federativas, hay recurso que no necesariamente está puesto en el mejor lugar que se tiene que poner. Creo que tenemos una responsabilidad en ambos sentidos, no hay dinero que alcance para la salud, siempre se necesita más, por

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 7, hoja 2, eas

tanto el tema de prevenciones sea el que tiene la mayor relevancia posible y segundo, los recursos que ya tenemos, que es una inversión importantísima del Estado mexicano en el rubro de salud lo tenemos que utilizar de la manera más eficiente posible.

La segunda pregunta que me hace señor diputado, me encantaría contestarla también de manera personal, pero trataré de contestarla desde el rubro y desde la parte institucional. Creo que México está más avanzado que muchos países, incluso, desarrollados, que muchos países que recientemente han redactado reformas a su sistema de financiamiento a la salud y de salud.

Creo que el sistema de México si nos orienta que pueda existir un solo financiador de la salud y más prestadores de servicios. El tema es como se va a inyectar los recursos para ese solo financiador, si serán impuestos generales, si serán impuestos particulares, impuestos derivado del estatus laboral y creo que este es un tema en que usted lo reflexiona de manera correcta Ejecutivo, Legislativo, entidades federativas estamos obligados a entrar en un dialogo muy serio.

Mientras tanto, hemos ido logrando la convergencia de los padrones, le comento un ejemplo, de manera cotidiana hacemos un cruce de padrones con el Instituto Mexicano del Seguro Social, para evitar duplicidades, al día de hoy el Seguro Popular tiene 97 por ciento de los más de 33 millones de afiliados con CURP y eso nos posibilita la flexibilidad para cruzar, no nada más eso, estamos levantando huellas digitales, huellas biométricas de todos los afiliados del Seguro Popular, es un esfuerzo que tardará por supuesto que más de un año.

Nos posibilitará ir logrando una mejor convergencia en cuanto a padrones, por otro lado, ya hemos ido convergiendo en lo que el medio se conoce como la portabilidad, tal vez no a la velocidad deseada, pero ya hay algunos ejemplos funcionando, uno de ellos es la emergencia obstétrica. De decir, hoy cualquier mexicana embarazada que tenga una emergencia obstétrica debe de ser —y digo debe porque en algunos casos nos han reportado que no sucedió y luego luego nos damos a la tarea de ver qué pasó y porque no sucedió—atendida en cualquier institución sin importar su afiliación.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 7, hoja 3, eas

Por otro lado, el año pasado se firmó un convenio muy interesante en las entidades federativas y que todas participaron, que es un convenio que coloquialmente le llamamos el convenio de 32 por 32 y que es que no importa en donde se haya afiliado un mexicano al Seguro Popular, puede ser este atendido en cualquier otra entidad de la república.

Por ejemplo, un jornalero agrícola de Oaxaca que esté por un tiempo trabajando en los campos de Sinaloa, no importa que su afiliación haya sido en Oaxaca, el podrá o deberá de ser atendido en Sinaloa y existe un mecanismo que se llama un mecanismo de compensación financiera, el sí compenso que le hemos llamado, en donde las entidades federativas pasan sus casos y automáticamente se debe de cruzar el pago.

Hasta hoy no hemos hecho ninguna transferencia, pero tenemos registralmente cuanto toca a quién, la verdad es que lo que tengo que decir es que de manera solidaría le han entrado todas las entidades, porque unas ganan y otras pierden en términos de recursos, pero otras ganan y otras pierden en términos de la atención para sus conciudadanos.

Esto ha sido muy importante. Creo que este ejemplo diputado Verver es el ejemplo de hacia donde tenemos que dirigirnos, algún día la aspiración cada día más cercana es que todo mexicano, toda mexicana se pueda atender en cualquier clínica de cualquier entidad federativa por el sólo hecho de ser mexicanos. Pero tenemos que construir paso a paso, porque es un sistema otra vez, es un sistema de salud institucional relativamente joven. Son 60 años de historia y tenemos todavía mucho que construir. Gracias, diputado Verver.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: A continuación tiene la palabra la diputada Silvia Esther Pérez Ceballos del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, para formular su pregunta.

La diputada Silvia Esther Pérez Ceballos: Buenas tardes, bienvenido. En virtud del volumen de recursos destinados al Seguro Popular y dada la gran apuesta que la sociedad mexicana ha hecho con respecto al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, la transparencia de las acciones enmarcadas en él y una mayor relevancia.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 7, hoja 4, eas

Es por ello, que me permito formularle la siguiente pregunta, qué acciones se han aplicado para transparentar el uso de recursos dando acceso público de la información relativa al manejo del fideicomiso, contrato de este y al reglamento interior del comité, acceso público con los convenios, con los regímenes estatales de protección social en salud y sus anexos, así como la información relativa a las licitaciones para la adquisición de medicamentos. Muchísimas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Tiene la palabra el maestro Salomón Chertorivski para dar contestación.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias, diputada Pérez Ceballos. Realmente ese es un tema que nos ocupa a todos los mexicanos, efectivamente hay muy importante cantidad de recursos invertidos en el sistema de protección social en salud y esto nos conlleva a todos en conjunto a los mecanismos de mayor rendición de cuentas, de mayor transparencia y de mayor claridad en su utilización.

Primero, año con año la Comisión Nacional de Protección Social en salud firma un convenio con cada una de las entidades federativas en donde se establecen los montos de actuación o el fin último de los recursos. Si les doy un ejemplo, para recurso humano se puede destinar hasta el 40 por ciento de la transferencia, para la adquisición de medicamentos se puede destinar hasta el 30 por ciento de la transferencia, para prevención y promoción se tiene que destinar por lo menos el 20 por ciento, para operación del régimen hasta el 6 por ciento, así se establecen cuáles son los mecanismos.

A partir de eso, las entidades federativas tienen la responsabilidad de que con esos grandes rubros tienen que enviar a la comisión no de manera anual, del ejercicio anual, pero no necesariamente en los meses en donde se terminó el año, si no cuando se termine el ejercicio de esos recursos, tienen que enviar a la comisión la comprobación de la utilización de dichos recursos.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 7, hoja 5, eas

Es decir, en el caso del recurso humano es muy sencillo, se nos envía la nómina y a quién se le pagó y cuánto se le pagó y ahí está la nómina de médicos, enfermeras, personal administrativo que participa en la atención del afiliado del Seguro Popular y ahí está la nómina.

Aquí están las compras de medicamentos...

(Sigue turno 8)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 8, hoja 1, mgg

... la nómina de médicos, enfermeras, personal administrativo que participa en la atención del afiliado del Seguro Popular y ahí está la nómina.

Aquí están las compras de medicamentos, si se nos envía, cuáles fueron las compras que se hicieron y cuáles no. Este es un primer mecanismo. Segundo, tengo que decir que no se nos envían las facturas y no somos una entidad auditora de la utilización. Existen entidades determinadas para la auditoría de la utilización de los recursos, pero nosotros sí tenemos un mecanismo de supervisión, de manera aleatoria año con año un equipo de supervisores viajan a los estados para ver si lo que se declaró comprueba con la documentación que se tiene en la entidad federativa y de no ser así, se solicita la utilización y con eso se solicita que se rectifique en el caso de ser procedente o se turna a la autoridad necesaria para hacer la adecuación.

Esto es con respecto a los recursos que se utilizan por medio de las entidades. Toda compra de medicamentos —que es el caso que usted mencionaba, diputada Pérez Ceballos— se publica en nuestra página de Internet, hoy pueden entrar ustedes a ver los precios a los que cada una de las entidades compró cada uno de sus medicamentos.

Ahora, estamos trabajando de manera más efectiva, tenemos todos los elementos ya para tener un órgano interno de control propio de la Comisión de Protección Social en Salud. Hoy nos auxilia el órgano interno de la Secretaría de Salud, pero ya vamos a tener un órgano interno de control propio de la Secretaría de Salud con nuestro propio portal de transparencia en donde publicaremos absolutamente todos los documentos que se requiere.

Y otra vez, el fondo de protección contra gastos catastróficos lo reitero, traté de explicar un poquito en mi presentación, los recursos que van a gasto catastrófico, no lo había mencionado diputada, es un recurso que se paga devengado. Es quizá lo que más se parece a un seguro tradicional. Es decir, un hospital que esté acreditado para prestar un servicio para un cáncer de mama, un cáncer cérvico-uterino, nos envía su factura, su receta, su comprobación y nosotros financiamos el caso de acuerdo a los tabuladores. Eso va y viene y eso está absolutamente publicado.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 8, hoja 2, mgg

Y los recursos para el dos por ciento de infraestructura, eso, como decía, un estado aplica cuando tiene ya un fallo de una licitación. Se envía el 30 por ciento de los recursos y a partir de ahí con observación directa en avance de obra, es que se va enviando y todo eso también está absolutamente comprobado y transparentado.

Le agradezco mucho la pregunta.

El Presidente diputado Jorge Carlos Ramírez Marín: A continuación tiene la palabra la diputada Delia Guerrero Coronado, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, hasta por dos minutos.

La diputada Delia Guerrero Coronado: Muchísimas gracias. Bienvenido nuevamente, es un honor para nosotros tenerlo aquí por segunda ocasión.

Pues yo quiero aprovecharlo porque pues no se presentan estas oportunidades muy seguido. Tengo tres preguntas. Nos hablaban sobre la cobertura de la filiación universal. Es muy acertado y muy cierto, precisamente en días pasados se empezó a afiliar la población indígena en mi municipio de San Luis Potosí, gracias a nuestro gobernador del estado, el doctor Fernando Toranzo; está excelente.

Porque se está afiliando gente que estaba esperando este beneficio, que es toda la zona indígena. Pero viene mi preocupación: el presupuesto ¿va a aumentar este año, el año que entra? Tenemos mucho problema porque hay desabasto de medicamento, no hay ambulancias, falta de personal.

Yo creo que uno que ha vivido y ha trabajado dentro de un hospital que tiene esta cobertura del seguro popular, nos damos cuenta que probablemente sí se oye muy bonito, pero la realidad es otra. Nosotros, por ejemplo en urgencias, es un hospital general, en urgencias tenemos hasta 40 pacientes con cinco enfermeras, con dos médicos.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 8, hoja 3, mgg

Yo creo que es insuficiente y ahorita que se está ampliando esta cobertura a toda la población indígena, va a haber mucha sobrepoblación en los hospitales y por lo tanto, va a haber mucha más falta de medicamento, falta de personal de recurso humano y también ambulancias; esta es mi primera pregunta.

Mi segunda pregunta es ¿cómo se tiene previsto financiar a la población de IMSS Oportunidades o IMSS de Coplamar. Y la tercera, ¿en dónde encontraremos o dónde existe un directorio publicado en donde vienen o aparecen todos los centros de salud u hospitales que atienden a toda la población que tiene el Seguro Popular. Muchísimas gracias por su atención.

El Presidente diputado Jorge Carlos Ramírez Marín: A continuación tiene la palabra el maestro Salomón Chertorivski Woldenberg para dar contestación.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias diputada Guerrero. Efectivamente, nada más y nada menos tienen un gobernador ex secretario de Salud, entonces esperamos una gran inversión en materia de salud y déjeme decirle que San Luis Potosí, a raíz de la modificación a la Ley General de Salud a que hacía mención el diputado Verver, es uno de los estados más beneficiados en cuanto a sus recursos.

Efectivamente, es de los estados que más atrasados habían estado en la filiación de ciertas poblaciones, todo el altiplano, todos los talladores de lechuguilla, en fin. ¿Por qué? Porque se cuando empezamos con metas de afiliación, de alguna manera la gente más alejada, más apartada, que tienes que ir a encontrar, se volvía más complicado.

Y en el estado de San Luis Potosí ha ido avanzando mucho mejor, pero hoy ante un escenario de cobertura universal, tenemos que llegar a todas partes. Ahora bien, llegar a todas partes implica que el afiliado o la filiación es el detonante del recurso adicional y creo que esto es muy importante, porque ya en otros casos, como ahora que estamos trabajando de manera profundísima en Ciudad Juárez, nos decían: Es que está saturados los servicios.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 8, hoja 4, mgg

Y yo que he ido cada semana a Juárez a trabajar, les trataba de explicar a los colegas y a la gente que estaba preocupada, que el detonante de la filiación te trae un círculo virtuoso, porque la filiación va aparejada con el financiamiento, es decir, la demanda no crece, es la misma población que tiene que ser atendida en las mismas clínicas con los mismos médicos que existían en ese momento.

Pero a partir de que esa población ya no llega sin el respaldo financiero, a partir de que esa población trae el soporte financiero con su afiliación, ese recurso hace que crezcan los núcleos de médicos, de enfermeras, ese recurso hace que haya más posibilidades de equipamiento, de construcción de infraestructura y así ha sucedido.

Mire, déjeme, le pongo el ejemplo de su estado. En el año 2009, San Luis Potosí recibió sólo de las transferencias del gobierno federal, 621.8 millones de pesos. Este año, si San Luis Potosí llega a sus metas de afiliación, es decir, a la población diputada Guerrero, a que usted hace referencia, tendrá más de mil millones de pesos, es decir, casi se va a duplicar.

Y ese recurso bien invertido, es recurso que va a hacer que esos espacios que hoy se encuentran no necesariamente para atender todo lo que quisiéramos y de la forma que quisiéramos atender, es lo que va a detonar que eso se atienda.

Entonces, yo estoy convencido de que el detonante para crecer en calidad, en calidez, en mejores servicios está, uno, en la filiación, porque esto trae recursos y los recursos los detonan y dos, en que nosotros hagamos una buena tarea en que el afiliado se sienta no un beneficiario de un programa, sino un derechohabiente de una filiación, que se sienta con la capacidad y la posibilidad de ejercer su derecho y cuando no es tratado, cuando no se le atiende como merece, que tenga los mecanismos y los tenemos que generar nosotros.

Hoy existen, pero los tenemos que profundizar y tenemos que capacitar y formar y cambiar la cultura de la queja para algo mucho más profundo, en donde el afiliado pueda exigir su derecho a la salud. Porque el

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 8, hoja 5, mgg

dinero está, los recursos se están transfiriendo y el afiliado tendría que tener garantizado su derecho al financiamiento efectivo de su salud.

La población IMSS-Oportunidades-Salud, diputada, la población más bien, hoy ya no hay una población IMSS-Oportunidades y una población afiliada al Seguro Popular, el IMSS-Oportunidades es uno más de los prestadores de servicios del Seguro Popular. Entonces, pongo el ejemplo de estado de Chiapas y lo pongo porque es muy claro cómo está —la diputada Gloria no me dejará mentir— pero está muy diferenciado qué municipios están atendidos por IMSS-Oportunidades y qué municipios están atendidos por los servicios estatales de salud.

En ese caso el... estatal el director del Seguro Popular a nivel del estado, recibe la transferencia de recursos pero él sabe que una parte...

(Sigue turno 9)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 9, hoja 1, eqt

... Gloria no me dejara mentir, pero está muy diferenciado qué municipios están atendidos por IMSS-Oportunidades y qué municipios están atendidos por los servicios estatales de salud. En ese caso el Repss estatal, el director del Seguro Popular a nivel del estado recibe la transferencia de recursos, pero el sabe que una parte importante de su población está siendo atendida en el IMSS-Oportunidades, por tanto ese Repss es responsable de transferir al IMSS-Oportunidades, porque ése es el que está invirtiendo en la salud de una parte de los chiapanecos. Es así como funciona. Es un prestador de servicios adicional para el seguro popular.

El directorio está en la página del Seguro Popular: www.seguro/altopopular.gob.mx está el directorio de los centros de salud a los que se puede acceder o si no tenemos el número 01 800 71 SALUD y ahí le pueden decir cuál es la clínica más cercana, dónde hay un módulo de afiliación. En fin. Hago el anuncio, ayúdenme, háblenme o si no me mandan un mail y me dicen no me atendieron o no me dieron el servicio para que podamos corregirlo. Pero estamos recibiendo alrededor de mil llamadas a la semana, con solicitudes de información, a veces, con felicitaciones o con quejas.

Estamos recibiendo muchas llamadas por Internet y tenemos que seguir generando esos mecanismos. Pero el directorio está ahí, diputada Guerrero. Muchas gracias a usted.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán:... generar mayor viabilidad a esta sesión se le pide a los diputados participantes realizar el esfuerzo de sujetarse en el tiempo al formular sus preguntas. Tiene la palabra a continuación el diputado Carlos Alberto Ezeta. Salcedo, integrante del Grupo Parlamentario Verde Ecologista de México, hasta por dos minutos.

El diputado Carlos Alberto Ezeta Salcedo: Señor comisionado, el Seguro Popular como programa prioritario para las gestiones tanto de los presidentes Fox, como Calderón no logró su primer objetivo de alcanzar la cobertura universal en 2010. Cosa preocupante porque se han destinado muchos recursos que no derivaron en el cumplimiento de la meta. Por lo que le preguntaría ¿hacia dónde vamos?, ¿qué hace falta en el Seguro Popular?

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 9, hoja 2, eqt

Usted tiene un compromiso importantísimo con todos los mexicanos. No han alcanzado la meta en este año, preocupa mucho, nos preocupa a todos. Entonces le pregunto, le reitero ¿qué hace falta para llegar a la meta? Y ¿qué le hace falta al Seguro Popular que podamos hacer todos para ayudarlo ha alcanzar este objetivo que lacera a muchísimos mexicanos?

Aprovecho para preguntarle. Recientemente salieron las cifras de la gente que no tiene cobertura al servicio de salud, 40.7 por ciento, si no me equivoco. Ése es el dato real, de qué porcentaje de mexicanos padecen este grave problema de no contar con sistema de salud. Muchas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Muchas gracias. Tiene la palabra el maestro Salomón Chertorivski Woldenberg, para dar la contestación hasta por dos minutos.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Gracias, también me voy a apurar, pero señor presidente, usted disculpará pero, señor presidente siempre que estoy con usted me apasiono, hay confianza. Apenas es martes.

Diputado Ezeta, efectivamente cuando se desarrolla la primera modificación a la Ley General de Salud, que da vida al Sistema de Protección Social en Salud, el objetivo era alcanzar la cobertura universal en el año 2010.

Nos fuimos alejando de esa meta, porque como lo trabajamos de manera muy profunda el año pasado en esta comisión, el objetivo original estaba en la afiliación de familias que se habían calculado en 4.3 integrantes promedio por familia. El año pasado, hacia mediados del año con los resultados que teníamos, lo que veíamos era es que teníamos 2.9 integrantes por familia, y no era un tema demográfico realmente, era un tema donde simplemente por la propia normatividad de habían dividió familias.

Es decir un joven de 18 años, que ya no estudiaba, que aunque vivían en el mismo, aunque fuera dependiente económico con el sólo hecho de no estudiar podía se considerado una segunda familia bajo ese mismo techo.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 9, hoja 3, eqt

Entonces el financiamiento era doble, era para la familiar del joven y el joven y a cada uno por el monto de 4.3 integrantes por familia.

Gracias al trabajo de esta comisión, a partir del año pasado el financiamiento ya no es por familia, sino por persona afiliada. Entonces a ese joven de 18 años se le da el financiamiento, se le transfiere para su atención y a la familia si son 3 o 10 individuos en esa familia se le transfiere el monto suficiente.

Con esto logramos la eficientización de los recursos y con el presupuesto que tenemos actualmente, gracias a la Cámara de Diputados es suficiente para poder alcanzar la meta en la cobertura universal en este año en términos presupuestales.

En términos logísticos y operativos, algunas entidades federativas nos han manifestado su necesidad de tener un colchón o un margen mayor de tiempo para poder alcanzar las comunidades como la diputada Delia mencionaba o algunos otros estados que empezaron después que otras entidades su incorporación al Seguro Popular, por lo que tienen todavía mucho más población a cubrir.

En ese sentido nos hemos puesto el reto y esta, perfectamente, estipulado gracias a un transitorio en la ley que ustedes votaron por unanimidad, donde en el 2012, dice el transitorio, pero reitero en el 2011, a más tardar en el primer trimestre estaremos alcanzando la cobertura universal.

Efectivamente el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social dio a conocer en fechas recientes un estudio que ya había dado a conocer anteriormente, pero en estas fechas se retomó en algunos medios, donde se manifestaba derivado de la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto a los Hogares del 2008, cuál era el porcentaje de población que en su encuesta manifestaba no tener un aseguramiento financiero para su salud. Es así como manifestó el Coneval era el 43 por ciento.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 9, hoja 4, eqt

Con datos precisos y de cruces de padrones al día de hoy 2010, podemos hablar que la meta a alcanzar son 16 millones de mexicanos más por afiliar y con eso estamos calculando, restando a los mexicanos que no van a querer tener un mecanismo de filiación. Estamos contemplando a llegar a esta cobertura universal.

Creo que aprovechando su pregunta es muy importante reiterar, es un mecanismo voluntario, donde no necesariamente todo mexicano va a tener un papelito que diga “estoy afiliado”, pero si todo mexicano que así lo desee. Probable mexicano que decidan tener un seguro privado y que decidan no acceder a los mecanismos públicos. Sin lugar a dudas el primer semestre del 2011, alcanzaremos la cobertura universal y sin lugar a dudas, diputado. Le agradezco la pregunta de que necesitamos o que hacer falta, hoy tenemos todo lo que nos falta es ponernos a trabajar, entidades federativas, gobierno federal, para poder alcanzar al cobertura universal. Muchas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: A continuación tendrá la palabra la diputada Leticia Quezada Contreras, Integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática.

La diputada Leticia Quezada Contreras: Buenas tardes, bienvenido sea usted y permítame comentarle, qué chistoso usted, porque es muy platicador. Quisiera preguntar y quisiera decirle algo, robarme un poquito de mí tiempo, tengo varias preguntas. Pero me llamó mucho la atención lo que usted comentó, que hay que ver la manera que las mujeres den más leche materna.

Ése es el problema, porque hay un problema de lenguaje, y sobre todo de entender que las mujeres no somos, quisiera llamarlo o decirlo, que solo se conecte ahí un bebé y entendemos. Porque es muy complicado para una mujer entrar en esa etapa, y no digo con esto que no estoy de acuerdo, al contrario. Estamos creo que todas las mujeres de acuerdo a que se debe de dar la leche materna y esto es muy importante, pero es simplemente el lenguaje y la forma en la que usted se refiere. Le aconsejaría que se tome unos cursos de equidad y género.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 9, hoja 5, eqt

Quisiera comentar, embarazo saludable. Se plantea desde el gobierno federal como una estrategia sustantiva para la atención de la muerte materna, no obstante no cuenta con recursos etiquetados para su funcionamiento. ¿Por qué esté desfase declarativo y presupuestal?

Al carecer de presupuesto específico, ¿Con qué y cuánto presupuesto sustenta su operación, embarazo saludable? Debemos recordar, además, que el número de mujeres fallecidas de muerte materna aumento en los últimos años.

La acreditación, de establecimientos de salud y la afiliación de la población son dos criterios...

(Sigue turno 10)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 10, hoja 1, nm

... tanto la acreditación como la afiliación ocurre principalmente en las ciudades y municipios con menor nivel de marginación.

¿Qué se está haciendo para alcanzar a los municipios más marginados y con ello a la población en situación más vulnerable? Tengo más, pero entiendo que solo tenemos dos preguntas, dos minutos. Gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Tiene la palabra el maestro Salomón Chertorivski para dar contestación.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias, diputada Quezada.

El tema de la lactancia materna, yo creo que es fundamental y si usted nos ayuda a levantarlo, a levantarlo en el sentido correcto, son muchísimas las variables, no es nada más —como usted dice— la capacitación, sí es importante la capacitación en el hospital y antes de la salida, de la madre, es importante la comunicación estratégica, son importantes las flexibilidades laborales para que la madre pueda salir o no salir.

Inclusive, diputada Leticia, hay algunos mecanismos que se han desarrollado, por ejemplo Brasil están muy avanzados los bancos de leche humana, que pueden sustituir, en un momento dado, la lactancia materna en sí, pero la lactancia materna es una cuestión fundamental para la nutrición y la inmunización.

Nuevamente yo reitero, lo que estamos haciendo en este momento es el resultado de la evaluación o del estudio que hicimos a profundidad nos llamó tanto la atención de que fuera tan grande la no correcta lactancia materna, que lo que hicimos a partir de eso, no había ninguna afirmación adicional, es meternos a estudiar más a fondo para tener establecidas estrategias específicas y poder trabajar en ese sentido.

Para la acreditación y afiliación, efectivamente son dos elementos fundamentales en la acreditación, porque nos garantiza un cierto nivel de calidad, qué se les está ofreciendo a los afiliados del Seguro Popular, vamos avanzando, va avanzando la Secretaría de Salud y las entidades federativas de manera importante.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 10, hoja 2, nm

Yo aquí sí le diría, hay diferentes grados de avance dependiendo de la entidad federativa, usted mencionó dos de los estados más marginados, Chiapas tiene un avance mucho más importante que el estado de Guerrero. El estado de Guerrero ha tenido algunos problemas financieros, sobre todo que el año pasado lo hicieron no poder cumplir con su aportación solidaria estatal. En ese sentido rezagarse en su responsabilidad, de entrada, el estado de Chiapas ha trabajado de manera muy responsable.

Pero ahí también el vecino, el estado de Oaxaca ha trabajado fantásticamente bien y tenemos un cúmulo de experiencias en esa región, entre Guerrero, Chiapas, Oaxaca, el propio sur de Veracruz, la sierra de Puebla, en donde podemos dar cabal idea de lo bien que ha funcionado en zonas marginadas, el tratamiento. Tenemos todos los días mucho más qué hacer y mucho más qué trabajar.

La estrategia, embarazo saludable, el recurso viene a través del propio catálogo único de servicios, lo que se hizo cuando se lanzó la estrategia fue, que la cápita que se transfiere a los gobiernos estatales fue suficiente para cubrir, en ese momento, 14 intervenciones que no estaban contempladas con anterioridad en el catálogo de servicios. A partir de ese financiamiento, de la cápita que se transfiere a los estados, éstas se tuvieron financiadas y a éstas 14 se suman las seis que se acaban de dar a conocer para la emergencia obstétrica.

Entonces hay 20 intervenciones específicas para el periodo del embarazo, además de todas las demás, además de todo lo que se hace a través del Programa Oportunidades y del seguimiento rutinario. Por ejemplo hay un dato interesante, en la evaluación, ésta que trae el dato de la lactancia materna, tenemos el dato de que por ejemplo el promedio del 1.5 millones de mujeres que dieron a luz y que se muestrearon en este estudio, el promedio de visitas al consultorio fue de más de seis, que es mejor que la norma oficial.

Es decir, creo que vamos avanzando de manera importante, otra vez, una mujer que muere, es una mujer que nos debe de ocupar a todos.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 10, hoja 3, nm

Yo le diría una última cosa, diputada, paradójicamente en términos absolutos, la concentración de mortalidad materna está en zonas urbanas, en zonas urbanas identificada en algunas jurisdicciones sanitarias específicas, en términos absolutos, otra vez, no tanto en zonas marginadas, ahí se ha avanzado de manera importante.

En términos globales, como país. Sí hay una mejora si aislamos el efecto Influenza AH1N1, pero no me metería en los términos en que sólo mis colegas médicos tendrían que ser mucho más explícitos. Pero creo que se ha cumplido, diputada, en este terreno y siempre se debe trabajar más a fondo.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: A continuación tiene la palabra la diputada Gloria Trinidad Luna Ruiz, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, hasta por dos minutos para formular su pregunta.

La diputada Trinidad Luna Ruiz: Muchísimas gracias. Primero que nada, señor comisionado, felicitarlo por la brillante exposición, la verdad es que nos ha dado un panorama muy completo de lo que es el seguro popular. Sobre todo, yo quiero felicitarlo especialmente porque se ve la pasión que le pone a este trabajo, es muy bueno hacerlo con toda la responsabilidad y la entrega, pero además cuando se le pone pasión, creo que las cosas son mejores. Muchas gracias. Paso a mi pregunta.

Señor comisionado, ¿considera que el sistema de protección social en salud ha hecho lo correcto al concentrarse en la instrumentación de su brazo técnico, el Seguro Popular, y en apoyar a otros programas? O que es el momento de impulsar una nueva generación de reformas que permitan proyectar que el sistema proporcione a cabalidad, la combinación de servicios a que hace referencia el artículo 77-Bis, I, de la Ley General de Salud, específicamente en lo que se refiere a promoción y prevención de la salud, para pensar en esquemas que amplíen los efectos protectores del sistema hacia los rubros de cotización para el retiro, por ejemplo para las personas que trabajan en la informalidad. Muchas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Tiene la palabra el maestro Salomón Chertorivski para dar contestación.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 10, hoja 4, nm

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias, diputada Gloria Trinidad Luna, por su comentario y por la pregunta.

Yo creo y empezaría... ya la diputada Quezada me regañó, entonces voy a ser muy breve, no. Creo que todo sistema es perfectible, sobre todo, todo sistema que creció de manera exponencial en un periodo de tiempo tan breve, creo que hoy, después de seis años de trabajo en el sistema de protección social en salud, sí legisladores, y si nos permiten colaborar con ustedes, creo que sí hay espacio para una segunda generación de reformas a la Ley General de Salud, o la creación de la Ley de Protección Social en Salud, que permitan mejorar los mecanismos con los que está dispuesto la propia ley.

Usted menciona... creo que hay dos temas fundamentales. El primero, ustedes provienen de entidades diversas, creo que es de reconocer que el mismo mecanismo de descentralización que fue fundamental en la concepción del sistema de protección social en salud, trajo al mismo tiempo 32 sistemas de Seguro Popular diferentes en cada una de las entidades.

Creo que después de seis años de ver cómo operó en 32 modelos, tenemos elementos suficientes para decir: En algunos lugares operó mejor que en otros. Por qué no tratamos de homogenizar un poquito, para que todos los modelos, respetando la descentralización traten de converger un poquito más, para que el afiliado en cualquier lugar del territorio nacional se le ofrezca exactamente los mismos rubros.

Creo que esta es una tarea pendiente, creo que debemos de... desde la personalidad jurídica del propio Seguro Popular. Es decir, en algunas entidades es un órgano descentralizado la Secretaría de Salud, en algunos es un desconcentrado la Secretaría de Salud, en otras depende la Secretaría de Finanzas, creo que ya tenemos elementos suficientes para ver cuál es el modelo que mejor funciona.

Y podrían, las señoras y señores legisladores, proponer una reforma en ese contexto, yo estaría más que contento, emocionad, entusiasmado, de venir a trabajar con ustedes en ese terreno, como lo hicimos el año pasado para la modificación a la Ley General de Salud.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 10, hoja 5, nm

Por otro lado usted abre y reitera un punto que es fundamental, estamos en el momento en donde la prevención y la promoción a la salud, se tienen que volcar de manera fundamental. Creo que a lo largo de los años y por justa razón, el país construyó un modelo muy enfocado a lo curativo, pero creo que hoy sí tenemos que virar mucho más a lo preventivo.

Creo que ese preventivo nos tiene que dar ánimos, que conforme se va envejeciendo la población... porque hoy el nueve por ciento de los mexicanos es mayor de 60 años de edad, pero en 2040 va a ser uno de cuatro mexicanos. Cuando eso llegue, con el cambio epidemiológico, las enfermedades hacia las crónico-degenerativas, en fin, no hay dinero ni recurso de estado, no de México, de ningún estado del mundo que alcance, pero sí tenemos una gran ventana de oportunidades que es, la prevención.

Si hoy detectamos un azúcar alta, y con una dieta, con un tema de vida...

(Sigue turno 11)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 11, hoja 1, l.jg

... la prevención. Si hoy detectamos una azúcar alta y con una dieta y con un tema de vida, con mayor ejercicio como actividad física, y nos puede ayudar la población, lo detectamos a tiempo y lo hacemos, eso no se convierte en una diabetes, eso no se convierte en una enfermedad renal crónica. Eso no se convierte en una insuficiencia renal crónica, que ya una insuficiencia se le tiene que invertir 180 mil pesos al año en diálisis y hemodiálisis, 300 mil pesos en el trasplante de riñón, otros 180 mil pesos al año en inmunosupresión, pero si eso se detecta cuando con un cambio en la dieta y mayor activación física es suficiente, para el Estado es muchísimo más efectivo y para el mexicano o la mexicana que se le detecta, es mucho más efectivo en sus años de calidad de vida.

Entonces reitero, creo que tenemos que virar un sistema mucho más homogéneo para el financiamiento a la salud, creo que tenemos que virar a la prevención y a la promoción de manera más efectiva y lo estamos tratando de hacer, y tercero, creo que tenemos que cuidar de manera más efectiva el que los afiliados —y ya lo había mencionado— que los afiliados se sepan con la posibilidad de exigir su derecho a la salud, al acceso a la salud.

Tenemos que hacer de los afiliados del Seguro Popular verdaderos impulsores de su derecho, exigentes de su derecho y que cuando eso no suceda, exista un cuerpo que pueda acompañarlos para que en conjunto, al proveedor del servicio se le exija esa posibilidad. Muchas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: A continuación tiene la palabra la diputada Clara Gómez Caro, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional.

La diputada Clara Gómez Caro: Y secretaria general del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social en mi estado.

Lo menciono porque yo quisiera estar contenta, como muchos han expresado aquí, pero la verdad es que no. Nace un Seguro Popular sin estructura, falta de planeación, falta de organización, y ahorita lo acabo de

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 11, hoja 2, l.jg

corroborar con lo que usted finalmente dijo; que son 32 modelos de atención, hablando de cada uno de los estados del país.

Si es un Seguro Popular, ese modelo debe de ser único, el mismo en todos los estados, y desde ahí ya vemos que a lo mejor hay alguna falla, y a lo mejor muchos se van a reír aquí porque estén contentos, ya lo mencioné hace un momento, pero yo pienso que si estamos aquí, estamos hablando de un tema muy importante para toda la población del país, y que requiere de nuestra atención y del respeto de cada uno, porque yo he escuchado a todos con respeto.

Hay otra situación que quiero mencionar. Se hablaba de un sistema de salud único que el Ejecutivo quería para nuestro país, y ya teníamos nosotros Seguro Social, ya teníamos ISSSTE; ya existía Salubridad, teníamos Oportunidades y nace un Seguro Popular. ¿Querremos un solo sistema de salud, cuando estamos incrementando otro? Creo que así no se puede dar un sistema único, porque por un lado es otro seguro y por el otro, se habla que queremos que los derechohabientes, si tienen derecho a un seguro por ellos, y tienen derecho al ISSSTE por parte de algún hijo, antes ellos elegían o todavía ellos eligen a dónde atenderse, y hay quien tiene seguro de gastos médicos o las tres cosas, dependiendo de los hijos que tengan y donde trabaje cada quien.

Entonces ahí sí se pretende hacer un servicio único, y queremos asegurar a todos los habitantes del país y hacemos otro seguro popular, que no tiene la estructura, que no tiene para dar atención de segundo y tercer nivel; que están subrogando servicios y que para los que conocemos y trabajamos en el sector salud, sabemos que la subrogación de servicios es más cara y puede haber fuga de dinero ahí.

Se han tirado los pesos por los centavos, porque no se le apostó desde un inicio al primer nivel de atención. Ahorita lo queremos hacer; desgraciadamente ya tenemos gran parte de la población enferma, con enfermedades crónico-degenerativas y con enfermedades que requieren del segundo y tercer nivel de atención.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 11, hoja 3, l.jg

Ésa es mi inconformidad, y solamente le voy a hacer dos preguntas. ¿Usted cree que la universalidad de la seguridad social será posible en este sexenio, o tendremos que postergar la esperanza del pueblo en lo que se refiere a salud, empleo, educación, etcétera?

La otra es, que hablaba usted que se está dando del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, y quiero saber a cuánto asciende esa cantidad y para cuánto está previsto que funcione, pues no crea que a nadie convenga que lo catastrófico del fondo se vuelva rutina, ¿o no cree usted que pueda ser como lo de la tenencia, que ya por rutina se tome de ese fondo, que no fue creado para eso? Ésas son las dos preguntas que le hago.

Finalmente, decirle que tenemos deficiencias en el Seguro Social, que es una institución establecida y usted lo mencionó, que desde 1943 nació el Seguro Social y que si ahí tenemos dificultades para tener el recurso humano, porque ahorita tenemos sobrecargas de trabajo, por un acuerdo de buenas voluntades de congelamiento de plazas de un 3 por ciento, pero se siguen afiliando trabajadores y tenemos sobrecargas de trabajo, falta de material de insumos y de equipo. Todo eso lo tenemos en el Seguro Social y lo tienen en el ISSSTE, lo tienen en Salubridad, y estamos hablando que la gente está contenta con el servicio que se da en el Seguro Popular.

Gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Tiene la palabra el maestro Salomón Chartorivski Woldenberg, para dar contestación.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias, diputada Clara Gómez y secretaria general de la sección sindical de su estado.

Le agradezco y le reitero primero que nada mi respeto y mi compromiso con una de las grandes instituciones que ha creado este país, que ha sido una de las válvulas sociales de desarrollo más importantes que ha tenido

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 11, hoja 4, l.jg

el país, y que lo reconoceremos y seguiremos trabajando como hoy lo hacemos, con el maestro Daniel Caram, hombro con hombro, para ver cómo vamos para mejor, juntos. La reconozco, reconozco el trabajo del Seguro Social y nunca lo dejaré de hacer, y espero que no haya sido ésa la interpretación que se da. Respeto enormemente el trabajo del Seguro Social.

Lo que sí afirmé de manera categórica y lo reitero, diputada, con todo respeto, es que llegado el año 2000, la mitad de la población no tenía un aseguramiento financiero para su salud, porque el aseguramiento financiero se dio a partir del status laboral. Fue un modelo por el que apostó el país en los 40, y estuvo bien en ese momento, pero 50 años después no se había cristalizado para la mitad de la población. Para otro buen número de mexicanos muy importante sí se cristalizó y tiene sus beneficios y tiene su excelente servicio, a través del Seguro Social, pero la mitad de la población no.

El Seguro Popular no viene a crear un nuevo sistema; viene a ordenar el financiamiento de un sistema ya existente. No es cierto que no existe planeación, no es cierto que no existe estructura; existen las estructuras importantísimas de las entidades federativas, de las estructuras de salud de las entidades federativas; existen los grandes esfuerzos de los trabajadores del sector salud, que son casi 300 mil en todo el país, que de manera estructurada y conformada, planeada, trabajando todos los días en el sector salud, y en ese sentido el Seguro Popular no creó un sistema más; el Seguro Popular simplemente lo que vino a hacer con la modificación a la ley es generar un mecanismo, no para crear un nuevo sistema, sino para, dentro del sistema de salud que a partir de 97 manejan los estados, generar un mecanismo que financiara o asegurara el financiamiento para la gente que acudía a esos servicios, porque antes no lo tenía.

Entonces no es un sistema adicional, simplemente es un ordenamiento y es un gran mecanismo de justicia social para la gente que antes no había tenido acceso.

Por otro lado, diputada, con todo respeto, hoy no se subrogan prácticamente servicios. Hoy, las más de 15 mil unidades de primero, segundo y tercer nivel, en donde están desde la más pequeña unidad en la sierra, hasta los grandes institutos nacionales de salud, como lo son Nutrición, Cancerología, Cardiología; los hospitales

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 11, hoja 5, l.jg

generales en todo el país; el GEA González; el Hospital General de México; el Hospital Juárez, son los hospitales que atienden a los afiliados del Seguro Popular en primero, segundo y tercer nivel, y tenemos absolutamente toda la evidencia y la... y no nada más eso, diputada, yo le diría otra cosa.

Hoy...

(Sigue turno 12)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 12, hoja 1, baag

... son los hospitales que atienden a los afiliados del Seguro Popular en primero, segundo y tercer nivel. Tenemos absolutamente toda la evidencia. Y no nada más eso, diputada, yo le diría otra cosa: hoy por hoy, en nuestro cruce de sistemas, y me lo pueden refrendar mis compañeros del Sindicato de Trabajadores de la Salud y los compañeros que se encargan de prestar los servicios en las entidades federativas, por la gran forma en la que hemos mejorado los servicios en la alta especialidad, en el segundo nivel de atención, estamos atendiendo —y con mucho gusto también— a muchos afiliados del IMSS y del ISSSTE que no encontraban en sus sistemas la prontitud con la que querían ser atendidos. Y en muchas entidades federativas estamos atendiendo a muchos afiliados de otros sistemas.

Por eso la urgencia de ir ordenando y de tener mecanismos para podernos intercambiar servicios y poder generar ese sistema, que más que sistema único es un sistema integrado, es un sistema en donde evitemos en lo mayor posible las duplicidades, en donde converjamos más y generemos mejores sinergias de construcción, en donde la inversión se dé de manera más ordenada, en donde las compras de medicamentos, de equipo se den aprovechando las economías de escala de todo el sector, en donde tengamos identificado, a través de un expediente, a la población que esté en los diferentes sistemas y que puedan ser compatibles entre los mismos.

Yo creo que ésa es la aspiración de la integración del sistema y lo que ha manifestado el secretario Córdoba. Y creo que en la práctica, el IMSS y el Sector Salud, el Seguro Popular como entidad financiera y de afiliación de los individuos que antes no tenían servicio de salud, creo que hemos estado trabajando hombro con hombro de manera muy acertada y muy concreta, diputada.

Yo estaría más que contento de poder trabajar con usted para, con su experiencia, poder intercambiar en lo que usted ve en el día a día... me encantaría.

La diputada : Afortunadamente... le comentaba que en corto, yo le voy a dar los datos, perdón, pero pone en tela de juicio lo que yo dije y tengo que aclarar. Nada más decirle que yo le voy a dar los datos a donde se subrogan servicios y son hospitales particulares.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 12, hoja 2, baag

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Sí, por supuesto.

El secretario diputado : A continuación, tiene el uso de la palabra el diputado Sergio Tolento Hernández, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional hasta por 2 minutos.

El diputado Sergio Tolento Hernández: Muchas gracias. Felicidades, comisionado. Muchas gracias por tu participación y por tu entusiasmo.

Tengo varios cuestionamientos, voy a ser breve. Tenemos una preocupación permanente los legisladores de que el mayor número de usuarios tengan derecho al mayor número de intervenciones en salud. Por ello consideramos que será necesario ampliar el número de intervenciones que integran el catálogo universal de salud. Sin embargo, sabemos que existe una gama de padecimiento cuyo tratamiento es muy costoso y no se encuentran contemplados en dicho catálogo.

El primer cuestionamiento sería si la comisión posee un cálculo de enfermedades que no se encuentran contempladas dentro del Cause, y que se haya incrementado su demanda en los últimos tiempos. El segundo cuestionamiento sería: para cuántas de ellas se tiene proyectadas su inclusión en el catálogo. Tercero sería: si existe algún tipo de gestión a través del área de Comunicación Social, de la misma comisión, para referir pacientes a otras dependencias. Como último cuestionamiento sería, de acuerdo a la nueva disposición de regular la venta de los antibióticos con la receta médica —yo soy médico y estoy totalmente de acuerdo en que no se debe de auto-recetar ni auto-medicar—, preguntar que si se tiene contemplado dentro de la misma dependencia o dentro de las instituciones de las entidades federativas, si se tiene contemplado el incremento de las demandas de la consulta externa.

Ésos serían mis cuestionamientos. Muchas gracias.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 12, hoja 3, baag

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Tiene la palabra el maestro Salomón Chertorivski Woldenberg para dar contestación.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias. Diputado Toledo, le agradezco sus preguntas. Como explicaba en mi presentación inicial, estamos ciertos que el Cause es el catálogo único de servicios, puede tener mejoras, por eso estamos siendo mucho más específicos en los padecimientos de salud mental, en los padecimientos de adicciones, pero el Cause está muy completo, es decir, prácticamente se cubre todo lo que se tiene que cubrir y está en constante estudio.

En donde —como decía en mi presentación— tenemos todavía un área importante de oportunidad es en la alta especialidad, es en los padecimientos que financia el Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico. Ahí se tienen determinadas, al día de hoy, 110 intervenciones como catastróficas y esa determinación la hace el Consejo General de Salubridad.

No le había contestado, diputada. La connotación de catastrófico y tal vez la palabra luego... pero el catastrófico es aquel gasto en salud que refiere más del 40 por ciento de la capacidad total de pago de una familia, es decir, el catastrófico es el gasto que empobrece. Tal vez no entendí bien lo que me preguntaba en ese sentido. Por eso no es una cuestión de que se quede, como mencionaba otro ejemplo, no es que se quede, es que siempre hay gasto catastrófico para determinadas familias.

En ese sentido, el tema está en que hoy son 49, son 110 que ya están catalogadas de diferentes magnitudes y son tres variables las que se utilizan para tratar de hacer una disección de los padecimientos: la primera es médica, es la frecuencia de los padecimientos, es decir, por ejemplo tenemos el infarto al miocardio que es uno de los padecimientos más frecuentes, joven entre 25 y 40 años es la muerte número uno y no está cubierto hoy el infarto por el Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico, y tienes otras que como los padecimientos lisosomales, que son mucho menos frecuentes, pero que son de altísimo costo que tampoco están cubiertos.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 12, hoja 4, baag

Una de las primeras determinaciones médicas que se hace es la frecuencia, el costo y la probabilidad de curación de éxito del padecimiento. Segundo, se hace una evaluación financiero-actuarial, es decir, el fondo o el fideicomiso para qué le alcanza y si le alcanza para garantizarlo para siempre. Tercero, hay una valoración ética. Cualquier padecimiento que le pongas nombre y apellido hay que cubrirlo en términos humanos.

Con estas variables es que se trata de determinar primero cuáles son las enfermedades consideradas como catastróficas y, segundo, cómo se genera una lista de priorización para ir las incluyendo en el catálogo que ofrece el Fondo de Gastos Catastróficos.

Este año, ojalá podamos ampliar algunos padecimientos. Ésa es la expectativa y estamos en el constante. La referencia de pacientes se hace sobre todo del primer nivel de atención al segundo y tercer nivel y se hace dentro de los mismos sistemas estatales de salud, y cuando es necesario es mucho intercambio entre regiones del país —no mencionaré ninguna. Hay regiones en donde hay mucho intercambio de pacientes para la alta especialidad o para otros temas.

El tema de la regulación con recetas para los antibióticos. Nosotros financiaremos y nos conduciremos conforme a la normatividad aplicable, lo que este Congreso determine, lo que la normatividad de las diferentes dependencias que tienen que regular en el asunto de... Muchas gracias, diputado.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Tiene la palabra a continuación, la diputada Rosalina Mazari Espín, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, hasta por 2 minutos para formular su pregunta.

La diputada Rosalina Mazari Espín: Buenas noches, doctor Salomón. Qué importante es su comparecencia en esta comisión.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 12, hoja 5, baag

El Seguro Popular tiene un esquema importante, diría yo, casi perfecto, pero muchas veces, en la práctica, hay muchas deficiencias. Voy a tratar de ser muy breve. El acceso a la atención médica y medicamentos son indispensables para la plena realización del derecho a la salud de los ciudadanos.

Usted menciona que el porcentaje nacional de abasto en medicamentos está al 75 por ciento, lo cual se me hace muy preocupante, muy grave, que se tiene que atender, porque vivimos tiempos en los que la ciudadanía, con la pobreza, con la falta de empleo va a una atención médica...

(Sigue turno 13)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 13, hoja 1, nm

... para un Seguro Popular, muchas veces no tiene una buena atención, la mayoría de los casos, por decirlo así, sale con una receta médica y no le surten los medicamentos.

Este es un tema que a mí me ha interesado, que al PRI le interesa, porque no nada más estamos hablando de un estado, como es Morelos, de donde yo soy originaria, sino que esto se padece en todo el país. Yo creo que sí sería bien importante que en próximas fechas, como usted anunció que iba a presentar un mecanismo, una estrategia para terminar con esta deficiencia en el abasto de medicamentos que existe.

También quiero decirle, como una sugerencia, que sería importante la visita de usted en los hospitales, que viaje usted por toda la República, porque independientemente de lo que le dicen los secretarios de salud, hay que verificar, hay que ir a hablar con la gente, usted como comisionado, creo que sería importante que usted así lo hiciera.

En mi estado hay una gran carencia, hemos hablado con el secretario de salud, no ha sido lo suficientemente sensible para atender este problema, de hecho lo ha manifestado, que sabe realmente que ha sido muy complicado para él, pero lo que en la política, tanto usted como nosotros debemos dar resultados, porque nosotros como diputados aprobamos un presupuesto, hay recurso para que se dé el suficiente abasto de medicamentos en todo el país, en el estado de Morelos, sin embargo no lo hay.

Por otro lado, sabemos que hay un proceso de credencialización y que es un método de identificación de los usuarios del Seguro Popular y que ha sufrido algunas complicaciones, sin embargo, en virtud de la carencia de recursos que enfrenta nuestro sistema de salud de carácter público, resulta imprescindible que la gente conozca el porqué y cómo se utilizan los recursos de este proceso.

La fuente de las decisiones en este rubro, para que puedan tener la tranquilidad de que se van tomando las mejores decisiones para su beneficio. Para ello mis preguntas serían: ¿cuántas credenciales se han elaborado? ¿Cuántas se han entregado? ¿Cuánto se ha destinado en dinero para ello? ¿Cuál es el balance

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 13, hoja 2, nm

formulado con relación al costo-beneficio de la emisión de las credenciales? ¿Se puede afirmar que cada usuario con credenciales tiene garantizado el acceso geográfico a los servicios de salud del Seguro Popular?

Ahora, ¿la comisión que usted representa cuenta con un padrón depurado y actualizado para prescindir de la credencial y permitir el acceso con una identificación y con la CURP?

Por sus respuestas, muchas gracias,

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Tiene la palabra el maestro Salomón Chertorivski para dar contestación, y si lo desea, nos haga saber su mensaje final.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Muchas gracias. Diputada Rosalina, muchas gracias, le agradezco mucho, siempre, la claridad de los posicionamientos y estamos para trabajar junto como siempre lo he manifestado.

Primero, déjeme decirle, lo tengo que decir, por supuesto que la política pública no se hace nada más en el escritorio, se hace en la calle, se hace en las comunidades, así lo he hecho siempre con más de 13 años de trabajo en materia de política social, de combate a la pobreza, no nada más a nivel federal, sino también trabajando en gobiernos locales.

Mi encomienda anterior al frente, dos años y medio de Diconsa, recorrí 23 mil localidades en este país, donde había tiendas. En el Seguro Popular trato de estas en clínicas, hospitales, en módulos de afiliación y con la gente, entre uno y dos días a la semana, por supuesto que el trabajo no se puede hacer. He estado en un par de ocasiones en el estado de Morelos, por supuesto que lo seguiré haciendo.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 13, hoja 3, nm

Tenemos que seguir trabajando en el surtimiento de medicamentos, yo le diría, si hacemos una evaluación y un análisis de qué sucedía antes del Seguro Popular y qué sucede ahora. Yo me siento muy satisfecho de poder ver el vaso medio lleno, no quiere decir que eso sirva para conformarnos, sino para impulsarnos y empujarnos a tratar de hacer las cosas mejores.

Comparto su preocupación, o decía y lo digo con toda honestidad, con que haya una receta que no se surta completa, con eso es suficiente para ocuparnos en ver qué tenemos que hacer para mejorar, pero creo que vamos en la dirección correcta y creo que ha mejorado. Sí creo que son más bien casos aislados, las entidades federativas en donde no ha sido tan exitoso el surtimiento de medicamentos y lo haremos.

El mecanismo de credencialización, lo digo con toda claridad, es un mecanismo que se planteó al inicio del proceso de diseño del Seguro Popular, es un proceso que quedó entrampado, que hoy está en asuntos... está en los tribunales con la licitación y con los proveedores de dichas credenciales, y efectivamente con el avance que hoy tiene el Seguro Popular y el avance que tiene el país con otros mecanismos, hoy no consideramos necesaria la credencial como un mecanismo de identificación del afiliado. El afiliado tiene hoy una póliza, a todos afiliado se le entrega esa póliza y es esa póliza junto con una identificación, cualquiera que ésta sea, la que hace valer su ejercicio de la afiliación.

Algunas entidades federativas han querido hacer credenciales, eso está dentro del orden de autonomía de las entidades federativas.

El ejercicio que ahora estamos haciendo, diputada, es un ejercicio de huellas biométricas, es decir, primero, tenemos un padrón muy depurado, nuevamente reitero de los 33.8 millones de mexicanos, tenemos 97 por ciento de CURPS, ya de éstos, lo cual nos permite hacer una muy buena afinación de nuestro padrón.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 13, hoja 4, nm

El segundo elemento para afinarlo todavía más, es este levantamiento de 10 huellas digitales que se está haciendo a mayores de 10 años, mayores de 10 años porque al niño todavía le cambian las huellas y su afiliación está registrada junto con el de su madre o en el caso de su padre.

Pero son las 10 huellas biométricas que este año terminaremos con 10 estados de la República, que fueron los que quisieron iniciar el proceso, ya con el padrón, la CURP y la huella digital, tendremos todos los mecanismos para poder cerciorar esto, pero además, diputada, los esfuerzos que estamos implementando, como es la huella digital, son esfuerzos que son convergentes con otros esfuerzos que podrían existir.

Es decir, son las mismas características que el Seguro Social podría tener en sus mecanismos de identificación, son los mismos estándares que se podrían solicitar en una cédula única de identidad para no repetir y para hacer el mejor uso, posible, de los recursos que tenemos.

Muchas gracias, diputada. Nuevamente, ya se alargó, pero como el diputado presidente me permitió un mensaje final, será muy, muy breve.

Simplemente diré que la salud no sólo es lo más importante, sino muchas veces es todo, y que para la salud y en la salud todos tenemos un papel que jugar, todos tenemos nuestro granito de arena que poner. Sí son las clínicas, sí son los quirófanos, pero también es el día a día de todos nosotros, nuestra actividad, nuestra forma de ver el mundo, y lo que todos podemos construir alrededor de lo que al final va a impactar en la cosa... como digo, no es lo más importante, muchas veces es todo, es la salud.

Yo simplemente agradecerles enormemente la oportunidad de poderme reunir con ustedes, de tener este intercambio, me llevo todas las preocupaciones, las ocupaciones, y espero tener la oportunidad de continuar este diálogo positivo que hemos tenido desde el inicio de esta comisión, para seguir trabajando

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 13, hoja 5, nm

y construyendo un ideal que tenemos todos, un sistema que queremos todos, y que por supuesto que es perfectible, es mejorable, pero sólo podrá ser si trabajamos juntos.

En esa oportunidad, les agradezco enormemente. Muchas gracias.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: A continuación se va a realizar una excepción, el diputado Malco Ramírez, ha solicitado la participación, tiene hasta por dos minutos, diputado para formular su pregunta.

El diputado Malco Ramírez Martínez: Gracias. Les agradezco, en primer lugar haberme aceptado para estar en esa comisión, lo solicité porque me interesa mucho.

En el sentido, felicitar aquí, es un gran trabajo que hace Seguro Popular en todo el país, pero me gustaría que a través del Seguro Popular, si se tiene alguna segunda reforma o se puede tener algún apartado para la creación de la Ley de Protección Social en Salud, se pudiera incluir, porque es importante y sabemos todos los que somos médicos, que lo importante es la prevención.

Desgraciadamente en nuestro país no tenemos una carrera como tal, si bien eres médico, si bien eres enfermera, odontólogo, psicólogo, etcétera, pero hemos estado impulsando desde mi estado, en Puebla, la creación de una carrera que sea de promotor a la salud, una carrera técnica, o bien que exista una licenciatura en promoción a la salud.

Hemos hecho algunos pininos en las universidades, de hacer los diplomados en atención a la salud, pero la pregunta concreta es, ver si a través de Seguro Popular logramos que exista esa carrera técnica...

(Sigue turno 14)

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 14, hoja 1, arm

... en las universidades, de hacer los diplomados en atención a la salud. Pero la pregunta concreta es ver si a través del Seguro Popular logramos que exista esa carrera técnica en todas las entidades, para que podamos influir adecuadamente en bien de la salud.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Gracias, diputado. Sin lugar a dudas que las relaciones entre los Poderes Ejecutivo y Legislativo se fortalecen y robustecen mediante este ejercicio. Gracias diputado.

Tiene la palabra el comisionado nacional de Protección Social en Salud, para dar contestación.

El comisionado Salomón Chertorivski Woldenberg: Diputado Marcos Ramírez, yo simplemente le diría que la prevención es uno de los temas fundamentales. Ya se está invirtiendo por lo menos el 20 por ciento de los recursos en eso. Y como lo dije, seguiremos trabajando. Y es uno de los focos de atención más importantes. Muchas gracias, presidente.

El presidente diputado Miguel Antonio Osuna Millán: Gracias, comisionado.

La democracia mexicana se beneficia del diálogo, de la concordia, de la comunicación efectiva entre autoridades y representantes populares. Por ello este encuentro debe significar para todos un momento de reflexión, para pensar y repensar de qué manera podemos contribuir todos, para que sean los temas de la salud los que conciten y provoquen el acuerdo y la unión entre todas las fuerzas políticas.

México tiene una meta muy ambiciosa: alcanzar la cobertura universal de salud para 2011, y está muy claro que el Seguro Popular es fundamental para la consecución de tan alto objetivo. La salud de los mexicanos no puede estar sujeta a consideraciones de tipo político, porque el dolor, el sufrimiento y la desesperación no entienden de colores partidistas.

Comisión de Salud

Comparecencia del comisionado nacional de protección social en salud

Martes 20 de abril de 2010

Turno 14, hoja 2, arm

El Seguro Popular se ha convertido en una verdadera palanca impulsora del desarrollo humano en nuestro país, que no nos ha permitido alcanzar cifras muy importantes de cobertura médica como sociedad, y que se ha constituido además en una plataforma para que las entidades federativas cuenten con mayor infraestructura, equipos y personal para brindar la atención médica.

Claro está que persisten retos importantes, áreas de oportunidad que en nuestra visión representan posibilidades de colaboración entre dos poderes que saben que la población los quiere ver trabajando juntos, en una sintonía cooperación, y no en el enfrentamiento que puede generar quizá primeras planas, pero que no abona en el progreso de la nación.

Agradezco a todos los diputados por estar presentes y haber participado. También, por supuesto, a nuestro amigo el señor comisionado, por este intercambio de ideas. Percibimos en este ejercicio un ánimo y espíritu democrático y de apertura de su parte, lo cual siempre será bienvenido.

Procedemos a la clausura y cierre de la sesión. Muchas gracias a todos.

---o0o---