

México, D.F., 24 de septiembre de 2008.

Versión estenográfica de la Conferencia “El derecho a saber y la instrumentación de las políticas de salud”, durante los trabajos de la Semana Nacional de la Transparencia 2008, llevada a cabo en el Museo Tecnológico de la Comisión Federal de Electricidad, en esta ciudad.

Presentadora: Vamos a dar inicio, nuestra siguiente mesa de trabajo se titula “El derecho a saber y la instrumentación de las políticas de salud”. Se encuentra con nosotros el doctor Roberto Tapia, Director General del Instituto CARSO de la Salud, y la doctora María Marván Laborde, Comisionada del IFAI a quien cedo el micrófono.

Comisionada María Marván Laborde: Muchísimas gracias, desde luego muchas gracias por estar aquí a todos ustedes y en especial muchas gracias al doctor Roberto Tapia, daré una brevísima síntesis curricular, el doctor Roberto Tapia obtuvo el título de médico cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, es Maestro en Salud Pública y Maestro en Ciencias por la Universidad de Harvard y doctor en Ciencias por la Universidad Nacional Autónoma de México, es miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Cirugía y de la academia Mexicana de Ciencias, así como de la Sociedad Mexicana de Salud Pública de la cual fue presidente.

Es miembro de Alfa Omega, Alfa Honor Medical Society, sus credenciales académicas y aportaciones a la salud pública, son ampliamente reconocidas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, lo enlista dentro del Sistema Nacional de Investigadores como Investigador Nivel Dos y ha sido certificado como especialista en salud pública por el Consejo Nacional de Salud Pública, A. C.

Asimismo ha recibido diversos premios y reconocimientos, entre los que destaca la Medalla al Mérito Sanitario 2000.

El doctor Roberto Tapia, cuenta con una amplia producción bibliográfica que incluye la publicación de múltiples artículos en las más prestigiadas revistas científicas y autoría de libros sobre temas de salud pública, es editor general del Manual de Salud Pública, primera y

segunda edición y autor del libro Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas, también primera y segunda edición, entre otras publicaciones.

Actualmente es Director General del Instituto CARSO de Salud y nos ha hecho el favor de venir hoy a la Semana de Transparencia a hablarnos con la representación de Julio Frenk, pero por supuesto con voz propia, nada más faltaba. Lo agradecemos de verdad, con todo corazón, sobre el derecho al saber y la instrumentación de políticas de salud.

Creo, estoy convencida que en salud es uno de los puntos nodales en donde se juntan de manera más delicada y trascendente el acceso a la información pública, la disponibilidad de datos públicos, la posibilidad de construcción de estadísticas en medicina y, al mismo tiempo, la protección de los datos personales en los expedientes médicos.

Sin lugar a dudas, es uno de los temas trascendentales en donde la transparencia tiene mucho que aportar en donde la protección de datos personales tiene mucho que ser exigible, sin más preámbulo le cedo la palabra al doctor Roberto Tapia, a quien nuevamente le agradezco que esté aquí con nosotros.

Muchas gracias doctor.

Dr. Roberto Tapia: Muchas gracias, al contrario.

Muy buenas tardes, agradezco en verdad la distinción de estar aquí con ustedes, como ya se mencionó, para dar lectura al documento elaborado con ideas de Julio Frenk, que justamente cuando fue invitado a participar en esta semana, su agenda le permitía compartir este días, pero posteriormente fue seleccionado como “**Bind**” de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y es motivo por el cual en el proceso de transición ha tenido que estar presente fuera del país en estos días.

Pero para mí es un honor y obviamente un gusto el compartir ideas que, a su vez hemos elaborado de manera conjunta y que espero transmitir de manera fidedigna en torno a el tema, como ya se

mencionó en la mesa del Derecho a Saber y la Instrumentación de las Políticas en Salud, pero hemos dado el título a esta presentación del Derecho a la Protección de la Salud y el Derecho a la información.

Así pues, inicio retomando las palabras de Michel Inathief Kenen, en mención a que los derechos son la expresión de nuestra identidad moral como pueblo.

El intento por darle un significado legal a nuestros valores más entrañables como son la libertad, igualdad y el respeto.

En una sociedad en transición democrática, pocos derechos tan anhelados, necesarios y dignos de garantía como el derecho al acceso a la información.

Por ello es que destaca entre las muchas reformas del Estado Mexicano, la que establece el derecho a la información que, como ustedes bien saben, se formalizó el 10 de junio del 2002 con la promulgación de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Para conseguir el mejor gobierno posible, decía don Daniel Cosío Villegas, es necesario evitar, -algo muy interesante que él decía- el desdén del ciudadano por participar en los asuntos públicos.

La participación ciudadana, sin embargo, no debe limitarse a los procesos de elección por importantes que estos puedan ser, la democracia existe también la participación de los ciudadanos en la discusión de los temas de interés local, regional, nacional, incluso internacional en la definición de la agenda pública.

Para garantizar la participación efectiva de la población en los asuntos públicos, es indispensable la información; con ella los ciudadanos documentamos nuestras posturas respecto de los retos que el país enfrenta, juzgamos la pertinencia de los programas y políticas y podemos evaluar los resultados del quehacer gubernamental.

Pero además en el campo de la salud la información facilita la incorporación de nuevos y mejores hábitos de vida, ayuda a modificar ciertos comportamientos y actitudes en ocasiones nocivos contra

nosotros mismos, mejora la utilización de los servicios de salud y favorece el apego a los tratamientos prescritos.

En diversos estudios se ha demostrado además que el acceso oportuno a información en salud reduce los costos de la atención médica, sobre todo reflejándose en el caso de las personas que tienen que ser hospitalizadas en reducir su estancia hospitalaria.

Estos dos temas, la información para el empoderamiento del individuo y la información para el empoderamiento del ciudadano en el cuidado e la salud de su comunidad fueron los temas que me gustaría discutir en los próximos minutos.

Se trata así, pues, de dos procesos íntimamente relacionados, que constituyen pilares de lo que se ha denominado “la democratización de la salud”.

La educación en salud es un medio a través del cual, entre otras cosas, se construye la capacidad para acceder, para entender, analizar y utilizar la información que a su vez favorece el bienestar y mejora la calidad de vida, a esto se le ha denominado “el alfabetismo en salud”.

Existen dos vertientes fundamentales de la educación en salud; la educación en salud clínica, en la que simplemente como ciudadanos estamos más interesados cuando estamos en una circunstancia que sí afectado nuestra salud y la educación de salud pública que compete mucho más a la ciudadanía.

La educación en salud clínica está dirigida al individuo, la ofrecen los prestadores de servicios en su interacción con el paciente y busca brindarles a éste elementos que faciliten su condición o situación de enfermedad que presente en ese momento.

Un buen ejemplo de este tipo de educación es la orientación nutricional que los médicos o las enfermeras le dan a los pacientes que sufren de hipertensión o de diabetes. Estoy colocando estos dos ejemplos porque son literalmente las dos causas de enfermedad más importantes que hoy prevalecen en nuestro país.

Los efectos directos e indirectos de una pobre educación en salud clínica se han podido identificar incluso médicos; dentro de los primeros destacan la falta de apego a los tratamientos prescritos y los errores en la medicación.

Dentro de los efectos indirectos sobresalen los problemas de acceso y utilización de los servicios de salud.

Aquí los analfabetas en salud, por ejemplo, no saben cuándo acudir a los servicios de salud ni a qué tipo de servicios recurrir.

En diversos estudios también se ha podido demostrar la relación que existe entre la pobre educación en salud y el desarrollo de complicaciones.

En los pacientes hipertensos, por ejemplo, se ha observado una fuerte asociación entre una buena educación de salud clínica y el control de las cifras de presión arterial que eventualmente se refleja en una baja de la frecuencia de sus complicaciones.

Adicionalmente los niveles educativos en salud bajos tienen repercusiones en la economía, ya que los pacientes con pobres conocimientos en salud muestran una menor habilidad para manejar condiciones crónicas y, por lo mismo, hacen un uso más frecuente de los servicios de salud. Hay una clara relación entre la desinformación o la falta de claridad en la información y el abuso en la utilización de los servicios de salud.

Por el otro lado, la educación en salud pública se dirige a grupos poblacionales, ya no es al individuo sino a todos en su conjunto. Hace uso de los medios masivos de comunicación y proporciona educación general sobre estilos de vida saludables, prevención de riesgos, detección temprana y atención oportuna de enfermedades.

Un ejemplo de la importancia de la educación en salud pública es justamente la diabetes. Esta enfermedad es responsable por más del 25 por ciento de las muertes que ocurren en México actualmente entre los 40 y los 60 años de edad.

Se calcula que en México hay más de ocho millones de personas que viven con diabetes, la mayor parte de ellos, sin embargo, no saben que padecen esta enfermedad.

Una de las principales tareas en materia de educación de salud pública es diseminar información para que la población, con los factores de riesgo, acuda a realizarse pruebas diagnósticas para la detección oportuna del padecimiento, lo cual favorecería sin duda su control, el control de sus niveles de azúcar, reduciría las complicaciones e incidiría positivamente en la tasa de morbilidad y en la tasa de mortalidad por esta causa.

Pero además de proporcionarle información a los pacientes en el ámbito clínico y en el público en el ámbito comunitario, para así promover conductas saludables, facilitar el autocuidado de la salud, incrementar el apego a los tratamientos prescritos, prevenir riesgos y facilitar la detección temprana y el tratamiento oportuno de las enfermedades, es necesario también garantizar el acceso de información que le permita a los ciudadanos ejercer sus derechos de influir en el diseño de la agenda sectorial y participar en la toma de decisiones, que es el segundo de los temas de esta presentación.

En 1983 se incorporó a nuestra Constitución el derecho a la protección de la salud, cuyo ejercicio universal realmente fue efectivo hasta 2004 con la creación de, sistema de protección social en salud que tiene en el Seguro Popular a su brazo operativo.

De acuerdo con Vivian Brachet la transformación de la protección de la salud en un verdadero derecho ciudadano exige, por encima de todas las cosas, la definición de un conjunto de servicios que todos los ciudadanos, independientemente de su situación laboral por nivel de ingreso, deben recibir y por lo tanto deben exigir.

Hoy en México los afiliados a las instituciones de seguridad social, incluido el Seguro Popular tienen garantizado el acceso a un conjunto amplio de servicios que protegen su salud.

Este derecho sin embargo puede ejercerlo de mejor manera si dichos afiliados cuentan con información precisa sobre las intervenciones que les garantiza su seguro.

La nueva Ley General de Salud establece que los afiliados al Seguro Popular tienen acceso a las intervenciones y los medicamentos respectivos incluidos en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud que hoy suman poco más de 257 intervenciones que representan más del 90 por ciento de las demandas de atención en las instituciones públicas.

Además tiene derecho a un paquete de intervenciones de alto costo dentro de los que se incluyen, entre otros, los tratamientos para el cáncer en niños, las personas que viven con VIH de recibir el tratamiento antirretroviral y cánceres como es el caso de cáncer de mama.

Un procedimiento esencial para garantizar que los afiliados al Seguro Popular puedan ejercer de manera efectiva sus derechos, es proporcionarles información precisa sobre dichas intervenciones, es decir, cuidar el lenguaje y la claridad y el entendimiento justamente de en qué consiste cada una de esas intervenciones y también sobre las unidades a las que pueden recurrir para recibirlas.

Brachet identifica otros elementos que ayudan a convertir a la atención de la salud en un derecho ciudadano. Uno de ellos es la existencia de mecanismos de seguimiento y evaluación, que fortalecen la transparencia y la rendición de cuentas.

El acceso a la información pública juega también a este respecto un papel muy importante. Los legisladores, los partidos políticos, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general deben contar con todas las facilidades para acceder a la información que les permita dar seguimiento a la operación de los servicios públicos de salud y a sus resultados.

Tal vez este último es uno de los elementos en el que menor atención se presta y se va mucho más hacia la solicitud de información y transparencia en el ejercicio de la ejecución de los servicios, pero no en el resultado final.

Así pues la información en materia de salud comprende la información sobre la naturaleza y magnitud y distribución de los retos en salud que la población enfrenta, conocer más a qué retos estamos expuestos.

La información sobre la magnitud y distribución de los recursos con los que cuenta el sistema mexicano de salud para atender dichos retos, es decir, la dimensión del problema y qué tenemos para atender el problema.

Pero también la información sobre la calidad, seguridad y oportunidad con la que se ofrecen los servicios de salud y la información sobre los resultados que estos recursos y servicios están generando en materia de trato a los usuarios, de protección financiera a las familias y sobre todo las condiciones de salud ya más generales en la población.

Sin embargo, contar con información confiable en todos esos rubros no es un atarea fácil, por fortuna las instituciones responsables de la información de salud en el país han hecho un gran esfuerzo por generar estadísticas confiables y oportunas a través del desarrollo de nuevos subsistemas. La mejora en la calidad de la codificación de diagnósticos y procedimientos, la capacitación y supervisión de los recursos humanos para mejorar la integridad y calidad de los registros clínicos y de salud pública, y el diseño e implantación de encuestas que han ampliado considerablemente el universo de la información, es decir, no quedarnos con las fuentes de información mucho más tradicionales e ir en la búsqueda de esa información directamente a nivel poblacional.

Un ejemplo que ilustra muy claramente la mente en la labor en esta materia es el tema de la mortalidad materna. Tal vez uno de los elementos que demuestran todavía el rezago en que se encuentra México, si bien somos uno de los ocho países que estamos mejor orientados hacia cumplir las metas de desarrollo del milenio, en el caso de muerte materna no se da, estamos fuera de curso para alcanzar las metas correspondientes marcadas desde 1990 y que se cumplirían en el 2015.

La razón de la dificultad de disponer de cifras de mortalidad materno-objetivas es muy problemático. Debido a la existencia de serios problemas de subregistro.

A finales del siglo XX, 1999 y en el 2000, calculamos que más del 40 por ciento de las muertes maternas que se presentaban en el país no se registraban o se registraban de manera inadecuada.

Para abatir estos problemas en el 2002, la Secretaría de Salud, INEGI y el Registro Civil diseñaron una metodología que permitió analizar cada caso de muerte en mujeres en edad reproductiva. Gracias a este esfuerzo hoy se puede conocer de manera más precisa la realidad del país en esta materia.

Esto le permite a las autoridades sanitarias diseñar intervenciones más efectivas para reducir las muertes maternas en uno de los principales objetivos del desarrollo del milenio.

En salud hay tres objetivos, cuatro, cinco y seis. El cuatro está relacionado con la salud de los menores de cinco años. El cinco relacionado con la muerte materna, y el seis relacionado sobre el control de enfermedades transmisibles como VIH, Paludismo, Malaria y Tuberculosis, entre otros.

Hablemos ahora de la evaluación que, por su parte, además de por sí mismo mejorar la operación de los servicios y programas, también contribuye a la transparencia y a la rendición de cuentas. Esta actividad comprende no solamente la medición de la disponibilidad de recursos, el análisis de los procesos y la verificación de cumplimientos de las metas, sino sobre todo la cuantificación de los efectos de los servicios y programas en las condiciones de salud de la población.

Como pueden ver hemos insistido en este tema, en el que creo que hay una mayor conciencia de conocer la inversión y la cantidad de recursos que entran al sistema, pero tenemos muy poca información sobre los resultados, obviamente, de la eficiencia del uso de esos recursos.

Esa es una etapa ya mucho más elevada de concientización social, y que debemos de empezar a procurar mayor información en cómo solicitar esa información, y por ende en un mejor uso de esa información.

También en este ámbito, si bien hay limitaciones ha habido avances. En primer lugar, la mayor parte de las instituciones de salud ya cuentan con áreas dedicadas a la evaluación de sus programas prioritarios. Esto ha permitido hacer varias evaluaciones. Por ejemplo, se evaluó el Seguro Popular de Salud, el Programa Arranque Parejo en la Vida, que es un programa, es actualmente incluso un programa dirigido a abatir la muerte materna. El del Programa Sobre la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, y una evaluación trascendente, que es la evaluación del Programa Oportunidades.

También es importante hacer mención del informe periódico El Observatorio del Desempeño Hospitalario. El cual evalúa de manera comparativa el desempeño de los hospitales de las diversas instituciones públicas.

Cabe mencionar así mismo, que en el año 2006 se creó en México el Consejo Nacional de Evaluación de las Política de Desarrollo Social, ampliamente ya conocido por quienes estamos en esta sala, el CONEVAL, cuya misión es revisar periódicamente el cumplimiento de los objetivos de los programas de desarrollo social del gobierno federal, incluidos obviamente los programas y políticas en salud.

Por último, vale la pena destacar también la publicación anual del informe rendición de cuentas que hace una evaluación comparativa de los logros de los sistemas estatales de salud, recuerdan ustedes que el sistema de salud, en especial que lleva como conducción de rectoría la Secretaría de Salud, está descentralizado en México desde hace varios años y mucho más consolidado ahora con el Seguro Popular de Salud y se necesita ver esa comparación de desempeño y de la utilización eficiente de los recursos que se están canalizando hoy a las entidades federativas que por lo tanto conviene no solo hacer la información transparente y rendición de cuentas del ejercicio federal sino su correspondiente y socio operativo más importante que son las entidades federativas.

Pero también este desempeño se ha llevado a hacer una comparabilidad de las instituciones federales públicas, eficiencia en el ingreso y egreso y los resultados correspondientes de las instituciones que correspondemos y conformamos en su conjunto las instituciones públicas, sobre todo, porque en un sistema de salud como el nuestro

tendríamos que sumar también a las instituciones privadas, pero literalmente hay mucho más información dado que los mecanismos de documentación y de transparencia de información son hacia las instituciones gubernamentales.

Pero además de utilizar las fuentes regulares de información para la elaboración de este informe se ha llevado a cabo una encuesta de evaluación del desempeño y dos encuestas nacionales de satisfacción y trato, no entraré al detalle de las mismas, pero obviamente arrojan una especie llamémosle de rango de una dispersión en el que todavía hay un gran sesgo en la respuesta del usuario de las instituciones públicas, porque muchas veces para el usuario de la institución pública si lo tomamos para hacer una encuesta de salida en un hospital se siente en la obligación de responder favorablemente a la institución y no necesariamente es tan amplia su respuesta en relación al trato.

Así es que son dos encuestas que intentan llegar justamente a conocer con mayor precisión el nivel de satisfacción y trato de los usuarios de las instituciones públicas.

En conclusión, podemos afirmar que en materia de acceso y uso de la información en salud, ha habido en México y, sobre todo en el pasado reciente, avances muy importantes, pero no debemos olvidar sin embargo que estamos en medio de una gran lucha y que todavía hay batallas por delante.

En muchos países hemos sido exitosos en incorporar a nuestras leyes el derecho de acceso a la información, pero no basta con eso, debemos garantizar su ejercicio efectivo y tal vez un ejercicio eficiente de ese derecho.

En nuestro país todavía hay gente que se opone a este derecho, que busca la manera de ignorarlo y que en situaciones extremas, incluso lo viola.

Los beneficiarios de este derecho debemos de vigilar que esto no suceda, nosotros debemos constituirnos en sus más activos guardianes, como señala la historiadora Leanwood, la cual cito y dice: los derechos humanos requieren de la continua participación de

aquellos que los ejercen, es decir, es un círculo virtuoso que en la medida que ejercemos el derecho se mejora el derecho mismo.

Los desafíos que tenemos por delante son formidables, para enfrentarlos debemos encontrar por un lado inspiración en la idea de que la lucha por el derecho a la información constituye una cruzada civilizatoria y, por el otro, la convicción de que esta lucha generará las condiciones para que todos podamos disfrutar de un sistema de salud más efectivo, más eficiente y, sobre todo, más justo y que permita reducir literalmente las inequidades que aún prevalecen en México, les agradezco mucho su atención, muchas gracias.

Comisionada María Marván Laborde: Muchísimas gracias al doctor Roberto Tapia, daré ahorita la palabra por si alguno quiere hacer algunas preguntas; creo que se tocan temas centrales el día de hoy en esta participación, quisiera destacar de manera especial de los temas que abordó el doctor, la importancia de la calidad de la información.

Es cierto que en México hemos avanzado mucho en todo lo que ha sido acceso a la información, solicitudes y todavía muy poco en lo que es calidad de información y buenos sistemas de registros de la información.

Si tenemos un reto pendiente no sólo en el sector salud, sino en general, en toda la administración pública, es todo aquello que se refiere a la buena gestión documental.

Y como señala acertadamente el doctor Tapia, no podemos tener mecanismos de seguimientos y evaluación de las políticas públicas si no tenemos calidad informativa.

México en los próximos años va a enfrentar un reto realmente de proporciones gigantescas, que es la entrada del expediente médico electrónico, lo cual bien manejado nos permitirá, sin lugar a dudas, mejorar toda esta construcción estadística y redundará o buscará redundar, desde luego, en la mejora en la calidad de la atención individual.

Creo que en pocos sectores de la administración pública federal es tan importante esta atención entre los beneficios individuales de tener

buena información y los beneficios sociales de tener buena información y acceso a la misma.

Recuerdo que hace unos años, 2 años, estando todavía el doctor julio Frenk como Secretario de Salud, un organismo no gubernamental se dio a la tarea de darle seguimiento a los recursos públicos dedicados al VIH SIDA a través de solicitudes de acceso a la información.

Creo que es uno de los casos más exitosos que tenemos del uso de la ley. Fueron más de 200 solicitudes las que se hicieron sobre este tema, aproximadamente 50 llegaron a recursos de revisión, se abarcaron todos los hospitales públicos de la administración pública federal y pudieron ellos, esta organización, darle seguimiento al dinero, por decirlo gráficamente, desde que salió del congreso, pasó por la Secretaría de Hacienda, llegó a la Secretaría de Salud y se distribuyó en todos los hospitales.

Descubrieron, hemos de decir con dolor, que solamente el 60 por ciento de los recursos destinados para este propósito se habían gastado en ese propósito.

Ojo, no estamos hablando de corrupción, no estamos hablando de que alguien o algunos tomaron el restante 40 por ciento, se lo embolsaron y engordaron sus chequeras; estamos hablando que dentro del propio sistema de salud se fue cambiando de destino el dinero.

¿Cómo podemos evaluar si 250 millones de pesos eran buenos, malos, suficientes o insuficientes para el tratamiento de algo tan específico que era compra de retrovirales y educación del VIH SIDA, solamente el 60 por ciento se gastó en eso?

Creo que son los casos muy claros de participación ciudadana en exigencia de buenas políticas públicas y en donde vemos de manera muy clara la importancia del acceso a la información.

Me tocaba moderar y ya me tomé la libertad de hablar más de 15 minutos, nadie me pidió una ponencia.

Agradezco su paciencia y abrimos espacio a algunas preguntas, tenemos tiempo.

Pregunta: Yo soy María de los Ángeles Cano, yo presido una ONG y tengo una pregunta que me ha llamado la atención en la ausencia del tema.

¿Qué tanto tienen destinado y qué tanta importancia le están dando al gasto, a la atención de las drogas?

No escuché algo relacionado con los adictos y a nivel nacional las drogas han creado una enorme cadena de problema social que no solamente es de salud individual, es de salud pública, es de educación y se está propagando.

¿Me podría usted, por favor, contestar?

Dr. Roberto Tapia: Muchísimas gracias.

No tenía la intervención el propósito de entrar a detalles, pero usted toda tal vez un tema de... usé sólo 2 ejemplos que fue el de diabetes e hipertensión.

Hay otros temas como el que usted, usted es alta, que es el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, porque cuando hablamos de drogas se debe de incluir a la nicotina que está en el tabaco y que es lícita y que incluso como ciudadanos toleramos el daño que nos provoca.

Y después tenemos las ilícitas en el que socialmente provocan, por las razones que todos conocemos, la situación vinculada a su venta, distribución, etcétera.

Pero créanme que incluso el haber trabajado mucho en el tema ha sido México uno de los países que más información, estoy hablando de países comparables en economías similares, información sobre el consumo de drogas.

Incluso recientemente el titular, el Secretario de Salud Córdoba acaba de dar a conocer los nuevos resultados de la última encuesta de adicciones, son encuestas poblacionales muy difíciles de considerar su nivel de precisión, porque imagínese si usted le pregunta a un adolescente en su hogar si ha consumido marihuana o ha consumido

cocaína y sabe que su mamá o su papá está en la habitación contigua, pues va a tener serias reticencias para dar la respuesta.

Sin embargo nos da un guión, una muy buena guía: el dato que se tiene es que ha crecido en México de manera muy significativa el consumo, pero más que el consumo ha cambiado el perfil del consumo de esas drogas.

Hemos pasado hace 20, 25 años, del problema número uno que eran los inhalables, después se convirtió en la marihuana y hoy estamos viendo el consumo de cocaína y metanfetaminas, porque son los canales de distribución y el abaratamiento de la droga misma.

Así es que esta información está disponible, creo que se puede dar, peor a mí me gustaría llevar su pregunta a otro plan, es decir, cuánta inversión tanto financiera como en recurso tenemos en nuestro país y si son o no suficientes para la dimensión del problema que estamos viviendo socialmente.

Entonces, creo que se podría anticipar que no, pero el chiste es que hay que empezarla a medir. Creo que el tema cuando estamos hablando en transparencia, está implícito una acción que es la métrica de los procesos y de los resultados.

No podemos tener transparencia si no hay medición, si no hay evaluación. Por eso insistía que ahí están los datos, podemos tener nuestras grandes dudas en la calidad, como decía la comisionada, pero sin duda México ha tenido y tiene una estandarización bastante buena y está ya accesible a los medios.

Usted toca uno de los temas más de detalle, pero es uno de los temas sociales tal vez de mayor impacto no tanto por la movilidad sino por el impacto social que tiene en el deterioro del tejido social correspondiente.

Comisionada María Marván Laborde: Gracias.

Allá, si me hacen favor.

Pregunta: Sí, muchas gracias.

Mi nombre es Jorge Gutiérrez Gil, Servicio al Público del DIF-DF. Antes que nada quiero felicitar al IFAI por los cuadernos de transparencia que creo que han cumplido con su objetivo pedagógico de transmitir conceptos en forma accesible, de temas tan complejos y temas tan novedosos como son los contenidos que se manejan en transparencia. Felicidades.

Es muy importante lo que acaban de decir en cuanto a la métrica de los programas. Yo creo y lo expuso muy claramente el licenciado, en el sentido de que es muy importante tener un programa, ejecutarlo, evaluarlo cuantitativa y cualitativamente.

Es decir, los recursos, las metas, los procedimientos, pero creo yo que todavía estamos en pañales o en un avance muy incipiente en una cultura de la evaluación.

Yo quisiera escuchar su opinión al respecto, como primer punto, y como segundo punto muchas veces evaluamos nuestros programas y nuestras instituciones de manera vertical.

El gobierno federal, los gobiernos locales es importante que evalúen también horizontalmente, esto es que exista una coordinación entre las distintas instituciones que manejan programas afines.

El ejemplo más claro es en materia de salud, encadenado o coordinado con el aspecto de seguridad, con el aspecto de educación, etcétera.

Al respecto también quisiera escuchar su opinión.

Muchas gracias.

Dr. Roberto Tapia: Con mucho gusto, muchas gracias.

En el primer tema sin duda tenemos avances importantes en la medición cuantitativa. Ya la comisionada decía de esta evaluación cuantitativa en la utilización de los recursos en VIH, en el caso de las personas con VIH-Sida y podemos decir que esa métrica está bastante acertada, es decir, se asocia bien.

¿Cuál es el paso a seguir en la evaluación, que es el gran reto? Pasar al componente de impacto, a la parte cualitativa y utilizando el mismo caso podemos decir que una persona que vive con VIH, hoy con los recursos fiscales, recibe su tratamiento y vamos a asumir que tiene suficiente dosis, que no tiene problemas de acceso, que le surten adecuadamente, por lo tanto está su medicamento ahí, lo tiene en su poder.

¿Cuánto podemos medir si la persona se los toma adecuadamente? Por eso hablaba yo en el documento de la importancia de tener información sobre la ejecución de la prescripción correspondiente.

En un análisis, digamos, muy superficial se puede pensar que un 20 a un 25 por ciento de quienes tienen el tratamiento tienen dificultades en su uso cotidiano. Lo podemos también ver en las personas que tienen tratamientos crónicos, que a pesar de tener que hacer uso del medicamento todos los días hay días que se les olvida tomarlo. Eso es parte del vacío, llamémosle, de información, que debería de ir totalmente ligado a la utilización del recurso y la efectividad del recurso.

Pero eso yo diría que tenemos lagunas muy serias y dificultades incluso de recursos y metodológicas para poder hacer la parte cualitativa, y ahí totalmente coincido con usted.

En el otro rubro de la evaluación horizontal es que yo agregaría a lo ya dicho por usted, es incluso el tema de la evaluación de incorporación del ciudadano en evaluar esos programas.

Es decir, si es una no sólo evaluación vertical, sino un tanto en la vista del proveedor y no necesariamente del beneficiario del programa.

Ahora, cuando ya nos metemos a analizar, por ejemplo, el Programa Oportunidades para ver el impacto en desnutrición, pues vamos a ver muy bien que sí ya hay una mejora sustancial en el crecimiento y disminución de los niveles de desnutrición en los niños menores de cinco años en las zonas marginadas de México.

Pero qué tanto el proceso fue evaluado. ¿La gente está satisfecha? ¿Las prácticas que se dan le son significativas? Esos son temas que harían más ese componente, llamémosle horizontal, cualitativo y de integración de los programas.

Pero aprovecho su pregunta para hablar de un tema, y es la eficiencia de los recursos. Cuando usted habla de esta evaluación horizontal de las otras instituciones es como ciudadanos por qué aceptamos el que en un espacio geográfico determinado se tripliquen los recursos técnicos, es decir, existiendo las tres instituciones: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social e ISSSTE. Cada uno con su tomógrafo. En lugar de aprovechar y decir: Existe una unidad de coordinación. Eso es de las cosas que tenemos que empezar, también como ciudadanos, a exigir eficiencia en la utilización de los recursos, es todavía una visión muy segmentada de que el derechohabiente del seguro A, del B y del C utilice el tomógrafo correspondiente, cuando como ciudadanos se está desperdiciando un 66 por ciento de una infraestructura.

Ahí voy también a la eficiencia del uso de los recursos. ¿Se usaron bien? ¿El tomógrafo es de muy buena calidad? ¿Hay incluso quién lo opere? Pero estamos literalmente subutilizando dos de los tres equipos que están ahí presentando.

Comisionada María Marván Laborde: Muchísimas gracias.

¿Alguna otra pregunta? Por ahí hay chicas que traen... Ah, aquí tienen el micrófono, después le doy la palabra a usted, con mucho gusto. Gracias.

Pregunta: Muy buenos días. Carlos Téllez, de la Unidad de Acceso del Poder Ejecutivo del Estado de Chiapas.

Es una pregunta básicamente para la doctora Marván. A pesar de que el nuevo Artículo Sexto Constitucional sentó los principios o las bases bajo los cuales se deben de homologar la Ley Federal de Transparencia y sus homólogas en los estados, todavía es difícil ejercer el derecho de acceso a plenitud.

Como usted sabe hay estados en los que su legislación dispone que para poder hacer la solicitudes hay que ser oriundo de ese estado. Caso particular, si no es que ya se llevó a cabo la reforma correspondiente, es el estado de Quintana Roo.

Si yo desde Chiapas quiero solicitar la información a Quintana Roo y no son quintanarroense, simple y sencillamente no puedo. Hay otros estados donde la solicitud no se puede presentar por medios electrónicos sino que hay que acudir y presentarla por escrito en la entidad correspondiente.

Si estoy en Chiapas me es difícil trasladarme a Coahuila para solicitar esta información, y por qué traigo a colación esto, por lo que comentaba el doctor Tapia, y también la doctora Marván.

En el 96 en la administración del doctor De la Fuente se descentralizaron los servicios de salud hacia los estados, son en este momento los estados los que ejercen la mayor parte de los recursos públicos destinados a salud.

Los Institutos de Salud que fueron los que se crearon ese es el esquema que se diseñó, institutos de salud organismos públicos descentralizados, sectorizados en todas las entidades federativas son sujetos obligados de las leyes locales de transparencia y acceso a la información, no de la ley federal, sin embargo ejercen recursos públicos federales.

¿Podría yo desde Chiapas solicitar información a través del sistema federal del SIS a la Secretaría de Salud Federal para que me rindan cuentas respecto de cómo está ejerciendo el recurso el Instituto de Salud de Quintana Roo o de Coahuila, toda vez que desde mi estado no puedo hacerles solicitudes a esos estados, una resolución del Instituto Federal de Acceso a la Información podría obligar a los institutos de salud de las entidades federativas, respetando el hecho de que también hay órganos garantes en los estados, esa sería mi pregunta, perdón por lo extenso.

Y me quedé con las ganas de participar en el anterior panel, se hablaba de competencia y el doctor Elizondo comentaba el tema de que es necesario de que los ciudadanos tengamos elementos para

comparar y un buen ejercicio creo yo y lo pongo a consideración de los comisionados del IFAI y de los comisionados o consejeros de los órganos garantes locales, de la CONAI sobre todo, es que se vuelva a impulsar el tema de la métrica de la transparencia en México, porque cuando los estados se vieron sometidos a la competencia, a que el ciudadano comparara qué portal de información es mejor, si el de Coahuila o el de Sonora, eso contribuyó a que esos portales precisamente subieran de calidad y que las leyes mejoraran, muchas gracias.

Comisionada María Marván Laborde: Gracias, sin lugar a dudas una de las cuestiones que animaron a reformar el Artículo VI Constitucional, es precisamente esta situación que usted menciona, desconozco si en este momento no recuerdo si Quintana Roo ya cambió la ley, pero tiene que cambiarla, es decir sí estoy absolutamente segura y convencida.

La idea y la lógica es justamente que conjuntando la reforma al VI Constitucional, el quitar todo ese tipo de barreras entre los estados y entre los diferentes organismos de gobierno, el ciudadano pueda pedir a todas las secretarías de salud, a través de sistemas electrónicos, cómo gastan y ejercen los recursos y de alguna manera como mexicanos el poder tener y evidentemente no se restringe el derecho solamente a mexicanos, poder tener la posibilidad de comparar los 32 servicios locales de salud, tanto de los estados como del Distrito Federal y con el federal, en qué medida podemos pedirle a la Secretaría de Salud, cuentas sobre el dinero que se va a los estados, solamente en la medida que los estados tengan que rendirles cuentas a ellos directamente, es decir, la Secretaría de Salud no puede pedir algo que por normatividad no le entregan las secretarías de salud estatales, pero sí se le puede ir dando seguimiento al dinero de muy diversas maneras.

Se pueden hacer solicitudes a Hacienda sobre transferencias estatales, se pueden hacer solicitudes a la Secretaría de Salud, evidentemente hay un grado de complejidad en darle seguimiento a este dinero pero sí se puede.

Permítame comentarle una anécdota que no tiene que ver propiamente con salud, pero que nos ilustra mucho, en el estado de

Jalisco el año pasado o el año pasado, a mediados del año pasado se levantó un diputado en el congreso local y pidió un punto de acuerdo, pidiendo que les entregara el Secretario de Finanzas un informe detallado sobre las transferencias petroleras, no sucedió nada.

A los quince días se levantó otro diputado, reiteró el punto de acuerdo, le tomaron su foto en tribuna, salió en la prensa pidiendo que les entregara el Secretario de Finanzas, cuentas sobre las transferencias del dinero del petróleo.

A las tres semanas un tercer diputado vuelve a hacer lo mismo y un reportero que tiene una gran habilidad para utilizar el SIS empieza a repartir en todas las tribunas, les da a cada uno de los 40 diputados las transferencias de Hacienda al estado de Jalisco, la primera pregunta de los diputados fue: ¿quién te lo filtró mano? ¿de dónde lo sacaste? Dijo: lo pedí en el SIS, el día que el primer diputado se levantó hacer un punto de acuerdo yo fui a la sala de prensa, que aquí nos tienen habilitada, que tiene Internet, aquí está mi solicitud, lo pedí en el SIS y me lo mandaron de Hacienda, es la respuesta oficial de Hacienda.

Entonces podemos conseguir mucha más información de la que creemos, teniendo la paciencia y la dedicación de aprenderlo a usar.

Una última pregunta acá, el micrófono quién lo trae.

Pregunta: Yo quería participar y estaba, perdón.

Comisionada María Marván Laborde: Perdón, si me permite, señor. Le doy la palabra y después, si me traen el micrófono para el señor que desde hace rato ya se la prometí. Dígame usted.

Pregunta: Mi nombre Joel Herrera, de los pocos ciudadanos que veo aquí.

Presentadora: Todos somos ciudadanos.

Pregunta: La mayor parte funcionarios públicos.

Lamento que el doctor Julio Frenk no estuviera en la conferencia, porque bueno, la trayectoria del doctor Frenk en materia de salud es trascendental y porque tenía 2 preguntas para él que quizás el doctor Tapia lo pueda contestar por la relación laboral tan estrecha que han tenido durante varios años.

La primer se refiere, efectivamente a las estadísticas confiables, o sea, ¿cómo tener estadísticas confiables de diversos organismos públicos n nacionales?

Y esto me surge porque una de las primeras preguntas que tenía para el doctor Frenk, es el elemento de: ¿Y por qué fue cuestionado -y quería que me contestara evidentemente el doctor- por qué fue cuestionado por Philippe Mosdreath sobre un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre los indicadores de desempeño?

Salió en Lancel, en la Revista Lancel en 2003 y el doctor Julio Frenk nunca contestó precisamente a los cuestionamientos del manejo, bueno, según dice aquí, está en inglés, el manejo poco ético de las estadísticas.

La segunda pregunta tiene también con la situación efectivamente de la eficiencia de los recursos y va concretamente destinada en el asunto a preguntar: sabemos que se contrató un estudio de evaluación del Seguro Popular con uno de los institutos de la Universidad de Harvard y que fue otorgado a una antigua colaboradora del doctor Frenk en la Organización Mundial de la Salud, y bueno, la pregunta concreta era ver la situación del monto y ver dónde están los resultados, y esto es evidentemente seguimiento.

Y finalmente, una consideración muy breve. Evidentemente la transparencia efectivamente tiene qué ver con rendición de cuentas, pero también tiene qué ver con combate a la corrupción.

Efectivamente, se está trabajando el asunto del archivo clínico, único; efectivamente se está trabajando en diversas instituciones de salud, sin embargo, cuando estamos hablando de los instrumentos para portabilidad y los elementos, las credenciales para garantizar la portabilidad del Seguro para eficientar todos los instrumentos técnicos

y de infraestructura, resulta que la Secretaría de Salud no es tan clara como debiera.

Y les pongo 2 ejemplos muy concretos: 2 solicitudes sobre portabilidad que se ha hecho al Seguro Social directamente en base a una versión a Horcasitas, el Director del Instituto Mexicano del Seguro Social y al Secretario de Salud, no han sido, bueno, aparte de que se ha tenido que sufrir la prórroga, la contestación, el recurso de revisión, etcétera, no han contestado de una manera concreta.

Y el otro asunto, todavía está pendiente aún cuando se contrataron las credenciales para garantizar la portabilidad todavía en el sexenio pasado, todavía cuando el doctor Julio Frenk era Secretario de Estado, aún no existen credenciales ni está concluido el método de enrolamiento; y no hay credenciales fundamentalmente, porque resulta que las credenciales, se mandaron hacer credenciales que no cumplieron con los requisitos técnicos.

Y esta situación de seguimiento pues sí tiene que ver, tiene que ver con la situación de la participación de la ciudadanía, que por cierto, una última noticia, digo, aunque se molesten los funcionarios públicos, volvieron a salir reprobados en el Informe de Transparencia Internacional.

Gracias.

Dr. Roberto Tapia: No puedo contestar a título de Julio Frenk a las 2 preguntas que me hizo, pero sí puedo compartir el haber estado en cercanía del proceso.

El tema, imagínese usted, imagínense ustedes, que se utiliza la información proporcionada por los países a nivel mundial registrados en la Organización Mundial de la Salud que tienen como parte de su obligación de estar integrados en un organismo multilateral, el informar periódicamente sobre diversos indicadores. Es, vamos a decir, tal vez un acto burocrático hasta ese momento.

Lo que se hizo fue tomar esa información proporcionada por los países para hacer un análisis de comparabilidad, lo que mencionaba Carlos Tello es en qué momento empiezas tú a colocar el desempeño de uno

comparado con un similar o con una circunstancia que me pueda decir: estás por arriba o por debajo de un estándar.

Eso fue lo que sucedió con el informe que se dio en la OMS en torno al desempeño de los temas de salud en el mundo, pero no sólo se dio eso sino que había lagunas informativas de algunos indicadores que países no informaron porque no querían y que por lo tanto se utilizó un método de estandarización regional.

Es decir, si Bolivia, proponer un ejemplo, no daba la información se le comparaba con un país en Latinoamérica similar y se hacían estimaciones de aproximación. Eso es válido en un análisis llamémosle de información en desempeño.

Pero el punto más delicado fue colocar ese análisis de desempeño en una tabla y poner, de acuerdo a desempeño de muchas variables, quién era el país que tenía mejor desempeño y quién era el que tenía el desempeño menos eficaz y obviamente eso irritó a muchos países, pero créanme que la irritación valió la pena, porque a partir de ese momento la información se elevó en calidad, en oportunidad y sobre todo disminuyeron los espacios, las lagunas de información que se tenían en los sistemas de información multilaterales en la Organización Mundial de la Salud.

Obviamente el primero que lo hace se le puede atacar de falta de ética, de falta de procedimiento, pero sin lugar se dio y lo hicimos después aquí, en México, con los estados.

Ya lo decía la comisionada o lo mencionaban ustedes también, el presupuesto de la Secretaría de Salud en más del 85 por ciento se ejerce por las entidades federativas.

Entonces, no se le puede pedir cuentas ni rendición de cuentas al nivel federal sin tomar en cuenta la eficiencia del recurso a nivel estatal y lo que se mencionaba aquí de que el 60 por ciento de los recursos que sólo se aplicaron en VIH-Sida estaba mucho en el uso y ejercicio del recurso a nivel de los estados, que es donde se lleva a cabo.

Por lo tanto la métrica y la comparabilidad son obligados que necesariamente irritan, pero como dicen, es preferible un mal

momento pero después una muy buena mejora en lo que se puede generar.

El segundo punto es la evaluación, no conozco el monto, realmente no participé en este proceso, pero lo que sí le puedo decir es que los resultados están, no tengo aquí en una referencia específica, pero se han hecho ya varios foros, incluso hay una publicación de *LANCET*, exclusiva de los resultados de evaluación del Seguro Popular y se puede consultar en la página de *LANCET*, es una monografía hecha en el 2006 de los resultados de evaluación del Seguro Popular, esa referencia sí se la puedo dar con mucho gusto.

Eso sería todo, muchas gracias.

Comisionada María Marván Laborde: Ahora sí la última pregunta, lo prometido es deuda.

Pregunta: Sí, yo sólo quiero preguntar el desarrollo que tiene este archivo electrónico, expediente clínico electrónico y también la coordinación que existe entre la Secretaría de Salud y el Instituto para esos efectos y también la importancia o trascendencia que tendría ese expediente clínico electrónico al que usted se refirió hace rato, Comisionada.

Sra. María Marván Laborde: Es un proyecto que va avanzado, es lo más que le puedo decir, evidentemente no vengo de parte del Sector Salud y la única coordinación que ha tenido con el IFAI ha sido en relación con la protección de datos personales, el cuidar que aún existiendo la portabilidad del expediente y la posibilidad de ser consultado desde cualquier terminal remota, se garanticen dos cuestiones que en términos del IFAI son fundamentales con relación a los expedientes médicos.

Una, que el paciente pueda tener acceso a su expediente, en muchos otros foros hemos hablado ya sobre la necesidad de reformar la norma que regula el expediente médico que garantiza solamente el acceso a un resumen del expediente clínico, para que el paciente tenga acceso al expediente completo, ha habido avances grandes en términos de salud pública tanto con el Secretario Frenk como con el Secretario Córdoba ahora y, la segunda parte, el acceso por arte de los

trabajadores de la salud a este expediente, que también cuide la privacidad del individuo, que no haya malos usos, que haya sistemas de seguridad, que tenga acceso quien debe tener acceso, entre otras cosas no es lo mismo el acceso que debe tener una enfermera que el que debe tener ya el médico tratante. Es decir, en ese tipo de cosas hemos trabajado de manera conjunta, pero obviamente la responsabilidad está en el Sector Salud.

Nos han invitado de manera muy generosa, porque tengo que decirlo y reconocerlo públicamente a participar en estas mesas, inclusive nos hicieron favor de invitarnos a una reunión que acaba de haber en Guanajuato, con todos los secretarios de Salud de todos los estados para hablar tanto del expediente como del acceso del paciente al mismo.

Dr. Roberto Tapia: Si me permiten agregar desde una visión totalmente de ciudadano, el gran reto es que todavía tenemos múltiples sistemas que podrían quedar homologados. Es decir, el derecho a la salud, el derecho marcado en nuestra Constitución está segmentada, segmentada por tipos de derechohabiente, por lo tanto el expediente de una institución necesariamente tiene que pasar a ser utilizado por el expediente de otra institución en términos de portabilidad.

Pero los sistemas de información, hoy en día, siguen también segmentados en las instituciones, porque están bajo la égida del interés del conocimiento de la institución misma, y no como sector y como un conjunto ya coordinado de sistemas de información.

Hay algunos ejemplos que rompen esta regla, como es el caso: Medición de coberturas de vacunación están integradas, medición de algunas acciones muy específicas de programación están coordinadas, pero el genérico de la información está segmentada a la utilización propia de cada una de las instituciones, y creo que eso es algo que va a llevar a una siguiente reforma en salud, que sería la separación de la ejecución financiera de las instituciones con la ejecución de prestación de servicios.

Ahorita están interrelacionadas y por lo tanto no hay una clara separación de funciones entre el que paga y el que otorga, y eso

también lleva a un conflicto, llamémosle de interés, en el buen sentido de la palabra, en el que no puede haber una separación de funciones y por ende la información está todavía con cierta estratificación y que sería ideal a través de los sistemas electrónicos y los sistemas de notificación estuvieran homogeneizados.

Comisionada María Marván Laborde: Muchísimas gracias. Muchas gracias a ustedes. Buen provecho, que coman rico y nos vemos aquí en la tarde.

-0o0o0-