

**DOCTOR RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA,
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO
DEL DISTRITO FEDERAL
18 de octubre de 2006**

CONTENIDO

	Pág.
RECEPCIÓN DEL DOCTOR RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA, SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.	2
INFORME DEL DOCTOR RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA, SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.	3
RONDA DE PREGUNTAS DE CADA GRUPO PARLAMENTARIO, SE FORMULARÁN DE ACUERDO CON LA REPRESENTATIVIDAD DE CADA GRUPO PARLAMENTARIO RESPUESTA INMEDIATA DEL FUNCIONARIO A LOS CUESTIONAMIENTOS QUE FUERON FORMULADOS CON RÉPLICA DEL DIPUTADO A LAS RESPUESTAS.	7
SEGUNDA RONDA DE PREGUNTAS DE CADA GRUPO PARLAMENTARIO, A TRAVÉS DE UNO DE SUS INTEGRANTES, SE HARÁ DE ACUERDO CON LA REPRESENTATIVIDAD DE CADA GRUPO PARLAMENTARIO, RESPUESTA INMEDIATA, DESDE LA TRIBUNA, DEL FUNCIONARIO A LOS CUESTIONAMIENTOS QUE LE FUERON FORMULADOS CON RÉPLICA DEL DIPUTADO A LAS RESPUESTAS.	21
MENSAJE FINAL DE LA LICENCIADA MARÍA ESTELA RÍOS GONZÁLEZ, CONSEJERA JURÍDICA Y DE SERVICIOS LEGALES DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.	32

RECEPCIÓN DEL DOCTOR RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA, SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

EL C. PRESIDENTE DIPUTADO MARCO ANTONIO GARCÍA AYALA.- Muy buenas tardes.
Bienvenido, señor Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal, doctor Ricardo Arturo Barreiro Perera.

Compañeras y compañeros diputado integrantes de la Comisión de Salud y Asistencia Social;

Señor doctor Ricardo Arturo Barreiro Perera, Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal;
Señoras y señores funcionarios que nos acompañan:

En primer lugar quiero entregarles a todas y todos ustedes, muy particularmente al Secretario de Salud de la Ciudad, la más cordial de bienvenida a esta sesión de trabajo de la Comisión de Salud y Asistencia Social, que tiene como propósito dar cumplimiento al mandato establecido en el Artículo 42, fracción XVIII del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, y los Artículos 10, fracciones XVII y XX de la Ley orgánica de la Asamblea Legislativa, en materia de la rendición de informe de trabajo por parte de los titulares de las dependencias que integran la administración pública del Distrito Federal.

Está sesiones de comparecencia tiene el propósito de establecer un mecanismo formal de análisis exhaustivo, cuestionamiento respetuoso, evaluación profunda e intercambio informativo intensivo entre dos órganos de gobierno, sobre los cuales existe un aclara exigencia ciudadana para que se signifiquen como ejercicios republicanos que permitan la generación de coincidencias, la construcción de nuevas bases de acuerdo, pero sobre todo para iniciar o darles nuevos impulsos a la atención de los intereses de la gente, de los problemas y desafíos sociales.

Estoy seguro que esta reunión con el señor Secretario de Salud se a de caracterizar por la seriedad, objetividad y certeza con la que se abordarán los múltiples e importantísimos asuntos sanitarios de la Ciudad presentes y futuros.
Muchas gracias.

INFORME DEL DOCTOR RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA, SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

EL C. PRESIDENTE.- A continuación damos inicio a la comparecencia de nuestro invitado, el doctor Ricardo Arturo Barreiro Perera, Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

EL C. DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Muchísimas gracias, muy amable. Con su venia, señor Presidente.

Honorable Asamblea Legislativa del Distrito Federal; diputado Marco Antonio García Ayala, Presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social; diputados y diputadas María de la Paz Quiñones Cornejo, Sergio Ávila Rojas, Rebeca Parada Ortega, María del Carmen Peralta Vaqueiro y Laura Piña Olmedo, miembros de esta Comisión; ciudadanas y ciudadanos.

Llegamos al cierre de esta administración, personificando casi una década de proyectos políticos de izquierda en la ciudad, nuevamente ratificados democráticamente por el voto ciudadano para los futuros 6 años.

El sello de este proyecto ha sido plasmado en la inversión social más importante de la historia de la Ciudad de México superando los 60 millones de pesos en beneficio de más de 10 millones de personas.

En esta glosa del informe 2006 del Jefe de Gobierno, licenciado Alejandro Encinas Rodríguez, se analizan los avances en el cumplimiento del principal objetivo de la política de salud trazado en el programa de salud al 2006, que es mejorar las condiciones de salud de los habitantes del Distrito Federal y disminuir la desigualdad que enfrentan ante la enfermedad y la muerte.

Restituir estos derechos nos ha sido tarea fácil, hubo de desafiarse un contexto de precariedades en las condiciones de vida de salud e institucionales heredadas por la codicia de un modelo económico, desencadenador de cambios y de amplios procesos de privación y marginación social que defraudó las libertades de representación política, extendió y profundizó la desigualdad y la polarización social y ha buscado aniquilar la responsabilidad del Estado en torno a la función institucional, desprotegiendo colectivamente las necesidades básicas individuales y familiares.

El impacto de las deficitarias condiciones de vida asociadas a las del trabajo, reflejan importantes desigualdades entre grupos y regiones, las frágiles condiciones de salud dan cuenta de importantes restricciones y desigualdad en la oportunidad y calidad de acceso al tratamiento médico requerido, así como a perfiles complejos de enfermedad y muerte, y en las endeble condiciones institucionales que revelan un sistema de servicios de salud altamente fragmentado y segmentado con servicios diferenciados en función de la capacidad y pago de la población.

Por más de dos décadas, la institución pública hubo padecido estancamiento, deterioro y desfinanciamiento, volviendo deficitaria y geográficamente mal distribuida la infraestructura de servicios de salud, confinando los servicios a una deficiente desigualdad, calidad y convirtiendo en una dádiva, la responsabilidad de la atención institucional de las necesidades básicas de la población. Además se transfirió a los ciudadanos, los pacientes y sus familiares, la ominosa carga de los costos de la enfermedad, particularmente cuando no contaban con la protección de la seguridad social laboral.

En sentido estricto, se encontraba desdibujada la concepción de la protección de la salud como un derecho social universal en el ciudadano medio, los usuarios y los prestadores de servicios.

El Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Salud, enfrentó los retos impulsando una activa política en salud fundada en tres principios que le dieron un sello distintivo en el nivel nacional. Primero, su contextualización como parte de la política social del Gobierno del Distrito Federal para frenar los procesos de privación o negación social, económica, política y cultural, garantizando la inserción social; segundo, el insustituible papel del Estado frente a la responsabilidad del bienestar de los ciudadanos y como garante de los derechos sociales; y tercero, la universalización del derecho a la protección a la salud como estrategia de democratización social ligada a la condición de ciudadanía.

Primero.- Mejoramiento de las condiciones de vida, Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 Años y Más, Residentes en el Distrito Federal.

La principal estrategia impulsada a lo largo de esta administración por la Secretaría de Salud del Distrito Federal para mejorar las condiciones de vida y salud ha sido la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 Años y Más, Residentes en el Distrito Federal, pensión que en noviembre del 2003 a propuesta del entonces Jefe de Gobierno, licenciado Andrés Manuel López Obrador, fue elevada a rango de ley por la Asamblea Legislativa.

A lo largo de la administración han sido beneficiados con esta pensión 532 mil 929 adultos mayores. Hoy en día 390 mil 500 reciben una pensión diaria no menor a la mitad de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal, es decir, 730 pesos con 5 centavos, y para diciembre la cobertura de pensionados se elevará a 400 mil adultos.

La conquista de este nuevo derecho social universal es histórica y se erige en el precedente más importante para un sistema de pensión universal en el país. Con él se concreta la redignificación de la vejez como etapa de vida y la garantía de redistribución del ingreso y de la solidaridad intergeneracional de la sociedad entera.

Este derecho no está restringido a la comprobación de pobreza ni subordinado al cumplimiento de algún otro tipo de condición. Quien cumpla con los requisitos de residencia permanente en el Distrito Federal, tenga 70 años o más y solicite la pensión, la recibe, independientemente de la aportación a un Fondo de Pensiones.

La institucionalización de este derecho social universal de los capitalinos evita su sujeción a los vaivenes de los cambios administrativos o del partido político que ocupe el poder.

La pensión alimentaria forma parte de un programa integral de atención a adultos mayores constituido por diferentes políticas y programas que incluyen servicios médicos y medicamentos gratuitos para los propios adultos mayores, programa de visitas médicas domiciliarias a los propios adultos mayores y acciones de promoción de salud y de autoayuda.

Segundo.- Mayor acceso al tratamiento requerido con disminución de la desigualdad, Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.

Con el objeto de hacer realidad el derecho constitucional a la protección de la salud para todos los capitalinos y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad en la atención, democratizando la salud en la ciudad, la Secretaría de Salud llevó a cabo dos estrategias: primero, remover los obstáculos socioeconómicos al acceso equitativo al tratamiento requerido; y segundo, fortalecer la institución y los servicios públicos de salud.

Vencer el obstáculo de acceso entrañó la puesta en marcha por parte de la Secretaría del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para la población no beneficiaria de las instituciones de seguridad social, residentes en el Distrito Federal, programa que se formalizó desde junio del 2001.

A través suyo se proporcionó sin costo alguno ni anticipado ni al momento de la atención todos los servicios de salud preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal, así como los medicamentos asociados a los tratamientos prescritos en la institución; medicamentos que están establecidos en el catálogo institucional autorizado por la propia Secretaría para unidades hospitalarias y en los cuadros institucionales autorizados para hospitales, en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa, así como en el cuadro institucional autorizado por unidades médicas para la atención primaria del Gobierno del Distrito Federal.

La población que puede beneficiarse con el programa son los residentes en el Distrito Federal que no están afiliados a la seguridad social laboral, así como sus familias.

No deben cumplir ningún otro requisito ni tipo de condicionamiento para ser beneficiarios de este programa y su incorporación e inscripción se realiza de manera voluntaria.

A lo largo de la administración la cobertura alcanzada por el programa es de 840,899 titulares inscritos, un 98.9% del universo potencial de población a afiliar, es decir 850 mil familias, según los datos del INEGI del año 2000.

Es importante hacer dos señalamientos. Primero, que la mayor parte de los inscritos al programa lo han hecho por contacto con las unidades médicas y, segundo, que muchas familias inscritas no afiliaron a todos sus miembros, hay un promedio de 2.3 personas por familia inscrita contra los 4.2 esperados de acuerdo con los datos del INEGI.

El ahorro acumulado en el programa de gratuidad que ha representado para los inscritos se eleva a 2,872 millones de pesos para el periodo 2002 a 2005, dinero que las familias pueden destinar a la satisfacción de otras necesidades básicas.

Por iniciativa del actual Jefe de Gobierno, licenciado Alejandro Encinas, el 22 de mayo del 2006 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal elevó a rango de ley esta modalidad de acceso a la protección de la salud aprobando el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos de las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social y laboral, derecho por medio del cual el Gobierno del Distrito Federal garantiza la universalización de la protección de la salud en la ciudad junto con todos los sistemas de seguridad social laboral.

Con la conquista de este derecho social el gobierno quedó formalizado como el ente obligado a garantizar el derecho a la protección de la salud de la población abierta o que carece de seguridad social laboral y los ciudadanos como los sujetos activos que pueden reclamarlo legalmente bajo el imperio de la ley.

Se confirma una vez más la responsabilidad del proyecto político de izquierda que representamos ante la garantía de los derechos sociales en su carácter público, solidario, redistributivo e integral y en una tendencia de progresividad y, al mismo tiempo, se confirma el avance de este gobierno de concretar el poder jurídico de acción por parte de los ciudadanos, la exigibilidad de sus derechos en caso de que la autoridad incumpla con esta obligación.

Ello constituye un ejemplo histórico del esfuerzo de esta administración de izquierda por construir un orden social ciudadano donde los derechos sociales son exigibles como imperativo de ciudadanía social, eliminando la politización y el clientelismo en torno al bienestar social

Con esta experiencia el gobierno, de extender y universalizar derechos sociales a los ciudadanos, se ha demostrado que las públicas pueden y deben garantizar los derechos universales y transitar hacia la igualdad social sin tener que restringirse fatalmente a acciones focalistas individuales, que no constituyen más que paliativos asistenciales a la pobreza.

La universalización de las políticas no obsta para reconocer que la unidad territorial ha sido el componente organizacional de definición y decisión de las políticas públicas de nuestro gobierno, a partir del cual se centran recursos o diseñan programas y proyectos tomando en cuenta las características locales, socioeconómicas, demográficas y de salud, particularizando en la unidad territorial identificadas como de muy alta y alta marginación.

Para la Secretaría de Salud el establecimiento de prioridades en salud con criterios de equidad y necesidad desde la dimensión territorial constituyó la forma de diseñar las acciones para disminuir la desigualdad en salud entre los habitantes de la ciudad.

Tercero.- Fortalecimiento y ampliación de la institución pública con criterios de equidad y necesidad.

El soporte tangible y corpóreo de la exigibilidad ciudadana del derecho a la protección de la salud es fundamentalmente la institución pública, por lo que la Secretaría de Salud buscó su fortalecimiento integral desde una perspectiva que recolocara el interés general en el centro de su razón de ser y funcionamiento.

Para cumplir con el propósito de mejorar los servicios la Secretaría llevó adelante cuatro complejas estrategias:

Primero.- Priorizar las intervenciones en los grupos sociales con más necesidad en salud y canalizar los recursos a las regiones con menos servicios, a través de intervenciones eficaces y con eficiencia en la utilización de los recursos.

En este sentido se instrumentó el Modelo de Atención Ampliado a la Salud, el MAAS, corrigiendo las superposiciones e ineficiencias de los modelos anteriores instrumentados, a la vez que se ampliaron el acceso y los servicios prestados, su plataforma reside en un enfoque alternativo que desmedicaliza la salud a través de la socialización del conocimiento sobre ella.

Se reforzaron los servicios colectivos de salud pública, particularmente la seguridad sanitaria de la ciudad con actividades de vigilancia epidemiológica, vacunación masiva, control de zoonosis, fomento y regulación sanitario, así como medidas para atender desastres y emergencias colectivas.

En este último punto destaca el establecimiento y coordinación por la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Sistema Integral de Urgencias del Distrito Federal, el SIUM, establecido con representantes del IMSS, del ISSSTE y la Secretaría de Salud Federal y formalizado el 29 de agosto del 2005 mediante un convenio de colaboración entre dichas dependencias. Su objetivo es consolidar un eficaz sistema de atención a las urgencias diarias y los llamados incidentes con saldo masivo de víctimas.

A través del Centro Regulador de Urgencias Médicas, se realiza la regulación de los pacientes al Hospital del SIUM más cercano y con mejor capacidad de respuesta, así se acorta el tiempo de inicio de atención hospitalaria y se reducen la mortalidad y los días de hospitalización.

El Programa de VIH SIDA en la ciudad de México es quizá la más acabada concreción de un programa integrado, convirtiéndose en sí mismo en una política pública del Distrito Federal.

Las principales estrategias por las que ha merecido un reconocimiento a nivel nacional son: el combate permanente al estigma y a la discriminación asociados a los grupos más vulnerables y las acciones transversales en el combate a la epidemia.

La Secretaría de Salud ha dado atención integral al padecimiento, además de interactuar con el Comité Intersectorial del Consejo de Salud del Distrito Federal, lo que ha efectuado en colaboración permanente con otros sectores del Gobierno del Distrito Federal.

La Secretaría ha establecido una infraestructura suficiente y eficiente para proporcionar Consejería y diagnóstico de VIH. La ciudad tiene 31 Centros de Consejería y Diagnóstico voluntario y el Programa de Prevención de la Transmisión Materno Infantil de VIH está radicado en todos los Centros de Salud del Gobierno del Distrito Federal; en promedio en el año se realizan 28 mil pruebas de VIH y la detección de 900 casos positivos. Hasta la fecha se han proporcionado Consejería individualizado y realizado pruebas a casi 40 mil mujeres embarazadas.

Segundo.- Se mejoró la calidad integral de los servicios. La Secretaría ha realizado actividades diferenciadas y permanentes para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud procurando el equilibrio entre el trabajo técnico adecuado y la buena percepción de los usuarios al momento de recibir los servicios.

Opera conjuntamente con la Secretaría de Salud Federal, el Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, el Programa INDIC en toda la red de hospitales, evaluando los aspectos de trato digno, organización de los servicios y atención médica efectiva. Junto con autoridad federal opera el Programa de Servicios de Urgencias con Mejoría en la Atención y Respeto, el SUMAR en los 27 hospitales de la red, los resultados muestran que el 60 por ciento de los usuarios esperan menos de 15 minutos para ser atendidos a pesar de la complejidad de las urgencias recibidas.

Se han certificado o recertificado 24 de los 27 hospitales de la red del Gobierno del Distrito Federal por el Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud Federal, de acuerdo con sus estrictos niveles de exigencia y mejorando globalmente los hospitales en estructura y proceso.

Se ha garantizado el abasto de medicamentos e insumos con un estrategia de múltiples acciones que incluyen una metodología para la determinación de necesidades objetivas de medicamentos, el cambio de la Ley de Adquisiciones y la implantación de un Sistema de Administración de Información de Control de Almacenes, el SAIC.

Se disminuyó la desigualdad en el acceso a los servicios suficientes y de calidad y se fortalecieron y ampliaron los servicios mediante la aplicación de dos estrategias en obra pública y equipamiento; una de corto plazo fortaleciendo, remodelando y ampliando las unidades médicas existentes y otra de mediano plazo con la construcción de nuevos hospitales y centros de salud.

Desde hacía 30 años en la ciudad no se construía ningún hospital público por el gobierno de la capital. En nuestra administración sin embargo el Gobierno del Distrito Federal inaugura dos: En 2005 el Hospital de Especialidades de la ciudad de México “Belisario Domínguez”, que es un hospital de referencia de la red y en noviembre del 2006 el Hospital General de la Delegación Alvaro Obregón, único hospital en la zona para la atención de población sin seguridad social. Con la misma fecha también se inaugurarán dos centros de salud, “El Oasis” en Magdalena Contreras, y el “Guillermo Román y Carrillo” en Iztapalapa.

Al concluir la administración, la Secretaría de Salud también habrá añadido a la red hospitalaria del Gobierno del Distrito Federal 489 camas censables en relación con las que recibimos en el año 2000; 210 corresponden a los Hospitales General Rubén Leñero, Materno Infantil Cuajimalpa, Cuauhtépec, Topilejo y Materno Pediátrico Xochimilco; 150 camas se crearon con la apertura del hospital Belisario Domínguez y las restantes 120 se crearán con el nuevo hospital Álvaro Obregón.

La inversión total en obra, equipo y mantenimiento de los centros de salud y hospitales del Gobierno del Distrito Federal ha sido por un monto de mil 871 millones de pesos a lo largo de la administración, con lo que nuestro gobierno refuerza su compromiso con la institución pública como la única capaz de garantizar la atención universal en la salud.

Finalmente, se avanzó en una cultura institucional de servicio al público, transparentando y simplificando los procesos administrativos y realizando un uso eficiente y eficaz de los recursos, que permitió un financiamiento suficiente.

Se logró la apertura de unidades médicas, se determinaron eficientemente las necesidades, se realizaron adquisiciones oportunas, se corrigió la falta de registro de las entradas y salidas en los almacenes y farmacias, se consolidó el programa anual de conservación por el que todas las unidades médicas establecen prioridades en las necesidades de conservación de inmuebles, equipo médico y administrativo, a través de criterios homogéneos y objetivos y se transparentó el proceso de ingreso del personal a través de la aplicación puntual del Reglamento de Escalafón y la aplicación de exámenes de selección con base en el profesigrama.

En resumen, estos 6 años dan muestra de la ética y de la capacidad de la izquierda para gobernar con eficiencia, austeridad y resultados. El gobierno de la ciudad, a través de la Secretaría de Salud, ha cumplido con el compromiso de garantizar el derecho a la protección de la salud de la población capitalina y de iniciar la recuperación de la centralidad de la institución pública, garantizando la prestación de los servicios de manera oportuna y eficiente.

La universalización del derecho a la protección de la salud es un ejemplo más de la estrategia de democratización social del Gobierno del Distrito Federal, ligada a la condición de ciudadanía, porque finalmente: Por el bien de todos, primero los pobres.

Muchas gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Muchas gracias, señor Secretario.

RONDA DE PREGUNTAS DE CADA GRUPO PARLAMENTARIO.

EL C. PRESIDENTE.- Muchas gracias, es la ronda de preguntas y respuestas y réplicas.

En tal razón, tiene el uso de la palabra la diputada María del Carmen Peralta Vaqueiro, del Partido Verde Ecologista de México, hasta por 5 minutos. Adelante, diputada.

LA C. DIPUTADA MARÍA DEL CARMEN PERALTA VAQUEIRO.- Gracias, señor Presidente.

Bienvenidos a todos, diputadas y diputados.

Secretario Barreiro, yo le quería preguntar, bueno, nuestro Partido, el Verde Ecologista reconocemos todo lo que se hace para el cáncer cérvico uterino y todo el seguimiento que se le da a las mujeres que ya lo han desarrollado, yo quisiera ¿cuál es la política que sigue la Secretaría para el cáncer de próstata?

Gracias por su respuesta.

EL C. PRESIDENTE.- Tiene el uso de la palabra el señor Secretario.

EL DOCTOR RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Quisiera primero aclarar que en efecto uno de los problemas centrales de la patología masculina es el cáncer de próstata. Nuestros hospitales son fundamentalmente hospitales de segundo nivel, no son hospitales de tercer nivel. Sin embargo, reconocemos que la ciudad tiene una carencia y por lo tanto parte de la lógica precisamente del hospital Belisario Domínguez fue en dotarlo de un servicio

de urología completo que permitiera hacer por lo menos el diagnóstico, el tratamiento evidentemente rebasa las capacidades de nuestro nivel porque son patologías esencialmente de tercer nivel.

Efectivamente nuestros hospitales no contaban con esos servicios y precisamente fue en razón de eso que en el Hospital "Belisario Domínguez" se creó un servicio de urología muy completo que tiene recursos importantes desde el punto de vista tecnológico para hacer diagnósticos precisos, entendiendo que una vez establecido el diagnóstico se tienen que referir efectivamente a hospitales de tercer nivel, en este caso al Instituto Nacional de Cancerología.

No sé si con esto quede contestada su pregunta, diputada.

LA C. DIPUTADA MARIA DEL CARMEN PERALTA VAQUEIRO.- Claro que sí. Muchas gracias por su respuesta y ojalá que le dieran más publicidad para que los hombres también sepan a dónde acudir, como que se le ha dado mucho más importancia al cáncer cervicouterino y bueno yo creo que todos somos importantes, hombres y mujeres.

Gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias diputada.

A continuación la diputada Rebeca Parada Ortega, del Partido Nueva Alianza, hasta por 5 minutos.

Adelante diputada.

LA C. DIPUTADA REBECA PARADA ORTEGA.- Gracias. Buenas tardes.

Con su venia, señor Presidente.

Doctor Ricardo Arturo Barreiro Perera, Secretario de Salud del Distrito Federal;

Compañeras y compañeros diputados;

Distinguidos invitados:

El grupo parlamentario Nueva Alianza le da la más cordial bienvenida a esta reunión de trabajo que nos da oportunidad de intercambiar conceptos, analizar realidades, reconocer carencias y transmitir al servicio público las demandas que en el rubro de la salud tiene la ciudadanía del Distrito Federal.

La salud en todas sus expresiones tenemos que reconocerla como una garantía constitucional que le da a toda persona el derecho de protección para tener acceso a todas las instalaciones y servicios que prestan en forma concurrente la Federación, las Entidades Federativas y desde luego el Distrito Federal.

La Secretaría de Salud a su cargo tiene la obligación institucional de implementar sus actividades en base a programas, algunos prioritarios y otros emergentes en el marco de una política social que debe considerarse como el conjunto de directrices, orientaciones y criterios destinados a la preservación y elevación del bienestar social, y en este caso en forma específica de la salud de todos los habitantes.

Desde luego entendemos, señor Secretario, que su responsabilidad se refiere solamente a 6 meses a partir de que usted tomó el cargo, pero que sin embargo usted en forma institucional ha continuado con algunas acciones, omisiones y programas de políticas establecidas por su antecesora la doctora Asa Cristina Laurel.

La percepción que tiene la ciudadanía en que la Secretaría brinda servicios con escasos índices de calidad, ya que la realidad cotidiana nos muestra que sus servicios tienen deficiencias, omisiones e irregularidades. En diversas ocasiones los medios de comunicación y los propios usuarios se quejan en forma cotidiana de la falta cotidiana del material médico, los pacientes suplén estas carencias comprando el material en las farmacias que encuentran frente a las de los hospitales, que se dicen son propiedad de algunos médicos.

Por ejemplo, una carencia típica de estos centros en la falta de lo más elemental como es el alcohol y el algodón. ¿Qué nos puede usted comentar al respecto de la disponibilidad suficiente del material y de medicinas en estos servicios?

Los especialistas en neumología ante el anuncio de que el próximo invierno será extremo, están señalando que las gripes van a constituir un padecimiento constante y cotidiano entre niños, ancianos y asmáticos. ¿Nos puede usted informar qué acciones preventivas va a realizar la Secretaría a su cargo? ¿Qué tipo de medicamentos se van a prescribir a los pacientes? ¿Qué opina usted de la prescripción de medicamentos antiinflamatorios y antibióticos para estos casos? Que por cierto se dice en el medio médico que el uso indiscriminado de estos medicamentos antigripales ha provocado la cepa de la gripe que se haya modificado. ¿Qué consecuencias sanitarias y de salud ha traído este hecho?

En forma concreta, ¿nos puede usted informar si la Secretaría a su cargo dispone de un programa de contingencias médicas para enfrentar las enfermedades respiratorias en niños y en adultos mayores para el próximo invierno?

¿Se tiene planeado robustecer, mejorar y modernizar el cuadro básico y en su caso nos puede detallar el monto de compras, medicamentos específicos, para la etapa invernal, con sus respectivos costos?

Desde el tiempo de la doctora Asa Cristina Laurel, el sector de salud de la ciudad ha sido infiltrado y manejado con propósitos políticos. ¿Nos puede usted explicar cuál es la doble función que realiza el grupo denominado

“Educadoras para la Salud”, mejor conocidas como EDUFASAS, las que tienen a su cargo entre otras acciones la operación en el campo del programa del adulto mayor, a los que visitan en sus casas para entregar credenciales y programarles citas médicas?

La mayoría de las EDUFASAS se consideran líderes sociales, son contratadas bajo el régimen de honorarios, garantizándoles ingresos de hasta 5 mil pesos mensuales. ¿Nos puede usted explicar la realidad laboral de estas personas?

Otra actividad que realizan y que se ha detectado de las edufasas, es que son el conducto para invitar a los adultos mayores y a sus familias para acudir a los eventos políticos, ¿qué opina usted al respecto, señor Secretario?

¿No cree usted que las labores relativas a los adultos mayores que son de asistencia social, deben realizar las trabajadoras sociales y no promotoras políticas partidarias?

Nos puede usted informar ¿cuánto personal está adscrito al Programa de Educadoras para la Salud? ¿Cuáles son los criterios para la contratación de estas personas? ¿No considera usted que duplican las funciones de las trabajadoras sociales en detrimento de recursos que deben dedicarse exclusivamente a la salud de la población?

Toda evaluación en materia de aplicación programática requiere del conocimiento de la totalidad de los datos, en el programa de adultos mayores su Secretaría se ha negado sistemáticamente a dar a conocer públicamente el padrón general de adultos mayores, sin argumentar razones lógicas, legales, debidamente fundadas y motivadas. Esto duraría el tiempo que estuvo al frente de la Secretaría, la doctora Asa Cristina Laurell.

Esperamos, doctor Barreiro, que usted cambie de criterio y nos informe si ahora que han pasado las elecciones federales, y se lo solicitamos formalmente, que nos dé usted a conocer el padrón general del programa que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal. Hace unos días conmemoramos en esta Asamblea y se conmemoró en todo el mundo el Día Mundial de la Salud Mental, nos puede usted informar: ¿Cuáles son los planes y programas que aplica en este rubro su Secretaría?

Finalmente le manifiesto que tenemos interés en conocer qué está haciendo la Secretaría a su cargo en el área de alimentación y educación alimentaria destinada a los alumnos de las escuelas primarias y secundarias en relación a la obesidad.

Gracias por sus respuestas, le expreso mi reconocimiento, señor Secretario.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, diputada. Para respuestas, tiene el uso de la palabra el señor Secretario de Salud.

EL C. DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Muchas gracias. Son varias preguntas, espero tener el tiempo suficiente para responderlas con muchísimo gusto, diputada Rebeca.

Primero hablaríamos, vamos a ir por partes, hablaríamos del problema de la calidad de la prestación de los servicios. Yo quisiera dejar claro que si bien es cierto que cuando nosotros tomamos la Secretaría, y lo voy a decir muy claramente, los hospitales se encontraban en situaciones críticas muy serias, el proceso que nos ha llevado, tanto las remodelaciones como el reequipamiento que ha sido una política por parte de la Secretaría de Salud, nos permite hoy expresar con toda claridad que estamos en muchas mejores condiciones de cómo lo recibimos.

Una mejor demostración de esto es que existen procedimientos que no los hacemos nosotros, los hace la propia Secretaría de Salud Federal a través del Consejo de Salubridad General que se llama Certificación de Hospitales y que es muy exigente en cuanto a los criterios que utiliza para ese proceso. Yo le puedo decir sin temor a equivocarme que somos la entidad federativa que más hospitales certificados tiene en el país.

Cuando el Gobierno del Distrito Federal firmó finalmente el convenio el año pasado para el sistema de protección social en salud, nos hicimos el compromiso de acreditar los hospitales y los centros de salud de nuestra red.

Originalmente nuestro compromiso era acreditar 7 hospitales, sin embargo, consideramos que era importante fortalecer nuestros hospitales porque el proceso de acreditación también es un proceso muy estricto, muy rígido y en donde en los procesos de calificación no dan posibilidades a medias tintas, o se es o no se es, o se tiene o no se tiene.

Al momento llevamos 16 hospitales acreditados en la ciudad, tenemos acreditados servicios para gastos catastróficos y están en proceso de acreditación 4 más; de hecho están prácticamente acreditados, el único punto por el que no están totalmente acreditados, sean acreditados, condicionados, es por un diferendo que tenemos con la Secretaría de Salud Federal con respecto a un listado de medicamentos. Estos elementos hablan de calidad, pero por otro lado, si bien es cierto que durante los primeros dos años tuvimos dificultades para poder determinar qué es el abasto, qué significa el abasto y cómo se traduce esto en términos de adquisición de compra y distribución.

Finalmente, a través de una metodología, que sería un poco largo de explicar, concluimos que las necesidades de los hospitales de acuerdo a los requerimientos reales de los servicios incluía un cuadro institucional que se conformó con 194 claves aproximadamente para hospitales, tanto generales, pediátricos, como materno infantiles.

De ese cuadro institucional, le puedo decir que por lo menos en los últimos dos años no hemos tenido problemas de desabasto, pero sería inadecuado que nosotros opináramos de nosotros mismos a pesar de que tenemos estudios propios de la Secretaría, recientemente uno en el que se habla de que tenemos un 92 por ciento de abasto. Pero insisto, sería inadecuado que nosotros habláramos de nuestros propios resultados.

La Secretaría de Salud Federal establece una encuesta cada 3 meses para evaluar el grado de abasto en todos los Estados y para ello contrata una empresa privada, y le puedo decir con satisfacción que en la última que realizó en el último trimestre obtuvimos el 90 por ciento de recetas totalmente completas, surtidas completas, y el resto de recetas incompletas.

En lo que se refiere al abasto en los hospitales, en términos de lo que fueron medicamentos e insumos para la salud en general obtuvimos el 92 por ciento, que con mucho es superior por lo menos al 40 por ciento del resto de las entidades federativas del país.

En cuanto a lo que es la prescripción de antibióticos, mire, el problema de la gripe normal es que no es una enfermedad infecciosa bacteriana y por lo tanto no está recomendado la utilización de antimicrobianos.

Los antivirales reducen la sintomatología pero no detienen el proceso y no se recomiendan los antibióticos de primera instancia, salvo cuando existen complicaciones secundarias como pueden ser infecciones respiratorias bacterianas, neumonías o las propias bronquitis que se complican con un problema bacteriano, pero de inicio lo que se recomienda fundamentalmente son cuidados generales, toma de cítricos, cubrirse, en fin, medidas generales. Esto se hace como parte de una política pública en términos de educación de la salud para la población y lo hacemos específicamente en las escuelas.

De hecho, sí es importante señalar que desarrollamos a partir del año pasado un programa que pretende precisamente utilizar en el mejor y más noble sentido de la palabra a los niños como los promotores de la salud de la familia, y en este sentido hemos estado trabajando intensamente creando esa promotoría infantil a través de cursos de capacitación, de interacción con ellos y con ello lo que buscamos es que los propios niños sean, insisto, los promotores de la salud al interior de la familia.

Esto ha implicado también conformar redes de padres de familia que nos permiten acceder dentro de las escuelas y de esta manera articular un proceso de educación que va desde los niños y que tiene que ver también un poco con lo que usted planteaba en términos de la educación para la alimentación.

Estamos convencidos, y seguramente lo analizaremos en algún momento, que uno de los problemas centrales que tiene la ciudad, no sólo la ciudad, el país, es el problema de la obesidad y la diabetes mellitus. Entonces esto implica cambios culturales.

Nuestra sociedad es una sociedad que ha transitado anómalamente de ser una sociedad de desnutridos a ser una sociedad de mal nutridos, y esto tiene que ver con el bombardeo que ejercen los medios de difusión sobre lo que conocemos como “comida chatarra”.

Tenemos que reeducar a la gente en el proceso de alimentación y esto está contenido en lo que nosotros llamamos las acciones integradas en salud, que se prestan en el primer nivel, en donde el proceso de atención va desde las acciones diferenciadas por sexo, edad, de acuerdo a las necesidades de cada género y de cada grupo de edad, hasta elementos más amplios como son la educación de la alimentación y la educación para riesgos de la salud en términos específicos de lo que son en su momento, en los meses de mayo, junio y julio, contra las enfermedades diarreicas; y en lo que son los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero, contra las infecciones respiratorias.

En cuanto al asunto de las educadoras de la salud, mire, en primer lugar no es un grupo de trabajadoras que no estén capacitadas, ellas llevaron un curso en COPLAMAR que duró 2 años, mediante el cual se capacitaron para lo que están haciendo.

En segundo lugar, yo no acepto que ellas sean promotoras políticas, y le voy a decir por qué. Una de las indicaciones que desde luego la doctora Laurell, pero desde luego un servidor siguió con absoluta rigidez, es que por ningún motivo su función tuviera absolutamente nada que ver con ninguna institución política.

¿Cuál es la función que ellas realizan? Ellas le dan seguimiento al Programa efectivamente de Adultos Mayores, recorren la ciudad completa visitando a los adultos mayores para determinar, uno, obviamente si están vivos, si siguen viviendo en lugar donde se supone que viven, para mantener el padrón, para garantizar que el padrón esté actualizado y a través de eso garantizar que los recursos efectivamente lleguen a quien tienen que llegar; tercero, porque son una herramienta que nos fue muy útil, porque el Programa de Adultos Mayores no solamente implicaba la tarjeta y la aplicación de recursos sino todo un diagnóstico en términos de salud, factores de riesgo, condiciones de salud mentales y físicas que nos permitieron ir evaluando la necesidad de una segunda etapa, que es lo que ahora son las visitas domiciliarias.

Las visitas domiciliarias se realizan con un médico y con una educadora en salud que acompañan a los adultos mayores para conocer cuáles son sus condiciones de salud y de vida en el momento de la visita.

De tal suerte que sí le digo con toda claridad desde que yo tomé, pero desde antes la doctora Laurell siempre planteó con mucha claridad, con absoluta claridad que de ninguna manera tenía ningún tipo de articulación política.

Tuvimos inclusive durante la campaña algún cuestionamiento por parte de uno de los partidos políticos, asistimos a una reunión, aclaramos la situación de cuál era la función y ellos estuvieron de acuerdo en que efectivamente había una adecuada observación, son 1,200 por cierto.

En cuanto al padrón, mire usted, el problema del padrón tanto de adultos mayores como del programa de gratuidad no es una negativa por parte de la Secretaría, existe un sustento jurídico que además plantea una responsabilidad para

que no lo cumpla, es la Ley de Transparencia del Distrito Federal, que establece con toda claridad en su artículo 4º fracción V que ningún padrón, ninguna información que identifique a la persona, su dirección, su teléfono o alguna valoración de carácter personal, sexo, preferencia sexual, religión, en fin elementos que lo identifiquen personalmente, puede ser, es decir es información absolutamente confidencial.

Así como el padrón del IFE es absolutamente confidencial y solamente se pueden utilizar algunos elementos solamente para fines estadísticos, edades, pero sin identificación de personas, de la misma manera todos los padrones que emergen de este tipo de actividades, en donde hay elementos que identifican claramente a la persona, por la Ley de Transparencia no los podemos, y porque existe además dentro de la propia Ley de Transparencia un artículo, ahorita no recuerdo cuál, pero lo comentamos si quiere más adelante, que establece la responsabilidad del servidor público de no cumplir con la propia Ley de Transparencia.

Entonces, yo quisiera eso sí dejarlo claro, sé que ha sido un tema de mucho debate, sé que efectivamente en la anterior legislatura se insistió mucho en la solicitud de esta entrega del padrón; nosotros insistimos en que las condiciones que establecen el marco jurídico legal nos imposibilita para hacerlo.

En cuanto a la campaña invernal, le quiero comentar que está prevista la vacuna para la influenza en niños de 6 a 35 meses 266 mil vacunas, de influenza para adultos mayores de 60 años 360 mil dosis y vacuna antineumococo para adultos mayores de 65 años 81 mil vacunas. Esa sería parte de lo que estamos haciendo en términos de prevención y en términos de preparación y mitigación.

Agregaría algo más si usted me lo permite y si hay tiempo, señor Presidente. El virus efectivamente es un virus que muta con mucha facilidad, es un virus que cambia sus características genéticas con mucha facilidad.

Por esa razón durante la temporada de invierno, digamos del año pasado, se recolectan a nivel nacional muestras para determinar y construir la vacuna que se va a aplicar en este diciembre.

Yo quiero comentarle, y esto es parte del trabajo que se hace de vigilancia epidemiológica en la ciudad, que es la vigilancia en la inteligencia epidemiológica es fundamental, es un trabajo que no se ve, se ve cuando no se hace o se ve cuando hay algún problema, pero sí le quiero comentar que se supone que la idea es muestrear a todo el país y sobre esas muestras construir la nueva vacuna.

El 80 por ciento de las aportaciones que se hacen en términos de cultivos de virus para la creación de nuevas vacunas, se realizan en el Distrito Federal, el 80 por ciento lo aporta el Distrito Federal para la generación de nuevas vacunas y eso habla, entre otras cosas y con mucha satisfacción de que se establece una vigilancia epidemiológica permanente en la ciudad que nos permite decir que existe una seguridad sanitaria.

No sé si con esto quedan contestadas sus preguntas.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, señor Secretario.

Para réplica, si así lo desea, tiene el uso de la palabra la diputada Rebeca Parada Ortega, hasta por 3 minutos.

LA C. DIPUTADA REBECA PARADA ORTEGA.- Señor Secretario: Usted forma parte del gobierno que en forma permanente sostiene que es democrático, pero si usted rechaza la pluralidad de opiniones se está contradiciendo o está negando los propios valores básicos que están implícitos en todo gobierno democrático.

Sus respuestas, bueno, parte han sido adecuados, vamos a cotejar, ya que si partimos del principio de toda información debe ser objetiva y cierta. Las respuestas que usted nos ha emitido nos llevan a cuestionar algunos criterios. Toda información implica necesariamente un proceso de selección y refleja un caso de especial punto de vista.

Aquí en la Asamblea Legislativa se debe dar el debate respetuoso e intercambio de opiniones que nos da la oportunidad de sustentar la pluralidad ideológica y programática, pero sobre todo conocer la verdad de los hechos.

Mi omisión es para que como diputado en estricto campo de nuestra competencia podamos actuar en el ámbito legislativo. Nuestra responsabilidad, de usted como servidor público y de nosotros como diputados, implica que debemos admitir la diversidad de opiniones y que en materia de salud su responsabilidad ante toda la población es hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, así como impulsar el desarrollo de condiciones económicas y sociales de toda la población, especialmente de los más pobre, con el propósito de que se amplíen los índices de salud, la calidad de vida y el bienestar de todos los mexicanos que residimos en esta capital de la República.

Su principal responsabilidad como Titular de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, es garantizar a todos los habitantes el acceso libre, expedito y gratuito a todos los servicios médicos, cualquiera que sea su condición económica y social.

Asimismo, también debe usted establecer la coordinación institucional necesaria y oportuna con la Secretaría de Salud Federal, a efecto de que se eficientice la acción que promueva la Federación a favor de la salud y el bienestar de todos los habitantes.

También debe usted reconocer que aún hay muchas metas y condiciones que cumplir a través de una eficaz planeación y una amplia cobertura, con criterios médicos, preventivos y curativos que permitan obtener metas en beneficio de la población del Distrito Federal.

En el grupo parlamentario del Nueva Alianza tenemos la seguridad de que la nueva Ley de Salud para el Distrito Federal nos va a permitir alcanzar y superar muchos objetivos que nos ha sido posible concretar en esta administración, así como identificarlos y coincidir con muchos propósitos y programas gubernamentales en materia de salud.

Desde luego que las observaciones que ha remitido el Jefe de Gobierno del Distrito Federal son más de forma que de fondo, como es el caso de la prescripción de medicamentos genéricos, lo mismo respecto a la facultad del gobierno para liquidar multas y requerir su pago, rematando con la colaboración de materia de planeación de los servicios de salud, entre otras.

Al respecto de las observaciones remitidas por el licenciado Alejandro Encinas en relación a la nueva Ley de Salud, esta Asamblea Legislativa y en especial nuestra Comisión se abocará a su análisis, estudio y resolución.

Le reitero mi reconocimiento. Muchas gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, compañera diputada.

Corresponde a un servidor la intervención por parte del Partido Revolucionario Institucional.

Señor Secretario, debido a las dimensiones que tiene la sociedad capitalina a los desafíos sanitarios que se generan en una ciudad como el Distrito Federal y a las obligaciones del gobierno en la materia, la inversión de los recursos para la salud resulta siempre insuficiente para cumplir con la prestación de servicios de salud de alta calidad, oportunos y con cobertura universal, tal y como lo establece el postulado constitucional.

Por lo menos la mayoría de los estudios y análisis sobre el funcionamiento de los servicios de salud en nuestro país y en las entidades federativas, hacen clara referencia a la insuficiente inversión de las instituciones públicas que tienen bajo su responsabilidad la atención médica, por supuesto muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud o de lo que se invierte en salud en países europeos, en las potencias asiáticas, en los Estados Unidos y en Canadá.

De acuerdo a los datos vertidos en el informe de actividades que se nos entregó para esta reunión, la Secretaría de Salud a su cargo tiene para este ejercicio del año presente un presupuesto de un poco más de 8 mil 500 millones de pesos, de los cuales, sin embargo, quitando el gasto que representa la pensión alimentaria para adultos mayores que en sí está separado del propio gasto clasificado en el ámbito del capítulo de salud, así como las asignaciones y transferencias de recursos federales y el gasto básico de administración, la inversión que el gobierno de la ciudad realiza con recursos propios en los conceptos que inciden con los estándares de calidad, oportunidad y eficiencia de la atención médica tales como la infraestructura, mantenimiento, medicamentos, mobiliario, equipo instrumental, camas censables disponibles, servicio de especialización, formación, investigación principalmente, no llega esto a los 900 millones de pesos en el último año.

Al respecto en el informe se establece una inversión total en obra, equipo instrumental y mantenimiento de 2001 a la fecha de casi mil 900 millones de pesos, sin hacer la diferencia de lo que fue cubierto con recursos federales por una parte y de lo que fue cubierto con recursos del Gobierno del Distrito Federal.

Me preocupa todo lo anterior porque dentro del informe, en la página 30, existe la clara expresión de que contrario a la insuficiencia del financiamiento para salud, que consignan todos los estudios académicos y científicos y que es reconocido por entidades federativas, sólo aquí en el Distrito Federal se establezca, y cito: "Se hace notar que este presupuesto resulta suficiente para la adquisición de medicamentos, insumos, alimentación, mantenimiento, etcétera", termina la cita.

En este entorno quiero referirme a un asunto de inversión en salud fundamental como es la dotación de medicamentos. Es del conocimiento público que tanto a nivel federal como local la entrega oportuna y suficiente de los medicamentos que realmente son útiles a los pacientes sigue siendo un enorme pendiente, porque los cuadros de medicamentos que son entregados en los programas respectivos no incluyen medicamentos de vanguardia, de última generación, de punta, que representan un avance científico notable, como las novedades farmacéuticas, a la altura de los padecimientos y trastornos complicados y degenerativos que presenta la población.

Cabe mencionar que el informe no consigna cuáles son los servicios y medicamentos específicos que se entregan en los programas de atención médica de la Secretaría de Salud de la ciudad, particularmente en lo que se refiere al multicitado programa de atención médica y medicamentos gratuitos.

He realizado en esta intervención un planteamiento que involucra varios aspectos fundamentales de la atención sanitaria, por un lado el aspecto de financiamiento en general sobre el cual le solicito, señor Secretario, abunde sobre el gasto por concepto que con recursos propios hace el gobierno de la ciudad y nos explique el contenido de la expresión que he citado sobre la suficiencia de recursos para la atención.

Por otro lado le solicito de a conocer los parámetros de evaluación del Programa de Dotación de Medicamentos, el cuadro de medicamentos de este programa, la cantidad de personas que son atendidas por personas que son atendidas con medicamentos gratuitos, así como los planes de ampliación de este cuadro de medicamentos.

Por sus respuestas, señor Secretario, muchas gracias.

Adelante, señor Secretario.

EL DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Sí, a ver, son también como varios planteamientos y me permito hacer los siguientes comentarios.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal tiene dos componentes: uno es lo que es propiamente la Secretaría que incluye específicamente los hospitales, los 26, 27 hospitales de la red y el organismo público descentralizado Salud Pública, Servicios de Salud Pública, que es un organismo descentralizado del Gobierno del Distrito Federal y que forma parte de lo que fue el proceso de descentralización en el año de 1997.

De esta manera efectivamente la forma en la que se establece la diferenciación de los mecanismos para el financiamiento está claramente diferenciado. En principio el organismo público descentralizado recibe por concepto de los diferentes capítulos, tanto Ramo 33 como FASA, aproximadamente del orden de 2 mil 400 millones de pesos recibió este año, 2 mil 400 millones de pesos que son recursos federales. El resto de los recursos, todos los demás provienen de recursos fiscales.

Nuestros hospitales de la red hospitalaria no reciben ningún tipo de financiamiento por parte de la Secretaría de Salud Federal. Sólo hasta muy recientemente a partir de que se estableció el Sistema de Protección Social en Salud, a través de los mecanismos de financiamiento, es que estamos recibiendo algo de recursos por parte de la Secretaría de Salud Federal.

De tal suerte que todo lo que tiene que ver con adquisiciones, compras tanto de medicamentos e insumos para la salud, prácticamente entre el OPD y la Secretaría de Salud, todos son prácticamente recursos fiscales. Quizás valdría hacer la aclaración que de estos 2 mil 400 millones de pesos que recibe la Secretaría por parte de la Secretaría de Salud Federal, un 88 por ciento son exclusivamente para Capítulo 1000, de tal suerte que si el OPD estuviera exclusivamente condicionado a los recursos que recibe de la Secretaría de Salud Federal, le quedarían entre un 12 y un 13 por ciento de esos recursos para poder subsistir.

En efecto el total de recursos no aplicables en diferentes programas que usted mencionó, son 967 millones de pesos. Esto junto con los recursos que recibieron como parte y usted lo recordará, de unos recursos que fueron transferidos por parte de la Cámara de Diputados y específicamente y etiquetados para equipamiento del año pasado, del orden de 160 millones de pesos, y que fueron efectivamente etiquetados para equipamiento de los hospitales, prácticamente no recibimos recursos federales, recibimos recursos fiscales.

Si nosotros comparamos cómo estaba el financiamiento en el año 2000 y cómo se modificó a partir del ingreso de este Gobierno, usted podrá darse cuenta de la magnitud de lo que fue el incremento de estos recursos para poder funcionar dentro del programa de salud.

Y sí efectivamente los recursos con los que contamos en este momento son suficientes para garantizar la adquisición tanto del cuadro institucional de medicamentos, como del cuadro de material de curación y otros insumos.

En ese sentido yo quisiera comentar también que si bien es cierto que el cuadro institucional y como dije incluye 195 claves, no excluye la posibilidad de en su caso y por necesidad adquirir otro tipo de medicamentos que nosotros consideramos que se considere que sean necesarios en función de la patología del paciente y tenemos mecanismos muy ágiles para su proceso de adquisición que va desde la adquisición directa del propio hospital a través de los recursos que el hospital tiene para eso, el fondo revolvente, hasta la solicitud a nivel central para adquirir cualquier medicamento que hiciese falta en una patología específica y que de hecho esto funciona de manera rutinaria.

¿Qué es lo que buscamos nosotros cuando se construyeron los cuadros institucionales? Lo que buscábamos fundamentalmente era que la adquisición de estos medicamentos cumplieran con el mayor porcentaje de necesidades, es decir, en los años anteriores, lo que nos estaba sucediendo es que de un listado enorme de medicamentos entrábamos a licitaciones, los procesos licitatorios se hacían muy complejos, muchas claves quedaban desiertas y adquiriríamos medicamentos que los propios profesionales de la salud, y no estamos cuestionando el derecho a la prescripción, consideraba necesarios, pero que después su utilización se veía que no era tan frecuente, y entonces nos estábamos quedando con esos medicamentos con riesgo pues de caducidad.

Lo que intentamos con este mecanismo fue qué medicamentos tienen un impacto directo generalizado, y a partir de eso, construimos un cuadro institucional que nos permite garantizar el 85, 90 por ciento de las necesidades de hospitales de segundo nivel, eso hay que recordar, y tenemos un 10 por ciento de posibilidades de otros medicamentos, inclusive de punta, de los que sean necesarios, siempre y cuando estén justificados desde el punto de vista técnico-médico y se adquieren por los mecanismos que ya planteé, si no existe una restricción absoluta, y para eso tenemos el cuadro institucional y lo que es el catálogo de medicamentos, que son dos cosas diferentes; el cuadro institucional es el rutinario de funcionamiento de los hospitales y el catálogo incluye otra serie de medicamentos, no necesariamente los que se usan de manera cotidiana y rutinaria, pero que existe la factibilidad en comprarlos.

El otro elemento que nosotros consideramos, es que los medicamentos de punta corren el riesgo mientras no hayan demostrado su eficiencia y su eficacia, de ser modas que después se descubre que tienen impactos contra la salud, como el caso de los Cox2, por ejemplo estos antiinflamatorios, Cox2, que después que se consideraron como un bum y como aquel medicamento que este mundo esperaba, resultó ser que tenían efectos cardiológicos severos y se tuvieron que retirar del mercado, es decir, aquí hay una cuestión que tiene que ser muy cuidadosa.

Entendemos que los médicos en general, y esto forma parte de una cultura con la que no hemos podido romper, en donde la industria química farmacéutica ejerce una presión muy importante sobre nuestros profesionales en el permanente golpeteo de la adquisición de medicamentos de punta. Sin embargo, hay procesos de investigación que

avalan los medicamentos que tienen ya una certidumbre en términos de su eficacia y su eficiencia y las instituciones tenemos la responsabilidad efectivamente de garantizar que los medicamentos que se utilicen sean aquellos que han demostrado a través del tiempo y con análisis científicos, metaanálisis y otro tipo de instrumentos que garantizan el proceso de atención.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, señor Secretario. Indudablemente que en lo que se refiere al aspecto presupuestal, como lo mencionábamos en la intervención, los sistemas de salud, tanto lo que es el sistema nacional como los propios sistemas estatales de salud, en el caso del Distrito Federal, que guarda una condición sui géneris en comparación con los sistemas estatales de salud del resto de la República, en lo que corresponde a su composición como ya lo mencionaba el señor Secretario; dos entes, Secretaría de Salud, Gobierno del Distrito Federal y organismo público descentralizado del Gobierno del Distrito Federal, efectivamente.

Agregaría, señor Secretario, en el aspecto de presupuesto a tener dentro de los informes subsecuentes, lo que corresponde propiamente a la inversión que realiza el Gobierno del Distrito Federal, recursos, contribuciones vía Gobierno del Distrito Federal, las aportaciones federales que provienen, como ya lo mencionó usted, por parte del Ramo 33, en su capítulo de FASA, el Programa de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores ya reglamentado, ya estipulada una ley propia en el Distrito Federal, aprobada ciertamente por la Asamblea Legislativa y un nuevo concepto de gasto que es el que se ha venido generando del 2003 a la fecha por la implementación, la reforma a la Ley General de Salud, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como El Seguro Popular, que ya el Distrito Federal, que es la propia Secretaría de Salud, participa o firmó el convenio sobre este esquema, nuevo esquema, y que está en condiciones en base a esta gradualidad de ser quien menos recibe como recurso financiero por razones de la composición de este nuevo esquema.

Pero sí lo comento, señor Secretario, creo que sería muy ilustrativo para, en el caso particular de los integrantes de la Comisión, que por lo que se refiere a un informe de la dependencia pudiésemos tener esa clasificación.

Muchas gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Tiene el uso de la palabra la diputada María de la Paz Quiñones Cornejo, del Partido Acción Nacional, hasta por 5 minutos. Adelante, diputada.

LA C. DIPUTADA MARÍA DE LA PAZ QUIÑONES CORNEJO.- Gracias.

Con su venia, diputado Presidente.

Buenas tardes, señor Secretario, señoras diputadas, diputados y presentes todos.

Señor Secretario, agradezco de antemano sus puntuales respuestas.

Tengo una serie de preguntas que le hago en nombre del Partido Acción Nacional respecto al informe de actividades que ha presentado la Secretaría a su cargo.

Antes de continuar, quisiera decirle que el informe que recibí de su Secretaría ha dejado grandes vacíos de conocimientos y por lo tanto las preguntas que quisiera hacer no son del todo como yo quisiera realmente haberlas presentado.

En la página número 7 de su informe de trabajo se nos dan cifras por delegación de los beneficiarios de la pensión de adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal. ¿Por qué motivo y qué justifica el que aún no se haya hecho público, vuelvo a repetir la pregunta porque viene al caso con lo siguiente que voy a decir, no se ha hecho público por ningún medio el padrón de estos mismos de este derecho que se considera universal?

Me parece que es obligación del Gobierno hacer transparente dicha información, sobre todo de un programa que tiene bastante éxito y alcance de beneficios para los adultos mayores.

Hago este cuestionamiento porque en el caso del Gobierno Federal, y aquí traigo pruebas, sí se difunden los padrones. Yo creo que aquí el problema es de definición de padrón, señor Secretario, porque se le está pidiendo un padrón no una ficha médica, y creo que es de vital importancia para los ciudadanos tener acceso a la información, porque también es un derecho de los ciudadanos el tener este acceso.

Por lo tanto, yo considero que la confidencialidad no procede, porque no estamos hablando de nada que atañe a las personas, no es un delito tener 70 años, ni ahora ni nunca.

Pregunta número 2: En la página 10 del informe se menciona en el cuadro número 2 las principales causas de mortalidad en el Distrito Federal, los datos que se nos muestran abarcan hasta el 2004. ¿Por qué razón los datos no están actualizados al 2005, no quiero cuestionar el 2006, nada más por qué no están hasta el 2005? Los podríamos obtener para así establecer comparativos y así tener avances sobre los programas de salud.

Por otra parte, en los datos de este cuadro se nos dice que en el año del 2001 al 2004 la tasa de las enfermedades del corazón aumentó un 13 por ciento y la tasa de diabetes el 8 por ciento, pero quiero hacer el comentario que el día de ayer en los periódicos salió otro porcentaje.

¿Cuáles han sido los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles en materia de diabetes, ya que sólo se habla de cómo funciona pero no se dicen los resultados cualitativos de este al día de hoy?

Tercero. Según diversos expertos nacionales e internacionales se pueden prevenir 60 por ciento de los males que afectan a los capitalinos siempre que se mantenga un enfoque de prevención y educación en la salud.

En el Distrito Federal existen centros de enfermedad donde se da asistencia y se curan urgencias, pero el nuevo modelo de salud debe de dar prioridad a la atención de la gente sana. Quiero hacer el comentario que hay que recordar que mente sana en cuerpo sano, para que se mantenga así para ello es necesario tener una mayor plantilla médica, crear áreas específicas con los pacientes sanos y preparar educadores de salud, que como bien decía mi compañera, anteriormente tenían otro nombre, para que además de curar exista personal que platique, informe y prevenga. Esta debe ser una de las tantas soluciones en el fondo de la materia de salud, no para recabar información que posteriormente se va a considerar confidencial.

No es posible hacer un trabajo de prevención de servicios de salud que se prestan en el Distrito Federal porque alrededor del 80 ó 90% son casos asistenciales, o sea de entrada por salida.

Por eso le pregunto, señor Secretario: ¿Qué programas impulsó su Secretaría para empezar a invertir en la prevención de la salud, que siempre será una mejor solución de fondo y saldrá mucho más barato que una atención de urgencias?

Por otro lado, sobre el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, que se menciona en la página 17 y 19 del informe, ¿cuántas personas han sido beneficiadas en su totalidad? Usted mencionó hace ratito un porcentaje de 2,872 millones de ahorro en las familias, pero por experiencia del entorno donde yo vivo quiero decirle que las atenciones médicas se prestan de mano de obra mas no de medicamentos.

Me importa mucho la salud de los mexicanos. Me duele ver a la gente enferma y me duele también ver que se piensa que ya se solucionó y que todo está bien, y yo les puedo decir que no es cierto.

Vuelvo sobre medicamentos gratuitos que se mencionan en la página 17 y 19 del informe, preguntándole a usted cuántas personas han sido beneficiadas en su totalidad. ¿Existe un padrón de las familias beneficiadas? ¿Cómo sabemos que en el reparto de las medicinas gratuitas del Gobierno del Distrito Federal no se repiten los beneficiarios y sobre todo qué tipo de medicinas son las que se reparten y si se dan con algún tipo de prioridad política?

Cuarta: En la página número 21 de su informe se menciona que se continúa con el Programa de Detección de Cánceres en las Mujeres, pero no se dan cifras. ¿Nos puede decir cuántas mujeres han sido atendidas por delegación y de éstas cuántas han sido detectadas en la enfermedad, qué atención se les ha dado, cuál es el cáncer de mayor incidencia y cuál es el sistema de detección usado actualmente?, porque tengo entendido que el sistema que se está usando ya es un sistema el cual ha sido superado por otros sistemas de más rápida y mayor amplitud en su detección.

Se lo digo, señor Secretario, porque he estado trabajando con mujeres en las delegaciones de las partes altas de Alvaro Obregón, Magdalena Contreras y verdaderamente he sentido la desatención a la cual ellas han estado sujetas. Vuelvo a repetir, yo estoy aquí porque verdaderamente quiero saber.

También quiero preguntarle, aquí tengo otra pregunta, si va a haber manera de que esta información que se nos dio pudiera ser ampliada, se nos dieran datos más amplios y posteriormente poderlo debatir con usted, porque considero que es un derecho de nosotros.

Otra cosa, si la cláusula de confidencialidad también aplica para esta Comisión.

Muchas gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, compañera diputada.

Para respuestas tiene el uso de la palabra el señor Secretario.

EL DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Quizá aquí habría que un poco entrarle tratando de dar respuesta a todos los planteamientos que se hicieron.

En cuanto a la información de la mortalidad, nosotros no construimos las tablas de mortalidad. Nosotros lo que expresamos a través de la información que ustedes tienen es información directamente del INEGI y es la información dura no solamente para efectos del Distrito Federal sino para efectos de todo el país, de tal suerte que aventurar información que después pueda ser corregida por el INEGI nos parece que es poco responsable y poco serio.

Eventualmente el INEGI seguramente a final en los próximos días o antes de que concluya el año seguramente emitirá lo que fue la mortalidad de 2005 y entonces podremos hacer una evaluación con relación a lo que fue 2004, previamente sería muy aventurado y poco serio de nuestra parte porque, insisto, la información dura la manejan ellos y esa es parte de su responsabilidad y nosotros como institución pretendemos manejar la información que oficialmente se reconoce a nivel nacional, eso por un lado.

Por otro lado, con respecto al asunto de la diabetes, efectivamente el problema de la diabetes lo comentábamos hace un momento es un problema serio, es un problema grave, que quizás los datos que usted vio fueron los que salió en algunas de las publicaciones en términos de que entre 1960 y el año 2004 la mortalidad por tasa, por 100 mil nacidos vivos, se había incrementado del 19 y fracción a 80 y fracción y en efecto así es. Porque el problema de la diabetes se ha abordado, desde nuestro punto de vista por lo menos no se ha abordado de una manera adecuada.

Sucede que se hacen muchas campañas de detección y entonces se determina que una persona es diabética y problema es que ¿luego qué hacemos con esa persona?, o sea ya sabe ella, ya sabe alguien que es diabético, pero no

hay un seguimiento y si la persona inicia un tratamiento y después lo deja porque encuentra aquella cura mágica que seguramente le va a resolver su problema, pues evidentemente también abandona el tratamiento.

De tal manera, que el universo concreto del paciente diabético, de los riesgos, de los factores de riesgo que está enfrentando y por lo tanto las implicaciones de la complejidad de la enfermedad y sus complicaciones, pues evidentemente no ha sido analizado de manera sustancial.

Por esa razón fue que nosotros empezamos a desarrollar a partir del 2004 este programa piloto del Programa Diabetes, que se lleva como parte del modelo ampliado de atención a la salud y que tiene por objeto a través de un modelo sistematizado conocer el universo de las personas que son detectadas como diabéticas y llevar sobre eso un registro de sus consultas, de sus factores de riesgo, de las condiciones que están enfrentando, clasificándolos dependiendo del grado de estabilidad que tienen y cuáles son los riesgos que puede presentar a futuro.

Este programa es, insisto, un programa automatizado que se echó a andar en el 2005, se ha capacitado prácticamente a 15 mil trabajadores del primer nivel de atención con objeto de poderlo armar y de hecho ya se ha iniciado lo que es el proceso de crear esa base de datos que se ha venido alimentando con la información que ya tenemos del primer nivel.

Aquí el problema es que el asunto debe de funcionar en un sistema de red y estamos en ese proceso, precisamente en la conformación y la constitución de la red del primer nivel de atención, en donde lo que ya tenemos y estamos en proceso de articular, es que todos los Centros de Salud tengan el instrumento, tengan no solamente la computadora, sino la base de datos, la forma de acceso en red para poder garantizar que esta información efectivamente esté clara y esté transparente.

Dentro del modelo, y esto quizá es lo más importante, dentro del modelo se detecta y se establecen los listados de las personas que ya hayan iniciado tratamiento y que por alguna razón lo estén abandonando o lo hayan abandonado, que nos permite entonces sí ir a la búsqueda activa de esas personas para tratar de determinar la causas por la cual abandonaron el tratamiento y tratar de buscar la reconquista.

Finalmente, el problema, insisto, no es un problema sólo de detección, es un problema de atención, de control, pero también es un problema de recaptura de los pacientes que por alguna razón abandona el tratamiento y ese es específicamente el objetivo, perdón, ese es precisamente el objetivo de este Programa Diabetes que no espera, y esto también lo tengo que decir muy claro, no espera resultados inmediatos, estos son programas que son de mediano y largo plazo, cuyo impacto no se puede ver en los primeros meses de funcionamiento, sino que hay que visualizarlos, insisto, en el mediano y largo plazo porque son programas que tienen, entre otras cosas, implican cambios culturales fundamentales.

De hecho, el programa piloto se echó a andar, está funcionando en este mes de octubre, a mediados de octubre se echa a andar en una segunda Delegación que es la Gustavo A. Madero y la idea es que una vez que contemos con toda la red informática articulada y conectada, interconectada, se echa a andar inmediatamente en todos los centros de salud para que efectivamente funcione en la lógica que nosotros estamos planteando.

En cuanto a la participación de la comunidad en el ámbito de lo que es la prevención de la salud, quisiera solamente volver a plantear lo que es el programa de salud escolar que incluye la formación de promotores infantiles en salud, pero también lo que se ha trabajado en las unidades territoriales de alta y muy alta marginación, en donde se ha elaborado, junto con la comunidad, los diagnósticos de la salud, en donde participan los consejos delegacionales de salud y en esa lógica articulamos el proceso no solamente de atención médica, sino los aspectos de prevención, los aspectos de educación, prevención y control.

Como parte de todo esto obviamente también viene el proceso de atención que es el que se da en el primero y en el segundo nivel. Sin embargo, me parece que lo que se ha avanzado en términos de participación social en estos años, sobre todo en lo que tiene que ver, insisto, en la salud escolar y en los diagnósticos de las unidades territoriales de alta y muy alta marginación, es un avance muy importante. Porque no debemos olvidar también que esto se articula con otros programas que tiene el Gobierno del Distrito Federal y que desarrolla la propia Secretaría de Desarrollo y que precisamente en esa articulación es como logramos la integralidad de los diagnósticos sociales, no solamente de salud, sino los diagnósticos sociales, que finalmente tienen como objetivo darle la integralidad, no solamente el diagnóstico, sino la respuesta.

Hemos trabajado también lo que son los grupos de ayuda mutua, tanto para adultos mayores, que eso ha sido fundamental y es central, es parte fundamental del programa integral de atención al adulto mayor, son los grupos de ayuda mutua para los adultos mayores, pero también se han creado una buena cantidad de grupos de autoayuda para pacientes diabéticos, para pacientes hipertensos y en general para pacientes que tienen enfermedades crónicas degenerativas.

Todo esto está expresado de alguna manera en el informe que nosotros, que la Secretaría presenta, pero cualquier otra información extra con muchísimo gusto estamos en la mejor disposición de mandárselas en el momento en que ustedes así lo requieran.

Con respecto al asunto del padrón de beneficiarios de adultos mayores, yo simplemente nuevamente me refiero a lo que ya comenté del artículo 4º, en su fracción V y algunos otros artículos que, si ustedes están en disposición de hacerlo, nosotros también estamos en la mejor disposición de discutirlo desde el punto de vista técnico jurídico y administrativo. Nuestra impresión, nuestro diagnóstico es que es información confidencial, no nos negamos a que

ustedes lo conozcan, nosotros los invitamos, si ustedes gustarán, a las instalaciones de la Secretaría con muchísimo gusto, lo que no podemos es transferirlo por las razones que ya expliqué en términos de lo que son las responsabilidades jurídico administrativas.

No sé si con esto haya sido suficiente.

EL C. PRESIDENTE.- Para réplica, si así lo desea, tiene el uso de la palabra hasta por 3 minutos la diputada María de la Paz Quiñones Cornejo. Adelante, diputada.

LA C. DIPUTADA MARIÁ DE LA PAZ QUIÑONES CORNEJO.- Con su venia, señor Presidente diputado.

Señor Secretario, le agradezco sus respuestas, pero sí quisiera hacer énfasis en que es una responsabilidad como servidores públicos el de ser transparentes y, sobre todo, en materia de salud, ya que estamos hablando de un derecho universal, que debe ser cuidado al máximo y del que no debe haber malos entendidos.

Sobre la entrega gratuita de medicina, sí quisiera hacer énfasis también que no sólo con regalar anticonceptivos se va a curar la población, que existen enfermedades que deben de ser tratadas con mayor urgencia, como son, vuelvo a repetir, la diabetes, las infecciones respiratorias agudas, la obesidad y la desnutrición, que se mencionan en el sexto informe del Jefe de Gobierno.

Sobre el caso de detección de cáncer en la mujer, sí quisiera observar que existe un convenio entre el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y la Secretaría de Salud, pero me han informado, doctor, que el sistema, pues como le dije anteriormente, no está aplicándose bien.

Me quedaron algunas preguntas sin contestar. Se las voy a pasar, a ver si a la brevedad me las pudieran mandar para hacerla llegar a los medios.

Gracias, señor Secretario.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias compañera diputada.

Tiene el uso de la palabra, hasta por 5 minutos, la diputada Laura Piña Olmedo, del Partido de la Revolución Democrática.

Adelante, diputada.

LA C. DIPUTADA LAURA PIÑA OLMEDO.- Buenas tardes. Con su permiso, señor Presidente.

Integrantes de esta Honorable Comisión de Salud y Asistencia Social; al distinguido público y a la prensa que nos acompaña:

Señor Secretario, Ricardo Arturo Barreiro, muy buenas tardes. Quiero darle la bienvenida porque un gobierno democrático está obligado a darle transparencia y a dar informes puntuales a la ciudadanía.

Sabemos que un gobierno democrático como en el que usted está participando tiene la obligación de velar por la asistencia social de la gente. Sabemos perfectamente que se han preocupado por adultos mayores, niños, discapacitados y por cada uno de la población que usted ha ido encabezando, igual que la doctora Asa Cristina Laurel.

Quisiéramos que nos dijera en cuanto a las causas que han ido generando algunas circunstancias por las que muchas veces los residentes del Estado de México se pasan al Distrito Federal y eso genera también un ingreso importante para el Gobierno del Distrito Federal.

¿Por qué si el Gobierno Federal tiene un proyecto importante en cuanto a lo que es el Seguro Popular, del Estado de México llegan hacia el Distrito Federal, ustedes tienen cifras, quisiera que nos las den puntualmente?

Quisiera también reconocer que en cuanto al cáncer de mama han hecho muchísimos estudios, quisiera que nos dijera cuántos estudios se han hecho por cada una de las colonias o unidades territoriales y cada una de las Delegaciones, porque sabemos perfectamente que ha sido una labor importante, que nos dijera cuánto cuesta cada una de esas radiografías, porque eso es importante que la ciudadanía lo conozca, porque muchas veces una gente humilde no tiene derecho a poderse hacer un estudio de esa naturaleza porque son muy caros.

Y quisiera que me dijera, doctor, ¿cuáles son los proyectos que todavía este gobierno democrático tiene para la ciudadanía?

Muchísimas gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias diputada.

Para respuestas el señor Secretario tiene el uso de la palabra.

EL DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Bien, con respecto a la población que solicita servicios por parte del Estado de México, ese es un asunto que hemos venido discutiendo con la administración propia del Estado de México desde que llegamos al Gobierno del Distrito Federal.

Quizás el problema central es que la carencia de capacidad de respuesta por parte del propio Estado de México, sobre todo lo que es la zona conurbada del Estado de México que va más o menos Naucalpan, Tlalnepantla, hacia el norte;

hacia el oriente y hasta Xico, incluyendo a Neza, Ecatepec y toda esa zona, enfrentaron una percepción de no respuesta sobre todo en los primeros años de nuestro gobierno y entonces efectivamente tuvimos una demanda excesiva por parte de pacientes del Estado de México, tanto en los Hospitales Generales y en los Pediátricos, como en los Generales Pediátrico y Materno Infantiles, al grado de que algunas unidades, algunas de nuestras unidades médicas llegaban a tener hasta el 70 por ciento de demanda por parte del Estado de México.

Y sí efectivamente el asunto es que durante estos años ha habido poca inversión o prácticamente nula inversión en esta zona de la zona conurbada y esto se ha reflejado en una demanda que ejerce efectivamente una presión importante sobre nuestros servicios de salud. ¿Por qué? Por dos razones:

En primer lugar porque a pesar de que el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos no aplica para la gente que vive en el Estado de México, es un programa para la población residente en el Distrito Federal, de todas maneras los costos que se establecen de acuerdo con los criterios de cobro entre el Estado de México del Distrito Federal, nosotros tenemos costos menores y porque finalmente como mucha de esa población del Estado de México es de muy bajos recursos, finalmente nosotros lo que hacemos es que los llevamos o al nivel más bajo o simplemente los pasamos como exentos por incapacidad de pago, y esto obviamente generó que se incrementara mucho la demanda por parte del Estado de México.

Me parece que con la nueva administración, la nueva Secretaria de Salud, hemos logrado establecer una mucho mejor relación, es decir, ya hay un intercambio mucho mejor de comunicación. Se han hecho esfuerzos importantes con respecto a lo que es la atención médica y esperamos sobre todo que en el futuro, el impacto que su demanda tiene sobre nosotros, vaya disminuyendo.

Con respecto al asunto del Seguro Popular en el Estado de México, yo quisiera aquí quizás, si ustedes me lo permiten, ampliar un poquito, cuáles son las diferencias entre el programa de gratuidad del Seguro Popular para explicar por qué en este momento nosotros tenemos una importante demanda y por qué el Estado de México sigue demandando nuestros servicios al Distrito Federal.

Se ha dicho y nosotros lo hemos planteado públicamente, es un tema de polémica entre el Gobierno del Distrito Federal, las razones por las cuales nosotros consideramos que el sistema de protección social en salud tiene profundas limitaciones, enormes riesgos financieros y de acuerdo a algunos estudios, poca viabilidad financiera.

En primer lugar porque si bien es cierto que los tres primeros deciles de ingreso, no pagan cuota, a partir del cuarto decil, es decir, aproximadamente arriba, por ahí de los 650 pesos, empiezan a pagar por la prestación del servicio, y esto hace que a partir del cuarto decil tenga que pagar del orden de 1 mil 200, 1 mil 500 pesos, y de ahí de acuerdo con los deciles de ingreso, hasta 10 mil pesos al año. Esto implica un condicionamiento para la prestación de los servicios.

De tal suerte que aquellos que no tengan capacidad de pago de estos recursos, van a quedar fuera del Seguro Popular, y por lo tanto, van a quedar al margen de la prestación de los servicios públicos de salud. Ese es un primer elemento.

Un segundo elemento que nos parece que es central, es que en la lógica de cómo está construido el sistema de protección social en salud, hay una diferencia fundamental entre lo que establece la ley y lo que establece el reglamento. La Ley define el sistema de protección social de salud como acciones, el reglamento lo define como una estructura, y efectivamente entre el concepto de acciones y el concepto de una estructura administrativa, hay una diferencia fundamental, pero además, las atribuciones que el Reglamento le da a esta estructura que se llama Régimen Estatal de Protección Social en Salud, es muy seria porque canaliza a través de este instrumento, de este REPSS, todos los recursos públicos, lo que se generaba a través de Ramo 33 y FASA 12 y en fin, y ahora están todos alineados al Sistema de Protección Social en Salud.

De tal manera que el financiador del sistema, es el régimen estatal, es esta estructura que fue creada, que se pretende que sea autónoma y que tiene la capacidad de establecer lo que ellos le llama Acuerdos de Gestión, que no son otra cosas más que contratos y que pueden ser a diferencia de lo que establece la ley, que la ley muy claramente dice que es el sistema público en el reglamento se abre al sistema público social y privado, y cuando llegamos a los lineamientos del propio régimen, las cosas empeoran todavía más.

De tal manera que este REPSS, está en condiciones de adquirir servicios del sistema público social y privado, y de hecho eso es lo que está sucediendo en algunas ciudades y en algunos Estados de la República.

De tal suerte que al final de cuentas lo que está sucediendo es que hay transferencia de recursos públicos para fortalecer al sector privado de la salud, y eso nos parece que es una segunda diferencia, porque quien tiene la capacidad y la posibilidad, y lo hemos dicho y lo sostenemos, de garantizar la universalidad de los servicios son los sistemas públicos, y es allá hacia donde debemos orientar el fortalecimiento.

Pero hay un tercer elemento agregado al sistema de protección de salud que es la razón por la cual, y a esto quería llegar, el Estado de México no ha incrementado su población de afiliados. La información que nosotros tenemos es que en el tiempo que lleva el sistema de protección social en salud del Estado de México solamente tiene afiliado entre el 1.5 y el 2 por ciento de su población objetivo, cuando debiera andar en un porcentaje de aproximadamente el 14 por ciento.

La razón por la cual sucede esto es porque en la medida en que se va afiliando el sistema, el régimen de protección social en salud, el sistema, requiere de la aportación del propio Gobierno Estatal, la forma de financiamiento del

sistema de protección social en salud es la cuota social federal, la cuota estatal, la cuota, perdón, federal solidaria y la cuota estatal solidaria, de tal manera que por cada afiliado el Estado tiene que hacer una aportación.

En la medida en que va incrementándose el número de afiliados, en esa medida la aportación del Estado va siendo mayor; y desde el punto de vista financiero esto coloca a los Estados en una situación de riesgo, desde el punto de vista financiero.

Quiero comentar, entre otras cosas, que a diferencia de lo que sucede con el Distrito Federal, Tabasco y probablemente Nuevo León, en donde es mayor la aportación de los recursos locales en relación con los recursos federales, en prácticamente el 90 por ciento de los Estados es mucho mayor el recurso federal que el recurso estatal; y en algunos Estados como Oaxaca, Chiapas, Guerrero, las aportaciones fiscales locales andan sobre el 5 o el 10 por ciento máximo en relación con las federales, es decir, son Estados que dependen estrictamente de los recursos federales para sobrevivir.

El planteamiento del sistema de protección social en salud les exige a estos Estados, con los pocos recursos que tienen, que a través de la cuota solidaria estatal tengan que incrementar los recursos en un proceso paulatino pero creciente en donde ya hoy en día, y esto lo puedo expresar abiertamente, en el último Consejo Nacional de Salud varios Estados plantearon que ya tienen problemas para acceder a esos recursos, para convencer a sus gobernadores y sus Secretarios de Finanzas de que efectivamente aporten los recursos que implica el proceso de afiliación.

Entonces hay un problema financiero grave, hay un problema financiero severo que desde nuestro punto de vista hace inviable el sistema de protección social de salud.

Entonces yo diría que son 3 elementos. Uno, el proceso de universalización de los servicios va a depender de la capacidad de pago de la población, ese sería uno.

El segundo que tiene que ver con la transferencia de recursos públicos al sector privado para garantizar la prestación de los servicios, porque muchos Estados, lo sabemos, han invertido muy poco, no han tenido capacidad de inversión para mejorar la capacidad de respuesta de sus hospitales y finalmente hay que reconocerlo y esto hay que decirlo abiertamente, cuando se dio el proceso de descentralización lo que se les entregó a los Estados fueron servicios en pésimas condiciones de instalaciones, de tecnología y demás; y por lo tanto hace que sus hospitales no sean competitivos.

En tercer lugar, porque los ritmos de crecimiento financiero para garantizar la cuota solidaria estatal imposibilita a los Estados a mantenerlo y por lo tanto llegará un momento en que tendrán incapacidad financiera para poder garantizar esa cuota.

Aquí hay un problema de fondo, si el Estado no garantiza los recursos que le toca poner en el Seguro Popular, la Federación no va a transferir lo que le corresponde de cuota solidaria federal. Ahí hay conflictos muy serios.

La diferencia entonces es que cuando hablamos de la Ley de Gratuidad, que hoy es una ley, de lo que estamos hablando es que hay un garante, que es lo que no existe en la Ley de Salud. La Ley de Salud define que todo mexicano tiene derecho a la protección de la salud, sí, en abstracto, porque a renglón seguido dice “la ley determinará las formas de acceso”.

Lo que nosotros creemos y estamos convencidos es que es el Estado el único garante de los derechos sociales y en la medida en la que se asuma que el Estado es el responsable de garantizar los derechos sociales en esa medida estaremos transitando por una política social responsable, éticamente responsable.

La Ley de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos establece con toda claridad que el responsable de garantizar esos servicios es el Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Salud, establece las condiciones, establece los mecanismos de financiamiento. En esto, si me lo permiten, voy a dejar muy claro el asunto.

La distribución de medicamentos está dada a partir de las necesidades de población. El sistema de gratuidad, que hoy es ley, que fue programa desde 2001 y que hoy es ley, está mediado precisamente por lo que planteamos aquí en términos de lo que fue la construcción del cuadro institucional de medicamentos. No se trata simplemente de repartir medicamentos, hay una lógica en cuanto al tipo de patología, el tipo de enfermedad y de acuerdo al tipo de enfermedad el tipo de medicamento que se requiere, y para eso existe una garantía en la distribución de medicamentos tanto en el primer nivel como en el segundo nivel, lo planteamos en alguno de los momentos en una de las primeras preguntas.

Sí quisiera dejar claro que esa garantía de medicamentos está tanto en los centros de salud como en los hospitales, existen los instrumentos para evaluar de manera permanente y cotidiana su existencia en farmacias y su distribución de acuerdo a las necesidades que la población de acuerdo al tipo de consulta y de acuerdo al tipo de patología va requiriendo. Este es un compromiso que transformado en ley se convierte en un derecho social exigible, en donde hay un responsable que de no cumplirlo puede ser demandado finalmente.

Nada más concluiría con lo de las mastografías. Efectivamente durante el programa de mastografías se hicieron 104 mil mastografías entre los años 2005 y 2006 a partir de que se inició el programa, más o menos se lleva un año con este programa, se han hecho 121,919 citologías y el costo de la mastografía varía entre 150 y 200 pesos, más o menos por ahí vamos.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias. Para el uso de réplica, si así lo desea, tiene la palabra la diputada Laura Piña Olmedo hasta por 3 minutos. Adelante diputada.

LA C. DIPUTADA LAURA PIÑA OLMEDO.- Únicamente agradecer sus respuestas puntuales. Muchísimas gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, compañera diputada.

EL C. PRESIDENTE.- Iniciamos la segunda ronda de preguntas, respuestas y réplicas. Tiene el uso de la palabra la diputada Rebeca Parada Ortega, del Partido Nueva Alianza hasta por 5 minutos. Adelante diputada.

LA C. DIPUTADA REBECA PARADA ORTEGA.- Gracias, señor Secretario. Seguiré siendo incisiva en los rubros ya comentados.

La próxima administración del Gobierno del Distrito Federal va a tener una doble tarea en el rubro de la salud, por un lado debe generar todo un conjunto de acciones administrativas y políticas para convencer a la población de la capital que del programa que se deriva de la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 Años Residentes en el Distrito Federal se ha eliminado todos los propósitos políticos que hasta ahora le han dado sustento.

Por otra parte, deberá solventar la necesidad apremiante que haya una coincidencia de todos los partidos para aplicar esta pensión con sentido social y alejarla de la retórica, hasta ahora lo que ha dado justificación.

El gobierno de Marcelo Ebrard requiere modificar muchas de las actuales estructuras del gobierno, entre otros motivos para incrementar la autoridad moral que le permita pedir acción solidaria de toda sociedad y ganarse a pulso la confianza de todos los gobernados.

Por nuestra parte nosotros como diputados debemos abocarnos a la reforma y adición de la ley en el artículo 1º que establece el derecho de la pensión alimentaria para los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal.

Al respecto cabe mencionar que la pensión es una prestación social otorgada mediante designación de una cantidad de dinero mensual que se entrega a quienes cumplen un requisito de 70 años. Al respecto se trata de una pensión mínima, cuya actualización anual es raquítica y cada vez será más insuficiente porque tiene como base medio salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

Señor Secretario: Le solicito nos exponga su criterio institucional al respecto de la insuficiencia del monto de la pensión diaria de los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal y ¿cuál sería el monto suficiente para que la ayuda que se entregue a los adultos mayores se acerque a lo que debe ser realmente una pensión alimentaria.

En términos de lo que dispone la Ley de la Salud para el Distrito Federal corresponden a autoridad sanitaria y del Gobierno de la capital la vigilancia periódica de la potabilidad del agua en la red pública de abastecimiento, especialmente en almacenamiento y disposición final, le solicito nos indique si la Secretaría a su cargo está cumpliendo con esta responsabilidad que le impone la Ley de Salud.

Al respecto, nos puede usted informar también ¿qué territorios, colonias o delegaciones han sido objeto de vigilancia periódica en potabilidad de agua?

Finalmente, nos diga usted ¿cuál es su diagnóstico respecto a la calidad de agua, dizque potable en la Delegación de Iztapalapa?

Correlacionando a la salud con el cuidado y conservación del medio ambiente ¿nos puede usted informar qué cumplimiento le ha dado su Secretaría a la responsabilidad de proteger las fuentes de abastecimiento de agua para prevenir su contaminación conforme a las Normas Oficiales correspondientes y en su caso en qué delegaciones su Secretaría lleva a cabo este control y vigilancia sanitaria?

Otra causa de contaminación del agua para consumo humano es la ubicación en que se encuentran los retretes, alcantarillas o depósitos de desperdicios que puedan contaminar el agua para consumo humano y que están ubicadas cerca de pozos ¿nos puede usted citar casos concretos de cumplimiento de esta responsabilidad de vigilancia y control sanitario?

Por otra parte ¿qué intervención tendrá su Secretaría en la recuperación y adecuación de los terrenos de Exrefinería “18 de Marzo” en Azcapotzalco que serán convertidos en parques públicos y cuyos terrenos siguen contaminados?

Finalmente, ¿cuáles son las acciones de inspección sanitaria y los resultados de las mismas respecto a los puestos instalados en vía pública que expenden alimentos en el Distrito Federal?

Gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, diputada.

Para respuesta tiene el uso de la palabra el señor Secretario de Salud.

EL C. DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Empezaría con un asunto que a mí me parece que es central, que yo quisiera explicar y dejar muy claro.

El Programa de Adultos Mayores es un programa que se planteó desde el principio como un proyecto, que tenía como objetivo precisamente despolitizar los derechos sociales, esto implicaba que el proceso de reclutamiento para la construcción del padrón no podía ni debía darse en función ni de grupos ni de partidos ni de otras formas de organización y el planteamiento que se hizo es la inscripción y el registro es absolutamente individual.

Nunca se permitió ni listados de representantes sociales, grupos políticos, diputados ni ningún otro mecanismo que sustituyera al adulto mayor como el demandante de la pensión y eso lo podemos suscribir y lo podemos ratificar, porque no existió ningún mecanismo que permitiera una forma de registro distinto de la individual del adulto mayor a través del mecanismo que se construyó que fue con las educadoras hacer primero el diagnóstico en las unidades territoriales de alta y muy alta marginación que fue el primer componente de ese grupo.

En ese primer momento se inscribieron a los primeros 130 mil adultos mayores que formaron la primera parte del padrón.

Quiero dejar muy claro que ningún tipo de grupo corporativo fue aceptado, insisto, para la inscripción, la inscripción siempre individual y siempre bajo el mismo mecanismo o solicitado a través del Centro de Salud por el adulto mayor o a través de las visitas que hicieron las educadoras en salud para verificar que los datos que efectivamente se estaban planteando en términos de edad, dirección, corroborar con la información oficial de acta de nacimiento documento que certificara que efectivamente la persona vivía en ese lugar y no otro y así en esa misma lógica y con ese mismo contenido, se ha continuado el programa hasta el día de hoy y se continuará hasta el último día de nuestra administración, en la que pensamos contar ya con una afiliación de 400 mil adultos mayores.

Sí quisiera yo dejar muy claro que no ha habido ni habrá ningún condicionamiento ni de carácter político ni de carácter corporativo para el registro de inscripción del adulto mayor al programa mencionado.

El carácter de universalidad como derecho social ese sí es uno de los elementos centrales que nosotros hemos impulsado como parte de nuestro proyecto de salud. La universalidad en el programa del adulto mayor y la universalidad en lo que tiene que ver con el programa de gratuidad, en donde tampoco se ha permitido el registro, en el caso del programa de gratuidad, tampoco se ha permitido el registro a través de grupos corporativos o a través de grupos políticos, en ambos programas, insisto, el registro es individual y es a solicitud de quien lo está demandando.

Precisamente la idea de crearlos y elevarlos a rango de ley es evitar que sea de utilización política o corporativa cualquiera de estos programas porque pensamos que son fundamentales.

Pero quiero decirle algo más. El precedente que se genera en el Distrito Federal al crear la Ley para Adultos Mayores es un precedente histórico en lo que tiene que ver con la universalidad, la universalización del derecho a una pensión para el adulto mayor, no existe ningún otro precedente en todo el país que haya llevado a garantía de ley este derecho, es un precedente histórico.

Hoy que se está discutiendo todo lo que es el sistema de pensiones y jubilaciones en el país, en donde la tendencia es a individualizar cuentas y la tendencia es transferir esas cuentas individuales al sistema privado, y no solamente la sistema privado, sino todavía más grave, al sistema bancario internacionalizado, ya ni siquiera nacional, sino internacional, que nos parece gravísimo, porque le estamos transfiriendo importantes recursos desde el punto de vista de lo que impacta en el producto interno bruto y hablamos aproximadamente hoy del 15% del producto interno bruto que está en manos de Afores y Sifores que pertenecen a banca internacional, a banca no nacional, y en la medida en la que vaya progresando ese proceso, llegarán a contar en los próximos 20 años con el 45% del producto interno bruto en manos de banca internacional, y eso a cualquier país, y creo que me parece lógico, lo ahora políticamente.

En esa lógica plantear una pensión universal como la que se planteó por parte del Gobierno del Distrito Federal me parece que es un precedente histórico que no tiene ninguna otra constatación.

En cuanto a lo que tiene que ver con el asunto de las fuentes de abastecimiento de agua, sí, diputada, parte fundamental de la vigilancia epidemiológica tiene que ver precisamente con la calidad del agua. Hacemos 125 determinaciones diarias a lo largo y ancho del Distrito Federal para tratar de determinar lo que tiene que ver con cloro residual y de esta manera nos permite determinar la calidad del agua en el Distrito Federal. Hacemos esto no solamente en los ramales fundamentales, sino lo hacemos en los ramales secundarios y en muchos estudios que se hacen también en domicilio, esa es parte central de vigilancia epidemiológica.

Parte de la expresión, y esto es muy importante señalar, parte de la expresión en cuanto a la calidad del agua tiene que ver con la reducción de los índices de enfermedades gastrointestinales que se presentan en la ciudad y la reducción de la mortalidad por enfermedades gastrointestinales que se presentan en la ciudad.

Quisiera decirle también que en cuanto a la potabilidad del agua, efectivamente ha habido una discusión sobre si el agua de Iztapalapa es o no potable; nosotros mantenemos una vigilancia permanente. Hay una diferencia entre lo que es calidad del agua en términos de potabilidad y aspecto del agua, que son dos cosas diferentes. Cuando, y se ha dado el caso, cuando efectivamente nosotros detectamos que la calidad del agua es inferior a la que se espera, inmediatamente nosotros hacemos la comunicación -insisto- inmediata a la Dirección de Aguas de la ciudad para garantizar su potabilidad.

Sí le puedo decir en términos concretos que a través del trabajo que realiza la Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica, podemos garantizar que al agua que se ingiere en el Distrito Federal es agua potable. Eso en términos de la potabilidad del agua.

Con respecto a lo que tiene que ver con el predio que ocupaba previamente, ese no es directamente un asunto que nos competa a nosotros, nos parece que eso es más de la Secretaría precisamente de Medio Ambiente, quienes tendrían que evaluar cuál es el grado de contaminación que tiene el terreno que ocupó previamente Petróleos Mexicanos y cuáles pueden ser los impactos, los riesgos.

Nosotros estaríamos en la mejor disposición de colaborar con ellos para tratar de ver si efectivamente hay unos riesgos a la salud, pero creo que desconocía yo y lo reconozco, pero lo vamos a investigar, que estos terrenos se iban a utilizar como parque público y nosotros haremos la investigación y seguramente en el área de Vigilancia Epidemiológica haremos los estudios necesarios para determinar si efectivamente hay riesgo o no hay riesgo.

Espero que con esto queden contestadas sus preguntas.

EL C. PRESIDENTE.- Para réplica tiene el uso de la palabra la diputada Rebeca Parada Ortega, hasta por 3 minutos.

LA C. DIPUTADA REBECA PARADA ORTEGA.- Gracias.

En el grupo parlamentario de Nueva Alianza le otorgamos a los programas de salud una importancia definitiva para impulsar el desarrollo personal y comunitario de toda la población del Distrito Federal; debemos crear e implementar mecanismos administrativos dentro de cada instancia que nos permita conocer con veracidad los programas, recursos y objetivos que establezca la Secretaría de Salud a su cargo en el marco de la ley.

Debemos en materia de salud en el Distrito Federal crear y promover un nuevo espacio de diálogo y cooperación entre la Secretaría de Salud del Distrito Federal y esta Asamblea Legislativa.

Hasta ahora la actuación de su Secretaría se caracterizó por una ausencia de comunicación con este Organismo de Gobierno con funciones legislativas.

La escasa identificación real y sin acciones de coincidencia entre los ciudadanos y el Gobierno han pervertido programas nobles y plenamente justificables como la Pensión de Adultos Mayores de 70 años.

En el grupo parlamentario de Nueva Alianza tenemos la seguridad de que si establecemos una coordinación en la coincidencia de nuestros objetivos sociales, toda la Asamblea Legislativa y el Gobierno del Distrito Federal, vamos a lograr acciones reales y objetivas en beneficio de toda la población de la Capital de la República.

Gracias. Es cuanto, diputado Presidente.

EL C. PRESIDENTE.- Muchas gracias compañera diputada.

Corresponde el uso de la palabra, a nombre del Partido Revolucionario Institucional.

Señor Secretario, hace algunos días en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el ISSSTE y la propia Secretaría de Salud tuvieron, mediante una coordinación, un simulacro en el caso de la epidemia de la gripe "aviar". A su vez, como usted lo saben, en el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una pandemia de influenza, que fue presentado por autoridades del Gobierno Federal o autoridades federales 2005, establecen una serie de medidas diversas bajo la responsabilidad de las Entidades Federativas que no hemos tenido conocimiento por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal sobre este tema. No se desglosa nada en el informe, señor Secretario, y me gustaría conocer específicamente si ha habido alguna participación de parte del Gobierno de la Ciudad de México en ese simulacro sanitario contra la gripe "aviar", hubo invitación por parte de las autoridades federales, no la hubo. ¿Qué medidas concretas de preparación, prevención y fortalecimiento de las capacidades sanitarias ha desarrollado el Gobierno Local con relación al riesgo de una pandemia como puede ser el caso de la llamada gripe "Aviar"?

Por otro lado, mencionaba usted hace un momento sobre el Seguro Popular. Efectivamente una reforma reciente en el 2003 aprobada por el Congreso de la Unión crea este nuevo sistema de protección social en salud y desde luego es altamente, llama la atención y es preocupante, que la condición a nivel nacional en la participación de las 32 entidades federativas en este esquema del Seguro Popular se basa en la afiliación con la participación de recursos, tanto la cuota federal, tanto la cuota estatal, y en los casos de los deciles por arriba del tercero, la cuota familiar, para la conformación de este esquema en lo que es la atención vía Seguro Popular, y que efectivamente es un vehículo financiero, como lo ha dicho el Secretario de Salud del Gobierno Federal.

No es una nueva institución, es un apoyo económico, un vehículo financiero que reciben las entidades federativas para hacer frente a lo que es el propio sistema de salud, limitado, se ha llegado desde luego y lo reglamenta ya lo que son los gastos catastróficos y que corresponde finalmente a la atención que en los institutos de tercer nivel de atención se otorgan vías gastos catastróficos y que en su gran mayoría, en el 99 por ciento se encuentran estos institutos en el Distrito Federal y se encuentran en la parte de la zona sur del Distrito Federal, que desde luego la atención y la demanda de los servicios de estos institutos, como el resto de la red hospitalaria a nivel nacional y del propio Distrito Federal es alta.

Sin embargo, la afiliación que hasta el momento se ha presentado en el Distrito Federal después del convenio, haciendo un comparativo con el resto de las entidades en proporción al número de familias es baja. Ya mencionaba usted algunas cifras sobre el propio esquema o programa de medicamentos gratuitos y la diferencia de lo que es el esquema del Seguro Popular, lo que establece por ley porque no es un programa, ahí sí me gustaría precisar, que efectivamente dejó de ser un programa, nace como un programa piloto.

Creo que lejos de cuestionar un esquema u otro, no es básicamente el sentido de mi participación, más bien es enfocar a que si bien los usuarios en la capital acuden tanto a la red de hospitales, 27 hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal a hospitales federales con referencia federal a institutos nacionales, como ya le mencionaba que están en su mayoría en la Ciudad de México, tanto al Hospital General, al Hospital Infantil, al Hospital Gea González, Hospital Juárez, lo que está hoy del hospital Juárez del Centro, lo que tenemos en el Hospital Homeopático, que habría que hacer también esfuerzos de carácter administrativo y de coordinación con la Secretaría de Salud, para ver el futuro de estos dos hospitales.

En el caso del Hospital Juárez del Centro y el Hospital Homeopático, puesto que funcionando para la capital, funcionando para los funcionarios de la capital ni por parte de la autoridad federal ni por parte de la autoridad del Distrito Federal hay la atención en materia de la aportación de recursos económicos para optimizar el funcionamiento.

Derivado también del Seguro Popular del sistema, y es a donde va mi comentario, señor Secretario, en lo que se refiere al personal. Yo adelantaría como una pregunta muy concreta, cómo se encuentra la plantilla del personal en los servicios de salud, tanto Secretaría de Salud, como desde luego la propia Dirección de Salud Pública, toda la responsabilidad a su cargo, en lo que se refiere a la falta de personal, principalmente médico, paramédico, afines, estamos en un rezago de plantilla. ¿Qué nos puede comentar, señor Secretario, sobre el área de recursos humanos en lo que corresponde al área sustantiva?

Muchas gracias, señor Secretario.

EL DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Sí, con mucho gusto.

Muchísimas gracias por sus comentarios.

Mire, el simulacro de influenza pandémica. Desde luego quisiera aquí hacer una aclaración, no fue un simulacro del IMSS, del ISSSTE y de la Secretaría de Salud Federal, fue un simulacro en 4 Estados de la República, es decir, el Estado de Tabasco, el Estado de Chihuahua, el Estado de Hidalgo y la Ciudad de México, en donde participaron el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Salud Federal y los servicios estatales de salud. Eso es quizá lo primero.

Porque efectivamente la impresión que se dio a la prensa con la información oficial pareciera que habían sido las 3 instituciones federales y no había habido participación de ningún otro nivel, y eso a mí me parece que fue muy injusto y muy poco respetuoso también.

En segundo lugar, quisiera aclarar que desde luego que hubo una convocatoria, desde luego que hubo una invitación y desde luego que hubo una participación; y le puedo decir, y no es vanagloria personal, pero sí le puedo decir que de todas esas instituciones que participaron la única a nivel de los 4 Estados y de las instituciones federales que participó con el más alto nivel de sus funcionarios fue la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, y eso reconocido por ellos mismos.

Le comento que la primera parte del simulacro se inició, no recuerdo qué fecha, a las 9 de la noche y terminó a las 9 de la mañana del día siguiente y ahí estuvimos Secretario, Directores Generales, Directores de Área y Subdirectores de Nivel Central y los Directores de los Hospitales involucrados; y lo mismo sucedió en la segunda fase del simulacro, que fue esta última, que fue la más publicitada porque hubo movilización de recursos.

Quiero decirle también que a diferencia de lo que sucede con la visión que tiene la Secretaría de Salud Federal, con todo el respeto que me merece, y es mucho, tienen ellos una visión de lo que es la influenza pandémica o el riesgo de una influenza pandémica que desde nuestro punto de vista es corta, porque no es un problema de salud, es un problema de seguridad nacional; y entendido como problema de seguridad nacional quien debiera estar participando es el Consejo Nacional de Protección Civil, que evidentemente encabeza el Jefe del Ejecutivo.

Circunscribirlo exclusivamente a la capacidad de respuesta del sistema de salud es colocar al país en un gravísimo riesgo. Esto nosotros lo hemos hecho notar y nosotros desde luego participamos con el Centro Regulador de Urgencias escalado como puesto de mando del sector salud.

Le explico muy rápidamente. El Centro Regulador funciona de manera cotidiana, tenemos información de los hospitales que forman la Red del Distrito Federal más los hospitales que forman el SIUM, hospitales del IMSS, del ISSSTE, la Secretaría de Salud Federal, pero cuando hay una situación de riesgo para la ciudad, sea este un riesgo hidrometeorológico, un riesgo humano social, estamos preparados en caso de sismo, en caso de explosión volcánica, en fin, cualquiera de estas circunstancias, ese Centro Regulador que funciona de manera cotidiana así se escala a puesto de mando del sector en donde participan funcionarios de alto nivel tanto del IMSS, del ISSSTE, como de la Secretaría de Salud Federal, coordinados con directivos de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y ahí sí toda la información de la capacidad de respuesta de todas las instituciones se vierte en este Centro Regulador para tener capacidad de respuesta.

Pero vamos más allá. En este simulacro nosotros hicimos el esfuerzo de trabajar por lo menos en el terreno teórico, en el terreno de la información, del telefonema en el sentido de que estábamos instalando la Comisión Estatal de Protección Civil, que es como creemos que debe responderse, y sí participamos con el Centro Regulador, participaron dos de nuestros hospitales, el Hospital de Balbuena y el Hospital Rubén Leñero, participaron con toda la lógica de la participación, es decir llegaron pacientes, llegaron manifestantes y participamos íntegramente pero con esas dos fortalezas que desde nuestro punto de vista, y fue una de las razones por las que se escogió el Distrito Federal como

uno de los participantes, porque tenemos esas fortalezas y porque eso nos permite tener una mejor capacidad de respuesta.

Entonces, hemos estado en el proceso, conocemos, hemos trabajado; se hizo una capacitación desde el Secretario hasta el último de los trabajadores de los hospitales precisamente de lo que es el plan nacional de respuesta ante una situación de influenza pandémica y evidentemente participamos en el Escudo Centinela, insisto, en todos los niveles desde el Secretario hasta todos los trabajadores de todos los hospitales incluyendo, insisto, directores generales, directores de área, porque creemos, estamos convencidos de que el riesgo existe y de que la responsabilidad va a ser muy grande si no lo asumimos de manera responsable con esas dos fortalezas.

Somos la única entidad en el país que cuenta con un Centro Regulador que se escala a puesto de mando y somos los únicos que tenemos conciencia, por lo menos explícitamente planteado, de que ese no es un problema de salud, es un problema de seguridad nacional, para nosotros sería un problema de seguridad del Distrito Federal y por lo tanto ante una situación así lo primero que haríamos sería convocar al Consejo Estatal de Protección Civil, que evidentemente preside el Jefe de Gobierno. Así lo estamos planteando, así lo haremos saber a la administración porque estamos no solamente trabajando en lo que es el Plan Nacional sino en la definición del Plan Estatal con estas variables que nosotros planteamos y que nos parece que son centrales. Entonces, eso es con respecto a lo de Escudo Centinela y lo que es la influenza pandémica.

En lo que respecta a lo que es el asunto del Seguro Popular en el Distrito Federal, quisiera comentarle que parte del asunto de por qué el número de afiliados obedece a dos razones: la primera es porque así se firmó el convenio con la Secretaría de Salud Federal, no estamos ni de más ni de menos de lo que nos corresponde desde el punto de vista de lo que sería nuestra responsabilidad de afiliar en este año.

Cuando se firmó el convenio se estableció con toda claridad que había un número delimitado de familias, que corresponde al 14.2%, 14.3%, que es lo que establece la ley y que es lo que establece el Reglamento de Afiliación por año, no se trata de si puedo afiliar más o si puedo afiliar menos. Recordar que la cuota solidaria se da por afiliado y la cuota social por la integralidad, entonces si yo afilio a más de la población suceden dos cosas: uno, la Secretaría de Salud Federal no tiene la capacidad financiera para cubrirme y, dos, yo tendría que incrementar los recursos estatales para atenderlo.

Entonces, precisamente dentro de los cálculos actuariales, que desconozco de qué manera se hicieron y que evidentemente, lo digo con toda claridad, no me convencen, se determinó que por año se iba a afiliar al 14.2% con objeto de que al 2010 estuviera toda la población afiliada.

Nosotros asumimos un compromiso cuando firmamos el convenio en junio del año pasado de que a diciembre de este año íbamos a tener 100 mil familias afiliadas, las 100 mil familias están afiliadas; asumimos el compromiso de que íbamos a acreditar 7 hospitales, hemos acreditado prácticamente 20 hospitales. Somos la entidad federativa que más hospitales acreditados tiene tanto en número absolutos como en números relativos, o sea en porcentaje de unidades médicas tenemos más acreditados que ninguna otra entidad federativa, y que conste que no estamos de acuerdo con el Seguro Popular, lo que sí creemos es que ha sido un instrumento que nos ha beneficiado para fortalecer nuestras unidades.

El proceso de acreditación es tan rígido como la certificación y de esta manera lo que nos permite es evaluarnos, autoevaluarnos y también reconocer lo que hemos avanzado, no solamente en lo que tiene que ver con la organización interna de los hospitales, los procesos, sino que también tiene que ver con todo lo que es equipamiento, con lo que es abasto, tanto de medicamentos como de material de curación que es lo que van a calificar cuando se acredita o cuando se certifica un hospital.

Con respecto a el asunto de los hospitales federal, los hospitales federales no le han entrado al seguro popular, le entraron a gastos catastróficos efectivamente, pero no se han acreditado como hospitales para la atención del CAUCES. ¿Por qué no lo han hecho? esa es una decisión que cada hospital o en su caso la Coordinación de Hospitales Federales de referencia así lo ha decidido.

Nosotros originalmente pensábamos que ellos se iban a acreditar y en ese medida nosotros en los primeros meses de que se firmó el convenio, asignamos un porcentaje de los recursos que recibe el Gobierno del Distrito Federal por seguro popular para la acreditación de esos hospitales, el problema es que ellos no se acreditaron y entonces como no se acreditaron les dijimos, saben qué ese dinero, que no lo utilizaron los hospitales federales porque no se acreditaron, regresan para el funcionamiento de los hospitales del Distrito Federal, del Gobierno del Distrito Federal que sí están acreditados.

Así están los institutos, así están los hospitales federales de referencia. Nosotros no podemos ni obligarlos ni existe ningún mecanismo que nos permita a nosotros incidir en la decisión que ellos tomen.

Con respecto a lo del personal, me parece que el asunto del personal es un asunto que no es particular de la Secretaría de Salud, es un asunto genérico de todas las instituciones de salud, tanto las públicas, federales, el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud Federal y nosotros.

En cuanto al OPD lo que le puedo decir es que la plantilla con la que se descentralizó en 1997 sigue siendo la misma. No ha habido un incremento de plantillas por parte de la Secretaría de Salud Federal que es de donde deberían de venir los recursos, porque no han autorizado nuevas plazas y eso es parte de una política. No me quiero meter en un tema que no me toca, pero lo que es cierto es que lo se ha hecho en estos años de centralización, desde que se

descentralizaron los servicios públicos a nivel nacional, lo que se ha ido incrementando es el número de eventuales y el número de contrataciones por honorarios, pero creación de plazas no ha habido y esa sí es una responsabilidad.

Nosotros en el Distrito Federal hemos sido muy cautos en ese sentido, no tenemos el problema que tienen otros Estados de la República, en donde hasta el 80 por ciento de los trabajadores en algunas Estados son eventuales. Nosotros hemos sido muy cuidadosos en no construir un monstruo que después se nos va a venir encima y en eso mantenemos la lógica de no correr riesgos.

Sí entramos en lo que es la Secretaría de Salud en un modelo de contratación por honorarios pero es muy reducido, estamos hablando de aproximadamente de un 5 ó 6 por ciento de lo que sería la plantilla, porque efectivamente la no apertura de plazas nos obligó o nos ha obligado a buscar otras formas u otros mecanismos, pero de ninguna manera es una cuestión tan grave, tan grande y, bueno, esto es particularmente para el área de hospitales focalizando de acuerdo a necesidades muy puntuales de cada hospital para no caer en una lógica que después se nos venga encima.

Sí hay un problema de recursos humanos, desde luego que lo hay, se reconoce tanto a nivel federal como a nivel local, se reconocen todas las instituciones públicas de salud es un problema que se tendrán que buscar alternativas de solución en los próximos años.

Lo que sí puedo decir por ejemplo es que a través de recursos del seguro popular nosotros somos la única entidad federativa que ha creado plazas de base; fondeado con recursos del seguro popular nosotros creamos 471 plazas para este año que ya están en proceso de contratación, que son plazas de base no son ni eventuales, son plazas de base, 471 plazas fondeadas con recursos del seguro popular y somos el único estado que ha dado un paso de estas características a nivel nacional.

No sé si con esto quedara más o menos aclaradas algunas de sus preguntas.

EL C. PRESIDENTE DIPUTADO MARCO ANTONIO GARCÍA AYALA.- Muchas gracias, señor Secretario.

Yo creo que la aclaración, bueno, estoy convencido que la aclaración que hace referente a la participación que se tuvo, la pregunta venía con toda la claridad y muy concreta, que no encontramos al respecto en el informe que se nos envió, pero ya queda aclarado y desde luego que es sumamente importante que la constitución de esta Comisión Estatal de Protección Civil esté vigente y participando ante este inminente riesgo, como usted mismo lo señala, de esta pandemia y que desde luego es responsabilidad de las instituciones de salud tanto federal como de las entidades federativas tener tanto las medidas preventivas principalmente y de protección civil sobre esta situación que esperemos no esté en nuestro país.

Por el segundo punto que comentábamos del seguro popular, efectivamente hoy los recursos económicos que el año pasado, en diciembre de 2005 se aprobaron por la Cámara de Diputados para el seguro popular, estamos hablando de números redondos de 17 mil 500 millones de pesos presupuesto federal; en razón a ese recurso, que es un recurso que no se había tenido en materia de salud con lo que corresponde tanto al ramo 12 y ramo 33 que conforman el presupuesto de la Secretaría de Salud, hoy este adicional que es vía ramo 12, seguro popular, presupuesto de seguro popular, deja usted la aclaración que en base al convenio se ha cumplido con las metas de las 100 mil familias, hay entidades donde ya se tiene y le llaman bandera blanca, donde ya se considera como una cuestión universal de un 100% de familias afiliadas.

Por lo cual, es cierto también, en cuanto a la participación que le corresponde a la entidad, sí creo que se tendrá que definir ante lo que estipula la propia Ley General de Salud en materia del sistema de protección social en salud, porque desafortunadamente tanto a finales del año pasado como a principios de este año cobró un tono polémico, politizado, y digo desafortunadamente porque el área y el tema de la salud no debe inmiscuirse con un área sensible como un tema a una presunción de un gobierno llámese federal o estatal, lo establece con toda claridad la Constitución, la concurrencia que tienen las entidades federativas en materia de salud, tanto las entidades federativas como el gobierno federal.

Creo que sí es muy importante que quede con claridad que es un esfuerzo de gobierno, un esfuerzo institucional el buscar las mejores alternativas y la mayor cobertura tanto en lo que corresponde a la atención tanto preventiva como curativa.

Y desde luego lo de la plantilla, voy a concretar, habló usted de dos hospitales nuevos, el Belisario que ya se inauguró, como el próximo de la Delegación Álvaro Obregón, que precisamente por lo que refiere la plantilla de personal, por lo que es un gasto de operación en el área de recursos humanos, creo que sí sería sumamente importante prever que en materia de recursos humanos podamos crear, como usted ya lo mencionó, en una fase de 415 plazas y que es precisamente lo que nos pasa a nivel nacional con un poco más de 50 mil trabajadores de contrato que actualmente están al margen de la ley tanto laboral como de seguridad social. Evitar que en esta contratación de personal en estos hospitales, tanto los dos que ya mencionó, como en la inversión que en infraestructura siga realizando el gobierno de la ciudad en materia de salud, en materia hospitalaria, evitar caer precisamente en un grave problema de pasivo laboral que es por el cual se está atravesando a nivel nacional en las entidades federativas, en lo que corresponde a los servicios de salud.

Para continuar con la sesión, tiene el uso de la palabra la diputada María de la Paz Quiñónez Cornejo, de Acción Nacional, hasta por 5 minutos.

Adelante diputada.

LA C. DIPUTADA MARIA DE LA PAZ QUIÑÓNEZ CORNEJO.- Con su venia señor Presidente diputado.

Señor Secretario, traía una serie de preguntas de las cuales ahorita me voy a pasar a hacer una sola, pero traía preguntas sobre el SIDA, sobre el proyecto de interconexión de comunicación local; traía preguntas también sobre el mantenimiento y costos y tratamientos; traía preguntas sobre el sistema de reclusorios; traía preguntas sobre la maestría avalada por la Universidad de la Ciudad de México, etcétera, pero creo que ya ahorita sería un poco largo. Como espero la información ampliada, ya después lo comentaré.

Pero hay un tema que sí no quiero dejar de lado porque es un tema que atañe a la profesión médica. Estaba leyendo hace unos minutos, la página 21, donde dice “el acceso a la interrupción legal del embarazo, ILE, a partir de la publicación de la ley, se han resuelto 66 casos.

Mi pregunta es, más bien son dos preguntas: uno, ¿cómo capacitan a los doctores para el aborto? Y la segunda es ¿qué opina usted del compromiso hipocrático?

Gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Adelante señor Secretario para dar respuesta.

EL DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Bueno, el asunto de la interrupción legal del embarazo evidentemente implicó todo un proceso que articuló no solamente a la Secretaría sino a diferentes grupos de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, para establecer lo que son los lineamientos; lineamientos que emergen lógicamente de lo que fueron las reformas al Código Penal y al Código de Procedimientos Penales.

Como parte de los lineamientos, evidentemente se planteó el asunto de la capacitación y en ese proceso se capacitó a todos los médicos que pudieran estar involucrados. Se involucró a médicos legistas para el diagnóstico; se involucró para el diagnóstico de violación, etcétera, y a los ginecólogos efectivamente se les dio una plena y amplia capacitación.

Pero también establecimos el criterio de objeción de conciencia, respetamos y así lo hemos hecho saber en las diferentes unidades médicas el asunto de la objeción de conciencia porque nos parece que es atendible.

Recientemente en un foro relacionado con el tema una representante del Estado de México planteaba que en la medida en que una ley es aplicable, la objeción de conciencia no vale porque quien evade esa ley se hace responsable y caen en responsabilidad el servidor público. Nosotros no lo consideramos así.

Nosotros creemos que la aplicación de la ley tiene el margen de acción que permite precisamente la responsabilidad jurídica y por lo tanto independientemente de que existan elementos de polémica desde el punto de vista religioso, cultural, nuestra función pública y esto quiero dejarlo muy claro, en la función pública las discusiones de carácter religioso o de carácter religioso ético y moral, solamente tienen valor en la medida en la que tienen una expresión jurídica. Si no tienen una expresión jurídica es el marco jurídico el que está por encima de cualquier otra acción, porque es lo que nos hace a todos ciudadanos.

El concepto precisamente de ciudadanía parte del supuesto de que ante la ley todos somos iguales y tenemos los mismos derechos y tenemos también las mismas responsabilidades. Eso en una sociedad laica es lo que nos permite vivir en convivencia, las sociedades religiosas, y me remito a algunos ejemplos actuales en donde las visiones religiosas definen los marcos jurídicos, tienen comportamientos distintos.

En el caso de nosotros como sociedad, nos hemos definido como una sociedad blanca, y por lo tanto, una sociedad que se rige bajo el marco jurídico, y en ese sentido, es el marco jurídico el que le da eficacia o no a las acciones de Estado y de Gobierno, y en ese sentido, pensamos que en la medida en la que nosotros nos ajustamos a ese marco jurídico y respetamos ese marco jurídico, estamos actuando con ética y con moral.

Sí por encima de la ley, bajo condiciones y percepciones individuales, religiosas o morales, nos colocáramos por encima, que actuáramos por encima de la ley con nuestras concepciones, entonces nuestra actuación como funcionarios públicos en una sociedad laica, estaría en contra de la ley y entonces estaríamos actuando en contra de una ética de Estado. Así lo concebimos.

Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, el asunto de la interrupción legal del embarazo que enmarca la ley y a partir de la ley, la construcción de lineamientos claramente definidos de las formas y los “comos”, garantizando los derechos que las mujeres adquieren a través de estas modificaciones, es absolutamente legítimo y consideramos que es éticamente válido porque precisamente nos encontramos en el marco jurídico que así lo determina. Esa sería mi respuesta.

Muchas gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Para réplica, se concede el uso de la palabra a la diputada María de la Paz Quiñones Cornejo.

Adelante, diputada.

LA C. DIPUTADA MARIA DE LA PAZ QUIÑONES CORNEJO.- Gracias, diputado.

Disculpe, señor Secretario, pero mi pregunta no era ni religiosa ni ética. Yo le estaba preguntando cuál era la capacitación que se le daba a los doctores, o sea no iba por ninguna cuestión religiosa ni ética ni moral, era una pregunta concreta, si había habido un curso, cómo lo estaban haciendo. Entonces doy por no respondida mi pregunta.

Con respecto a la segunda pregunta que yo le hice a usted, pues tampoco fue contestada porque de las 10, 15, 20 preguntas que traigo le doy dos, una no me la contesta bien y la segunda no me la contesta. Entonces me quedo de la misma manera que encontré espacios que no están cubiertos de información, de la misma manera, señor doctor, yo le digo que no fueron respondidas mis preguntas y que además ahorita que ya va a haber un cambio en la administración, espero que la persona que quede en lugar de usted, de alguna manera ponga más atención a las preguntas que le hacemos.

Es todo, gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, diputada. Se concede el uso de la palabra al diputado Sergio Ávila Rojas, del Partido de la Revolución Democrática, hasta por 5 minutos.

Adelante, diputado.

EL C. DIPUTADO SERGIO AVILA ROJAS.- A pesar de lo prolongado de la sesión, quiero aprovechar mi tiempo para plantear un conjunto de opiniones generales para poder culminar con algunas preguntas concretas al ciudadano Secretario.

Es obvio que los compañeros que nos autodefinimos como de izquierda, no consideramos a la salud como una mercancía, porque las políticas de salud se implementan a partir de si se considera a la mercancía o no, a la salud como mercancía o no. nosotros decimos que no se puede pensar en una sociedad tan desigual como la mexicana que pueda privatizarse la salud, que se pueda convertir la curación y la prevención de las enfermedades en un proceso de privatización.

También consideramos que el proceso salud enfermedad, no es un hecho aislado de las condiciones socioeconómicas del país, pues claro que sectores importantes de la ciudadanía tienen todas las condiciones para atenderse no sólo en este país, en otros países de una forma muy privilegiada, qué bueno enhorabuena, son sectores que tienen las condiciones económicas para esto. Pero también es cierto que antes de este Gobierno, muchos ciudadanos se morían de apendicitis porque no tenían los recursos necesarios para poder costear un tratamiento médico de urgencia como lo requiere el caso.

Por esto me parece que habrá que reconocer que en el estricto sentido de lo que ha hecho nuestro gobierno la importancia de poder masificar la atención de salud y de poder mejorar la eficiencia, la calidad de la atención médica.

Ideologizar este tipo de reuniones, pues allá cada quien, pero lo cierto es que no podemos tapar el sol con un dedo. Qué bueno que se dice que son pensiones raquíticas, porque en otros momentos se criticó a quien impulsó la pensión universal de populista y al final pues los populistas crecieron como los honguitos en todo el país, con pensiones mucho más raquíticas.

También lo cierto es que, digo, y está demostrado, que se hizo todo lo posible por crear nuevos centros hospitalarios cuando el Gobierno Federal aquí no invirtió un peso para directamente crear centros hospitalarios ni mejorar los ya existentes.

Entonces eso es algo que habrá que reconocer, porque si solamente participamos para tratar de descalificar los hechos de los gobiernos, insistimos, pues cada quien tiene ese derecho, pero también habrá que reconocer que son acciones de gobierno que han mejorado las condiciones de salud de los pacientes.

El otro aspecto que quiero tocar es el asunto de la prevención, que no está en efecto también aislado sólo de la vida social en general de este país. Los datos, digo, no sólo los que se nos dan aquí sino los datos epidemiológicos, nos demuestran que las enfermedades crónicas degenerativas y metabólicas se han incrementado en los últimos 10 años de una forma desorbitada, pero tampoco se reconoce que la alimentación y las condiciones de vida del mexicano también se ha cambiado mucho, se ha transformado el hábito alimenticio por papitas, por coca cola, etcétera.

Se hablaba de las incidencias del cáncer y también del cáncer pulmonar, el problema respiratorio en lo general se ha incrementado también por el tabaquismo, y no decimos que todos los días nos bombardea la televisión creyendo que si fumamos o generando psicológicamente en los individuos, en la sociedad de que el fumar es un hábito de altura.

Hay una alta incidencia de tabaquismo y el Gobierno Federal, al que le corresponde que los medios de comunicación masiva como TV Azteca y Televisa generen las condiciones si quiera para que se puedan hacer campañas que contrasten esta opinión de que se vive mejor comiendo sabritas, tomando coca cola y fumando todo lo que se nos invite, porque todas las demás campañas de educación para la salud no pueden competir en la vida real con las campañas masivas de comunicación, pagadas obviamente para beneficiar a unos cuantos, y creemos y sabemos que están asociados con el poder económico político, pero que va en contra de la salud de este país.

Por esto sí creo, sí creemos muchos de nosotros que habrá que impulsar medidas legislativas aquí y en el Parlamento Federal que paren esas campañas que afectan a la salud. Esas sí son campañas que son peligrosas para el país porque la salud del país requiere estar mejor, pero hay limitaciones de todo tipo.

Yo quiero terminar preguntando, de parte de esta exposición, al doctor Barreiro, si están pensando en participar, hay que mejorar el contenido de los desayunos escolares.

Desde los Aztecas había y hay ahora todavía, qué bueno, alimentos que servían, digo, el amaranto contiene los 20 aminoácidos esenciales y ni siquiera somos capaces de comprarlo en la esquina, no se ha promovido por ningún gobierno el uso masivo de este tipo de alimentos, pero todo mundo come papitas. Hay un conjunto más de alimentos que desde entonces se consumían y que ayudan a evitar la desnutrición, somos un país de gordos pero no de desnutridos.

Si se ha considerado mejorar la condición de los desayunos escolares en el sentido de la calidad de los alimentos que se ofrecen a los niños.

Segundo, en efecto se ha hecho mucho por mejorar las condiciones de salud, pero yo creo que falta, entre ellos la falta de personal es lamentable, creo que habría que buscar juntos, el gobierno, ojalá y el doctor Barreiro continúe, no depende de nosotros, pero sí habría que pedirle a quien sea el próximo Secretario de Salud que podamos juntos impulsar la necesidad de pedirle al Gobierno Federal que se redistribuya el gasto, porque luego hay gastos para frivolidades de otro tipo que son muy públicas, demostrables y no se incrementa el gasto para salud, como no se incrementó el gasto para ciencia y tecnología.

Si hay un gobierno que menospreció a la ciencia, a la tecnología, demostrado también en las estadísticas, es el gobierno llamado el cambio. Requerimos que tanto el Gobierno del D.F. y desde aquí impulsar lo que podamos hacer para que se pueda redistribuir el gasto, porque la salud no se puede, no estamos de acuerdo en que se pueda considerar que es una mercancía.

Por último, si se ha pensado en utilizar la llamada medicina alternativa, si sirve. Yo soy médico alópata, pero es obvio que los fundamentalismos no deben guiar nuestra práctica, nuestra razón y es obvio que la medicina alternativa es vista como fuchi, con asco, cuando está demostrado que sirve, sirve mucho y que hay sectores de la población que pudieran tener acceso a este tipo de medicina.

Por su atención, gracias.

EL C. PRESIDENTE.- Para respuesta tiene el uso de la palabra el señor Secretario de Salud. Adelante, señor Secretario.

EL DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Muchas gracias.

En primer lugar, efectivamente me parece que es totalmente reivindicable el comentario en el sentido de las diferentes etapas por las que ha pasado el apoyo a los adultos mayores.

Efectivamente también desde un principio cuando este programa fue inicialmente publicitado por el Gobierno del Distrito Federal fue violentamente criticado, se acusó inclusive de que se estaban utilizando recursos de deuda para implementar el programa, a pesar de que se demostró desde un principio que era producto de los ahorros a partir de una política de austeridad del Gobierno del Distrito Federal.

En la evolución del propio programa y en el fortalecimiento y en el impacto que tuvo desde el punto de vista social, y después en el 2003 convertido en ley, fue evidente que el empoderamiento de la sociedad de este programa ahora ley, de este derecho social construido se fue empoderando la sociedad de él y evidentemente queda claro que por lo menos en el Distrito Federal no tiene reversa pues, está muy claro eso.

El monto efectivamente puede ser que sea bajo, sin embargo hay que reconocer que es la propuesta más amplia y más integral que se ha presentado a nivel nacional, insisto, lo dije hace un momento, lo repito ahora, sienta un precedente como ley, sienta un precedente a nivel nacional que no existía; existen otros programas efectivamente que están focalizados a grupos específicos de la sociedad, como es el Programa Oportunidades, las personas mayores de 65 años, Oportunidades, en donde se les dan recursos del 50% de lo que nosotros estamos ofertando en el programa. Entonces, eso me parece que es bien importante plantearlo, lo había dicho pero quería afinarlo.

En cuanto al asunto de la alimentación, efectivamente en una de las acciones que nosotros estamos desarrollando, y forma parte de un trabajo que se está haciendo con la propia Secretaría de Educación Pública, es precisamente modificar la cultura de la alimentación. Lo dije en algún momento y lo repito ahora, somos una sociedad que pasó de ser desnutrida a ser mal nutrida y esto es producto de todo un cambio cultural en la alimentación que requiere nuevamente otro recambio cultural y esto se tiene que hacer, no solamente desde la perspectiva, hay que visualizarlo, si se me permite la frase, como una política de Estado.

Es decir, es una política que no depende sólo de salud, que requiere de la participación de otras instancias de gobierno, como puede ser la Secretaría de Educación, la Secretaría de Desarrollo Social, en fin, tienen que ser diferentes instancias del gobierno y de la propia sociedad civil, con objeto precisamente de ir cambiando ese marco cultural que nos está llevando a esta doble patología grave, que además tiene impactos severos en el corto, mediano plazo la obesidad, su vinculación con la diabetes mellitus y desde luego su vinculación con la hipertensión arterial y todas las secuelas que ello trae.

Pero concebir estos programas exclusivamente como programas de salud, es limitarlos mucho. Me parece que ahí hay un amplio espacio de concertación con otras instancias de gobierno en donde agresivamente debiera plantearse el asunto de la participación, de la educación, del cambio cultural y sobre todo pues del empoderamiento de la gente, de estos tipos de programas sociales que deberían estarse trabajando.

Nosotros en particular lo hemos trabajado con el Programa de los Niños Promotores de Salud, porque creemos además que esa es una iniciativa en donde si logramos y creo que hemos avanzado mucho en ese sentido, si logramos convencer a los niños y los convencemos de ellos como promotores de la salud anterior a sus familias y de los espacios sociales que los rodean, creo que podemos avanzar muchísimo.

Finalmente, en cuanto a obviamente a fortalecer los centros de salud, yo creo que no hay discusión. Desafortunadamente no es un problema del Distrito Federal, es un problema nacional. Lo dije en algún momento la descentralización de los servicios de salud cuando se dio, se dio en las condiciones más difíciles. Lo que efectivamente se transfirió a los Estados en términos de instalaciones pues eran, lo puede aquí corroborar el diputado Marco Antonio García Ayala, fueron condiciones muy precarias y los financiamientos posteriores apenas alcanzaban para el Capítulo 1000, escasamente para algo más de inversión y compra de medicamentos.

Se pretende que en 3 años que funcione el Sistema de Protección Social en Salud, se haya hecho un recambio de toda esa realidad que enfrentaron los servicios estatales de salud y eso es prácticamente imposible; o sea, no puede haber un cambio sustancial en las instituciones con tres años de recursos extras en las condiciones en las que se han venido dando.

¿Por qué? Porque las precariedades previas, la debilidad institucional de la institución pública llegó a condiciones extremas. Entonces sí hay que requerir un fortalecimiento y eso el Gobierno del Distrito Federal lo trabajó mucho en términos de remodelar, reforzar y reequipar los centros de salud al igual que los hospitales para irles dando esa fortaleza.

Finalmente, en cuanto a la medicina alternativa, yo estoy totalmente de acuerdo, creo que sí es un pendiente que tendría que plantearse con el nuevo gobierno.

Para nosotros el problema era primero fortalecer nuestros servicios, garantizar lo que originalmente en el programa de gratuidad y hoy es ley y quizá no le dimos el peso específico que la medicina alternativa pudiera dar; avanzamos en algunas otras cuestiones, como fue la capacitación de nuestros propios trabajadores para la atención a grupos vulnerables y fundamentalmente a grupos indígenas, sobre eso se hizo un amplísimo trabajo, esto articuló de alguna manera a la participación de algunas prácticas alternativas, sobre todo d población indígena con los servicios de salud, pero me parece que eso es algo que hay que profundizar, porque efectivamente ahí hay una veta muy rica que se podría aprovechar para fortalecer los propios servicios públicos, nosotros lo mantenemos como un pendiente y en el proceso de entrega recepción seguramente haremos los comentarios pertinentes precisamente para sugerir que esto se fortalezca en la próxima administración.

No sé si con esta quedarían contestadas sus preguntas y sus comentarios.

EL C. PRESIDENTE.- Para réplica, tiene el uso de la palabra el diputado Sergio Ávila Rojas, hasta por 3 minutos.

EL C. DIPUTADO SERGIO ÁVILA ROJAS.- Creo que ya es muy tarde, pero hay tiempo, vamos a seguir platicando. Muchas gracias por su atención.

EL C. PRESIDENTE.- Gracias, compañero diputado.

MENSAJE FINAL DE LA LICENCIADA MARÍA ESTELA RÍOS GONZÁLEZ, CONSEJERA JURÍDICA Y DE SERVICIOS LEGALES DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

EL C. PRESIDENTE.- Se concede el uso de la palabra para su posicionamiento final al señor Secretario de Salud, al doctor Ricardo Barreiro Perera.

EL DOCTOR RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA.- Muchas gracias.

Yo solamente algunas cuestiones que quisiera puntualizar solamente. En primer lugar insistir en que cuando se habla de política social de un estado o de un gobierno, la política social tiene que tener desde luego dos vertientes: uno, el proceso de construcción de leyes que le dé fortaleza a la ciudadanía en términos de lo que es la exigibilidad de derechos, porque de otra manera la política social se convierte en política asistencial. Política social implica construir esos derechos, implica crear las condiciones para que esos derechos sean exigibles y también crear las condiciones para que se dé respuesta a esos derechos exigibles, creo que ese es el tránsito fundamental que este gobierno que inició funciones el 5 de diciembre de 2005 y concluye ahora el 5 de diciembre de 2006, avanzó y avanzó de manera importante, construimos el derecho de los adultos mayores a la pensión universal, construimos el derecho a la gratuidad de los servicios en los servicios que presta el Gobierno del Distrito Federal.

Eso implica que tenemos que reforzar algunas cosas para que esos derechos efectivamente tengan el impacto que nosotros buscamos, y en ese sentido nosotros quisiéramos hacer un exhorto a la Asamblea Legislativa para que en la medida de lo posible se hiciera una revisión de lo que es la Ley de Salud que está pendiente, con la idea de que a la brevedad posible pudiera emitirse haciendo los ajustes que sean necesarios, por dos razones, porque ahí hay dos ámbitos en donde se avanza de manera fundamental y nos parece que es central para el fortalecimiento de los servicios en el Distrito Federal: por un lado lo que tiene que ver con la salud mental, que es un ámbito que, como ustedes saben, no fue descentralizado por parte del gobierno federal hacia el Distrito Federal en 1997, y por otro lado, porque crea un concepto que es en este momento fundamental que es todo lo que tiene que ver con el sistema integral de urgencias, la conformación del centro regulador, que para nosotros sería una fortaleza muy importante sobre todo ahora que se ha publicado recientemente, en agosto de este año, lo que es la norma oficial mexicana para las ambulancias tanto aéreas como terrestres.

Creo que esto sería muy importante para que si ustedes pudieran sacar esta ley adelante se fortalecieran esos dos ámbitos que nos darían competencias que en este momento no tenemos, pero que de alguna manera estamos desarrollando, pero que jurídicamente nos fortalecería mucho como gobierno de la ciudad.

Quiero primero que nada hacer un reconocimiento público a quien fue originalmente el motor de este proyecto, que fue la doctora Asa Cristina Laurell, Secretaria de Salud hasta el 15 de mayo de este año, que fue la constructora del proyecto con una visión social.

Y quiero también agradecer a todos los trabajadores de la Secretaría de Salud su esfuerzo y su trabajo, un ejército de hombres y mujeres de diversas especialidades, diferentes niveles, que le dieron contenido y fortaleza a lo que fue el programa de salud de la Secretaría durante prácticamente estos últimos 6 años. Sin la participación de los trabajadores, sin su impulso, sin su colaboración, prácticamente todo lo que hemos platicado hoy sería imposible.

En ese sentido, insisto, quiero agradecer y felicitarlos a ellos porque han sido el garante de que el trabajo de la Secretaría se haya desarrollado de la manera como finalmente lo fue haciendo.

Y quiero invitarlos también a ustedes a que efectivamente este diálogo entre el Ejecutivo y el Legislativo, particularmente la Secretaría de Salud y la Asamblea Legislativa a través de la Comisión de Salud se mantenga este nivel de comunicación, estamos en la mejor disposición de enviar la información que ustedes nos soliciten, con la idea precisamente de profundizar en este análisis que nos permite a todos tener una mayor claridad sobre lo que ha sucedido en la ciudad y sobre lo que debe suceder en la ciudad para los próximos años.

Está claro que hoy estamos muy cerca de la conclusión de una administración y que será otra nueva administración la que tomará las riendas, de tal manera que la comunicación que se pueda establecer entre la Comisión de Salud y esa nueva administración sea una relación de construcción, sea una relación propositiva, creativa, que fortalezca a la ciudad porque finalmente independientemente de los matices, independientemente de la evaluación que como grupos parlamentarios se puedan tener, lo fundamental creo que para todos es el bienestar de la ciudad, el bienestar de los ciudadanos que constituyen este Distrito Federal, que es la responsabilidad para la que estamos nosotros, ustedes legislando y vigilando lo que hace el Ejecutivo; nosotros desarrollando las actividades que jurídicamente ustedes generan y que nos permiten implementar proyectos y programas, pero que fundamentalmente se orientan a mejorar calidad de vida y condiciones de vida de la población del Distrito Federal.

Y creo que en la medida en la que todos pongamos lo que nos corresponde, ese grano de arena que a todos nos corresponde para poder avanzar en esa lógica y con esa visión, entendiendo que podemos tener diferencias pero que seguramente podemos tener también coincidencias y que sólo a partir de entender que la ciudad es un colectivo que tiene necesidades, que es nuestra responsabilidad garantizar que esas necesidades se vayan satisfaciendo, es en la medida en la que estamos cumpliendo ética y moralmente con la razón de ser de nuestra función pública.

En ese sentido quiero comentar que están, invitarlos finalmente a la inauguración de los dos Centros de Salud que están pendientes, que son “El Oasis” y el “Guillermo Román y Carrillo”, y seguramente también los estaremos invitando a la inauguración del Hospital que se encuentra en construcción en Alvaro Obregón.

Aprovecho nada más para comentar que parte de la lógica del Gobierno del Distrito Federal es que no se construyen hospitales que no vayan a funcionar, es decir está garantizada la contratación del personal para ese hospital, como plazas nuevas por parte del Gobierno del Distrito Federal.

Y en ese sentido sí los invitamos, también quiero comentarles que ya el Hospital efectivamente tiene nombre, nos produce una profunda satisfacción el poder anunciar que ya tiene nombre el Hospital, fue aceptado por la familia de la persona, el nombre que va a llevar, ya fue también aprobado por el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, de tal manera que el Hospital se va a llamar “Enrique Cabrera”, que fue un extraordinario investigador y un gran luchador social.

Insisto, agradezco a todos ustedes su presencia y los invito a que continuemos con este diálogo fecundo entre Asamblea y Ejecutivo.

Muchísimas gracias. Muy amables.

EL C. PRESIDENTE.- Muchas gracias señor doctor.