

Ciudad de México, 16 de mayo de 2017.

Versión Estenográfica de la Sesión Especializada “Salud 360°: Sistemas de información en salud en México”, dictada por Juan Carlos Reyes Oropeza, en el marco de la 27 Convención de Aseguradores AMIS realizada en el salón Montejo 2, del Centro Banamex, en esta ciudad.

Presentadora: Nuestro siguiente tema se llama Salud 360°: sistemas de información en Salud en México.

Tenemos la suerte de que nos acompañe y el honor, el licenciado Juan Carlos Reyes Oropeza, quien nos va a platicar de un proyecto que han venido trabajando dentro de la Secretaría de Salud relativo a la integración de la información del sector público.

Entonces, para nosotros esperemos que sea muy interesante que nos venga a comentar todos estos esfuerzos y los grandes logros que ha obtenido a través de la Secretaría de Salud y les voy a dar una breve presentación del licenciado Reyes.

Él es licenciado en Contaduría por la Universidad La Salle y cursa el máster en alta dirección en el IPADE. Cuenta con capacitación enfocada a la administración de estrategias de tecnología de la información, entre los que destacan sus estudios en la Universidad de Georgetown en Washington, D.C.

Adicionalmente a su función actual es Presidente del Comité Técnico Especializado Sectorial de Salud y Director del Centro Colaborador para la Familia de Clasificación de la Organización Mundial de la Salud en México. Fue designado por la Coordinación de Estrategia Digital Nacional de la Presidencia de la República, enlace con el sector salud.

También ha tenido otros puestos dentro de la Secretaría de Hacienda y estuvo como encargado de la Dirección General Adjunta de Administración de la Información y en el IMSS como Coordinador de Administración e Infraestructura de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, entre otras áreas en la que ha venido trabajando y participando.

Les pido un aplauso para darle la bienvenida a nuestro expositor.

Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza: Buenas tardes. Antes que nada, muchas gracias a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, en especial Dolores Armenta por la invitación, tener esta oportunidad de venir a platicar a ustedes es para nosotros muy valiosa, créenme que como funcionarios públicos tener estos espacios en donde podemos platicar sobre lo que estamos haciendo, sobre los avances y de qué manera podemos también ofrecerles un cierto servicio y un valor agregado a toda esta industria al sector asegurador.

Es por ello que como parte de los esfuerzos que se están realizando dentro de la Estrategia Digital Nacional, queremos platicarles de un proyecto que hemos denominado Salud 360°.

El origen de este proyecto radica en dos instancias muy puntuales. El primero en mejorar el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud para el ciudadano, pero también explotar todas las bases de datos que hoy tiene el Gobierno Federal, la Federación en pro de la generación de negocios, en pro de la toma de decisiones, en pro del diseño de estrategias, ya sea, tanto de negocios como de política pública.

En ese sentido me gustaría platicarles, quería platicarles sobre lo que estamos haciendo, precisamente. Como les comentaba, lo primero que quisiera yo exponerles muy brevemente es lo que hacemos en la Secretaría de Salud, lo que hacemos específicamente el sector, como ustedes saben, es un sector fragmentado que dentro del sector tenemos distintos participantes.

Dentro de la Secretaría de Salud tenemos áreas que administran únicamente la Secretaría de Salud, pero también existen áreas que administran transversalmente el sector y es eso lo que hace la dirección a mi cargo, que es la Dirección General de Información en Salud, la cual tiene tres grandes brazos.

La primera, somos un área normativa; es decir, a través de la normatividad es como acopiamos estas bases de datos a nivel

sectorial. Otro punto importante es, somos un área de Coordinación a través de la cual generamos la estadística nacional.

Un tercer brazo es precisamente la parte tecnológica, somos la fuente oficial para instancias como la OCDE, como la Organización Mundial de la Salud, para INEGI y demás.

Como ya lo comentaba, nuestro país tiene un sistema fragmentado con distintos participantes, en los cuales cada uno de ellos nace en momentos diferentes, con políticas diferentes, con leyes diferentes y evidentemente con sistemas de información diferentes.

Esto hace muy complicado el intercambio de información; es decir, si hoy lo viéramos de manera aislada lo que vemos es como está en la gráfica, un rompecabezas que es difícil de armar en donde el IMSS tiene sus propias bases de datos, el ISSSTE tiene sus propias bases de datos, igual, Fuerzas Armadas, igual la misma Secretaría de Salud a través de Seguro Popular.

Y lo que hace la Dirección General de Información es una vez que acopia la información de todos estos participantes y genera la estadística, la ordena, la genera teniéndolos en grandes grupos de información, como lo es las defunciones, los nacimientos, las urgencias.

En ese sentido uno de los primeros esfuerzos que debemos hacer es reconocer lo valioso que tienen las bases de datos históricas y como se imaginarán, pues a través del tiempo estas bases de datos van generando con la tecnología existente y a veces la tecnología era simplemente un oficio, era un disquete, ahora es un USB, a veces un web server y demás.

De tal suerte que cuando se tiene que generar una estadística, un análisis de hacia dónde vamos, pues se tiene que tomar con distintas, de distintas formas y tener un manipuleo de la información y esto evidentemente juega en decremento de la calidad de la información. Uno de los primeros puntos que nos dimos a la tarea fue la homologación de bases de datos históricas, estas bases de datos fueron cerca de 108 bases de datos históricas con más de 916 millones de registros.

De tal suerte que hoy podemos hablar que podemos tener tableros homologados a nivel nacional, a nivel estatal, a nivel institución, incluso a nivel establecimiento. Lo que estamos tratando de hacer es un momento de gobierno de información en donde para todo sea la misma información, los mismos datos, cuando hablemos de la razón de mortalidad materna, cuando hablemos de la tasa de mortalidad infantil, pero no solamente eso, vamos un paso más allá.

Es decir, cuando hablamos de la capacidad instalada del país, cuando hablamos de cuántas camas censables existen, cuando hablamos de cuántos quirófanos, pero incluso vamos todavía más allá, cuando hablamos en dónde están los grupos vulnerables de la población con cierto padecimiento.

Es decir, hoy lo que estamos logrando es, precisamente, tener información homologada facilitando así su uso, su explotación y, por lo tanto, también su análisis para la generación de negocios, insisto, para temas específicamente del sector de aseguradoras.

Me parece muy valioso tener información de calidad, tener focalizados en dónde se encuentran los eventos, de tal suerte que se puedan generar esquemas de negocio muchísimo más interesantes, atractivos y evidentemente rentables.

En ese sentido ya existen estos sistemas, damos ahí una página, es de información pública, no existía, es un punto importante o no existía homologado; por lo tanto, todos estos estudios y todas estas proyecciones eran de muy baja calidad.

El siguiente punto es hacia dónde vamos, si bien en dónde estamos, qué es lo que hacemos, hacia dónde vamos. Lo que hemos escuchado en anteriores administraciones es que México ha alcanzado la universalidad de los servicios de salud. En 2004 con la entrada de Seguro Popular pues lo que se dice es que ahora todos los mexicanos tenemos un servicio para la salud.

Si bien existe el IMSS, que existe para todas las personas del sector privado, existe el ISSSTE para todas las personas del sector público, había un grupo de personas, los autoempleados, mercado informal o

como le quieran llamar que no estaba atendido por ninguna instancia y es así como surge Seguro Popular.

Seguro Popular nace con un agente financiador para los estados, de tal suerte que con ello se logra la universalidad de los servicios de salud, lo que no se dice y no se ha dicho en ninguna administración anterior es que se ha logrado la universalidad de los servicios de salud, pero no se ha logrado el acceso universal a los servicios de salud.

Es decir, yo siendo un derechohabiente del ISSSTE, porque soy empleado de gobierno solamente me puedo atender en el ISSSTE y si en la región en donde yo estoy no hay un hospital del ISSSTE, pues tendré que manejar tres o cuatro horas hasta donde me puedan atender y eso habla el decremento de la calidad de vida de los mexicanos.

Y uno de los puntos importantes que se plantea en la actual administración es lograr el intercambio de servicios planificado, es decir, que las grandes instituciones lleguen a acuerdos de intercambio de servicios en donde yo siendo derechohabiente del ISSSTE me pueda atender en el IMSS y al final haya una cámara de compensación, la cual responda a una tabla de costeo, dependiendo el padecimiento.

Ahora, tiene que ser un sistema muy ordenado, tiene que ser muy planificado, se tiene que llegar a acuerdos con los estados, llega incluso a nivel acuerdos, a nivel sindical, por ejemplo, pero este aspecto de intercambio de servicios, no lo que les quiero platicar, esto algunas instancias médicas o algunas otras de planeación y desarrollo son las que están atendiendo precisamente ese punto.

De manera paralela y como un habilitador y como un complemento tenemos que hablar de los sistemas de información, pero asociados a la persona. Lo que les platicué hace unos momentos, en su mayoría el 80 por ciento de las bases de datos son datos estadísticos, lo que ahora necesitamos es evolucionar los sistemas de información de tal suerte que los asociemos a la persona para lograr la trazabilidad de la persona para saber la referencia, la contrarreferencia para tener ese

habilitador de esa cámara de compensación a quién cobrarle, en qué momento y cuánto.

Es así donde la Estrategia Nacional va enfocada, precisamente en materia de sistemas de información a lograr el intercambio de información asociada a la persona.

¿En ese sentido cómo se conceptualiza? Como saben, los temas informativos en nuestro país, pues no son la excepción, es un tema bastante complicado, nos dimos a la tarea de revisar la Ley General en Salud y resulta ser que en la Ley General de Salud nada más desde el año 84 se menciona en su artículo 7 fracción X que la Secretaría de Salud es la encargada de la conformación, supervisión y operación del Sistema Nacional de Información Básica, pero nadie, ninguna administración lo había atendido.

Es decir, por su acrónimo hoy le llamamos SINBA, Sistema Nacional de Información Básica, no es algo que se nos haya ocurrido, es algo que ya existía en la ley y honestamente nos apalancamos ahí, que es totalmente diferente al Sistema Nacional de Información en Salud que son datos estadísticos, la ley en el 104 y en el 105 habla específicamente de la generación de la estadística, pero son cosas diferentes.

Uno es la estadística y otra es la parte nominal, es como tomamos el concepto de SINBA y SINBA le estamos dando esta conceptualización de dar un giro de 180 grados a captar la información estadística, a captar la información nominal.

¿Cómo se conceptualiza? Precisamente como un punto único en donde las instituciones puedan consultar la información asociada a la persona y la persona pueda asociar, ya sea por medios móviles o por medios tradicional la información básica que tenga registro en los servicios públicos.

¿Esto entonces es como el Facebook de la salud? Pues no, no es el Facebook de la salud, ojalá fuera el Facebook de la salud en donde tuviéramos esa facilidad en lugar aceptar amigos aceptáramos médicos, en lugar de subir fotos subiéramos la radiografía, ojalá fuera eso, todavía nuestro país no está preparado para eso, ¿por qué? La

capacidad tecnológica de los establecimientos de salud no da todavía para eso, pero tenemos que sentar las bases.

Y se ha hablado mucho sobre la creación de un expediente clínico electrónico en el país, ha habido muchos esfuerzos en el pasado, bueno, en las anteriores administraciones hubo muchos esfuerzos, mucho cabildeo, muchos recursos destinados a lo mismo para crear una sola plataforma, es decir, un solo expediente clínico electrónica.

Desde mi particular punto de vista, incluso ni siquiera mi punto de vista, sino experiencias internacionales, nos remontan a que esa metodología o esa idea es un error, sino lo que tenemos que lograr es, precisamente, una armonización de los sistemas existentes respetando las arquitecturas tecnológicas instaladas, de tal suerte que podamos intercambiar información y siempre pongo aquí como ejemplo, precisamente, el sector financiera, no es que en el sector financiera exista una sola plataforma tecnológica.

Respetando las arquitecturas tecnológicas el sector financiero se puso de acuerdo en protocolos de intercambio de información, de los cuales hoy, por ejemplo, nuestras chequeras ya no son de 11 dígitos ya son de 18, porque el dígito 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 significa algo para ellos, de tal suerte que hoy podemos hacer un SPEI y nos llega en medio hora o en minutos.

Bueno, pues eso es, precisamente, lo que estamos pensando y lo que estamos empujando desde el sector salud.

Respetando las arquitecturas tecnológicas, respetando la industria que existe en diversos expedientes clínicos electrónicos, éstos se puedan comunicar entre sí, intercambiar información a través de protocolos de intercambio de servicios.

Pongo aquí un ejemplo muy sencillo, supongamos que esta parte en donde dice entidades le quito entidades y le pongo el IMSS y el IMSS, como sabemos, tiene tres niveles de servicio, el primer nivel, el segundo nivel y el tercer nivel. Primer nivel consulta externa; segundo nivel hospitalización; tercer nivel especialización.

Bueno, el IMSS tiene tres expedientes clínicos electrónicos y entre los tres no se hablan y además dentro de las unidades médicas existen sistemas como de urgencias, como de laboratorios que tampoco se hablan.

Cómo ellos arreglen este intercambio de información y cómo consoliden bases de datos, es un problema del IMSS, así como será del sector privado, lo que nosotros queremos es crear un ambiente de intercambio de información de cara a todo el sector salud y el sector salud no solamente es público, también incluye privado y social.

De tal suerte que puedan intercambiar información, evidentemente informando a la Secretaría de Salud, al Sistema Nacional de Información en Salud, a la parte estadística, al de vigilancia epidemiológica, al padrón de salud, esto es realmente la estrategia que está siguiendo el Gobierno Federal en la implementación del famoso expediente clínico electrónico, no hay un solo expediente clínico electrónico sino es crear este ecosistema en cómo los sistemas se puedan comunicar.

Es así como a través, perdón, a través de la certificación de una Norma Oficial Mexicana es como homologamos esas bases de datos para que estén preparadas para intercambiar. Y lo que tratamos de mostrar en la gráfica no es otra cosa más que no importante cómo vengan tus datos, ni siquiera quiero de una gráfica tan técnica, pueden venir en rombo, pueden venir en círculo, de tal suerte que a través del cumplimiento en la norma que no es otra cosa más que unas guías de intercambio de información, unos layout que cada vez que hablemos de un nacimiento me lo tienes que pasar así, es precisamente como se consolida en las bases de datos. Esto es en términos generales la estrategia.

Ahora bien, para llegar a ese punto y les pido una disculpa porque parece ser que no se respetó la letra por eso se ven encimadas, pero bueno, yo creo que se alcanza a ver bien.

Para llegar a ese punto y no es el motivo de la plática, sino simplemente desde el Gobierno Federal tenemos que llevar a cabo acciones que garanticen la permanencia de una iniciativa y no hay otra forma más que el aspecto normativo y es aquí en donde entran

algunos puntos muy particulares entre modificaciones a la Ley General en Salud, hablo por ahí de SINBA, la creación del certificado electrónico de nacimiento, la firma de convenios de colaboración, la publicación de normas oficiales mexicanas o bien, su actualización, que dicho sea de paso, son de observancia obligatoria para cualquier establecimiento público o privado y social.

Y la cereza del pastel que estamos en el último punto a la espera, es el trabajo que hemos realizado en conjunto con el Instituto Nacional de Acceso a la Información para la publicación de lineamientos de protección de datos personales en salud que serán los primeros, si todo sale en orden, serán los primeros que salgan alineados a la recién publicación de la Ley General de Protección de Datos Personales.

Esto nos ha llevado básicamente tres años, parece sencillo pero nuevamente esta plática no es una plática que vaya a un tema normativo, sino simplemente, insisto, en carácter también de funcionario público como obligación tenemos de informarles lo que estamos haciendo, pero dentro de este informe que les queremos dar es hacia dónde vamos y en ese punto se identifique el sector de aseguradoras cómo pueden hacer uso de la información o de esta nueva información que se estará generando a partir de ya en el país.

Es así como nace SINBA, ya lo mencionaba yo hace unas láminas, en donde SINBA tiene dos grandes objetivos específicos, el primero y nuevamente conceptualizando como este único punto de contacto en donde el ciudadano pueda consultar su información y las instituciones tengan la información para derivar, contraderivar o referenciar y contrarreferenciar y tener esta cámara de compensación, tiene dos objetivos primarios.

El primero es evidente, hacer uso eficiente de la capacidad instalada en el país, en el país por increíble por parezca hay capacidad instalada para entregar los servicios de salud, existen hospitales, existen clínicas, existen servicios de alta especialidad que están subutilizados y por otro lado a tres cuerdas hay servicios que simplemente desborda la gente, pues es precisamente esto, cómo creamos este ambiente de intercambio de servicios planificado, tiene

que ser planificado, tiene que ser qué te sobra a ti en el estado, qué me falta a mí.

Bueno, esto evidentemente necesita un mapa inteligente de la realidad del país, en dónde están los hospitales, qué capacidad, cuántas camas censables, cuántos quirófanos, si tiene piso, si tiene internet, si tiene máquina, si no tiene máquinas, parece fácil, pero éste el primer gran reto.

El segundo gran reto, ya logramos tener el mapa de la capacidad instalada, ahora bien, cómo logramos el intercambio de servicios, para hacer posible el intercambio de servicios primero Juan Carlos tiene que ser el mismo en todas las bases de datos si no, no hay continuidad en el servicio.

Entonces, damos origen a una iniciativa que se llama el Padrón General de Salud, que es lo que vamos a platicarles un poco más adelante.

En el primer punto sobre la capacidad instalada existen muchos actores que hablan dentro de un establecimiento de salud, desde que está el aviso de construcción su proceso de construcción, financiamiento y después su operación, por ejemplo, donde están las licencias sanitarias, el plan maestro de infraestructura, cómo Seguro Popular financia, cómo se acredita ante el área de calidad, cómo se certifica ante el Consejo de Salubridad General.

Bueno, pues todo eso eran bases de datos aislados, hoy lo que estamos trabajando es tener es un solo punto en donde tengamos todo el ciclo de vida del establecimiento de salud desde el momento de su aviso de construcción, su proceso de construcción y financiamiento y su posterior operación.

Un poco lo que tratamos de mostrar aquí es qué estamos trabajando, que es la pila y qué es lo que ya tenemos, por ejemplo, en este sentido lo que ya tenemos es, precisamente, el mapeo, la georreferenciación, identificación de los más de 28 mil establecimientos de salud en el país operando, sea público, privado o social.

Estos 28 mil establecimientos están a lo largo del país, sin embargo, también tenemos que reconocer que ha nacido a lo largo y ancho del país como hongos a estos pequeños consultorios adheridos a farmacias, esos consultorios adheridos a farmacias, pues increíble que parezca, no hay un registro puntual de cada uno de ellos, existen, tenemos de manera informal un registro, o bueno, una idea de que son como 14 mil, esto evidentemente se trabaja con COFEPRIS.

Hoy hemos logrado incorporar a esta base de datos más de 5 mil 300, es decir, tenemos una base de datos con georreferencia con su capacidad instalada, de cerca de 34 mil establecimientos de salud, que es un poco lo que se ve aquí, está encimado, pero no solamente es la georreferencia, sino sabemos que ese establecimiento de salud si tiene un acelerador lineal, si tiene quirófano, cuántas camas censables.

Bueno, un poco en concordancia a lo que les comentaba de otorgar un servicio al ciudadano, pues si bien, ya estamos creando la base de datos para proporcionarla a las áreas que están negociando este intercambio de servicios a nivel estatal, pues también de alguna forma esto ya es un servicio de ciudadano a través de una aplicación móvil que le denominamos RadarCiSalud, RadarCiSalud es una aplicación, como conocen muchas, gratuita para todas las plataformas en donde de manera direccionada ustedes pudieran tener una búsqueda acertada del establecimiento que necesitan, incluso si ese establecimiento tiene un cardiólogo, si tiene un acelerador lineal.

Al día de ahora tenemos cerca de 23 mil descargas, pero esta herramienta no solamente va a ser una herramienta en donde el ciudadano hoy pueda consultar qué establecimiento tiene alrededor y qué tipo de servicios ofrece, sino paulatinamente estará siendo enriquecida de tal suerte que el ciudadano pueda consultar ahí su información.

Entonces, hoy estamos todavía en la versión 2, pero es un producto que incluso ya fue premiado como un proyecto de datos abiertos para el Gobierno Federal el pasado mes de marzo.

Ahora bien, el Padrón General de Salud, la otra parte de la esfera, la parte azul en donde hablamos de la gestión de la identidad. Cuando

hablamos de un Padrón General de Salud o cuando hablamos de un padrón, ya hasta duele, ¿no? Y si están de este lado del gobierno duele más, porque los padrones, la lista y todo lo que dice alrededor.

En realidad, el nombre del padrón no es un nombre muy afortunado, ¿por qué? Porque un padrón por definición es el listado o una foto un día, es el listado de unos nombres a un día y punto. Lo que nosotros pretendemos a través del Padrón General de Salud es tener un padrón vivo en donde una primera instancia se identifican a los asegurados. Yo soy un asegurado hoy del ISSSTE, pero gracias a Dios no he tenido la necesidad de hacer uso de los servicios de salud, entonces no soy un usuario, simplemente soy un mercado potencial de los servicios de salud del ISSSTE, pero no soy un mercado cautivo.

En ese sentido, teniendo la columna vertebral identificados a los asegurados después podemos identificar a los usuarios y ¡ajo! Un usuario no es un paciente, un usuario puede ser una persona que va a un servicio, por ejemplo, de vacunación, es un usuario de los servicios de salud no es un paciente.

Después si ya tenemos identificada a la persona podemos, precisamente, identificar dónde está la gente con cáncer, por ejemplo, dónde están los diabéticos y esto nuevamente siempre pongo el mismo ejemplo, es como el buró nacional de crédito en donde primero me identifican a mí como tarjetahabiente y mientras pague todo está bien, pero en el momento que dejo de pagar se me pone un atributo que soy deudor, bueno, digamos que es esto para la salud, es un poco más complejo.

Pero lo que primero identificaron es que Juan Carlos existe en todas las bases de datos del sistema financiero y después le fueron cargando atributos, de tal suerte que ahí tengo mi crédito hipotecario, crédito de mi carro, las tarjetas, estoy bien en el buró de crédito, por cierto, pero el principio es, precisamente, identificar a las personas y después darle seguimiento.

Es aquí donde ya empieza a cobrar un poco sentido y donde le vemos un valor agregado al sector de aseguradoras, imagínense aquí replicar experiencias internacionales en donde justo ahorita me platicaban que hay experiencias internacionales como en países como en Noruega,

Finlandia, Dinamarca, Suecia, Islandia, pero puntualmente Australia, Australia por ejemplo en el 2000, de 2000 al 2016 empezó un registro nacional de cáncer, el cual al día de ahora se tiene un registro y un análisis de la predisposición familiar que tiene el grupo, el grupo familiar al cáncer. Me parece interesantísimo eso para los seguros, imagínense tener el registro del análisis de la persona y ahora sí, pues a ver si le puedo cobrar lo mismo o no le puedo cobrar lo mismo.

Un cuarto punto, un cuarto componente, que no menos importante, es el de profesionales de la salud, si a nosotros nos preguntaran como estadística nacional cuántos médicos por cada mil habitantes, se los voy a decir, porque reportamos a OCDE, porque la OMS, lo que no decimos es que son número de plazas no número de médicos y un médico puede tener varias plazas y aquí es donde cobra importancia tener identificada a la persona, al médico, al cardiólogo, al especialista, en dónde da servicio, en qué horario de servicio.

Entonces, esto es, precisamente, el padrón de profesionales de la salud y éste otro es cómo le vamos a ir dando seguimiento a la persona.

Esto es, también de igual forma, ya es un proyecto que fue premiado como un proyecto de gobierno digital para el Gobierno Federal, por todo lo que significa y ahorita creo que me voy a explicar un poco mejor.

Entonces, aquí nos empiezan a ramificar algunos aspectos y algunos proyectos que van derivando de esta macro idea, si se le puede llamar, el primero es, como ustedes saben, en el país hay dos momentos en la vida, los certificados de hechos vitales es cuando el niño nace y cuando la persona muere, son momentos diferentes a cuando el niño registrado en el Registro Civil o cuando la persona va, bueno, o el familiar va y levanta el acta de defunción, son dos momentos diferentes.

El primer momento se da en el hecho vital cuando está el profesional y da fe de que nació una bolita de carne de tres kilos que nació de esa señora que se dice llamar Lupita, por decir algo, pero no es el registro oficial del país, entre que el niño nace y el niño registrado pueden pasar cinco, seis, siete, ocho años en ese periodo de tiempo existe

suplantación de madres, robo de infantes, es por todos conocido que el 60 por ciento de los niños nacidos en un año son registrados ese mismo año, todos los demás es registro tardío.

Es decir, si un niño nace en el 2017 puedo registrarlo en 2019, es registro tardío, pero en ese momento el niño está en momento, en un momento de vulnerabilidad, de su protección. Bueno, uno de los primeros pasos que dimos fue, precisamente, la evolución del certificado de nacimiento en donde estamos interoperando con el acta de nacimiento electrónica para adquirir su personalidad jurídica, su identidad, la CURP, su garantía de derechos, por ejemplo, SEDESOL, por ejemplo la educación, por ejemplo la salud.

De tal suerte que la idea también considera, la interoperabilidad con la cartilla electrónica de vacunación y por lo tanto el principio del expediente clínico electrónico de ese bebé, de cuál expediente, ¿de alguna marca? No, lo que se está haciendo es un expediente clínico electrónico que esos datos cualquier solución, aplicación tecnológica, quien sea el proveedor nos pueda leer.

Es aquí en donde empezamos a lograr la trazabilidad desde el momento del nacimiento del bebé y qué reacción tuvo, cuál fue su tamiz, si tienen alguna incapacidad, cuál fue su reacción a las vacunas. Este también, por otro medio especializado también ya fue premiado, hoy cómo estamos en el país, en el último año el 5 por ciento de los nacidos vivos en el país tienen un certificado electrónico de nacimiento y de éstos más del 30 por ciento fue registrado en línea, ¿es poco? Pues sí, nos falta mucho también, pero por algo empezamos.

Hoy les quiero decir que estamos en 20 estados, en servicios estatales de salud, en 24 establecimientos diferentes, entenderán que en el país hay muchos establecimientos más en donde se registran niños, se capacitaron a más de 2 mil personas, mil de ellas de los servicios estatales y mil de ellas también a los jueces de los registros civiles, parece fácil, pero créanme que ha sido una labor titánica, tiene un soporte normativo, un soporte normativo no solamente de norma oficial sino también publicación en el Diario Oficial de la Federación que da fe, que da garantía de la sustentabilidad de este proyecto.

Existe mucha inquietud por la parte privada, por tener este tipo de servicios y aquí entenderán que también hay ya mucha información y bases de datos que desde el sector de aseguradoras pueden empezar a explotar, o sea, véanlo más como un caso de negocio, véanlo más como la veracidad de la información con la que se hace una cierta reclamación, por ejemplo.

El siguiente punto es cómo lo veníamos haciendo en el país y en dónde estamos, les doy un ejemplo muy rápidamente, el Sistema Nacional de Información en Salud, como veíamos al principio de la plática, capta información estadística y lo pongo aquí en rojo, es literal, eh, créanme, me debería dar pena venir a decirlo, pero así se hace todavía en el país, se captan palitos, es decir, llega una persona a consulta interna o a salud bucal y no se registra el nombre, no se registra más que un palito y al quinto palito es cruzado, ah, bueno pues esos bloques de a cinco es lo que nosotros dábamos la estadística nacional y a través de eso únicamente se podrían dar la estadística por grupos de edad y por sexo, en 70 formatos de papel diferentes.

Estos 70 por formatos de papel diferentes lo que te pedía el 4 te lo pedía el 7 y lo que te pedía el 7 te lo pedía el 29, es decir, el 25 por ciento de recaptura.

Entonces, imagínense a la persona que está capturando en los servicios estatales o bien incluso en las instituciones, capturando lo mismo en el primero, en el tercero, obviamente la calidad está mal, está mal es muy bajísima calidad, se captaban cercad de 3 mil 500 variables, ¿para qué? Bueno, para generar la estadística de los programas, de los más de 35 programas federales que se tiene, como salud en la infancia de la adolescencia, como consulta externa, como salud bucal, como vacunación, como salud mental, detecciones. Esto evidentemente es enunciativo más no limitativo.

¿Cuál fue uno de los grandes cambios que estamos haciendo? Pues es precisamente llevar a cabo toda una reingeniería de todos esos formatos, tener una modernización de toda la plataforma tecnológica pasando así de 70 formatos en papel a 31, pantallas formatos, ¿por qué seguimos hablando de formatos? Porque ustedes lo saben, hay lugares en el país que no tienen computadora o que tienen una

computadora, todavía no podemos desaparecer al 100 por ciento los papeles en el país.

Entonces, debemos de mantener todavía estos formatos, 0 por ciento de recaptura y esto es una labor de la Federación, la cual se debió haber sentado con todos los programas federales y decir: ¿qué dato necesitas? Ah, el de vacuna..., pues no lo pidas ya lo tenemos, ya lo tenemos en el formato cuatro para qué lo vuelves a pedir. Ah, pues es precisamente esto.

Toda esta reingeniería de formatos y de la plataforma tecnológica se llevó a cabo de tal suerte que hoy no solamente captamos 3 mil 500 sino 4 mil variables, pero con el 0 por ciento de recaptura y adicionalmente empezamos a conformar paulatinamente la información sobre discapacidad en el país. Hablar de discapacidad en el país es un tema muy complejo, es casi como hablar de enfermedades de eso tipo.

Cuando fui a ver a los expertos en materia de discapacidad yo les decía, pues tengo la inquietud de que nos aventemos en un registro de discapacitados en el país, o sea, no tienen ni idea de lo que estás hablando, pues evidentemente no tenía ni idea.

Solamente tú por usar lentes eres un discapacitado, entonces lo tienes que seccionar, hablar de discapacidad es como hablar de un registro de enfermedades, tienes que seccionar qué es lo que quieres, pues mejor primero a las personas que le hacen falta un miembro, hay que identificar de dónde vienen, algo que no sea subjetivo, simplemente le falta el miembro, si es por accidente, por enfermedad, no sé, pero le hace falta un miembro. Por ahí es por donde, bueno, pues estamos generando estos primeros datos, estadísticas.

El cambio sustantivo es precisamente no captar información estadística, sino captar información nominal y esto entenderán que empiezan a crear bases de datos muy ricas para el sector de las aseguradoras, ahora podríamos tener la facilidad de ver la prevalencia de alguna persona, tal vez de alguna persona que quisiera algún reclamo, tal vez la persona, nuevo asegurado, saber qué servicios usó en el sector público.

Evidentemente con la facilidad de hacer un análisis nacional, estatal, estadístico, no solamente de la persona, evidentemente, sino hablamos de la estadística y esto en su conjunto conforma más o menos entre el 70 y el 80 por ciento de la información de un expediente clínico electrónico, no es el expediente clínico electrónico de la Federación ni de los servicios estatales, no es eso, sería un error pensar eso, está muy lejano de ser un expediente clínico electrónico porque el expediente clínico electrónico habla más de imagenología, habla de laboratorios, habla de temas de recetas, esto no lo tiene, sin embargo, tenemos la información y por algo tenemos que empezar.

Es precisamente los cimientos para lograr el intercambio de información entre los expedientes clínicos electrónicos, no es un solo expediente clínico electrónico.

¿Cómo vamos en el país? Nuestro objetivo es llegar a diciembre cerca de 14 mil establecimientos de salud, al día de hoy estamos, bueno, el día 15 estamos en cerca de 3 mil establecimientos, prácticamente en los 32 estados tenemos ya cerca de 19 mil 382 usuarios, hemos generado 715 mil registros, de los cuales solamente en los servicios, llámese consulta externa, los servicios que se prestan son cerca de 522 mil registros. Suena poco, ¿no? Partiendo del punto de vista que somos 120 millones de mexicanos.

Pero nuevamente, es un esfuerzo nuevo, es un esfuerzo que ya se llevó a cabo la reingeniería de la plataforma, ya se llevó a cabo la reingeniería de los formatos, ya sentamos a todo el sector, vimos exactamente qué es lo que se necesita para captar. Bueno, hay estados que se resisten, Michoacán es un dolor de cabeza; Veracruz es un dolor de cabeza para el país.

Pero bueno, nuevamente la intención de la presentación tiene dos intenciones, venirles a informar lo que estamos haciendo en el Gobierno Federal, pero que también que ustedes sepan lo que hay, las bases de datos que se están generando, de tal suerte que ustedes puedan darles herramientas para la generación de negocios.

Hay un punto muy importante y tenemos un reto por delante con la limpieza, cuando hablamos de dar un giro a lo nominal, lo primero que tenemos que hacer es identificar a las personas y una vez

identificadas las personas que sea la única en todas las bases de datos, por increíble que parezca puedo estar yo en el ISSSTE como Juan Carlos Reyes Oropeza y en el IMSS puedo estar como Juan C. Reyes, en ese momento ya soy dos personas diferentes.

Entonces, evidentemente, debe haber un proceso de homologación de las bases de datos, de identificación de las personas en donde, por ejemplo, van desde errores ortográficos, desde variaciones en el nombre, personas que están en el ISSSTE, en el Seguro Popular, en el IMSS y Seguro Popular, pero va un poco más allá la herramienta, es más sofisticada, incluso hace comparaciones fonéticas del nombre, de la fecha de nacimiento, del estado de nacimiento.

Es decir, este punto en particular es la columna vertebral de toda una estrategia, llámese un solo expediente clínico electrónico en el país o lo que estamos haciendo y nuevamente, lo que tratamos, precisamente, es de replicar si cabe el término, lo que hizo el sector financiero, cómo seguimos a la persona, cómo vamos y logramos ese punto mínimo en donde la persona pueda consultar su información básica.

En el sector financiero es por ejemplo el buró de crédito, en el buró de crédito está, no es que tengan el registro de todas las cuentas que tenemos y las inversiones y cuántas chequeras, sino simplemente es un pequeño extracto de nuestra información crediticia que forma parte de nuestro historial financiero, no es el historial financiero, es un pequeño extracto de información, imagínense eso para la salud, salud es muy complejo, sumamente complejo.

Lo que queremos es lograr un punto en donde exista la información básica para que ustedes, para que nosotros, para que mi mamá, para que mis hermanos puedan tener acceso a unos mejores servicios de salud, puedan tener un acceso efectivo y universal a los servicios de salud porque, pues desgraciadamente o afortunadamente todos hemos hecho uso de los servicios.

Esto, rápidamente, voy bien en tiempo, rápidamente les platico qué es lo que hemos logrado, se han ido cargando bases de datos, las bases de datos, si nosotros cargáramos las bases de datos en bruto, si cabe el término del IMSS, del ISSSTE, de Fuerzas Armadas, pues de

repente dicen que somos 133 millones de registros, registros, subrayo dos veces registros, ¿qué creen? Según CONAPO somos 123 millones de personas.

Entonces, evidentemente las bases de datos están sucias o existen registros duplicados, incluso existen registros duplicados dentro de los mismos padrones. Cuando hacemos un análisis en este índice maestro de personas encontramos que estos 132 millones de registros pudimos cargar 117 millones de registros, ¿por qué? Porque la información viene sucia, porque no tiene CURP porque si no tiene CURP entra en algunos otros validadores. Hoy tenemos 117 millones de registros.

De esos 117 millones de registros hemos encontrado 98 millones de personas, ¿qué significa? Que existen personas que tienen un servicio para la salud, pero existen personas que están dadas de alta en más de un servicio para la salud, no es un juicio de valor aquí todavía, yo podría estar dado de alta si diera clases, ¿por qué? Estoy en el ISSSTE en la mañana y en el IMSS en la tarde, bueno, está autorizado. Quien tiene tres, quien tiene cuatro, quien tiene cinco.

A lo largo de ese tiempo lo que hemos encontrado son 120 millones de personas de las cuales 5 millones de personas ya fallecieron, ¿qué quiere decir esto? Estos 114, es decir, los 120 menos los fallecidos, 114 son personas que en algún momento tuvieron algún servicio para la salud, hoy o bueno, la lámina es a diciembre, no alcanzamos a meter a marzo, estamos corriendo el proceso, a diciembre hay 98 millones de personas, el diferencial, esas 16 millones de personas son personas que están desprotegidas, personas que en algún momento tuvieron un servicio para la salud pero que hoy no lo tienen, que están vivas y a partir de aquí, evidentemente, hay un esquema de generación de política pública cómo vamos por esas personas, las tenemos identificadas, cómo las afiliamos aunque sea Seguro Popular, precisamente es lo que estamos logrando.

Ahora, si nosotros lo viéramos así y es un solamente un ejemplo de las tres grandes instituciones, si nosotros tenemos a Seguro Popular, al IMSS y al ISSSTE las cargas de los padrones y hacemos un análisis de estas personas, lo que dice la Ley General en Salud es que para yo

tener Seguro Popular no debo de tener ninguna otra afiliación, eso dice la Ley General en Salud.

Si yo doy clases en la tarde yo puedo ser uno de éstos y es autorizado, pero como yo tengo trabajo no puedo estar acá, si yo estoy dentro de estas bases de datos, son personas que el Gobierno Federal está pagando que no debería de pagar, un subsidio, pero aquí debemos de reconocer que hay una asincronía de las bases de datos, esa asincronía de las bases de datos va, precisamente, a que si yo me quedo mañana sin chamba o el día 30, por ejemplo, yo el día 1° de junio puedo ir a darme de alta en Seguro Popular y me van a dar una póliza de tres años.

Pero en diciembre por ser época estacional consigo chamba, automáticamente el IMSS me da de alta, pero nunca me fui a dar de baja acá, ¿me explico la asincronía? Pero llega el corte a diciembre y el Gobierno Federal le reportan y entonces pagan el Seguro Popular y paga el IMSS.

Entonces, lo que tenemos es que llevar a cabo ciertos mecanismos que garanticen que la persona ha vivido por cierto tiempo en las dos bases de datos, de los cuales, si tomáramos una foto al 31 de diciembre, serían 8 millones 465 mil personas que están dadas de alta mal o no, no lo sabemos. Si nosotros hacemos un análisis de cuántas personas han vivido los últimos 13 meses en las dos bases de datos baja a 1 millón 270.

Si nosotros consideramos esto más esto el Gobierno Federal está solamente, lo voy a decir en positivo, con estas cifras el Gobierno Federal se puede ahorrar cerca de 4 mil 400 millones de pesos y es algo que ya está pasando. Justo hoy en la mañana hablaba con el Director General de Financiamiento de Seguro Popular y gracias a este tipo de análisis hoy ya la Federación está generando muchos ahorros no afectando a la población porque no se le está quitando un servicio, sino simplemente se está quitando de un padrón donde no debería de existir.

Ahora bien, si hacemos un análisis incluso al interior del padrón, ¿pues qué creen? Existen 50 mil personas que están dos veces dadas de alta en el Seguro Popular, si hacemos un análisis de las personas

que han fallecido, ¿pues qué creen? Que existen cerca de 350 mil personas que aquí ya fallecieron y siguen dadas de alta y aquí ya fallecieron y, por ejemplo, para el programa de pensiones, imagínense esto, el uso en materia de defunciones para el tema de salud, para el tema de seguros.

¿Cómo podríamos eficientar estas bases de datos? Estas bases de datos existen, estas bases de datos si bien todavía son muy jóvenes, pues es algo que ya está blindado en materia normativa para que quien llegue en la siguiente administración simplemente no lo quite, simplemente no eche para abajo este esfuerzo que se está haciendo.

En materia de profesionales de la salud, estamos en proceso de actualización, disculpen la fecha, hemos tenido ahí problemas con la actualización de la base de datos, simplemente tenemos también el registro de cerca del 99 por ciento de las plazas que se reportan, en dónde están los médicos, cuál es su licencia o cuál es su cédula profesional, en qué establecimiento está.

Hay aquí médicos que están aquí, por ejemplo, que tienen una plaza en Morelos, otra en Hermosillo y otra en otro lado, no sé cómo le hagan para dar consulta, van bien. Nuevamente, podría entrar a detalle en materia de los profesionales de la salud, es exactamente lo mismo.

Me parece que es la última lámina, pues nuevamente agradezco la oportunidad y espero que la presentación les haya sido de utilidad.

Presentadora: Juan Carlos, muchas felicidades por los avances.

No sé si tienen alguna pregunta qué hacerle.

Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza: Jaime.

Pregunta: Gracias, felicidades Juan Carlos, tenemos mucho tiempo sin vernos.

Pregunta obligada para el sector privado. ¿Cuándo liberan, cómo liberan, qué planes tienen para que el reporte sobre el SIS sea también obligatorio para el sector privado?

La segunda, pues también obligada, es cuáles son las ideas o para unirlo a la OEI o para hacer sinergia con el IMSS en maestro, pacientes en la parte privada.

Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza: Claro, gracias, Jaime, gusto en saludarte.

Mira, el reporte a la Federación dada que su soporte es a través de normas oficiales mexicanas, como lo decía, es de carácter obligatorio para cualquier establecimiento público, privado y social, en estricta teoría al día de hoy, incluso los establecimientos privados deberían de estar reportando a la Secretaría de Salud.

Eso no pasa y no pasa por distintos factores que les puedo inventar tres, pero les voy a decir la verdad, la verdad es que no, no tenemos como Federación la capacidad instalada para llegar a todavía a los privados, es una ingobernabilidad total que se tiene en los estados, estamos hablando de las entidades, de las entidades federativas o que se tenía, déjame ponerlo así.

Sin embargo, hoy, dada la modernización y dado este esquema de intercambio de información no es que los privados adopten el SIS, sino es que los privados observen lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana específicamente en al 024 en el que o grupo Ángeles o Médica Sur, el que sea, no es porque traiga algo con grupo Ángeles, sino simplemente se me viene a la cabeza por ser el más popular, se adecuen al cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana a la 024 y ahí sí la Federación tiene la facultad de incluso llevar a cabo una revisión, una supervisión en alianza con COFEPRIS, que es algo que estamos viendo, precisamente en el proceso de conformidad de la norma.

Entonces, hoy y durante todo 2017 estaremos en despliegue a nivel nacional en los servicios públicos y seguramente para principios del próximo año estaremos empujando y estaremos visitando a los privados para que se incorporen.

En materia del Padrón General de Salud, es un tema difícil, ¿por qué? Porque habla de datos personales y la protección de datos personales es un tema diferente, yo lo que les pediría es un poco de paciencia

para la publicación de los lineamientos de la protección de datos personales que publicaremos en breve con el INAI, la verdad es que se nos juntó el cambio de la Consejera Presidente recién, pero ya el proyecto de los lineamientos está en el escritorio del doctor Narro.

Entonces, simplemente empujarlo por todos lados y esperar de qué manera pudieran tener ese acceso, porque entiendo que es lo que desde el sector de aseguradora sería lo rico, tener acceso a la información.

Presentadora: ¿Alguna otra pregunta?

Pregunta: Excelente presentación, muchas gracias.

Desde el punto de vista del sector privado, has hablado de los grupos hospitalarios que prestan servicios de salud, las aseguradoras no prestamos servicios de salud, pero sí pagamos las indemnizaciones, está contemplado que tengamos que reportar también como sector privado de seguros a quién estamos cubriendo y por qué lo estamos cubriendo y dentro de este intercambio de información sólo tendremos acceso a información estadística o de información más detallada porque muchas veces nosotros como aseguradores en nuestras pólizas cubren unas cosas, cubren otras cosas, las preexistencias están excluidas y muchas veces tenemos que tener información de las historias clínicas o de algún otro tipo de información más precisa para saber si podemos cubrir o no podemos cubrir.

Entonces, eso es muy importante porque si bien intercambiamos alguna información entre las aseguradoras tenemos que tener el consentimiento del cliente de que ellos están de acuerdo en que compartamos información.

Entonces, ¿a dónde jugamos nosotros como aseguradores?

Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza: Es muy buena pregunta, he estado incluso en pláticas don Dolores sobre cómo vemos cómo juega aquí el sector asegurador. La respuesta corta, es decir, no alcanza la Secretaría de Salud para obligar a las aseguradoras a reportar.

Yo de hecho lo veo diferente, yo de hecho lo veo cómo nosotros como Federación podemos acopiar información a nivel nacional, incluyendo los hospitales privados y proveerlas a las aseguradoras, es un poco diferente, yo no veo cómo las aseguradoras pudieran proporcionar información a la Federación, tal vez se me antoja y es lo que hemos estado platicando, me adelanto.

Cómo tener acceso a la información de las personas que tienen un seguro privado para fines estadísticos, cómo relacionar estas bases de datos. Pero al final lo que nosotros vemos desde el sector salud en el acopio de información nominal sería al revés, cómo proveerles a las aseguradoras esa información, gente que ya falleció, gente que ya se atendió con algún tipo de padecimiento en algún servicio público.

Es por eso que el tema de la protección de datos personales es tan importante y tan relevante porque al final lo que ustedes van a hacer es irnos a preguntar por una persona y nosotros no podríamos entregarles la información de esa persona.

Entonces, evidentemente los lineamientos de protección a datos personales hablan de un consentimiento, habla, precisamente, de las facultades que tiene la Federación para administrar e intercambiar información. Uno de los puntos importantes, por ejemplo, la pasé muy rápido, pero la lámina en donde habla de la homologación de los nombres, en donde les decía lo fonético y no.

En realidad, lo que hace el índice maestro de personas o de pacientes es que cuando yo me incorporo, Juan Carlos, a esa base de datos y dejo de ser Juan Carlos Reyes Oropeza y Juan C. Reyes Oropeza, me vuelvo en un número de identificación único que me asigne el índice maestro de pacientes, no quiero decir que es un nuevo número de seguridad social, que es una nueva CURP, o sea, no quiero que se vayan con esa idea, porque incluso se puede hasta politizar, ese no es el punto.

Sino simplemente es el número de identificación de esa persona para ser sujeto y así nació, al intercambio de servicios planificados; entonces, cuando yo vaya y tenga que o quiera hacer uso de un intercambio de servicios, pues yo voy a tener una póliza de intercambio de servicios, lo cual va a estar asociada a un número y

ese número es el que está asociado al MP y me da la información de quién es.

Lo que nosotros estamos planeando es que para las aseguradoras hablar de ese número no de la persona, en donde ese número los facultará la persona a las aseguradoras para pedir información a la Federación y a la Federación también le dará la facultad para que a través de ese número respetando el anonimato se pueda intercambiar la información.

Pero también, insisto, es un proyecto ambicioso, agresivo, largo, es un proyecto nacional, solamente la conformación del Padrón General de Salud, se los digo honestamente, ni Obama lo tiene, ¿sí lo han escuchado por ahí? No existe un índice maestro de pacientes tan grande en el mundo más que, me decían que el de Brasil, es otra experiencia más o menos parecida, pero creo que incluso nosotros estamos un poco arriba de ellos, o sea, de esa magnitud es lo que se está logrando.

Entonces, es algo que se tiene que cuajar, queremos llegar a un buen puerto para lograr este intercambio de información.

Presentadora: ¿Alguna otra pregunta?

Bueno, muchas gracias. Aquí la intención de esta plática era decirles qué está haciendo el gobierno, qué tenemos que hacer porque yo creo que para nosotros la información, el que tengamos oportunidad de poder consultar otras bases, de tener información que nos den mayor certeza de pago, que nos ayude a prevenir abusos o fraudes, yo creo que es una oportunidad que debemos de aprovechar y ver y en su momento, a la mejor, como dice Juan Carlos, ahoritita no se puede, pero yo creo que nos podemos ir preparando para que en el momento que haya esta oportunidad, pues aprovechemos y utilicemos las sinergias de ambos en beneficio de todos los sectores.

Muchas gracias, es un placer.

---ooo0ooo---