

CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
I LEGISLATURA
COORDINACIÓN DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
ESTENOGRAFÍA PARLAMENTARIA



I LEGISLATURA

Comisión de Salud

*Mesa de Trabajo con la Dra. Oliva
López Arellano, Secretaria de Salud de la Ciudad de México*

VERSIÓN ESTENOGRÁFICA

Sala de Juntas "Benita Galeana"

12 de febrero de 2020

LA C. PRESIDENTA DIPUTADA MARÍA DE LOURDES PAZ REYES.- Muy buenos días. Agradecemos a todas y a todos su presencia.

Vamos a iniciar esta mesa de trabajo. Bienvenidos todos los medios de comunicación, las compañeras y compañeros diputados que aquí están presentes. Vamos a iniciar.

Muy buenos días, doctora Oliva López Arellano, Secretaria de Salud de la Ciudad de México. Diputadas y diputados integrantes de la Comisión de Salud. Saludo con mucho gusto a la Vicepresidenta de la Comisión, la diputada Lizette Clavel; al Secretario, el diputado Tonatiuh, y por supuesto al diputado Miguel Macedo, quien nos acompaña en esta mesa de trabajo.

Le damos también la bienvenida al equipo de la doctora Oliva: se encuentra el Subsecretario Juan Manuel Castro, de la Secretaría de Salud; a su equipo de trabajo que se encuentra aquí presente. Bienvenidos todos los medios de comunicación.

Vamos a dar inicio a esta mesa de trabajo de esta Comisión con la titular de la Secretaría de Salud, siendo las 09 horas con 33 minutos del día 12 de febrero del 2020.

En esta ocasión nos apoya como Secretario de esta mesa de trabajo el diputado Armando Tonatiuh González Case, a quien solicitaría mencionar a los diputados asistentes.

EL C. SECRETARIO DIPUTADO ARMANDO TONATIUH GONZÁLEZ CASE.- Gracias, diputada. Buenos días. Bienvenida, Secretaria.

Por instrucciones de la Presidencia, se procede a mencionar a las y los diputados asistentes a esta mesa de trabajo.

(Pasa lista de asistencia)

EL C. SECRETARIO.- Hemos 3 diputados de esta Comisión, diputada Presidenta.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado Secretario.

Asimismo, le solicitaría fuera tan amable de dar lectura al formato que fue aprobado para llevar a cabo esta mesa de trabajo.

EL C. SECRETARIO.- Por instrucciones de la Presidencia se procede a dar lectura al formato de la mesa de trabajo.

1.- Lista de asistencia.

2.- Mensaje de la Presidencia de la Comisión hasta por 5 minutos.

3.- Intervención de la titular de la Secretaría de Salud, hasta por 20 minutos.

4.- Intervención de una o un legislador hasta por 10 minutos por cada grupo y asociación parlamentaria en el orden siguiente:

1.- Asociación parlamentaria Encuentro Social.

2.- Grupo parlamentario del Partido Verde Ecologista de México.

3.- Grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional.

4.- Grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática.

5.- Grupo parlamentario del Partido del Trabajo.

6.- Grupo parlamentario del Partido Acción Nacional.

7.- Grupo parlamentario del Partido MORENA.

5.- Intervención de la Secretaria de Salud hasta por 10 minutos para responder a los planteamientos realizados por las y los legisladores.

6.- Réplica hasta por 3 minutos de acuerdo al orden en que se registren, sin exceder un turno por cada grupo y asociación parlamentaria.

7.- Intervención final de la Secretaria hasta por 10 minutos.

8.- Clausura.

Cumplida su instrucción, diputada Presidenta.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado Secretario.

Como siguiente punto en el orden del día corresponde a esta Presidencia emitir un mensaje.

Doctora Oliva López Arellano, Secretaria de Salud, esta Presidencia le da la bienvenida al Congreso de la Ciudad de México y agradece su interés para ampliar a las diputadas y diputados de este Congreso la información relacionada con la coordinación de acciones con el Instituto de Salud para el Bienestar y su impacto en la prestación de servicios en la Ciudad de México.

En los temas de salud que nos ocupan no sobra mencionar que existe un alto nivel de interés por parte de los legisladores, pero también la sociedad tiene preguntas sobre cómo habrán de funcionar los servicios de salud y los beneficios inmediatos, que serán palpables una vez que inicie la operación de las reformas.

Como en todo el país, la Ciudad de México no escapa a la complejidad que implica hacer universal el acceso a la salud y en particular la situación demográfica de la ciudad.

Creemos que con su intervención tendremos a nuestro alcance la información necesaria, para darle una dimensión más real a los cambios que se habrán de instrumentar en la Ciudad de México, los tiempos, los esquemas de colaboración y la situación operativa dentro del sistema de salud de la ciudad.

Estamos convencidos que como representantes populares debemos coadyuvar en el desarrollo de medidas y en su caso apoyar aquellas que estén orientadas a mejorar las condiciones y las formas en que se atienden los temas de salud.

Por su importancia, consideramos que los temas de salud deben analizarse por encima de los intereses políticos, ya que resulta improductivo politizar la agenda de salud, cuando desde nuestro papel como legisladores y en uso de nuestras facultades, debemos

responder a las aspiraciones de la sociedad en los temas de salud y en este caso recibir los datos para poder contribuir con las autoridades para lograr una operación eficiente.

Nos tranquiliza recibir de parte de usted, la información pertinente en un tema que es de todos conocido y que ha generado mucha inquietud entre los habitantes de la ciudad, como lo es el relacionado con el coronavirus; la genuina preocupación de los ciudadanos, debido a la amplia cobertura de los medios de información sobre el aumento de casos particularmente en China y los riesgos que implicaría una eventual confirmación de algún o de algunos casos de esta padecimiento en la Ciudad de México.

En lo referente a este tema, el pasado 4 de febrero, nuestro compañero el diputado Jorge Gaviño Ambriz, a quien le damos la más cordial bienvenida a esta mesa de trabajo, presentó ante el pleno del Congreso de la Ciudad una propuesta con punto de acuerdo para solicitar la presencia de la Secretaría de Salud, cuyos resolutivos fueron para que se informe: Uno, sobre las medidas que se tomarán a raíz de la emergencia sanitaria internacional declarada por la Organización Mundial de la Salud, por el coronavirus; dos, el acuerdo de colaboración entre la Secretaría de Salud y el INSABI, en los términos del decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de los institutos nacionales de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre del 19.

Durante su intervención el diputado proponente fue informado de la invitación que tenía la doctora Oliva por parte de esta Comisión para llevar a cabo una mesa de trabajo previo a la presentación de sus propuestas, expresándole la oportunidad de incluir estos temas y donde se podrían atender sus peticiones, el cual muy amablemente aceptó.

Reitero que por parte de esta Comisión existe el compromiso permanente de trabajar en todo aquello que sea en beneficio para la población de la Ciudad de México. Los derechos y acceso a la salud es una materia para todos, sensible y que nos genera el mayor interés debido al impacto social y el proyecto que pretende incrementar acciones que eleven de forma progresiva el nivel de vida de nuestros conciudadanos.

Le damos la cordial bienvenida también al diputado Carlos Hernández Mirón, quien es integrante de esta Comisión de Salud, bienvenido diputado.

Bienvenida, doctora Oliva.

Muchísimas gracias a todos por su atención.

Como siguiente punto del orden del día, se concede el uso de la palabra hasta por 20 minutos a la doctora Oliva López Arellano, Secretaria de Salud.

LA C. DOCTORA OLIVA LÓPEZ ARELLANO.- Gracias. Buenos días a todos y a todas. Agradezco la invitación y la posibilidad de trabajar acá con ustedes en esta casa de todos, con diputados y diputadas con quienes en muchos sentidos hemos tenido un trabajo ya permanente, previo y que siempre estamos en disposición de informar, de colocar nuestros temas y de tener un trabajo colectivo, cohesionado, para avanzar en el derecho a la salud en la ciudad.

Primero, yo quisiera iniciar con un posicionamiento, esto es muy importante porque para mí, porque ha habido en relación al INSABI y a la desaparición del Seguro Popular muchos cuestionamientos de por qué se desaparece un programa y un sistema, el sistema de protección social en salud, que aparentemente tenía resultados muy positivos. Aquí yo inicio con este posicionamiento.

Nuestra perspectiva es una perspectiva de derecho a la salud en sentido amplio, que incluye determinante social, la acción sobre los determinantes sociales de la salud y la acción médico-sanitaria que trabaja y articula el sistema de atención médica, esos dos componentes es muy importante reconocerlos.

Esa es la perspectiva con la que yo he trabajado desde que tengo trabajo profesional en el campo y también es la perspectiva por lo que la doctora Claudia Sheinbaum me invita a participar en su equipo de trabajo y es la perspectiva que ella enarbola en términos de una ciudad de derechos, una ciudad innovadora y de derechos donde lo que se pretende es ampliar el conjunto de derechos económicos, sociales, culturales, ambientales de las personas, reconocerlos y garantizarlos.

Entonces, este posicionamiento lo que significa es que yo he sido crítica del Seguro Popular desde que se implementó. Eso es muy importante para mí, como saben también tengo una vertiente académica y entonces tengo la publicación de 2001 que critico la polarización del sistema de salud, una publicación del 2008 donde hago un contraste entre lo que sería servicios médicos y medicamentos gratuitos de la ciudad en el período de gobierno del licenciado López Obrador y de la gestión de Cristina Laurel como Secretaria de Salud de la ciudad, contraste Seguro Popular con servicios médicos y medicamentos gratuitos.

También el último más reciente digamos, 2017, donde hago un balance de lo que han significado las reformas neoliberales en salud con la evidencia del caso mexicano, es decir del Seguro Popular.

Entonces esto es muy importante para mí porque no es que estemos ahora aceptando el INSABI a ciegas, sino que hay una postura que identifica un conjunto de problemas desde la concepción, no solo de la operación, desde la concepción de seguro popular porque lo que hace el seguro popular, el sistema de protección social en salud es básicamente plantearse como un mecanismo de financiamiento para financiar los servicios siguiendo a la demanda no a la oferta. ¿Qué quiere decir esto? Que cada afiliado es un signo de pesos, era un signo de pesos y ese financiamiento sigue a esas personas.

Por lo tanto, varias de las cosas que desde entonces estábamos diciendo que iban a ocurrir, ocurrieron, el financiamiento seguía a la demanda y no a la oferta, articula múltiples proveedores de servicios a través de la subrogación, promueve la autonomía de gestión hospitalaria y contratos de gestión y desarrolla mecanismos de compensación entre proveedores.

Es un paquete restringido de intervenciones médicas, impulsa una cultura del prepago, protege contra gastos catastróficos y básicamente condiciona todo el financiamiento público a la filiación. Esto lo que va a haciendo es un recorte de una visión amplia del derecho a la salud, es una visión recortada del derecho a la salud que además es una visión curativa del derecho a la salud, o sea nada más un componente de paquete básico para atención curativa individual, se abandona la salud pública y las acciones territorializadas, no han interés en los determinantes sociales y se profundiza la exclusión por múltiples condicionamientos financieros.

Esto que hace es reproducir la desigualdad estructural, unidades que tenían precarias, alejadas, marginadas, incluso en la propia Ciudad de México, pues no recibían el recurso porque no estaban acreditadas, porque no tenían suficientes afiliados y entonces es un círculo vicioso de reproducción de la inequidad y muy altos costos administrativos.

Entonces, aquí lo que a mí me interesa posicionar es que el Seguro Popular fue concebido desde una lógica de mercado, para alentar mercados, así se llaman, mercados regulados en salud y funcionó parcialmente para atenuar algunos problemas, eso hay que decirlo, y algunos de sus instrumentos fueron útiles, no los estamos recuperando.

Por ejemplo, la acreditación, por ejemplo las bases de datos de afiliados, etcétera, pero lo que es muy importante colocar es la postura de concepción de una perspectiva de mercado a una perspectiva de derecho a la salud. El INSABI tiene esta perspectiva, de derecho a la salud.

¿Qué pasa en la Ciudad de México? Esto es muy importante. La Ciudad de México desde el 2001 tiene un programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos. Cuando el Jefe de Gobierno, actual Presidente, el licenciado López Obrador, estuvo en la Ciudad de México, en ese período impulsó el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos para población no asegurada y en 2006 la ciudad consiguió hacerlo Ley. Entonces tenemos una ley que es coloquialmente conocida como una ley de gratuidad.

Esto es muy importante también ahora en la relación y el vínculo con el INSABI porque la Ciudad de México no parte de cero como otras entidades. La Ciudad de México tiene un programa que resistió porque por supuesto a partir de que empieza el Seguro Popular y que el financiamiento está condicionado a los afiliados y al Seguro Popular, sigue coexistiendo pero de manera inercial el programa de gratuidad por todos así conocido con su padrón de gratuidad, pero el que tiene mucha fuerza, mucho peso, mayor visibilidad y mayores recursos es más bien todos los recursos es el padrón de afiliados al Seguro Popular.

Entonces ahora con el vínculo, con el INSABI, el 8 de abril del año pasado se firmó el acuerdo de adhesión, a partir de ahí nosotros lo que fuimos haciendo fue revitalizar la perspectiva de gratuidad, ir trabajando para que esos padrones fueran digamos siendo equivalentes, ahorita en este momento están duplicados, hay que hacer una depuración, pero ir fortaleciendo la perspectiva de la gratuidad. Entonces eso es muy importante.

¿Qué nos da esto? Herramientas para que a partir del 1° de enero que entra en vigor el Instituto de Salud para el Bienestar, lo que tenemos es la posibilidad de en ese momento, el 1° de enero, gratuidad en todo el sistema ambulatorio de la Ciudad de México.

Nosotros desde el 1° de enero tenemos en todos los centros de salud servicios médicos y medicamentos gratuitos, sin el condicionamiento de que esté afiliado a ningún padrón.

Ahora, desde el punto de vista técnico de prestación de servicios y de gestión de servicios es muy importante tener un padrón de usuario, es fundamental porque ahí si nosotros queremos construir redes de servicios de salud es muy importante tener identificada a la

personas que usa los servicios en qué nivel está utilizándolo y tener mecanismos para que vaya y venga en las red de servicios.

Entonces sí estamos solicitando que se afilien a padrón de gratuidad pero no es condicionamiento, es muy importante eso señalarlo, es una componente técnico para tener un padrón de afiliados y dar el mejor seguimiento.

Entonces tenemos gratuidad en el primer nivel de atención y tenemos gratuidad para población de la ciudad con no derecho a avenencia laboral en el nivel hospitalario.

Aquí sí hay digamos todavía algunas cosas que tenemos que ajustar a lo que se está perfilando de gratuidad total, por qué, nuestros hospitales de segundo nivel de atención tenemos un porcentaje muy alto de usuarios de Estado de México, pero también de otras entidades.

Ahí la Ley de Gratuidad sí nos restringe, o sea nosotros damos gratuidad primer nivel a todos porque también son intervenciones menos costosas y el volumen de personas que atendemos, que sí atendemos de seguridad social y de otras entidades, lo que llamamos población foránea es menor, pero en nivel hospitalario tenemos hospitales como pediátrico Villa, como General Villa, que pueden tener la mitad de sus egresos hospitalarios foráneos.

Entonces ahí tenemos que afinar y es lo que estamos haciendo ahora, preparar convenio con la seguridad social y con las entidades, en particular con el Estado de México, aprovechando la Comisión, el Consejo Metropolitano para que haya una mesa de salud para avanzar en un convenio donde tengamos capacidad de atenderlos, pero también manera de recibir recursos por esas atención y que no desfonde las finanzas de la ciudad. Entonces eso digamos que es la ventaja que tiene la Ciudad de México.

Nuestra propuesta, el modelo de salud en tu vida que es a partir de que llegamos, lo que está ordenando la prestación de servicios, nuestra propuesta tiene que ver con una propuesta que retoma la atención primaria a la salud integral y pretende construir y en eso estamos, redes integradas e integrales de servicios de salud.

Ahí también estamos absolutamente alineados a la propuesta del INSABI en su anexo 5, creo que 5, 4 ó 5, está proponiendo el modelo SABI, el anexo 5, el modelo SABI que es un modelo basado en atención primaria donde va desde promoción de la salud hasta rehabilitación y acompañamiento con cuidados paliativos, que es nuestro caso.

Nosotros ya tenemos el modelo de salud en tu vida, que es global y que incluye salud en tu casa, que sustituye al antiguo Médico en Tu Casa, salud en tu escuela, barrios y colonias saludables, o sea, se despliega en esta perspectiva que no sólo es atención médica, y esto es muy importante, sino actividades intensivas de prevención de la enfermedad y muchas actividades en territorio de promoción de la salud.

Entonces también ahí creemos que es una ventaja ese posicionamiento y ese vínculo con el INSABI para seguir avanzando.

Ahora, sabemos que hay mucha preocupación de los convenios. Los convenios en este momento están siendo revisados por las entidades federativas y es el caso nuestro, el convenio específico, porque está el acuerdo de adhesión general.

El convenio específico se está revisando en estos momentos, es muy probable que esta semana ya quede, lo anunciará la doctora Sheinbaum cuando esté listo y estamos insistiendo en que se consideren las especificidades de la ciudad, porque también en esta propuesta del INSABI hay una mirada general de cómo funcionan los servicios y en general funcionan así en todo el país, pero la Ciudad de México dos estructuras que conforman el sistema de salud para población no derechohabiente.

Esas dos estructuras, una proviene de los antiguos servicios coordinados de salud pública, que en este caso eran los servicios de salud pública de la ciudad, que son los centros de salud; y otra gran estructura que proviene, que es el nivel hospitalario y que proviene de los antiguos hospitales de la Cruz Verde, su recuperación y su transformación.

Entonces son dos estructuras que tienen autonomía administrativa, jurídica, no técnica porque estamos en el mismo, o sea, todos somos Secretaría de Salud, estamos alineados en esa perspectiva, pero sí tienen esta autonomía y además condiciones laborales distintas y lógica laboral también, vínculo distinto; y entonces aquí no es posible hacer una fusión de esas estructuras, hay que pasar varias etapas antes de hacer una integración.

Entonces esos serían los elementos fundamentales en relación a nuestro vínculo con el INSABI.

por supuesto hemos tenido varias reuniones de trabajo con el maestro Ferrer y con el equipo del INSABI para plantear las necesidades, porque si bien la ciudad tiene un apoyo muy importante a salud, es una de sus prioridades, a diferencia de las entidades federativas donde el antiguo Seguro Popular y ahora INSABI aportaba el 80, 90 por ciento

de los recursos para que funcionaran los servicios, en nuestro caso es al revés, o sea, del volumen de recursos ahora por vía del INSABI vienen alrededor de 3 mil 200 millones de pesos y el resto, estamos hablando de 9 mil millones de pesos, poco menos, son recursos de la ciudad. Entonces también el nivel de autonomía es mayor.

De todos modos en estas reuniones de trabajo hemos planteado, sí, la necesidad, porque tenemos muchas carencias, también hay un diagnóstico institucional desde que llegamos muy detallado, plantillas incompletas, mantenimiento insuficiente, equipos obsoletos, los compañeros que nos han acompañado en los recorridos han constatado que el trabajo de los que trabajan es heroico, en condiciones muchas veces digamos con limitaciones estructurales que hemos ido resolviendo, entre ellas el abasto de medicamentos, el mantenimiento del equipo, la reparación de equipo, pero tenemos equipo que está obsoleto, que a veces funciona o deja periodos de funcionar pero que forma parte de estas limitaciones estructurales.

Entonces tenemos con el INSABI planteada una serie de necesidades adicionales para financiamiento adicional para que nos fortalezcan estas áreas, sobre todo que tiene que ver con contratación de personal en algunas áreas críticas, con equipamiento y con apoyo para remodelación.

Ustedes saben que la mayoría de nuestros hospitales son antiguos, estamos en algunos hospitales cumpliendo 65 años, 70 años, o sea son antiguos y requieren remodelaciones mayores, que la ciudad, la doctora Sheinbaum lo ha indicado, se están haciendo, las prioritarias, pero hay un rezago muy importante.

Entonces, eso sería digamos en términos del INSABI, el vínculo, las ventajas que tiene la Ciudad de México frente a la propuesta del INSABI, la Ley de Gratuidad, que para nosotros es un asidero muy importante, el reglamento y todo el manual de cómo operamos en gratuidad.

Nada más para cerrar esta parte, no sé cómo voy de tiempo, para comentarles los avances que ya se tienen globales. Todavía no, nada de esto está financiado por el INSABI, todo ha sido con recursos locales, son básicamente los avances del 2019.

Para empezar, una cosa que consideramos muy importante es que se recuperó la conducción de la Secretaría de Salud y se han contenido, que no erradico, los grupos de interés. Aquí ustedes saben que la conducción de la Secretaría estaba entregada a unos grupos sindicales que manejaban los hospitales, sobre todo los hospitales, pero también

tenían mucha injerencia en los centros de salud y prácticamente conducían. Eso se quitó, se recuperó la conducción desde la autoridad de la Secretaría de Salud, se reorganizó al personal, se cubrieron las vacantes.

Ahorita tenemos 143 centros de salud que ya abren fines de semana, sin incrementar el personal, solamente reorganizándolo y sobre todo usando correctamente las plazas que se recuperaron, de que se redujeron licencias y comisiones sindicales, y se recuperaron plazas que estaban sin utilizar.

El abasto pasó del 30 al 80 aunque, hay que decirlo, que en enero hemos tenido una dificultad, o sea ahorita estamos en 70, 75%, pero sobre todo con algunas claves con problemas, porque son las claves que ha tenido problema la Federación y nosotros también para sortear su abasto.

Se triplicaron las consultas del primer nivel, de 3 mil 900 a 11 mil 273, se recuperaron 500 plazas por reducción de licencias y comisiones sindicales, se eliminó la subrogación de medicamentos con un ahorro de 200 millones de pesos; se redujo una deuda, encontramos una deuda de mil 500 millones, ahora ya sólo es de 300 millones, es mucho, pero eran adeudos de 2014, de 2015 que se ha ido resolviendo.

Se instalaron consejos y comités de salud. Esto es muy importante porque la intensificación de las acciones territorializadas en las colonias prioritarias, por ejemplo se han dado 12 mil talleres de derecho a la salud, el año pasado se dieron, aplicamos en esas colonias prioritarias 400 mil vacunas; se identificaron 5 mil personas, poco más de 5 mil personas con adicciones que fueron referidas a centros de atención; se dieron 77 mil consultas médicas y 62 mil atenciones con el programa Salud en tu Casa.

Se saneó y regularizó el funcionamiento del Hospital Veterinario, que ya en este primer trimestre estaremos en posibilidades de entregarlo, de ser transferido ya saneado a la SEDEMA, para que esté en el área que tiene en Ágata, que tiene posibilidades de contratar veterinarios y dar seguimiento a este hospital.

Se concluyó y regularizó la remodelación del Hospital General Xoco, que ya está operando desde septiembre del año pasado.

Se renovó y se dio mantenimiento al mobiliario de residencias médicas. Hubo un conflicto con residentes en todo el país y Ciudad de México, conseguimos amortiguarlo, no porque no tuvieran razón ni porque no tuvieran los problemas que tenían en todo el país, sino porque rápidamente pudimos mejorar, dotarlos, no pedían grandes cosas, son cosas

necesarias y justas, su uniforme, vestuario y la mejoría de sus residencias médicas, que se renovó y se dio mantenimiento.

El proyecto de expediente clínico electrónico funciona en los hospitales con problema todavía de interconectividad y en unidades ambulatorias este año queda. Se avanza en el padrón único de usuarios, cruzando gratuidad e integrando los antiguos afiliados al Seguro Popular.

Ocho centros de salud concluirán su ampliación, pasaron de T1 a T2 en este trimestre y 2 centros de salud y un CAPA dañados por el sismo, la fundación Slim aceptó reconstruirlos y también los estarán entregando en julio, y 2 hospitales materno-infantiles que se transforman en generales, como ustedes saben el de Topilejo estará ya próximamente, bueno no próximamente, para hacer un hospital se lleva un año, pero digamos este año, alrededor de septiembre, octubre será ya concluido. Entonces son los avances que hemos tenido sin INSABI y sorteando las dificultades del Seguro Popular, y aquí con esto concluyo esta parte, que felicito, celebro que el sistema de protección social en salud que fue concebido como un sistema con la lógica de mercado, haya desaparecido y podamos avanzar en gratuidad en el momento de usar los servicios, porque como muchos han dicho, la gratuidad no es, o sea lo pagamos todos con nuestros impuestos, pero se trata de gratuidad al usar los servicios, un sistema universal y equitativo, que no vaya reproduciendo las desigualdades que reproducía el Seguro Popular, y la recuperación muy importante del trabajo territorial y de la visibilización de los determinantes sociales de la salud, es decir nosotros tenemos que incidir en promover condiciones dignas de vida para movilidad, seguridad, abasto de agua, todos esos derechos que son inherentes a producir salud, y es muy importante porque una visión como la del Seguro Popular no los veía, financiaba solo lo curativo y esta visión sí los está viendo.

Ya con esto termino esta parte, ya cierro aquí y hacemos preguntas y luego lo del coronavirus porque es un tema mucho más específico, coyuntural y tiene otra lógica.

LA C. PRESIDENTA.- Yo le preguntaría a las diputadas y diputados que están presentes si están de acuerdo en que cerremos aquí el tema del INSABI, hacemos preguntas sobre el INSABI y abrimos la participación de la doctora para el tema del coronavirus, si están de acuerdo. Muy bien.

Entonces agradezco su intervención, doctora Oliva, y se concederá el uso de la palabra hasta por 5 minutos a una diputada o diputado por cada grupo o asociación parlamentaria, en el orden que se indicó previamente, de conformidad con el acuerdo aprobado por esta Comisión.

Por lo anterior, se solicitaría a la Secretaría dar cuenta sobre el registro de diputados que han solicitado su inscripción para intervenir en esta mesa de trabajo.

EL C. SECRETARIO.- Gracias. Por instrucciones de la Presidencia, se informa que intervendrán en esta mesa de trabajo las siguientes diputadas y diputados: Por el Partido Revolucionario Institucional, un servidor; por el grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, el diputado Jorge Gaviño Ambriz; por el Partido del Trabajo, la diputada Lizette Clavel Sánchez; por el PAN, no hay nadie; por el Partido MORENA, la diputada María Guadalupe Aguilar Solache, entonces sería el diputado Carlos Hernández.

Cumplida su instrucción, diputada Presidenta.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado Secretario.

Entonces le daríamos el uso de la voz al diputado Tonatiuh González Case, del Partido Revolucionario Institucional.

EL C. DIPUTADO ARMANDO TONATIUH GONZÁLEZ CASE.- Gracias, diputada.

A finales del mes de enero del presente año, con el fin de garantizar el abasto de medicamentos a quienes lo requerían, el personal del INSABI y de la COFEPRIS supervisaron el desembarco de dichos medicamentos en el aeropuerto internacional de la Ciudad de México; sin embargo, ayer 11 de febrero, familiares de niños con cáncer presentaron una demanda de amparo contra el gobierno federal por el desabasto de medicamentos, el cual fue concedido por el juez décimo segundo de distrito en materia administrativa de la Ciudad de México. Dicho juez señaló que la Presidencia, el INSABI, la Secretaría de Salud y el IMSS están obligados a otorgar los medicamentos con carácter de urgente y con el objeto de que no se vean afectados los derechos humanos que son los de la salud. En este sentido le pregunto a usted ¿de qué manera el INSABI dará el abasto de medicamentos a los capitalinos que también están siendo afectados por el desabasto de medicamentos y que no han presentado ningún medio legal para hacer valer su derecho humano a la salud?

Por otra parte, el programa Médico en tu Casa establecido en la ley vigente de salud de la capital, tiene como objeto brindar servicios de salud a domicilio a mujeres embarazadas, personas adultas mayores, enfermos, postrados o terminales y personas con discapacidad. Dicho programa sigue figurando con la misma importancia, porque sabemos que de una u otra forma en el gobierno anterior era uno de los programas más exitosos que se tenían y sí nos interesa saber en qué situación se encuentra y cómo está y qué pasará ahora con el mecanismo del INSABI en la capital del país.

Me gustaría también preguntar del *coronavirus*, pero me imagino que va a ser en una segunda ronda.

Entonces mientras sería eso, Secretaria, y le agradezco las respuestas.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado. Le damos el uso de la voz a la diputada Lizette Clavel Sánchez, del Partido del Trabajo.

LA C. DIPUTADA LIZETTE CLAVEL SÁNCHEZ.- Muchísimas gracias, Presidenta.

Doctora Oliva, nuevamente bienvenida; doctor Castro, bienvenidos.

Cuando usted nos explica el INSABI, el mecanismo de funcionamiento y las diferencias que tiene respecto al Seguro Popular, me parece que teóricamente plantearon una serie de avances mucho muy notorios con respecto al programa anterior de Seguro Popular.

Me parece también que una de las condiciones que está todavía pendiente y que debe de ser muy importante para esta nueva fórmula de atención y de brindar la garantía del derecho a la salud a los capitalinos, es este tema del expediente electrónico y la conectividad, porque como bien lo explicó y lo hemos hablado en otras mesas, es muy importante buscar cómo no estar duplicando el servicio a algunas personas y cómo no estar ausentes del servicio a otras.

Ese tema es un tema que viene incluso antes de Seguro Popular, es un tema que ya tenemos añejo y mi preocupación radica básicamente en cómo se va a instrumentar paso a paso este INSABI, no cómo es el modelo teórico, sino cómo se va a instrumentar para que podamos entonces sí garantizar esa condición a la población e incluso cómo podemos avanzar en esos rezagos que tenemos que son del expediente electrónico único y además con la conectividad que permita saber los antecedentes y las condiciones médicas de cada paciente que sea atendido en cualquiera de los servicios que pudiera estar recibiendo.

Gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Le damos el uso de la palabra al diputado Jorge Gaviño Ambriz, del Partido de la Revolución Democrática.

EL C. DIPUTADO JORGE GAVIÑO AMBRIZ.- Muchas gracias. Con el permiso de la Presidencia.

Doy la más cordial bienvenida a la Secretaria, muchas gracias por aceptar la invitación que hizo la Comisión y también por permitirme estar aquí en esta reunión, precisamente como se informó, presenté yo un punto de acuerdo por la preocupación que tenemos de varios temas en el aspecto de salud en la Ciudad de México y en el país.

En primer lugar, señalar que coincido con usted plenamente en el concepto de que el Seguro Popular era un mecanismo de financiamiento que respondía a una lógica de mercado, pero finalmente esto fue así porque todo el sistema político mexicano funciona con esa lógica, o sea no hay uno solo que no funcione con esa lógica, salvo temas aislados como la educación, las universidades y algunos conceptos filosóficos sí de salud y en la Ciudad de México por fortuna se han implementado desde hace varios años algunos instrumentos que tienen que ver con un avance social muy importante en la Ciudad de México. Yo considero y así lo he afirmado siempre, que la Ciudad de México es la ciudad de las garantías sociales que tenemos que hacer crecer.

Con ese reconocimiento y desde luego coincido con usted en la primera parte de su intervención, yo creo que el Gobierno Federal ha tenido una política muy errática en el tema de salud, primero porque el planteamiento que hizo el Presidente de la República afirmó que todo el sistema de salud lo iba a fusionar, ese era el principal objetivo desde su campaña y luego lo afirmó textualmente en cuatro, cinco ocasiones, en que deberíamos de tener un sistema de salud fusionado en el sentido de que el ISSSTE, el Seguro Social, todo el sistema de salud federal tenía que dar una sola lógica, cosa que no se puede hacer porque desde el nacimiento histórico del Seguro Social, que es un sistema tripartita, en donde participan tres partes de la sociedad de una manera muy importante y con un patrimonio tripartita, que lo manejan los obreros, los patrones y el Estado, no funciona en forma idéntica con el ISSSTE, que es un sistema bipartita en donde están los trabajadores y el Estado, y con una lógica unitaria de un sistema de salud que debe estar integrado como los institutos en donde el Estado tiene que prestar ese servicio.

Entonces, ahí tenemos un problema también con una lógica de mercado que se ha venido construyendo un patrimonio desde muchos años antes como Estado Mexicano y quererlo fusionar en un momento dado de manera conceptual funciona, pero no va a funcionar en la práctica, porque evidentemente los derechos de los trabajadores, los derechos de los sectores, van a entrar en crisis cuando de pronto todo el patrimonio del Seguro Social se quiera fusionar con el patrimonio del ISSSTE cuando son lógicas distintas los entes que manejan estos institutos.

Este es un principio y nosotros lo hemos venido criticando de esa manera y parece que la realidad nos está dando la razón, porque ahora ya se dice que se va a mantener la autonomía de esos institutos sí con una lógica de Estado, integrando y tratando de que aquellos que tengan un servicio del ISSSTE pues no se duplique con un servicio de los institutos nacionales por ejemplo o con los institutos estatales que dicho sea de paso la Ciudad de México va a la vanguardia en el país y que hay que mantenerlo.

Lamentablemente en estos momentos tenemos problemas muy serios, por ejemplo en el ISSSTE, aquí lo subrayo al margen, en el Primero de Octubre el día de ayer me reportaron que están careciendo de medicamentos básicos elementales para mantener un hospital de ese nivel, estamos hablando de un hospital de tercer nivel de atención que no solamente recibe pacientes de la parte oriente de la ciudad de una manera muy importante y norte de la ciudad, sino de toda la república.

Entonces habría que tener ahí un semáforo de qué está pasando en los institutos del ISSSTE, en el Seguro Social en la Ciudad de México, porque esto repercute también en la salud de la población de la ciudad. Si no tienen los medicamentos en el ISSSTE en la Ciudad de México, pues evidentemente la Ciudad de México tendrá un problema de salud general.

Coincido con usted en ese concepto de que fue el invitado el Seguro Popular, funcionó parcialmente, usted lo acaba de señalar y tenemos un problema aquí nosotros de entender qué está pasando con el Seguro Popular.

Mire, el pasado 11 de enero la Jefa de Gobierno dijo: Firmamos un convenio el año pasado. La idea del Presidente de la República es que se vaya nuevamente haciendo cargo el gobierno federal de todos los sistemas de salud, pero por lo pronto en estos años, particularmente en la Ciudad de México lo va a seguir operando la Secretaría de Salud, aquí lo que está afirmando la Jefa de Gobierno es que el gobierno federal trae la

idea de manejar todos los sistemas de salud estatales y que ella está firmando aquí también que particularmente en los próximos meses, lo seguirá operando la Secretaría de Salud en convenio con el INSABI.

Afirmó que el pasado 11 de enero ya habían firmado un convenio, yo no encontré ningún convenio publicado, estuve buscando, estuve preguntando y nadie me informó.

Por eso el 15 de enero presenté un punto de acuerdo de urgente y obvia resolución para que se nos informara sobre este convenio que ya dijo que se había firmado.

Luego, el 6 de febrero, apenas el jueves de la semana pasada la Jefa de Gobierno dijo: Firmamos un primer convenio, se acuerdan, firmamos un acuerdo de la fecha ahí para que se los des, se lo hizo a Iván, estuvo aquí con la Secretaría de Salud, se firmó un primer acuerdo y hoy está ya el segundo convenio que ya es directamente con la creación del instituto de Salud con el Bienestar.

Se habla de un convenio de adición, no lo conocemos, en qué consiste esa adhesión, no lo sabemos. Entonces nosotros lo queremos y pedimos y exigimos, es que ese instrumento público que tiene que ver con la Ley de Coordinación Fiscal seguramente, pues que nos lo den a conocer, porque un convenio de adhesión es todo el servicio de salud estatal, se suma a acuerdos generales con la Secretaría de Salud Federal.

¿En qué consiste este convenio de adhesión? No lo han dado a conocer tampoco en la Secretaría de Salud federal. Ahora bien, se nos habla de un acuerdo particular, de un acuerdo que tiene que ver con recursos tanto locales como federales, no lo conocemos.

Usted nos está ahorita diciendo que hay 3 mil millones de pesos del Seguro Popular, bueno, del antiguo Seguro Popular, ahora INSABI, y 9 mil millones de pesos de la ciudad. Nosotros autorizamos un recurso de 11 mil millones 367 mil, en 2019 tuvimos una autorización de 10 mil 634, es decir, un 6.8 por ciento de diferencia, muy poco, realmente muy poco para lo que usted tiene a su cargo, tendríamos que haberle dado mucho más.

Yo aquí lo que preguntaría es: Si evidentemente teníamos una lógica de mercado y desaparece el Seguro Popular y se transforma en INSABI, cuántos recursos gastamos con Seguro Popular a la Ciudad de México y cuántos recursos nos van a corresponder ahora de ese cadáver, Seguro Popular, ahora INSABI, para que nosotros metamos 9 mil millones de pesos, porque finalmente coincidiendo con usted, que ya no es una lógica de mercado, que ahora nos va a rendir más el dinero y que ahora va a ser mejor repartido en

lo que respecta a servicios de salud, qué es lo que está aportando la Federación, es lo que yo quisiera saber, porque eso tampoco nos han dicho.

La Federación aportaba antes equis cantidad de recursos a través del Seguro Popular, cuánto nos va a corresponder ahora, porque finalmente todo se traduce en dinero en esta lógica de mercado todavía. Ya cuando no hablemos de presupuesto y de recursos, pues ya la lógica de mercado habrá desaparecido.

Traigo una segunda intervención evidentemente del coronavirus, ahora COVID-19, vamos a aprendérselo pronto.

Gracias por su presencia y por sus respuestas, Secretaria.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado.

Le damos el uso de la voz al diputado Carlos Hernández Mirón, del grupo parlamentario del Partido MORENA y además él es integrante también de esta Comisión.

EL C. DIPUTADO CARLOS HERNÁNDEZ MIRÓN.- Muchas gracias, diputada Presidenta.

Doctora López Arellano, bienvenida nuevamente.

Bienvenido, señor Subsecretario al Congreso de la Ciudad de México.

En mi intervención principalmente o de manera inicial quiero destacar la presencia de usted porque obedece al acto más alto en este sistema republicano que vivimos, en donde el Ejecutivo viene al Congreso de la Ciudad de México no solamente a rendir cuentas con respecto al propio orden que tenemos, que es principalmente a final del año de cada legislatura, sino en estas mesas de trabajo en donde la Presidenta, también reconozco el papel que ha tenido la Presidenta de la Comisión de Salud, porque obviamente ha solicitado a petición de diputadas y diputados que usted esté aquí.

Sí quiero resaltar porque eso forma parte de la diferencia. En gobiernos anteriores he sido legislador en otras legislaturas y se cuidaba lo más que se pudiera a los servidores públicos “no vayan al Congreso”, “tú como diputado no solicites que vengan”. Por eso hoy reconozco y realzo el que usted esté aquí, Secretaria de Salud, informando en este acto republicano de rendición de cuentas, que no solamente hablamos entre diputadas y diputados, aquí hay medios de comunicación y también los medios de comunicación del Congreso de la Ciudad de México que están informando a las y a los ciudadanos de esta hermosa y gran Capital.

Yo quisiera preguntar lo siguiente: El análisis que usted presenta, doctora, es que tenemos un sistema de salud en toda la República Mexicana disperso, dividido, con la lógica de mercado que usted ha planteado, lógica de mercado en términos de brindar salud a las y a los mexicanos, una lógica de mercado donde impera más el interés por el dinero, las ganancias, en la distribución de los medicamentos, pero también en la atención de las personas. Esto crea una desigualdad estructural que usted ya la ha venido mencionando.

También me parece que aparte de una lógica de mercado había una lógica más laboral en este sistema de salud que se vivía en la República Mexicana.

¿A qué me refiero? Si eres trabajador del Estado tienes ISSSTE, si eres trabajador y tu patrón te incorpora al IMSS tienes un seguro social, y si formas parte del Seguro Popular, que coincido que no era ni seguro y mucho menos popular, pero estás integrado a algo que no tiene forma.

Entonces, hoy con este mecanismo, en donde los recursos de la Ciudad de México se están invirtiendo, al igual que los recursos a nivel federal, tendremos la concentración de la salud, de la compra de medicamentos y la atención de manera inmediata por parte de ente que se llama INSABI, en donde el Gobierno de la Ciudad coadyuva, colabora.

Me parece muy importante mencionarlo porque la Jefa de Gobierno en un primer momento mencionó “nos adherimos al INSABI”. Ahí tuvimos algunos gobernadores de otras entidades federativas que decían no vamos a entrarle y al final sí le entraron. Entonces, me parece resaltar las virtudes que se tienen hoy, que obviamente deja de tener una visión de mercado y una visión laboral la salud pública y pasamos realmente a un sistema que nos permite brindar y hacerle llegar la salud directamente en el caso particular a las y a los capitalinos.

Me gustaría mucho, Secretaria López Arellano, que nos pudiera informar con respecto a qué posibilidad tienen las y los capitalinos del servicio de medicamentos, porque anteriormente estaban subrogados, anteriormente una empresa, el gobierno pasado así lo tenía, tenían empresas que ellos eran los que distribuían los medicamentos. Esta es una de las necesidades amplias que hemos tenido, diputadas y diputados, en hacer el planteamiento. ¿Cómo se van a ver beneficiados las y los capitalinos en el tema de medicamentos?

Es importante también que podamos precisar, porque si es adición, si son convenios, ya lo planteaba aquí el diputado Jorge Gaviño, a mí me parece que esa es la retórica del político, de las y de los políticos. Creo que la población está esperando saber cómo se va a estructurar, cómo va a ser beneficiada la mujer, el adulto mayor, el niño, el joven, la joven, cómo se van a ver beneficiados, más allá de si son adiciones, más allá de si son contratos, recordemos que son recursos públicos que tienen que llegar directamente a la población.

Yo quisiera ser mucho más preciso y no quedarme tanto en esta narrativa de que si son convenios, cuándo se firmaron, por qué se firmaron, por qué no nos han informado. Yo diría es mejor que lleguen obviamente estos mecanismos de salud directamente a la población.

Secretaria, sin lugar a dudas tenemos muchas dudas, resalto mucho esta transformación de los T1 a T2, me parece que es mucho muy importante.

Quisiera terminar mi intervención con dos preguntas, una ya más o menos usted le fue dando solución, que es el Hospital de Topilejo, Hospital General de Topilejo, que deja de ser un materno-infantil y que se busca la necesidad de cubrir y atender a un mayor número de población en las zonas más desprotegidas, la zona de la montaña, del sur de la Ciudad de México, se va obviamente a la conclusión del Hospital General, deja de ser materno-infantil.

Yo le quisiera preguntar, obviamente no depende de usted, Secretaria, depende obviamente de la Secretaría de Obras y de las distintas instituciones que están involucradas en la construcción, ya la operación les corresponderá a ustedes directamente, pero saber aproximadamente cuándo pudiera estar ya listo este Hospital General.

Preguntarle, porque el Hospital General se va a encontrar en un punto trino. ¿A qué me refiero? Cercano a Morelos, cercano al Estado de México y a la Ciudad de México. ¿Le dará atención este hospital y el sistema de salud pública no solamente a los capitalinos sino también a la gente que viene de Morelos, porque se le hace más cercano, a la gente del Estado de México porque les queda más cercano y porque hay mayor eficiencia, como se ha dicho en esta mesa, para brindar un servicio de salud? Preguntaría, porque es una pregunta obligada, no como el Gobernador de Aguascalientes, que dice que si no eres de aquí entonces se van a la chingada.

Entonces, aquí yo sería mucho muy preciso, me parece que el sistema de salud de la Ciudad de México pueda estar atendiendo no solamente a las y a los capitalinos, sino en una visión social de un estado de bienestar brindarles bienestar y salud a todas las mexicanas y mexicanos.

Muchas gracias, diputada Presidenta.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado Carlos Hernández Mirón.

En el orden ya establecido, le daríamos el uso de la voz a la doctora Oliva López Arellano, Secretaria de Salud.

LA C. DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO.- Gracias por las preguntas y por los comentarios, porque justamente nos permite ir afinando no solo la respuesta, sino identificar dónde están esos puntos que no han quedado claros o donde nosotros en la Secretaría de Salud tenemos que avanzar para nosotros mismos clarificar su implementación.

Respondo, voy a tratar de responder en el orden que fueron planteadas las preguntas. Sobre el desabasto de medicamentos para niños con cáncer, nosotros en la ciudad, en lo que corresponde a la red de servicios sobre la que tiene injerencia, que controla la Secretaría de Salud, solo tenemos un hospital, el hospital pediátrico de Moctezuma que atendemos niños con cáncer; como ustedes saben la red son 32 hospitales, 230 centros de salud, 16 clínicas especializadas, todo el subsistema de atención médica en reclusorios y medicina legal, o sea es un sistema amplio, complejo, pero sobre todo tiene especificidades y aquí yo quiero resaltar eso, porque tenemos un nivel hospitalario segundo nivel plus porque son hospitales de segundo nivel, pero los pediátricos tienen especializaciones y los hospitales generales tienen especialización, entonces caso de niños con cáncer son atendidos solo en el hospital pediátrico de Moctezuma, son 150 niños aproximadamente y tenemos contrato un servicio integral de mezclas. Entonces nosotros no sufrimos todo el año pasado de ningún desabasto, este desabasto fue en los hospitales de referencia, en los hospitales federales, sobre todo el Federico Gómez, pero nosotros no tuvimos ese problema.

Ahora, eso no quiere decir que no estemos en el filo de la navaja, porque ahora la empresa con la que tenemos contratado este servicio nos está diciendo que sí vamos a tener ya problemas en los próximos meses, pero ahí estamos optimistas de que justo ya va a empezar la distribución de estas claves que estuvieron agotadas, que todos ya

sabemos cómo fue la situación del desabasto en particular de metotrexato para los niños con cáncer, que es además un medicamento de batalla, pero para no entrar en eso, nada más nosotros decirles que no hemos tenido ese problema, estamos muy atentos y ya le planteamos en la compra consolidada, ya se planteó que necesitamos que nos consideren para no tener problema, en particular son varias claves, no recuerdo ahorita el número, pero son las que estarían ya avisándonos que en los próximos meses, si no llega el medicamento, vamos a tener problema, pero hasta ahora no hemos tenido ningún problema y somos optimistas de que como ya llegó el cargamento, ya está la importación, ya empieza la distribución, entonces vamos a conseguir sortear el problema, o sea nunca vamos a tener desabasto para estos niños.

Es un problema crítico y es un problema nacional, pero lo están enfrentando con estos mecanismos de importación de medicamento, además hay que decirlo, de buena calidad, porque también eso se ha prestado para que se diga que no es medicamento acreditado, que no es medicamento con licencia, aprobado por COFEPRIS y no es real, o sea sí tiene todas las aprobaciones de COFEPRIS.

El segundo tema, Médico en tu casa, lo transformamos en un programa Salud en tu casa, el Médico en tu casa tenía un efecto más publicitario que real, porque cuál era el problema, sacaban a los médicos de los centros de salud y utilizaban muchos pasantes y se iba a las casas pero no tenían seguimiento, entonces nosotros, manteniendo la utilidad de salir a territorio, que eso era muy importante, lo que hicimos fue fortalecerlo y a los pasantes a veces salen pero siempre van acompañados de médicos acreditados, o sea de médicos con cédula, entonces tenemos médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales y promotores de salud que están saliendo en brigadas y en el 2019 visitaron un total de 416 mil domicilios, se identificaron 16 mil personas en condiciones de salud que ameritan atención domiciliaria.

A estas personas estamos tratando de que sean visitadas. No podemos por el número o el volumen de brigadas y de personal que está, no podemos visitarlas todos los meses, pero estamos visitándolas mes y medio o dos meses, cada dos meses. O sea sí hay un esfuerzo de darle continuidad a la atención, y también están siendo referidos a centros de salud cuando sus condiciones lo ameritan y cuando pueden tener movilidad.

De estos, el 22 por ciento corresponde a adultos mayores, esta atención, personas con discapacidad un porcentaje menor, también hemos identificado personas postradas y 105

personas con enfermedad terminal que éstas tienen el programa de cuidados paliativos. Así ellos específicamente tienen además un apoyo de personal que tiene capacitación en cuidados paliativos y acompañamiento en la muerte digna.

Es importante destacar que con estas acciones logramos incrementar 11 por ciento lo que ya hacía *médico en tu casa*. Entonces sin destacar, digamos más bien transformando en una lógica integral el programa de *médico en tu casa*, lo que hicimos fue menos fotos y más acciones en territorio y creo que hemos tenido bastante éxito y vamos a fortalecerlo este año.

También estamos saliendo en conjunto con la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social y eso también potencia la intervención porque hay muchas cosas de condiciones sociales que SIBISO puede intervenir, apoyar, contribuir a que la persona y la familia que se identificó a través de Salud en tu Casa, puedan ser atendidos más integralmente.

Entonces, eso yo señalaría y hay datos que ya próximamente los vamos a hacer públicos del 2019, 147 mil consultas a domicilio, 81 mil que son médicas, porque también hay 27 mil 600 odontológicas y 13 mil de psicología, 13 mil y piquito de nutrición y 10 mil de fisioterapia.

Entonces, estamos con estas acciones revitalizadas y sobre todo tratando de que tengan continuidad en la atención y que sea una atención integral.

En términos de los avances al Seguro Popular y el expediente clínico electrónico y la conectividad, ahí tenemos un problema que hemos avanzado pero no lo conseguimos resolver del todo. Nuestros hospitales, como ustedes saben, ya son viejitos. Hemos reforzado la conectividad con estos *GPON*, que son puntos de reconexión y que permiten fortalecer la conexión y con el mantenimiento a las antenas de microondas, creo que se llaman así, pero las antenas que hacen la reproducción de las ondas, pero no ha sido suficiente, no pudimos darle mantenimiento a todas las antenas por un problema de recursos, se le dio mantenimiento a las principales y el expediente clínico electrónico ya está en todo el nivel hospitalario, pero aquí también hay resistencias que van más allá de la generalización de la tecnología.

Tiene que ver con los médicos, sobre todo médicos que se habituaron siempre a hacer sus notas médicas en máquinas de escribir. Ayer que la doctora Sheinbaum nos acompañó, estuvimos en el recorrido en el hospital de Tacubaya, dijo cómo pueden tener

todavía máquinas de escribir, y la directora defendió la nota médica hecha por cualquier medio, y a veces falla la conectividad, a veces falla el tóner y está la máquina de escribir.

Entonces, tenemos un rezago tecnológico importante, pero sí estamos atendiéndolo, desde luego como lo señala la diputada, es clave tener el expediente electrónico y un identificador único que también en eso estamos avanzando, que sea el CURP, al hacer esta fusión del padrón de afiliados del ex Seguro Popular, con el padrón de afiliados de gratuidad, un identificador único para que la persona con esa identificación pueda transitar en todas las unidades de la red de Secretaría de Salud.

Entonces, sí hay un problema de fragmentación y ahí me voy, no sé si respondí suficiente, me voy a la otra pregunta.

Nuestro problema como sistema de salud nacional y local, por cierto, es un problema de origen, nacimos fragmentados, esa segmentación laboral, la segmentación de los que tienen seguridad social laboral y los que no tienen adscripción laboral o tienen adscripciones precarias y están en lo que se había llamado población abierta, es un problema de origen y además al interior de cada uno de esos espacios hay una fragmentación, porque no es el sistema de seguridad social laboral, sino que son múltiples sistemas, ya los señalaban, los más importantes IMSS, ISSSTE, pero están otros sistemas como el de las fuerzas armadas, tan fragmentados los estados, tienen algunos sistemas estatales de seguridad social.

Entonces hay una enorme segmentación y además el Subsistema de atención privada que ha crecido mucho y atención privada también fragmentada, porque tenemos desde la gran empresa médica hasta los consultorios de farmacias y también ese es un subsistema privado.

Entonces el problema del sistema de salud del país y de la ciudad, es la segmentación de origen, la fracción al interior de esa segmentación de origen y la tamización programática y a esto el seguro popular también contribuyó, porque era otro grupo específico que estaba afiliado al seguro popular, entonces teníamos los que eran población abierta y no estaban afiliados a nada, los de padrón de gratuidad y los del padrón del seguro popular.

Todo eso se ha ido, pero eso es un trabajo técnico, fino, de todos los días de ir alineando los programas, de ir articulando de manera integral en materia de tener de atención y prevención de cáncer de mama, de cáncer de próstata, de cáncer cervicouterino, hacer un

programa general de atención y prevención de cáncer con especificidades, igual con las enfermedades crónicas, de las otras, por ejemplo diabetes, hacer programa integrales.

Ese es un problema y cómo el INSABI creemos que nosotros en la Ciudad de México podemos avanzar. Desde luego cuando se plantea el INSABI es un paraguas muy importantes, porque quita el sistema de protección social en salud, quita esa lógica de mercado, cuando yo digo lógica de mercado tiene que ver con compraventa de servicios, pero sobre todo con la perspectiva de que la salud es una mercancía que el problema de salud se resuelve comprando servicios por distintas vías.

Para nosotros la salud es un derecho, es una meta capacidad-humana y el Estado es el sujeto obligado para garantizarla, entonces sí hay una diferencia y el INSABI parte de eso y por eso es un paraguas en la Ciudad de México.

En esa medida, cuando ellos dicen vamos a tener un sistema unificado, en principio habían dicho de la fusión, pero también yo creo que es pertinente que si bien aspiramos a eso, muchos de nosotros aspiramos a un sistema unificado, integrado, de salud y seguridad social, no es posible en el corto tiempo de 6 años y por eso creemos que finalmente el presidente definió, dejamos seguridad social y vamos alinean todo lo disperso de atención a población abierta a través del INSABI, y por eso es la propuesta de federalización.

Vamos a ordenar ese campo y en eso a nosotros sí nos ayuda ese discurso y esas propuestas generales de coordinar, de reordenar nómina, de reordenar infraestructura con una mirada no sólo una mirada nacional y regional, porque muchas veces tenemos en la Ciudad de México ahorita, el problema del hospital La Pastora que se quedó inconcluso, está en Gustavo A. Madero, lo construyó la alcaldía, son 9 mil metros cuadrados, 9 mil metros cuadrados de construcción ya hecho, pensado para un hospital y no cubre, no cumple con el drenaje de hospital, tiene drenaje doméstico, mufa doméstica y no tiene estacionamiento.

Entonces el INSABI está proponiendo ordenar eso, tener una mirada nacional y regional de dónde se necesitan los servicios, qué tipo de servicios y apuntalar en esa lógica, entonces a nosotros sí nos va a apoyar esa mirada, porque por ejemplo tenemos formada La Pastora, tenemos ahí formada La Pastora para que nos apoyen para su reordenamiento y su puesta en funcionamiento.

Entonces pretenden reordenar nómina, infraestructura, la compra consolidada, y es muy importante, y la compra consolidada de medicamentos y la alineación de todo lo que tiene que ver con población sin seguridad social.

Entonces el diputado tiene razón cuando dice que no está el convenio, ahí yo me comprometo, perdón, el acuerdo de federalización, el acuerdo se llama Acuerdo de Adhesión, no está, no ha sido público, es como un documento muy sintético, más bien como un acuerdo de intención, pero eso lo podemos enviar. Nada más dice que estamos de acuerdo en esa propuesta.

Lo que estamos trabajando es en el convenio específico y que seguramente ese esta semana va a quedar, porque necesitamos que se reconozcan las especificidades que ya señalaba de la Ciudad de México.

También el compromiso es que en cuanto quede se hace público, incluso hay una cláusula me parece que se debe publicar en cuanto quede ya, que se firme.

Ahora, qué pretende hacer el INSABI. La propuesta de INSABI es gradual pero a los 6 años sí haber reordenado el sistema y tener esta operación con una conducción única, sí es la propuesta del INSABI.

Nosotros creemos que es correcta y que donde debe haber libertad es en la gestión y en la operación de los distintos modelos. Si bien nos alineamos al modelo SABI, que es lo que proponen, hay diferencias locales, por supuesto no es lo mismo un modelo adecuado a Chiapas, a Guerrero o a Oaxaca que un modelo a la compleja Ciudad de México, donde también ahí, y eso lo señalo, como insistimos, que la salud es un derecho, es para las personas, para todas las personas; y si vienen, y a diferencia del Gobernador de Aguascalientes, si vienen migrantes atendemos, si vienen del Estado de México atendemos, si vienen de foráneos atendemos.

Aquí la cosa es cómo con esos Estados, con esos espacios nos podemos poner de acuerdo para que no se desfonden las finanzas de la ciudad y podamos recuperar la atención que se prestó a esa persona.

Entonces tenemos en nuestro modelo de Salud en Tu Vida, un esquema, creo que ya se los había dicho, un esquema de este tipo donde tenemos los programas especiales, la concentración intensiva por índices de desarrollo social en toda la ciudad, pero también el cintillo externo gris tiene que ver con una ciudad solidaria que atiende a la población, y así lo ponemos, a la población conurbada y a la población foránea, porque nuestros

hospitales por este plus que decía de especialización pues atienden a población también de Guerrero, de Oaxaca, también vienen de Veracruz, de Tlaxcala, de Hidalgo, a cosas muy específicas.

Por ejemplo, ayer que fuimos al Hospital de Tacubaya, especializado en niños quemados, teníamos de Michoacán, de Veracruz, de Morelos, de Estado de México y por supuesto de Ciudad de México.

Entonces esa es nuestra tarea de garantizar el derecho a la salud a todas las personas que están en la Ciudad de México y tenemos que buscar los convenios se para que no se desfonden las finanzas de la ciudad. Eso es muy importante.

En términos de cuánto recurso, el INSABI lo que nos mandó, el techo presupuestal del INSABI es exactamente el mismo que dio el Seguro Popular el año pasado, que se suma a lo que pone la ciudad y más o menos son, así de memoria, 3 mil 200 millones de pesos. Es lo que está poniendo en este momento el INSABI, que es el techo presupuestal que nos señaló.

Que nos permite fortalecer, seguir fortaleciendo, usar lo que ya se usaba para el extinto Seguro Popular, pero distribuirlo más equitativamente, porque por ejemplo, teníamos problema que ya no podíamos usar recursos en Legaria, que es un hospital especializado en neurocirugía y neurología pediátrica, porque estaba en riesgo de perder la acreditación. Finalmente está acreditado pero el Seguro Popular amenazaba que ya no podíamos tener recursos para ese hospital que da una atención muy importante para una problemática esencial.

Una de las primeras causas digamos de mortalidad en el grupo de escolares son los accidentes y son traumatismo craneoencefálicos, que se atienden en Legaria.

Entonces, el hecho de que el INSABI nos mande ese recurso pero ya no esté que para unidad etiquetada, que 40% solamente para contratación de personal, que no se vayan a pasar del 5% de esto, o sea no haya esos candados, nos va a facilitar la operación, entonces eso es muy importante para nosotros.

Luego la implementación fina, o sea nosotros reconocemos que el Seguro Popular lo que sí desarrolló fueron muchos instrumentos que podríamos decir de gestión fina, financiera, presupuestal y de seguimiento, esos los vamos a mantener, o sea vamos a mantener el padrón, lo vamos a hacer de otra manera, no va a tener los condicionamientos, pero un padrón de usuarios es muy importante.

En este padrón hay 3 millones y en el de gratuidad 4 millones, o sea están muchos duplicados y hay muchas que le llaman colisiones, 400 mil son asegurados, que hay que depurar para no tener esto que se señalaba también, que hay personas de la seguridad social que usan intensivamente nuestros servicios y que deberían estar en el Seguro Social o en el ISSSTE, ahí tenemos que hacer convenios porque no podemos negar la atención. Ese sí es un compromiso de la doctora Sheinbaum, un compromiso nuestro, digamos una instrucción a las unidades, que no nieguen la atención.

Ahora, tenemos todavía resistencias, de repente va la gente y le dicen: “No, fíjese que se acabó el Seguro Popular y ya no podemos atenderlo”. No, hay que difundir que nosotros no interrumpimos los servicios a nadie, que los afiliados al Seguro Popular pasaron en automático al padrón de gratuidad, aunque no esté, o sea en automático son usuarios de servicios médicos y medicamentos gratuitos, luego nosotros vamos haciendo lo que nos toca a nosotros, el identificador único, el padrón único y el seguimiento con el expediente clínico electrónico.

Esa implementación fina también vamos a mantener la figura de gestores, porque son estos gestores de derecho a la salud, así se llamaban y son gente que está monitoreando que sí se den los medicamentos, que sí se atiende a la persona. Eso lo tenía el Seguro Popular nada más para sus afiliados, nosotros lo vamos a mantener para fortalecer la prestación del servicio de todos los que van a la unidad, tanto ambulatoria como hospitalaria. Entonces, esos instrumentos particulares no hay por qué desecharlos si la lógica los inscribe en una lógica de derecho a la salud. Eso es lo que estamos haciendo.

Entonces, cuando nos preguntan cómo se va a estructurar, nosotros vamos de gana porque tenemos la Ley de Gratuidad y la experiencia de la gratuidad, que además por fortuna varios de los que estamos aquí estuvimos en ese primer momento, en ese equipo con el Jefe de Gobierno, el licenciado López Obrador, del 2000 al 2006, con la doctora Laurel como Secretaria de Salud.

Nosotros éramos parte de ese equipo que le tocó la implementación, que le tocó el programa de servicios médicos gratuitos, que le tocó implementar varias de las cosas de gratuidad, entonces somos comprometidos con la gratuidad al momento de usar los servicios, con la universalización, pero también con las cosas técnicas de cómo se hace, o sea sí le sabemos a esa parte no sólo del concepto, del discurso, de la plataforma digamos político-técnico sino a cómo se arrastra el lápiz y se consigue que se vaya

expandiendo, no hablamos de focalización sino de intensificación de acciones, por dónde empezamos, cómo vamos expandiendo el modelo, etcétera.

Entonces, la organización y la gestión de servicios es lo que proponemos y es lo que creemos que vamos a mantener, o sea vamos a mantener ese margen de maniobra, si bien INSABI va a monitorear nómina y va a centralizar la nómina sobre todo del primer nivel de atención, que es la más fácil de centralizar porque es la nómina que pertenece a los servicios de salud pública pero que tiene unas condiciones generales de trabajo y un único patrón, que es nacional, y un sindicato nacional que la regula.

Entonces eso es más fácil, pero nosotros estaremos en esta parte de gestión, de organización utilizando todo lo que a nuestro juicio resultó útil en términos de instrumentos particulares del Seguro Popular colocándolos al servicio de la gratuidad, de la universalidad, de la integralidad y de la atención primaria a la salud y la construcción de redes.

Ya nada más termino con lo del hospital general de Topilejo, pues sí y además estamos negociando con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes una entrada directa a la autopista y ya sabemos que vamos a atender accidentados de la autopista, que pueden ser de cualquier lugar, de cualquier sitio. Este hospital general va a tener un espacio de urgencias fortalecido y un CRUM, un Centro Regulador de Urgencias Médicas de la zona sur.

¿Por qué esto? Porque estamos pensando en las condiciones reales de la ciudad, o sea la ciudad no puede quedarse con T1 que son consultorios que tienen poca capacidad resolutive, tenemos que fortalecerlos y crecerlos; tenemos que trabajar con los consultorios de farmacia, por ejemplo, y ahí voy adelantando a coronavirus, pues una de las cosas que salió en el comité de seguridad en salud que se instaló, es dar capacitación al médico que atiende en farmacias, porque seguramente no con nuevo coronavirus, porque todavía no tiene esa lógica de epidemia, no hay casos en el país ni en la ciudad, pero sí con influenza, tienen que identificarla tempranamente y dar el tratamiento, entonces la capacitación es muy importante y es un sector que está abandonado y que lo vamos a atender.

Creo que con esto termino, es fortalecido y tercera en octubre.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, doctora Oliva López Arellano, Secretaria de Salud de la Ciudad de México, por sus respuestas al tema de implementación del modelo

INSABI, y como ya lo acordamos en la pasada intervención, pues ya se cambió el programa de la mesa, pues ahora nos tocaría hablar sobre el tema de coronavirus. Si están de acuerdo, compañeras y compañeros diputados, enlistaríamos a las personas que quieran hacer uso de la voz o tengan alguna duda. Entonces le pediría al diputado Secretario que pudiera enlistar a los diputados que quieran participar en esta ronda de preguntas con el tema de coronavirus.

EL C. SECRETARIO.- Gracias, diputada.

Para saber qué diputados están interesados. De entrada un servidor está interesado. ¿Alguien más? Diputado Jorge Gaviño, Lizette, Yuriri.

LA C. PRESIDENTA.- El diputado Carlitos Mirón está muy contento porque vamos a tener hospital en Tlalpan, el diputado es diputado de Tlalpan.

EL C. SECRETARIO.- ¿No? Perfecto. Entonces sería su servidor, el diputado Jorge Gaviño, la diputada Lizette Clavel y la diputada Yuriri.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado Secretario.

Entonces en ese orden le daríamos el uso de la voz al diputado Tonatiuh González Case, del Partido Revolucionario Institucional.

EL C. DIPUTADO ARMANDO TONATIUH GONZÁLEZ CASE.- Gracias, diputada.

Secretaria, en un afán yo creo que de preocupación por parte de la sociedad, de los capitalinos, inclusive del país, porque a final de cuentas es algo que estamos viendo no nada más en las noticias, sino estamos, bueno también estamos viendo que es un tema ya a nivel mundial y, lógico, preocupa este tipo de situaciones y sí traigo varias preguntas en el sentido de que por lo menos nos deje con más tranquilidad y podamos hacerlo saber a las personas que conozcamos de que el gobierno está preparado para una situación de este tipo, y recordando un poco, por ejemplo notas del periódico Reforma, con información del periódico Milenio, hasta el momento se han detectado 14 posibles casos de coronavirus en todo el país.

También se dice que en la Ciudad de México se encontraban dos casos, uno en donde ya se descartó y el otro es uno que se está supuestamente estudiando.

Otro de los casos que alertó a la capital fue de un turista chino que estuvo en la Ciudad de México y después viaja al país del norte y supuestamente allá le encuentran este

coronavirus, pero lo que más nos preocupa es el supuesto seguimiento que se le dio a todo este caso para saber que sí no haya infectado a otras personas.

Entonces, sí nos gustaría saber por ejemplo qué seguimiento se le está dando a este caso para descartar algún contagio con las personas que tuvo contacto, qué acciones va a implementar el Gobierno Federal en conjunto con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para tener un control de ingreso en el aeropuerto de la capital del país para que no vuelva a suceder esto que tanto se comentó de este turista chino que anduvo por nuestra ciudad.

Le comentaba que las noticias marcan que hay dos casos de posible *coronavirus*, uno que supuestamente ya está descartado, pero también nos preocupa porque en un principio el Gobierno Federal se mostraba optimista para atender un posible brote, sin embargo sus predicciones ya no fueron tan alentadoras hace una semana porque dijeron que no estábamos preparados para un brote general.

En el caso de la Ciudad de México hay que recordar, yo en ese entonces era diputado, en el 2009, se llevó a cabo una campaña eficiente, me consta porque también pertenecía a esta Comisión de Salud para atender la influenza del *H1N1* a pesar de la psicosis que se generó y por ello también le preguntaría por qué ha subido la preocupación en datos que hemos visto de un 43 por ciento a un 57 por ciento ya entre la población. En caso de que llegase a haber algo así, cómo son las pruebas para descartar cualquier tipo de sospecha, cómo podemos saber que a lo mejor también no sea un *coronavirus*, cuál es la diferencia entre este *coronavirus* y una simple gripe, un resfriado o lo que ustedes comentaban de la influenza. Si hubiera un caso de estos, que ojalá que no existiera en nuestro país, pero si llegase a darse esto, cómo se va a atacar, qué es lo que se está haciendo para poderlo atacar.

También nos interesaría saber qué personas son las más vulnerables para este tipo de enfermedad, porque en las noticias hemos visto que los que son ya adultos mayores son los que han fallecido, pero sin embargo también vemos por otro lado al doctor que supuestamente fue el que lo descubrió que falleció y tenía alrededor de 33 años.

Entonces, sí insisto, es un tema sobre todo de saber cómo se atendería una psicosis, en caso de que ya hubiera una persona contagiada en nuestra ciudad o en nuestro país, que insisto ojalá que no, pero que ahí está y está sucediendo hasta en los países de primer mundo.

Esas serían las preguntas, Secretaria, gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado. Le damos el uso de la palabra al diputado Jorge Gaviño Ambriz, del Partido de la Revolución Democrática.

EL C. DIPUTADO JORGE GAVIÑO AMBRIZ.- Gracias.

Creo que estamos en buenas manos con usted, la cabeza, se lo digo con honestidad, es usted una persona experta en este manejo de temas.

Me da tranquilidad también el tema del recurso que usted nos está informando que es prácticamente que el recurso está ingresando íntegro el que se manejaba del seguro y que ahora ustedes lo van a emplear de una manera directa, quizá con más libertad y con mejor eficiencia.

No estoy de acuerdo en el asunto de *médico en tu casa*, porque creo que es una propaganda, se lo digo también honestamente, porque decía Maquiavelo, *si no quieres cambiar algo y aparentar que cambias, cámbiale el nombre*, y *médico en tu casa* y *Salud en tu casa* tiene nombre distinto. Sí creo que están haciendo ustedes un esfuerzo para mejorar el programa, pero es un mismo programa, a lo mejor antes iban pasantes y ahora van médicos, como usted lo está señalando, a lo mejor ahora van a contratar a más médicos y harán un programa más apegado a los protocolos de búsqueda de enfermos y de atenderlos directamente en sus domicilios, pero finalmente señalo y así lo digo con toda claridad, creo que cambiarle el nombre es un acto propagandístico, pero bien. No pongo en duda pueda mejorar este programa y ojalá así sea para el bien de la ciudad.

En lo que respecta al tema del virus, iba a hacer algunas preguntas que ya hizo el diputado Tonatiuh, se trata de un virus muy contagioso como bien se sabe, tan contagioso que las autoridades chinas están implementando medidas extremas para hacer cateos casa por casa para llevarse a las personas infectadas a campos de concentración masivos.

Hace unas horas se reportó que un oficial de salud japonés que entró a supervisar las condiciones de los pasajeros del crucero que está infectado, se contagió de virus a pesar de haber tomado las medidas más estrictas de seguridad.

El día de ayer la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión en México, aprobó por unanimidad un punto de acuerdo para exhortar a la Secretaría de Salud Federal y al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a fortalecer los protocolos de

detección del coronavirus, en los puertos y aeropuertos del país para evitar su contagio y propagación.

Mismo asunto que yo ya había propuesto aquí en el Congreso y fue rechazado, prácticamente yo aquí preguntaría está en ese sentido está usted de acuerdo en este exhorto que hace la Cámara de Diputados Federal, que además fue por unanimidad de los diputados presentes: ¿Cuáles son los protocolos de actuación que se han implementado para detectar los casos del coronavirus y cómo se puede fortalecer; hasta qué grado deben endurecerse; hay pruebas en la Ciudad de México para detectar el virus, si así es cuántas; qué laboratorio está haciendo estas pruebas, quiénes son más susceptibles de la enfermedad, ya lo señaló el diputado Tonatiuh?

Hasta ahora las autoridades internacionales de salud que están atendiendo la emergencia han señalado que el tratamiento para el coronavirus básicamente consiste en cuidados de apoyo respiratorio para apoyar a los pacientes a respirar y dejar que el sistema inmunológico haga su trabajo y se cure a sí mismo, ninguna medicina ha sido aprobada hasta este momento para tratar este virus, ¿hay suficiente capacidad en los hospitales de la ciudad para dar ese tratamiento de apoyo a los que eventualmente estén enfermos?

Por sus respuestas, muchas gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado Jorge Gaviño.

Le damos el uso de la voz a la diputada Lizette Clavel del Partido del Trabajo

LA C. DIPUTADA LIZETTE CLAVEL SÁNCHEZ.- Muchísimas gracias, Presidenta.

Doctora, coincidiendo un poco con mis compañeros, pero a la vez más bien diciendo que considero que están perfectamente establecidos los protocolos tanto de aviso epidemiológico como de actuación, pero que lo que quizá el área de oportunidad que tenemos es la de informar objetivamente a la sociedad y específicamente en la capital.

Por ejemplo, me parece que nos ha fallado un poquito en el sector salud como en todo el gobierno, cómo difundir las acciones preventivas y los protocolos preventivos para evitar justamente este contagio.

El tema de los aeropuertos y puertos, buenos son aeropuertos y puertos fronteras, tenemos frontera norte que cruzan nacionales como estadounidenses a pie, que lo hacen también en autobuses, pero también diría esa es una condición que corresponde a salud federal, no solo a la Ciudad de México, pero en la Ciudad de México sí tenemos

correlación para el tema del aeropuerto capitalino donde tenemos extranjeros que están entrando y saliendo continuamente.

El hecho en sí mismo me parece que me documenté, estuve revisando y sí tenemos los protocolos, sí tenemos los mecanismos de acción preventiva y correctiva para todo, un probable caso como brote también, pero me parece que lo que me permitiría sugerir es la difusión de acciones preventivas a la sociedad para que podamos evitar esta psicosis de la que nos hablaban tanto los medios de comunicación como redes sociales y algunos de nosotros mismos.

Muchísimas gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputada Lizette Clavel.

Quien nos ha pedido también la palabra es la diputada Yuriri Ayala Zúñiga, a quien le damos la bienvenida a esta mesa del trabajo de partido MORENA.

LA C. DIPUTADA YURIRI AYALA ZÚÑIGA.- Muchas gracias, diputada Lourdes Paz. Bienvenida, doctora Olivia López Arellano.

A mí me gustaría conocer definitivamente el momento en que nos encontramos a nivel internacional, derivado del brote de coronavirus, pues nos ha mantenido alerta.

A mí me gustaría que nos pudiera comentar tras la declaratoria de emergencia internacional de salud pública por este brote, en qué momento es en el que nos encontramos actualmente en la ciudad y si nos pudiera también comentar de qué manera la Secretaría a su cargo coordina acciones con las autoridades federales para hacer frente a los casos que eventualmente se llegaran a presentar y cómo se está participando desde su Secretaría en el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica y en el Subcomité Técnico de Enfermedades Emergentes y si ya se tiene preparado algún protocolo de actuación.

También preguntar si los médicos que están en los hospitales de la Ciudad de México se han capacitado o se está otorgando algún tipo de cursos para que se puedan detectar este tipo de virus. Cómo se está preparando al personal médico de la Secretaría.

Sería cuanto.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputada Yuriri Ayala.

También ha pedido el uso de la palabra el diputado Carlos Hernández Mirón, del Partido de MORENA.

EL C. DIPUTADO CARLOS HERNÁNDEZ MIRÓN.- Gracias, diputada Presidenta.

Secretaria, yo preguntaría lo siguiente, porque la intervención de mis compañeras y compañeros legisladores más bien me genera una preocupación, que no se esté llevando a cabo una información certera con respecto a este COVID-19, este coronavirus que hoy ya tiene nombre y que pudiera caer más bien en el tema de la especulación o de la falsa información o de la información no robusta.

Porque generalmente se generan noticias en donde se exalta “no se ha llevado a cabo el protocolo en los aeropuertos de la Ciudad de México”, pero estamos a días, a semanas que ha surgido el coronavirus, el COVID-19, y el país no ha sido todavía, no se ha detectado un caso.

Se especula también con el número de enfermos, cuántos en Jalisco, cuántos más o menos se han detectado en la Ciudad de México y se van descartando.

Sabemos muy bien la información que se ha dado por parte del doctor Hugo López Gatell en términos de la información que se está llevando y obviamente los protocolos, pero sobre todo el proceso de información más certera no solamente para que las y los diputados tengamos la información, sino lo más importante, que la ciudadanía tenga certidumbre con respecto a este coronavirus, realmente ponerlo en el centro, no ponerlo en la especulación ni en la fake news, en la noticia falsa, sino más bien ponerlo en el centro de donde debe de estar y cuál es esta situación.

La temporalidad de esto sería mi pregunta, Secretaria: Estamos prácticamente a mediados de febrero, obviamente comenzará ya la época donde el calor es más intenso y obviamente eso tiene una afectación directamente en este tipo de virus que afectan principalmente vías respiratorias.

Qué se tiene programado en este lapso tan corto de tiempo para que concluya la época de fríos en la Ciudad de México y en el país, obviamente en el norte se sigue sintiendo mucho frío, pero ya estamos prácticamente de salida.

Cómo se han atendido y sobre todo entendiendo el tiempo, entendiendo los protocolos, entendiendo las noticias y entendiendo que también el Gobierno Federal ha definido un día para que se esté informando solamente de este tema. El Gobierno Federal ha definido

un día y una persona específica para que no se haga una, que se manosee, si me permite el término, esta información y el tema del coronavirus, hoy COVID-19.

Entonces en el caso del Gobierno de la Ciudad cómo podemos centrar de manera informada para la gente, de manera certera, el tema del coronavirus.

Muchas gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias, diputado Carlos Hernández Mirón.

Le cedemos el uso de la palabra a la doctora Oliva López Arellano.

LA C. DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO.- Gracias.

Empiezo por lo que no es de coronavirus.

El cambio de salud, el modelo completo se llama Salud en Tu Vida y el cambio de Médico en Tu Casa a Salud en Tu Casa no es sólo un cambio de nombre, o sea, aquí lo que sí tiene la intención es colocar el componente de salud como lo esencial, porque eso nos hace mirar a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad.

Mientras que Médico nos remite a atención médica, curación, a un aspecto que es fundamental, sin lugar a dudas, que hay que atenderlo, pero que restringe esa mirada.

Entonces al poner Salud en tu Vida, Salud en tu Casa, Salud en tu Escuela y Comunidades Saludables lo que estamos haciendo es mandando un mensaje que tenemos que trabajar por la salud, no sólo atender la enfermedad, no sólo cuidar que los enfermos tengan atención médica, sino colocar el tema de la promoción de la salud, de los determinantes sociales, de su transformación. Entonces en eso, ya sé, a lo mejor no nos ponemos de acuerdo, pero esa es digamos la perspectiva de todo el modelo y de contratar salud versus médico.

Ya entro directamente a lo de coronavirus. Me voy a permitir, creo que hay mucha información y tienen razón que a lo mejor no se está divulgando correctamente, porque todos los días a las nueve de la noche hay un boletín técnico de la Dirección General de Epidemiología validado por todos los epidemiólogos y toda la gente que está trabajando desde los estados para alimentar esto, que tiene información al día, al corte.

Entonces, con este corte que se publica en las redes de la Secretaría de Salud, que yo he tratado de enviarlo, con mucho gusto podría enviarlo, en cuanto lo tenga enviarlo a la Comisión de Salud para que lo circule, se lo mando a la diputada Lourdes y a quien esté

interesado para que lo tenga, hasta este momento tenemos 43 mil, o sea en el mundo, 43 mil 103 casos confirmados, 1,018 defunciones, con una letalidad global, esto es muy importante, no es tan letal, hasta donde se ha analizado el comportamiento, sabemos que un virus y un virus nuevo puede mutar, que todavía es poco tiempo de análisis de los datos, pero la letalidad global es de 2.36% y la proporción de casos graves es de 17%. Eso en el comportamiento mundial.

¿Quiénes son los más afectados, la población más vulnerable? Se ha identificado a adultos mayores y personas con co-morbilidad. ¿Qué quiere decir? Personas que ya tienen algún padecimiento basal y que son más, en general para todas las viremias tienen algún nivel de inmunodepresión, entonces son más sensibles a estas infecciones, entonces son los más vulnerables, mayores de 60 años y personas con co-morbilidad.

¿En México qué tenemos? En México ha habido un total de 14 casos sospechosos, de los cuales se han descartado 11, con la prueba que realiza el INDRE, el INDRE es quien realiza la prueba pero está a punto de descentralizarla a los laboratorios de salud pública de los estados, ya están por hacerlo para que cada estado tenga esa capacidad también de atender la prueba.

En este momento están 3 sospechosos en estudio: 1 de Jalisco, 1 de Ciudad de México y 1 en Nuevo León, son los que están. Seguramente hoy en la noche ya sabremos del de Ciudad de México, porque ese fue identificado como caso sospechoso un poquito antes, entonces da tiempo que se haga la prueba, los otros son de ayer, el sospechoso de la Ciudad de México es me parece que de antier, todos son casos leves, nada más uno requirió, es un caso moderado, requirió hospitalización y los otros están en aislamiento domiciliario.

Esto también es muy importante porque aquí tenemos que tener muy claras las definiciones. Caso sospechoso: cualquier persona, esto también cambia conforme evoluciona la epidemia, y si empezáramos a tener casos aquí en la Ciudad de México o en el país, que se tiene que modificar la definición operacional de caso sospechoso, pero hasta este momento que no hay ningún caso ni en el país ni en la ciudad, caso sospecho es persona de cualquier edad que presente enfermedad respiratoria aguda y que cuente con antecedente de viaje o estancia en China o haber estado en contacto con un caso confirmado o bajo investigación hasta 14 días antes del inicio de los síntomas.

Aquí caso confirmado es una persona que con esta definición operacional de caso sospechoso la prueba de laboratorio del INDRE resulte positiva.

Y contacto, que también es muy importante es, toda persona que haya estado a dos metros de distancia o dentro de la habitación o en un área de cuidado de un caso por un periodo prolongado de tiempo sin usar equipo de protección personal.

Con esto hago un breve paréntesis y comento el caso que fue muy mediático pero que se estaba estudiando desde que se tuvo el dato, este caso que se identificó, fue caso confirmado en Estados Unidos, y en Estados Unidos reporta sanidad internacional tenemos un caso confirmado acá con antecedente de viaje a Ciudad de México; en el momento en que se reporta acá, tanto la Dirección General de Epidemiología como Epidemiología local empiezan el rastreo de los contactos, que fue la nota que desafortunadamente se filtró, porque si ustedes vieran la nota de sarampión, del caso de sarampión, del contacto del caso importado de sarampión, del sobrecargo de Interjet, se le hizo un estudio a 156 contactos. O sea son notas técnicas que deben permanecer en el área técnica y luego tener cuidado en la difusión, porque si no generan la alarma que se generó innecesariamente.

¿Quiénes eran contactos con esta definición operacional? Los dos operadores de Uber que desde el momento en que se tuvo el dato se les identificó y se fueron a descanso domiciliario y se les estuvo monitoreando y pasaron 14 días y no presentaron ningún dato.

¿Qué ocurrió? Y ahí voy a reforzar esto que señalaba el diputado, de cuidar la información, que no sean noticias falsas, que no discriminen, que no estigmaticen, que sean fuentes oficiales, el coronavirus se paseó por la Ciudad de México a partir de que el Uber, la empresa, tratando de ayudar pero sin habilidad y sin conocimiento técnico, da de baja a 243 cuentas que supuestamente pudieran haber tenido contacto porque se subieron al Uber. O sea, no supimos ahí muy bien cómo fue que definió esas 243 cuentas, pero generó mucha alarma innecesaria. Los dos contactos estaban estudiados y fueron monitoreados.

Entonces es importante, por ejemplo en el avión, tres filas alrededor, eso es un poco, pero además también y con eso avanza a otra de las preguntas, sanidad internacional monitorea no solo a partir del Covid-19, sanidad internacional tiene un protocolo de vigilancia epidemiológica, de patología, de interés epidemiológico internacional, son varias patologías, entonces hay presencia permanente de personas en el aeropuerto de sanidad

internacional, de epidemiología monitoreando vuelos que vienen donde hay fiebre amarilla, donde hay sarampión, donde hay virus del Nilo, o sea de todas las que son sujetas a vigilancia epidemiológica. Por lo tanto ahora con el Covid-19 lo que se hizo fue intensificar y vigilar específicamente esos vuelos, pero no quiere decir que es un operativo que se montó a partir del Covid, es un operativo que siempre está.

Ahora, como todos sabemos, si no hay problemas pues la gente baja la guardia y este es un buen momento para revitalizar, actualizar, revitalizar los procesos, monitorearlos, pero se está haciendo.

Ahora, también aquí hay que señalar que China hizo cosas muy importantes, China actuó de una manera contundente, no hizo aislamiento domiciliario ni aislamiento hospitalario, aisló ciudades completas y provincias completas, entonces lo que están encontrando ahorita es un momento ya como de estabilización y entonces si corremos con suerte, porque aquí también hay que decirlo, o sea pueda sonar un poco chusco, pero es que el mundo globalizado y el movimiento poblacional de las personas, hace que estemos con estos riesgos mundiales, porque se está monitoreando sobre todo los vuelos que vienen de la zona de mayor problema; de hecho de la provincia donde se originó se suspendieron todos los vuelos, no hay ningún vuelo que salga a Estados Unidos y que hiciera conexión para Ciudad de México o para el país, entonces ahí hay un elemento positivo. Pero los vuelos, por ejemplo uno también generó alarma pero no pasó a mayores, o sea no calificaba como caso sospechoso, que salió de China, fue a Dubái, de Dubái fue a Barcelona, de Barcelona viajó a Estados Unidos y de Estados Unidos viajó para acá y decían es que no lo identificaron, en Puebla, era una persona de Puebla, no le dieron seguimiento. O sea ya pasó 14 días circulando, no es caso sospechoso. Eso hay que tenerlo muy claro.

Claro que resulta de repente medio complicado estar diciendo *es que ya pasaron 14 días*, y luego las medidas generales de abuelita que yo digo que son medidas para todas las enfermedades respiratorias y para muchas diarreas, pueden sonar como poco impactantes, como simples pero son fundamentales. Aquí deberíamos tener un gel antibacterial y todos al entrar ponernos y al salir volverlo y darle una pasadita con un trapito con cloro, con alcohol a la mesa a la hora que nos vamos, limpiar los micrófonos y eso reduce enormemente los catarros, el *coronavirus* simple que produce catarro común y la influenza.

Entonces, esas medidas generales que yo coincido que falta intensificar esa difusión que esté en todos lados, que todos lo hagamos, que todos lo podamos tener. Por ejemplo, en todos los centros de salud y en los hospitales y oficinas públicas y reuniones hay que tener eso.

Lo de los protocolos también ha habido como mucho cuestionamiento de que no hay protocolos, pero sí hay protocolos. Yo creo que la enseñanza de la epidemia de influenza, de *AH1N1* del 2009, dejó mucho avance y muchos protocolos establecidos, muchos mecanismos de coordinación establecidos, algunos comités también preguntaban si nosotros participamos en comités desde el primer día.

No sé si ustedes vieron, pero la primera conferencia que dio el doctor Hugo López Gatell, nada más que yo estaba ahí pero estaba muy oscuro, no me veía, pero estaba un poco en representación de los secretarios de Salud de los Estados, la primera conferencia. Tenemos una relación muy fluida institucional y también personal con la gente de la Dirección General de Epidemiología, con la Subsecretaría que próximamente se llamará de Salud Pública y con estos mecanismos de participación en comités.

De hecho en la Ciudad de México ayer instalamos el Comité Estatal de Seguridad en Salud donde está toda la gente de Seguro Social, del ISSSTE, de PEMEX, de todas las instituciones de salud y el tema fue básicamente *coronavirus* y con eso continuó ya a las últimas cosas.

¿Qué están haciendo? Capacitación como se señalaba con médicos, porque también ese fue un caso mediático, porque llegó la ambulancia del aeropuerto, no calificaba desde que salió del aeropuerto era un caso sospechoso de influenza, pero como lo vieron salir encapsulado y lo vieron llegar al hospital encapsulado, que también ahí es un exceso de sanidad internacional, ya pedimos que no es necesario porque la gente que estuvo alrededor se asustó. Fueron como 10 minutos cuando llegó este caso, una paciente coreana, joven con probable influenza, pero tenía conexión, se sentía mal y entonces se llevó al hospital *Enrique Cabrera* y fue mucho mediático, pero no había problema. Ahí de nuevo las redes y la gente que estaba alrededor, entró en pánico, alarma, vio que bajó una persona encapsulada con rasgos asiáticos, pues dijo *esto es gravísimo*.

Hubo personas que incluso se movieron de hospital, se fueron a otros hospitales porque se asustaron. Ya hubo ahí que entrar a hacer reducción de daños, pero es insistir en que debemos que tener un manejo muy y yo lo he insistido con los medios, el día que hablé

con **Ciro Gómez Leyva** que fue el que estuvo difundiendo la noticia, le insistí mucho que había que ser muy responsables en la difusión.

Nosotros tenemos que hacer nuestra tarea, por supuesto de tener los protocolos, de implementarlo, de estar en todos los comités, de estar informando con mucha transparencia, pero también los medios, las redes tienen que tener una tarea de informarse en fuentes oficiales, o sea en fuentes oficiales, de información de primera mano, además está el pulso de la salud en las mañaneras los martes, está el informe técnico todos los días a las 9 de la noche y hay otros espacios también donde se va difundiendo la información.

Nosotros hemos hecho cápsulas informativas que están en *Twitter*, en redes de la Secretaría de la Salud y les decía, en términos de lo que hemos hecho, capacitación, muy importantemente para profesionales de la salud, médicos, porque están medio empolvados y ya olvidaron cómo era eso de activar los protocolos y están atendiendo y monitoreando Influenza, que es lo que hay en esta época, seguimos vacunando contra influenza, pero sí necesitan estar muy alertas frente al COVIT 19.

Monitoreo de medios, vigilancia en la unidades de salud, vigilancia en el aeropuerto internacional con este componente de vigilancia epidemiológica que siempre está, ya ahorita está muy orientado a COVIT y tener los insumos y esto también es muy importante porque todo el sector salud, ya lo que ha estado haciendo es también previendo, que creemos que no es por la letalidad que tiene, como se ha expandido en el mundo por la capacidad de contagio que tiene, no es tan contagiosa.

Yo les digo por ejemplo el dato de sarampión. El sarampión contagia a una persona infectada entre 12 y 18 personas, sarampión por es tan importante que sigamos vacunando y combatir estos movimientos antivacunas y estar monitoreando porque sarampión es contagiosísimo.

Este no es tan contagioso, de todos modos hay que estar alerta y por el comportamiento de la epidemia, creemos que no hay problema, nosotros tenemos 200 pruebas de inmediato para digamos si tuviéramos casos sospechosos que hay que hacerles la prueba, tenemos 200 en este momento y en la Ciudad de México solo ha habido 4 y ya descartados 3 y el que seguramente se descartará hoy o mañana esperamos.

Seguimos, creo que con esto más o menos señalé, los protocolos preventivos los tenemos que difundir, esto del gel, el lavado de manos, el estornudo de etiqueta, muy

importante que si la gente está enferma se quede en su casa. Esto es una recomendación para influenza, para enfermedades respiratoria, para cualquier cosa.

Hemos visto en las oficinas, todos tenemos muchísimo trabajo, viene una compañera, un compañero que no puede dejar de trabajar, viene y viene con su cubreboca y al ratito está otro enfermo, otro enfermo. Es mejor que se quede en su casa.

En este caso nosotros también estamos diciendo si se siente muy mal, es preferible que usen los recursos del sistema de salud, si es asegurado, si es del ISSSTE, nosotros estamos ahora con las brigadas de salud en tu casa, insistiendo que podemos ir a su domicilio, podemos ir a su domicilio para que no haga un contagiadero.

Entonces eso también es importante, sobre todo tenemos intensificadas las colonias prioritarias que tienen peores condiciones de vida y por lo tanto más riesgo en salud, no para el COVIT 19, porque ese literalmente va a llegar de fuera, no como la epidemia H1N1 que fue el brote inicial fue en el país, pero tenemos digamos esa capacidad de ir al domicilio.

Ya cierro con esta necesidad de no estigmatizar, no discriminar, manejar la información lo más responsablemente posible y sobre todo tener claro que en este mundo globalizados y donde no ha habido cierre de fronteras, todo eso también es muy importante, no ha habido cierre de fronteras ni restricción comercial, pues la gente circula de múltiples maneras y ya como se señalaba no solo por avión, caminando, por camiones y hay muchos vuelos, por ejemplo la cercanía que tenemos con Estados Unidos y también la frontera sur por donde están entrando muchos migrantes, hay una movilidad poblacional donde por eso estamos monitoreando sarampión, estamos monitoreando otras patologías, no solo el COVIT 19.

LA C. PRESIDENTA.- Muchísimas gracias, doctora Oliva.

¿Habría alguna diputada o diputado que quiera intervenir?

Diputado Tonatiuh.

EL C. DIPUTADO ARMANDO TONATIUH GONZÁLEZ CASE.- Gracias.

Secretaria, decirle que no nada más de hoy sino de siempre he dicho que la Secretaría más noble y mejor calificada de todos los gobiernos que han pasado por esta ciudad, ha sido la de salud.

Una grata sorpresa que estén así de preparados, que sepan cómo atacar esto y no dudo que lo van a saber, porque como bien lo dijo el del H1N1, salió aquí en nuestro país pero se atendió de una manera muy segura e inclusive a las personas extranjeras que salían corriendo a sus países se les decía que era lo peor que podían hacer porque iban a llegar y allá no iban saber ni de qué se trataba, lo conveniente era quedarse en el país y que aquí mismo los trataran, cosa que así fue y que digámoslo así “gracias a Dios todos se curaron y no fue algo que se hizo más grande”.

Decirle también que toda esta información que nos da, consejos, pues son muy ciertos porque pues parte de la labor que todos tenemos en este Congreso, dentro de la ciudad y por lo mismo de lo que nos dedicamos, nos dedicamos también a saludar gente, ya sea de mano o de saludo, lógico, lo hacemos con mucho cariño, pero a veces no toda la gente es muy cuidada en ese sentido y de ahí se van transmitiendo todas estas enfermedades, por eso este tipo de consejo los aplaudo.

Insisto, la felicito y estaremos muy pendientes de cómo se vayan dando las cosas y que también cuenten con esta Comisión para que en lo que podamos ayudar, sobre todo en difundir, estaremos muy atentos.

Gracias.

LA C. DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO.- Los lineamientos de vigilancia epidemiológica, que son 60 páginas de lineamientos y de qué debe hacer cada quien, están disponibles, son públicos. Si están interesados les podemos hacer llegar a la Presidenta de la Comisión para que estén de consulta o los puedan difundir, como ustedes gusten.

La carpeta también de la reinstalación del Comité Estatal para la Seguridad en Salud que se instaló en la Ciudad de México, se reactivó en la Ciudad de México, se instaló recientemente, también toda la información que es específicamente de nuevo coronavirus, COVID-19, que es su nombre ya, ya es oficial.

Agradecerles también el tiempo, la atención, el interés.

Creo que podemos trabajar muy articuladamente porque como se señala, la salud es un campo generoso donde podemos coincidir fácilmente todos.

LA C. PRESIDENTA.- Pues yo quiero agradecerles a todas y a todos su asistencia.

Sí quisiera mencionar desde esta Presidencia de la Comisión que yo me siento muy contenta de poder trabajar con la doctora Oliva, con su equipo de trabajo, los secretarios,

los subsecretarios, y que me he topado con que además de que son unas personas muy preparadas en el tema, que conocen la Secretaría desde las entrañas, hemos constatado en estos recorridos por los hospitales, a los cuales muchos de ustedes han acudido y que ahora se están haciendo con la Jefa de Gobierno de esta Ciudad, que existe un personal médico preparado, que existe un personal médico capacitado, humano, que con lo que tiene hace todo por atender a la población que no tiene seguridad social y a todos los que llegan a estos hospitales

Que desde acá lanzamos todo nuestro reconocimiento, doctora Oliva, para su equipo, todo nuestro reconocimiento para la gestión de la doctora Claudia, porque como bien lo mencionaba el diputado Tonatiuh, esta Secretaría tiene que ser apoyada por todas y por todos porque ésta requiere de todo nuestro apoyo realmente. Las necesidades son muchas y creo que con el acompañamiento del Congreso, del gobierno y demás lo podemos sacar adelante.

Estas recomendaciones que usted nos hace sobre el coronavirus, hoy COVID-19, creo que la debemos de empezar por implementar en el Congreso. Como bien lo mencionaba usted, cuando fue lo de la influenza H1N1 pues ya se hizo común y se hizo habitual el uso del gel en todos lados, ahora ya nos relajamos y ya no hay.

Entonces yo les propongo a mis compañeras y compañeros diputados que hagamos un punto de acuerdo en conjunto en donde exhortemos al Congreso y exhortemos a que en nuestros módulos de atención y en general en todas las dependencias de gobierno y públicas, escuelas, volvamos a tomar estas precauciones, inclusive en estos tiempos que no hay todavía casos confirmados en la ciudad evitemos el salud de besito y muchas otras acciones para poder contribuir a que no solamente este COVID-19 sino en sí cualquier enfermedad viral podamos contagiarla entre todas y todos.

Entonces, yo quiero agradecer, nuevamente expresar mi reconocimiento, doctora Oliva, hemos aprendido mucho en esta Comisión, sin duda es una Secretaría y una Comisión que es completamente transversal.

Sepa que este Congreso, eso me han hecho sentir todas las compañeras diputadas y diputados, está con ustedes, estamos para apoyar, estamos para servir, porque realmente debemos de dejar un sistema de salud fortalecido, un sistema de salud recuperado, y aquí vamos a estar pendientes de todo lo que se haga y en qué ayudamos.

Muchísimas gracias a todas y a todos por su presencia.

Concluimos esta mesa de trabajo, que es una de tantas que ya se han hecho por parte de la Secretaría y de esta Comisión para despejar todas las dudas, inquietudes y por supuesto que recibir propuestas.

Muchas gracias.

