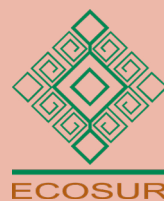


Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar Visiones operativas de "la otra historia"



Héctor Javier Sánchez Pérez
Gustavo Leal F.
Damariz Escobar
Jorge Leonel León Cortés



Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar

Visiones operativas de “la otra historia”

Héctor Javier Sánchez Pérez

Gustavo Leal F.

Damariz Escobar

Jorge Leonel León Cortés



ECOSUR

EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR

EE

362.1097275

A2

Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar. Visiones operativas de "la otra historia" / Héctor Javier Sánchez Pérez, Gustavo Leal F., Damariz Escobar, Jorge Leonel León Cortés.- Chetumal, Quintana Roo, México : El Colegio de la Frontera Sur : 2021

279 páginas ; 17x23 centímetros

Bibliografía: páginas 139-145

ISBN: 978-607-8767-45-8

1. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2. Instituto de Salud para el Bienestar, 3. Política de salud, 4. Servicios de salud, 5. Acción comunitaria, 6. Promoción de la salud, 7. México, I. Sánchez Pérez, Héctor Javier (autor), II. Leal Fernández, Gustavo (autor), III. Escobar de la Rosa, Virginia Damariz (autora), IV. León Cortés, Jorge Leonel (autor)

Fotografía de portada: Héctor Javier Sánchez Pérez

Primera edición, noviembre de 2021

Esta publicación fue sometida a un estricto proceso de arbitraje por pares, con base en los lineamientos establecidos por el Comité Editorial de El Colegio de la Frontera Sur.

D. R. © El Colegio de la Frontera Sur
Av. Centenario km 5.5, C. P. 77014
Chetumal, Quintana Roo, México
www.ecosur.mx

Se autoriza la reproducción de esta obra para propósitos de divulgación o didácticos, siempre y cuando no existan fines de lucro, se cite la fuente y no se altere el contenido (favor de dar aviso: llopez@ecosur.mx). Cualquier otro uso requiere permiso escrito de los editores.

Impreso y hecho en México / *Printed and made in Mexico*

Índice

les otorgan" 73

desde las comunidades 98

"evaluar" para las necesidades de los directivos del Programa IMSS-Bienestar 131

Siglas y acrónimos

Agentes Comunitarios de Salud	ACS
Asesor Médico Zonal	AMZ
Asistente Rural en Salud	ARS
Atención Primaria de Salud	APS
Brigadas de Salud	BS
Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social	CIESS
Centro Rural de Atención Integral a la Mujer	CRAIM
Centros de Atención Rural al Adolescente	CARA
Centros de Atención Rural Obstétrica	CARO
Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica	Conalep
Comisión Nacional de Derechos Humanos	CNDH
Comité de Infraestructura Institucional	CDI
Comité de Salud	CS
Compañía Nacional de Subsistencias Populares	Conasupo
Contrato Colectivo de Trabajo	CCT
Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República	Coplamar
Determinantes Sociales de la Salud	DSS
Ejército Zapatista de Liberación Nacional	EZLN
Encuentro Médico-Quirúrgico	EMQ
Enfermedades Diarreicas Agudas	EDAS
Equipo de Salud	ES
Hospital Rural	HR
Infecciones de Transmisión Sexual	ITS
Infecciones Respiratorias Agudas	IRAS
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Instituto Nacional de Salud Pública	INSP
Instituto Nacional Indigenista	INI
Instituto de Salud para el Bienestar	Insabi
Instituto Tecnológico Autónomo de México	ITAM
Localidades de Acción Intensiva	LAI
Médicos Pasantes de Servicio Social	MPSS
Modelo de Atención Integral a la Salud	MAIS
Movimiento de Regeneración Nacional	Morena

ACCIÓN COMUNITARIA EN EL IMSS-BIENESTAR. VISIONES OPERATIVAS DE “LA OTRA HISTORIA”

Oclusión Tubaria Bilateral	OTB
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Internacional del Trabajo	OIT
Organización Mundial de la Salud	OMS
Partido Acción Nacional	PAN
Partido Demócrata Mexicano	PDM
Partido Revolucionario Institucional	PRI
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	PDHO
Programa IMSS-Bienestar	PIB y/o IMSS-Bienestar
Programa Nacional de Solidaridad	Pronasol
Promotor de Acción Comunitaria	PAC
Promotoras Voluntarias de la Salud	PVS
Promotores Voluntarios Rurales	PVR
Reglas de Operación	ROP
Secretaría de Desarrollo Social	Sedesol
Seguridad Alimentaria Mexicana	Segalmex
Servicios Estatales de Salud	SESA
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	Sida
Sistema de Información en Salud para Población Abierta	SISPA
Sistema de Televisión Educativa	Edusat
Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada	SVES
Supervisor de Acción Comunitaria	SAC
Unidad Médica Auxiliar	UMA
Unidad Móvil de Microrregión de Oportunidades	UMMO
Unidad de Primer Nivel de Atención	UPNA
Unidad Médica Móvil	UMM
Unidad Médica Rural	UMR
Unidad Médica Urbana	UMU
Universidad Autónoma del Estado de México	UAEM
Universidad Nacional Autónoma de México	UNAM
Virus de Inmunodeficiencia Humana	VIH
Voluntarios de Salud	VS

Introducción

ESTE LIBRO REVIS A CUATRO DÉCADAS DE OPERACIÓN DEL ACTUAL PROGRAMA IMSS-Bienestar (PIB y/o IMSS-Bienestar) desde distintos puntos de vista del personal operativo que lo ha acompañado prácticamente desde sus inicios. Este programa se concibió con un fuerte componente de acción comunitaria —pivote de las innovaciones mundiales recomendadas en la legendaria Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978—,¹ que con el paso del tiempo perdió fuerza ante el enfoque eminentemente médico-clínico que ha prevalecido en varias administraciones.

El IMSS-Bienestar, que cumplió cuarenta años en 2019, tuvo sus antecedentes en 1973, cuando se modificó la Ley del IMSS facultando a esta institución a “extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación”.² Para 1979 se convirtió en el Programa IMSS-Coplamar mediante la firma de un convenio entre el IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (Coplamar). La finalidad de esta fusión era extender los servicios de salud a todo el territorio nacional.

En el Informe al *Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2013-2014* (IMSS, 2014, p. 185) se declara que se trata de:

¹ Celebrada del 6 al 12 de septiembre de 1978 en Kazajistán (entonces perteneciente a la Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas, URSS), durante ella se emitió la Declaración de Alma-Ata con su lema “Salud para todos en el año 2000”, en la que se establece que la Atención Primaria a la Salud es la estrategia que se debe seguir para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. La conferencia fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).

² Véase, <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>

un programa federal que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbano marginadas. Su origen respondió a la preocupación del Estado Mexicano por ampliar los servicios de salud a la población desprotegida, aplicando un enfoque de cooperación gobierno y sociedad, por lo cual se aprovechó la práctica de solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos para involucrar y hacer partícipe a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico. La creación y desarrollo del Programa se da bajo el cobijo del IMSS, que le ha proporcionado el respaldo y asistencia técnica y administrativa. [...] En 1974 se instrumenta el Programa Nacional de Solidaridad Social en el que se establece que, como retribución por el acceso a los servicios, los beneficiarios realizarían aportaciones en efectivo, o bien, trabajos personales en favor de sus propias comunidades. Ahí radica el principal distintivo del Programa IMSS-Oportunidades: una red comunitaria conformada por la población receptora de los servicios que, con su participación multiplica y favorece el autocuidado de su salud. En sus primeros años, el Programa estableció servicios de manera predominante en la zona ixtlera del norte del país, construyendo siete Clínicas-Hospital de Campo y adaptando 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo) para que funcionaran como unidades de primer nivel de atención. En 1976 esta red comprendía 30 Hospitales Rurales y 310 Unidades Médicas Rurales (UMR) con los que se atendía a 3.8 millones de personas. En 1977 el Ejecutivo Federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) como parte de una política integral para atender la pobreza. Con el objetivo de acelerar la ampliación de cobertura en salud en las zonas marginadas de México y aprovechar la experiencia adquirida por el IMSS, en 1979 la Presidencia de la República suscribe con éste un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivará en el programa sectorial IMSS-Coplamar.

En el marco de la reunión de Alma-Ata (OMS, 1978), el PIB diseñó un innovador enfoque de acción comunitaria especialmente concebido para incidir de manera radical sobre los denominados Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (OMS, 2008), y así anticipar preventivamente la conformación de los daños de que se ocupa, y procura, la medicina curativa (Ruelas *et al.*, 2015).

Desde su creación, el PIB ha portado distintos nombres, que ha recibido según la línea de tiempo que se resume en la tabla 1.

Tabla 1. IMSS-Bienestar: línea de tiempo

Año	Suceso
1973	Reforma de la Ley del Seguro Social. El IMSS extiende su acción a la población sin capacidad contributiva
1974	Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria
1977	Creación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar)
1979	Firma del convenio Presidencia de la República-IMSS-Conasupo que da origen al Programa IMSS-Coplamar
1983	Desaparece Coplamar (gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado)
1984	IMSS-Coplamar descentraliza 911 Unidades Médicas Rurales (UMR) a 14 estados del país
1989	IMSS-Coplamar cambia de nombre a IMSS-Solidaridad (gobierno de Carlos Salinas de Gortari)
1997	Creación del Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), enfocado al bienestar del medio rural (gobierno de Ernesto Zedillo)
2002	Creación del Programa Oportunidades (anteriormente Progresa) Cambia el nombre de IMSS-Solidaridad a IMSS-Oportunidades (gobierno de Vicente Fox)
2003	Creación del Seguro Popular (gobierno de Vicente Fox)
2006	Creación del Seguro Médico para una Nueva Generación (gobierno de Felipe Calderón)
2008	Presentación del Programa “Vivir Mejor” como estrategia para erradicar la pobreza extrema en el mediano plazo (gobierno de Felipe Calderón)
2009-2011	Incorporación a la cobertura del IMSS-Oportunidades de los estados de México y Guerrero en su ámbito rural. La infraestructura crece con ocho nuevos hospitales en diferentes estados
2012	Se renombra Progresa como Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) (gobierno de Enrique Peña Nieto)
2014	El PDHO cambia nombre a Prospera. El nombre de IMSS-Oportunidades cambia a IMSS-Prospera (gobierno de Enrique Peña Nieto)
2018	El Programa IMSS-Prospera se convierte en IMSS-Bienestar y desaparece el Seguro Popular (gobierno de Andrés Manuel López Obrador)
2019	IMSS-Bienestar cumple 40 años de otorgar servicios médicos gratuitos a más de 12.3 millones de personas en el país.

Fuente: Adaptado de <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>

Si bien a lo largo de los 41 años recorridos nunca se materializó a cabalidad el peso de la acción comunitaria, tampoco desapareció nunca del todo. En esto consiste la gran paradoja de un PIB siempre publicitado oficialmente con envidiables números de acciones realizadas, sobre todo de tipo médico. Pero también hay una

historia no oficial que merece ser conocida y que representa el propósito principal de este libro.

En las siguientes páginas se recorrerán algunos periplos destacados de la siempre presente pero relegada acción comunitaria como parte del PIB; es una travesía que se nutre de diversas voces de personas que han colaborado con este programa durante muchos años y que han pedido permanecer en el anonimato y sin mostrar dato alguno que permita su identificación por temor a represalias. Se trata de personas que han laborado allí por rangos de entre 22 y 28 años. Algunos ya están jubilados. Se ha cuidado de constatar sus antecedentes laborales para los fines de este libro, de modo que es factible decir que algunos cuentan con estudios universitarios, otros no llegaron a dicho nivel de estudio pero, en todos los casos, las personas cuentan con una amplia trayectoria y experiencia en el PIB.

El presente libro muestra que el espíritu de Alma-Ata (1978) desplegado por el PIB logró preservarse, aunque a costa de coexistir y convivir conflictivamente con las directrices institucionales que, de sexenio en sexenio y de partido en partido en el gobierno, fueron imponiendo los directores priistas que lo iniciaron, y los panistas de la llamada “alternancia”.

Ciertamente, la acción comunitaria, columna vertebral del PIB, se mantuvo incólume, pero perdiendo grandes oportunidades de impacto en la real mejora del estado de salud de la población universo a su cargo.

También reflexionamos acerca de si la llegada al poder del Movimiento de Regeneración Nacional (Morena) logrará modificar, en el mediano plazo, el horizonte que priistas y panistas imprimieron al PIB, recuperando, ahora y para la nueva política de salud no neoliberal (Leal y Ulloa, 2019), la misión original del Programa IMSS-Coplamar (IMSS, 1979). Es decir, virar radicalmente hacia un equilibrio estable entre la prevención y la cura, capaz de mejorar efectivamente el estado de salud de la población.

Iniciando con una provocativa presentación del Programa IMSS-Coplamar, que rompe con la muy desgastada historia oficial, especialmente preparada para poner en perspectiva lo que los autores denominamos la “otra historia”, la no oficial, este libro se ocupa exclusivamente del componente de acción comunitaria, cuya historia hemos dividido, por razones esquemáticas y tal vez arbitrarias, en los periodos 1979-1988 (PRI), 1988-1994 (PRI), 1994-2007 (PRI-PAN), 2008-2013 (PAN), 2014-2018 (PRI) y 2019-2024 (Morena); para este último abrimos algunas interrogantes toda vez que el PIB se ha integrado funcionalmente dentro del recién instalado Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi).

Nota metodológica

Este libro es resultado de un largo proceso de dos años que incluyó en, primer lugar, la realización de un conjunto de entrevistas en profundidad que se desarrollaron en varias etapas, de modo que, luego de ser revisadas y cuando se observó la necesidad, se pidió al entrevistado un respaldo documental de los datos que nos ofrecía; por esta razón, el lector encontrará que en los testimonios que conforman el eje de esta obra hay referencias parentéticas. La intención ha sido darle el protagonismo a la narrativa no oficial de la historia del PIB —una ausencia notable en la literatura sobre el tema—, pero con la suficiencia de objetividad y fidelidad de la información aportada en los testimonios.

Es un concierto de múltiples discursos intervenidos únicamente para darles claridad y fluidez. Para distinguirlos, siempre los introducimos y cerramos invariablemente con comillas latinas (« »).

1. El inicio: Programa IMSS-Coplamar

EL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR (ACTUALMENTE IMSS-BIENESTAR) FUE CREADO a fines de la década de 1970 como un programa gratuito de atención a la salud para pueblos rurales e indígenas, es decir, para los más marginados de todo tipo de servicios, quienes usualmente carecen de un recurso definido y quienes, ante la necesidad de enfrentar una enfermedad, no siempre pueden acceder a servicios de salud, aun cuando no se les cobre la atención, debido a los gastos que les significan, entre otros, el transporte, alojamiento, alimentación y, en no pocas ocasiones, la compra de medicamentos.

Por otra parte, al tratarse de población marginada, con altos niveles de pobreza, alta ruralidad y dispersión geográfica, con bajas posibilidades de transporte adecuado, lejanía e incomunicación, la gratuidad ya no lo es tanto. Además, la mayoría de estas familias viven del jornal, por lo que, al acudir al servicio médico, es probable que ese día no reciban ingreso, con el resultado de que la gratuidad queda diluida.

El PIB inició en 1979 durante el sexenio de José López Portillo (PRI), en un contexto posdevaluatorio, con alto porcentaje de población en condiciones de pobreza y enorme desigualdad socioeconómica. Fue una medida para satisfacer en lo posible las históricas necesidades de salud, principalmente de la población rural-indígena. Y aunque surgió con un enfoque asistencialista, pronto se le reorientó a la promoción, prevención y educación para la salud. Una decisión que se tomó porque, literalmente, era imposible dar atención médica a una población tan dispersa geográficamente, y disímbola en términos culturales y en la concepción de su salud-enfermedad y procesos de atención.

Fue así como a inicios de los años ochenta se crea y define la Coordinación de Acción Comunitaria, un área que dará su distinción al PIB en todo el sector salud y que permitirá su ejecución y resolución sin centrarse exclusivamente en la salud. El PIB funcionó entonces entre la acción comunitaria y la atención médica, dos componentes que competían entre sí. El primero, enfocado a la prevención

y educación para la salud, y en hacer asequibles los servicios de salud a la población donde operaba el PIB. El segundo, con un enfoque clínico asistencial, que no necesariamente reconocía las acciones comunitarias, ni tenía la sensibilidad para respetar las creencias, prácticas y conocimientos de las comunidades, de modo que terminaba imponiendo un sistema de salud con acciones obligadas y sustentadas en una corresponsabilidad que descansaba más en la población. En este sentido ha de señalarse que la responsabilidad compartida deja de serlo cuando la hegemonía médica arguye ser el único modelo médico para atender la salud de una población que históricamente basa esa atención desde visiones y parámetros distintos a los que brinda la medicina institucional, la cual con frecuencia no es incluyente.

A pesar de ello, muchos de los logros del componente de atención médica del PIB, tales como el uso de métodos de planificación familiar, las jornadas de oclusión tubaria bilateral (OTB), la disminución de la mortalidad materna y perinatal, y el esquema de vacunación y prevención del embarazo adolescente, entre otros, son en gran parte producto de las actividades comunitarias, debido a su labor de acercamiento y convencimiento para que la población utilice los servicios de salud en las aproximadamente 17 500 localidades a las que llega el IMSS-Bienestar. Cabe añadir aquí que este programa opera en 3500 localidades-sede que cuentan con una Unidad Médica Rural (UMR); estas a su vez atienden a entre tres o cuatro Localidades de Acción Intensiva (LAI), de modo que el total de comunidades que reciben servicios de salud corresponde a la cifra mencionada.

Lo anterior describe de forma muy sucinta el nivel de dificultad en donde la acción comunitaria tiene que incidir para que en las unidades médicas se pueda otorgar la atención. No obstante, con el paso de los años la población fue aceptando los servicios del PIB, aun cuando la insuficiente sensibilidad del componente de atención médica sigue dejando huellas permanentes a las que todavía hay que hacer frente.

En los inicios del PIB, e incluso hasta los años 2008-2010, los casos de muerte materna ocurridos en el hogar y en trayecto mostraban que en algo se estaba fallando. Nos referimos a embarazadas que se atienden ellas mismas o lo hace algún familiar. En estas acciones no hay parteras. Incluso en las comunidades marginadas no en todos los casos de partos se cuenta con parteras. Y el PIB no había generado la confianza ni la satisfacción para recurrir a sus servicios de salud. La explicación es sencilla. Ocurría que estas mujeres no deseaban atender su parto en las unidades médicas; un hecho grave, porque un PIB que aspiraba a ser más incluyente con la cultura del otro, después de 25 años había sido incapaz de ganarse la confianza de sus usuarias. El PIB pudo haber sido más empático, incluyente y respetuoso, pero no fue así.

Como se indica más adelante, los casos de muerte en domicilio o en trayecto fueron desapareciendo en virtud de la puesta en operación de la llamada red social, una estrategia que obligó a las comunidades a responsabilizarse de sus embarazadas —más adelante se explica esto en detalle—. Y hay un abismo entre tratar de convencer de por qué es mejor atender un parto en un hospital a forzar a que siempre sea así, aunque con frecuencia no se disponga de las acciones resolutivas ni del personal especializado confiable. Lo anterior cubre y cumple con números las metas del sector salud pero, ¿y la población?

Sin embargo, para un recuento de avances, resulta que la atención de los partos —vistos en el PIB como atención puramente médico/asistencial— no satisfizo las necesidades específicas de las mujeres, por lo que estas elegían hacerlo en su hogar. Y en caso de complicación, muchas lo vivieron dramáticamente con la muerte materna en trayecto o en domicilio, lo que bien puede considerarse como un indicador del mal funcionamiento del IMSS-Bienestar.

Otros factores que intervienen en la problemática y que pesan sobre la operación del PIB son la insuficiente sensibilización a nivel comunitario del posible riesgo obstétrico; la falta de aceptación o confianza en los servicios de salud que otorga, en ocasiones por malas experiencias previas con él; falta de trabajo conjunto con las parteras en el control prenatal; y aspectos que escapan a su alcance, como las variables religiosas y las cuestiones de género: por ejemplo, que el esposo por pudor no acepte que vean a su esposa, la violencia familiar y las cuestiones culturales, entre otros. Portanda (2009) lo señala con precisión:

Con la investigación que se realizó en el Centro de Salud de Rosas Pampa se obtuvo la siguiente información:

- Maltrato que reciben los usuarios de parte del personal de salud que discriminan los idiomas nativos y la falta de respeto a los valores culturales.
- Desconocimiento de las prácticas, usos y costumbres de la población, que son factores determinantes que causan la falta de compromiso entre el personal de salud y los usuarios.
- Falta de respeto a la cultura del otro.
- Las relaciones entre el personal de salud y los usuarios de los servicios, por lo general, son insatisfechas.
- Falta Calidad Humana de parte del personal de salud hacia los usuarios.

[...]

Los diversos factores que impiden el acceso a la salud limitan ejercer los derechos fundamentales de la ciudadanía que, se constituye en un problema, y debido a ello se presentan casos de mortalidad materna infantil por las complicaciones que ame-

nazan la vida, a causa de distintas enfermedades que se presentan, [así como por] la falta de decisión para pedir ayuda y la desconfianza a los servicios de salud, ya sea por costumbre, tradiciones, mitos, creencias culturales y falta de recursos económicos. (pp. 84-85).

Componente de acción comunitaria: 1979-1988

En su primera fase durante la década de los ochenta, el PIB se centraba en lo que le era propio: la atención y, sobre todo, la promoción y prevención de la salud. Por entonces se observa el buen diseño de su concepción y que sus objetivos eran alcanzables, aspecto al que contribuía que su presupuesto no se destinaba a fines distintos. Desde su creación en 1979 (durante el gobierno de José López Portillo) y hasta 1984 (sexenio de Miguel de la Madrid), el programa fue de alcance nacional.

En 1983, ante la “severidad de la crisis”, Miguel de la Madrid Hurtado ordenó la desaparición del Coplamar,¹ con el argumento de que duplicaba funciones de secretarías de Estado y órganos de gobierno. Dicho organismo había sido uno de los más importantes que se habían creado en el sexenio de José López Portillo. A partir de ese momento, los programas del Coplamar quedaron a cargo de las Secretarías de Comunicaciones y Transportes (SCT), Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE) y Reforma Agraria (SRA), así como de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), la Comisión Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Mientras que para diputados del Partido Acción Nacional (PAN) y el Partido Demócrata Mexicano (PDM) su desaparición representaba “dejar de ser una carga para el presupuesto”, para otros era claro que se estaba afectando a la población marginada que recibía los beneficios (Desaparecido COMPLAMAR..., 1983). Esta decisión era parte del “Programa de Modernización” y al IMSS se le asignó entonces la administración total del Programa IMSS-Coplamar.

Con la experiencia institucional adquirida y ya con el IMSS coordinando toda la parte de salud del Coplamar, el sistema de atención médica del PIB se transformó en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), en el que quedaron interrelacionadas la atención médica y la participación comunitaria (IMSS, 2014).

No obstante, el personal del PIB entrevistado para la elaboración de este libro mencionó que «Durante mucho tiempo, si bien las autoridades del PIB repetían recurrentemente el membrete de la participación comunitaria, solo lo hacían “de dientes

¹ Ignacio Ovalle Fernández, su primer director, luego fue embajador de México en Argentina y, en la 4T, fungió como titular de Seguridad Alimentaria Mexicana (Segalmex).

para afuera”, ya que en los hechos se fue modificando ese discurso. Tanto, que hay una brecha enorme entre lo que fue la concepción de ese término a principios de los años ochenta, y lo que hoy aducen como participación comunitaria [...] y es justo el componente de participación comunitaria² lo que distinguiría a esta iniciativa de todo el resto del sector salud. Fue gracias a Gastón Martínez Matiella³ y un equipo visionario que se incursionó de manera notable concibiendo un modelo comunitario fincado, desde sus inicios, con otros modelos desprendidos de diversas ciencias sociales: antropología médica, sociología, psicología, pedagogía y comunicación. Estas materias incorporaban elementos socioculturales. Todo ello incorporó al Modelo de Atención Integral a la Salud los elementos que dieron cuerpo al ente comunitario. De tal suerte que se puede hablar de dos momentos en el desarrollo del área comunitaria. Uno, desde el origen del PIB en 1979, y otro que se ubica entre los años 2005-2006. En este segundo momento, quienes detentaban la titularidad del PIB, comenzaron a resquebrajar y cancelar el componente comunitario en varias aristas: la medicina y la partería tradicional, por ejemplo. Para ello se modificaron las capacitaciones a los Asistentes Voluntarios de Salud —hoy llamados Voluntarios Rurales de Salud—: se les dejó sin la posibilidad de tener un curso adecuado de preparación y adiestramiento, ya no digamos digno, sino con lo mínimo necesario para que pudieran hacerse cargo de la salud de Localidades de Acción Intensiva, comunidades que pueden ser más de 16,000 y que carecen de infraestructura física en salud. [...] de ser un modelo complementario entre comunidad y atención médica, se convirtió únicamente en un modelo asistencialista, cada vez más parecido a un servicio de Régimen Ordinario del IMSS, o de la SSA. Entre 2005 y 2006 se perdió la brújula. De intentar atender problemas de salud comunitarios se fue pasando, primero, a cumplir los compromisos del Milenio, luego los Objetivos del Desarrollo Sustentable. Estos compromisos impuestos, si

² «La acción comunitaria es la organización de la comunidad y de los comités de salud y promoción de saneamiento en el medio familiar con cuatro acciones: disposición sanitaria de excretas, suministro adecuado de agua para consumo humano, eliminación de basuras y desechos y mejoramiento integral de la vivienda y sus anexos. Con estas acciones es notable la incorporación de la búsqueda y modificación de algunos de los determinantes que más influyen en la prevención de la salud” (Documento protección social a la población rural. Curso realizado en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en su sede de la ciudad de México del 17 de septiembre al 10 de octubre de 1980).

³ Gastón Martínez Matiella, uno de los principales promotores de la seguridad social en México, fue el primer coordinador general no médico del Programa IMSS-Coplamar; era especialista en ciencias sociales y en antropología. Fue también subdirector general de Prestaciones Sociales del IMSS en la década de los ochenta, e impulsor de los comités de salud y del voluntariado en las comunidades indígenas. Con él se forma la Coordinación de Acción Comunitaria, cuyo primer titular sería Antonio Morán Zenteno.

bien coinciden con realidades certeras a modificar: muerte materna, por ejemplo, son compromisos que no permiten —o al menos los responsables del PIB de aquellos años nunca permitieron— la flexibilidad, el trabajo conjunto, la consideración de complementar y armar propuestas médico-comunitarias, en donde todas las partes pudieran expresar, proponer, evaluar, mediar, negociar cómo podría ser posible restaurar un modelo real de trabajo médico-comunitario.

»Pero en lugar de eso respondieron con todo el peso de una formación y prestigio médico. De ahí precisamente la hegemonía. Para decirlo con toda claridad: un modelo que se opone a mediar en las formas, acciones y prácticas con las que es posible modificar los riesgos y daños a la salud, que deja sin incorporar lo que las comunidades saben y pueden hacer por ellas mismas. Sin embargo, este viejo modelo está arraigado en la obediencia ciega y el control absoluto de las acciones. De forma que entre 2006 y 2021 no hay un solo producto nuevo que refuerce al PIB para la complementación de un trabajo médico asistencial y el trabajo de fortalecer las posturas comunitarias. Por ello mismo, lo que hay para la comunidad es seguir órdenes y obligaciones. Porque como alguien ha señalado, “ellas son muy obedientes y les gusta el control al que las someten”.»

En Flores y Morán (1989) es posible comprender lo que el PIB siempre trató de emprender, y en la cita que sigue se aprecia lo que le ha redituado establecer, desde los años ochenta, un verdadero trabajo conjunto entre las dimensiones médica y comunitaria:

los resultados expuestos demuestran que, conforme al marco teórico del Modelo de Atención Integral a la Salud, se pudo delegar en el personal de las unidades médicas la responsabilidad de planear, conjuntamente con la población, la realización de actividades para mejorar su salud, sin detrimento de ningún avance previamente logrado. La aplicación del Modelo permitió dar continuidad o intensificar los logros que desde su inicio se habían venido obteniendo con el Programa (frecuencia baja de las enfermedades prevenibles por descenso en la tasa de demandas de consultas, tendencia ascendente en la realización de acciones de fomento a la salud), pero lo más relevante es que se sentaron las bases para que se buscara controlar, en forma global, los principales padecimientos que aquejan a la población rural marginada del país. (Flores y Morán, 1989, p. 755).

Por otro lado, estos mismos autores identificaban ya en esos años el riesgo y la necesidad de fortalecer el eslabón médico por la poca pertinencia de su función a causa de que se trataba de un pasante de servicio social y de que se requería de más capacitaciones y supervisión, elementos que, se esperaba, conformarían un nuevo modelo médico-comunitario:

se debe señalar, sin embargo, que un porcentaje importante del personal del Programa no ha sido capaz de conceptualizar adecuadamente el modelo y realiza las actividades del plan genérico, sin percatarse de la necesidad de llevarlas a la práctica. Lo anterior adquiere significado cuando se toma en cuenta que en las unidades médicas rurales, la plantilla del personal está integrada por dos auxiliares de enfermería con adiestramiento elemental y un médico en servicio social o recientemente titulado, cuya formación académica ha sido eminentemente asistencial, y que además se substituye cada año. Para la superación de este obstáculo, es evidente que deben intensificarse los esfuerzos relativos a la capacitación y supervisión-asesoría del personal (Flores y Morán, 1989, p. 755).

No obstante, para 2009 la supervisión fue cancelada por Carolina Gómez Vinales, la titular del PIB en turno, mientras que la capacitación pasó exclusivamente a ser una constante en el Área Médica, en donde se fortalecían los aspectos técnicos de la medicina pero no lo suficiente para obtener una buena praxis entre lo asistencial y lo comunitario. De este modo se entiende que lo comunitario haya quedado casi colapsado, al menos en términos de los planteamientos internacionales de la salud comunitaria. Flores y Morán (1989, p. 755), en lo relativo a lo médico comunitario de 1989, ya concluían que este eslabón comunitario debía reforzarse si la pretensión era impulsar las acciones de promoción, prevención y educación en salud en beneficio de los usuarios del PIB.

A partir de lo anterior es posible afirmar que, como lo proponen Flores y Morán (1989), uno de los pilares fundamentales de la atención primaria es la participación de la comunidad en acciones que benefician su salud. En este sentido, los resultados expuestos (Flores y Morán, 1989, p. 756) revelan avances importantes que son producto de la interacción del personal del PIB con las comunidades de su universo de trabajo, efectuada con base en el respeto de sus creencias y valores culturales y a que voluntariamente determinan mejorar sus condiciones de vida.

Dicha interacción ha implicado un proceso iniciado con la organización y participación de la comunidad, el cual habrá de culminar cuando esta última asuma el autocuidado de su salud. En esto radica la importancia de que en un texto de 1989 ya se identifique y defina la forma en que el PIB tenía que crecer y desarrollarse.

Sin embargo, la situación actual no se encuentra igual sino peor, ya que haber reforzado únicamente lo médico-asistencial solo ha creado una barrera más difícil de traspasar. Con el paso del tiempo se ha creído que lo comunitario no requiere ser fortalecido. Según esta visión, basta con que la población obedezca, accione y se comporte como seres sin voluntad. Pero hay un hecho más grave: ¿por qué, por

ejemplo, se dejó de realizar la supervisión en las delegaciones del PIB? Y es que, al desaparecer esta supervisión, se anuló el control de los indicadores que mostraban los avances y retrocesos de una comunidad. Por otra parte, esta falta de control no debería significar el regaño, la imposición ni el despido de los trabajadores, sino la corrección de las fallas y el mejoramiento de la atención.

Es claro que las localidades no son homogéneas en lo geográfico, pero tampoco en lo hídrico, climático, ecológico, ni en sus respuestas ante los novedosos planteamientos de una posible sustentabilidad. ¿Por qué deberían serlo en sus aspectos humanos respecto a lo cultural? En consecuencia, los problemas identificados deberían ser oportunidades para que, mediante la asesoría para el servicio personal de nivel central, y en conjunto con el área específica local, se desarrollaran acciones a corto, mediano y largo plazos, con un trabajo para cada una de las áreas en que sea menester.

Pero desde el nivel central se sigue concibiendo que la supervisión de una región consiste en reconvenir y maltratar al personal, o despedirlo. Pareciera que el método del capataz de hacienda henequenera pervive, de modo que cuando los peones no cumplen con las faenas se les latiguea o se les deshecha.

Una acción visionaria

La creación del componente de acción comunitaria —a cargo, entre otros, de Ángel Flores Alvarado, Gastón Martínez Matiella, Antonio Morán Zenteno y Antonio Zedillo— fue visionaria. Para entonces (1982-83), ese equipo adaptó el sustento y las recomendaciones de la Reunión de Alma-Ata de 1978,⁴ colocando la mira en los recursos locales que, en salud, se encuentran en las comunidades: sus propios agentes de salud y su medicina tradicional. Es decir, todo el bastión sociocultural que cualquier iniciativa en salud debería considerar.

En 1980, doce especialistas de seis instituciones —UNAM, Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social (CIESS), IMSS, ONU, OIT, IMSS-Coplamar— impartieron el curso “Protección social a la población rural” (CIESS, 1980). Cuatro de ellos, Hiram Bravo, Gastón Martínez Matiella, Sergio Monjardin y Arnulfo Ramos, pertenecían al IMSS-Coplamar y habían dado forma a lo comunitario dentro del PIB. El curso duró más de un mes y sirvió para implementar el modelo comunitario mediante el análisis de estudios de caso y la acción-investigación. Ese modelo es el que el IMSS-Bienestar desarrollaría durante los siguientes años.

⁴ Véase, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>, en especial los apartados VI-X de la Declaración.

Desde el punto de vista de nuestros entrevistados, «Ese curso es, sin duda, la cuna del modelo comunitario del PIB.» Una de sus conclusiones era certera y definitiva: «El éxito total de los programas para las áreas rurales, y más aún para las marginales, dependerá de la mayor participación que se logre de sus pobladores, para que lo sientan como propio, e incluso sean los generadores de ideas y modificaciones necesarias en los programas de educación para la salud.» (CIESS, 1980, Anexo V.29). La sustancia de esta cita será lo que gradualmente se irá desmantelando con cada cambio de administración en el PIB; y esto habría de convertir a la población en autómatas que tienen que aceptar, asentir y asumir lo que sea en beneficio de su salud. Así, la exclusión y discriminación que se impuso al componente de acción comunitaria fue una constante en todas las administraciones del PIB, sobre todo desde fines de la década de 1980.

En 1983 se implantó dentro del PIB el MAIS, cuyo marco teórico establece que el personal de las unidades médicas del IMSS-Bienestar y las comunidades a su cuidado deben de manera conjunta: 1) identificar los padecimientos más frecuentes de la localidad, así como sus causas y factores condicionantes; 2) planear, programar y ejecutar actividades orientadas a reducir la morbi-mortalidad por esos padecimientos, y 3) evaluar resultados y con base en estos, continuar o modificar el plan y programa de trabajo (Flores *et al.*, 1994).

A partir de la aplicación del MAIS en 1983 y hasta fines de los años ochenta en que se pudieron mantener o intensificar los logros del PIB, se observó un descenso en la frecuencia de enfermedades prevenibles por vacunación e infecciones con puerta de entrada en las vías digestivas; se avanzó en el control de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de la desnutrición; se redujo la tasa de demanda de consultas y se incrementaron las actividades de fomento a la salud, lo que concuerda con una mayor participación comunitaria por conducto de comités de salud, promotores voluntarios, terapeutas, parteras tradicionales y asistentes rurales. De igual manera, también se permitió que en las unidades médicas se adoptasen medidas para solucionar los problemas de salud comunes a la población rural (Flores y Morán, 1989).

En cuanto a población atendida, para 1985, el IMSS-Bienestar alcanzó a 13.7 millones de personas en el medio rural, 19% más de los 11.5 millones de 1983 (Flores y Morán, 1989).

En el periodo 1984-87 —en tiempos del gobierno de Miguel de la Madrid, y con Guillermo Soberón Acevedo como secretario de Salud—, se instrumentó la descentralización de los servicios de salud en catorce estados del país. Firmaron este proceso: Tlaxcala, en 1985; Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro y Sonora, en 1986; Colima, Estado de México, Guanajuato, Aguasca-

lientes y Quintana Roo, en 1987 (Merino, s./f., pp. 195-207). Esto afectó notablemente al PIB, debido a que las decisiones en el sector salud quedaron a cargo de los gobernadores de las entidades descentralizadas (Fajardo, 2004, pp. 11, 45-50), lo que, si bien tuvo aspectos positivos, generó otros negativos, como dispendio, corrupción, y falta de coordinación entre los niveles federal y estatal. Con esa medida el PIB perdió una considerable cantidad de infraestructura en servicios de salud.⁵ Por ejemplo: desde su creación en 1979 y hasta antes de la descentralización en 1984, había pasado de 2715 a 3015 Unidades Médicas Rurales (UMR) (11% más), y de 30 a 60 Hospitales Regionales (HR) (100% de crecimiento). Al finalizar la descentralización, en 1987, había perdido 911 UMR y 23 HR, con lo que le quedaron 2114 de las primeras (30% menos que en 1984) y 37 de los segundos (38% menos). De igual manera, a partir de 1986, el IMSS-Bienestar quedó circunscrito a 19 delegaciones o estados de la república.

Un IMSS-Bienestar en la operación electoral y como agencia de colocaciones

De acuerdo con uno de los trabajadores entrevistados: «En los años ochenta, destacaba la baja de consultas médicas y la alta carga de trabajo comunitario, por ejemplo: acciones de fomento y educación para la salud. Hasta ahí, el PIB contenía algunos logros. Posteriormente, se fue desvirtuando hasta convertirse, entre 2007 y 2018, en un aparato operador electoral, además de servir como agencia de colocaciones.»

Los trabajadores entrevistados coinciden en que, a partir del gobierno de Felipe Calderón, todas las administraciones usaron el PIB de esa forma, recalcando que con Peña Nieto: «Ni qué decir, fue tal vez la más grande de las corrupciones y de proselitismo electoral. Llegaron puros mapaches electoreros y ninguno sabía de qué iba o qué se hacía en el PIB. De haberle aplicado a cualquiera de estos funcionarios un elemental cuestionario de Atención Primaria a la Salud, todos habrían reprobado. Es inexplicable e inconcebible que, para coordinar un programa como este, lleguen a él personas que piensen que la salud se restringe a dar consultas y medicamentos.

»Pero en el caso de los peñistas resultó peor, ellos armaban su plan de trabajo anual con base en las reuniones o concentraciones de personas (acarreo electoral

⁵ El 8 de marzo de 1984 se emitió el decreto con el que se descentralizaron los servicios de salud a los gobiernos de los estados, incluyendo los proporcionados por el IMSS-Coplamar. Fue un acontecimiento gradual entre 1985 y 1987. Con ello la presencia del IMSS-Coplamar se redujo a 17 estados. (Libro Blanco IMSS-OPORTUNIDADES 2007-2012, s./f., p. 20).

disfrazado o maquillado de atención a la salud) en las que podían aglutinar a más de 2500 personas. Por eso los Encuentros Médico-Quirúrgicos siempre fueron su prioridad. Con ellos, de manera sorprendente, el PIB tuvo por primera vez en sus 41 años la posibilidad de sumarse a la CDMX; y esto no fue fortuito. Se debía a que Mikel Arriola Peñalosa⁶ era candidato por el PRI a la jefatura de gobierno de la CDMX en 2018. En esa elección de 2018 se fueron con todo. Y qué bueno que perdieron.»

El componente de acción comunitaria 1988-1994: Salinas de Gortari

En 1988 Carlos Salinas de Gortari asumió la Presidencia de la República en un marco de hondo cuestionamiento. El sistema político mexicano se cimbró. Por los efectos negativos que la descentralización de los servicios operaba sobre los recursos y alcances del PIB, entre 1988 y 1991, este programa registra su periodo de mayor crecimiento, el cual no se volvería a observar. Su titular era Georgina Velázquez Díaz.

En ese lapso se construyeron 1126 UMR y 17 HR, con lo que sumó 3240 UMR y 54 HR. Así recuperó y agrandó la infraestructura de que disponía en 1984, pero —debido al proceso de descentralización de los servicios de salud de ese año—, operando solo en 19 entidades federativas.

Muy probablemente, con estos tres años de crecimiento sostenido, Salinas de Gortari buscaba popularidad y legitimar la desaseada elección de 1988. Vale decir que la mayor parte de este crecimiento se concentró en la infraestructura médica. Al respecto, una entrevistada señalaba que: «Es dentro del sector salud una vana costumbre decir que, cuando se trata de servicios de salud, mientras más médicos y más espacios de atención, se atiende a más gente. El problema está en la atención: el tipo de atención deja mucho que desear. Si bien en estos primeros años que refiero la Comisión Nacional de Derechos Humanos no existe aún, el cúmulo de quejas (más que las de la Secretaría de la Defensa Nacional y las de la entonces Procuraduría General de la República) habla de la mala planeación con la que se cree que, aumentando los servicios, se corrige la falta de calidad en los mismos. Un craso error. [...] un personaje de suma importancia en la acción comunitaria del PIB es el Asistente Rural en Salud (ARS, hoy Voluntario Rural de Salud), al que se le capacitaba mediante un curso de sesenta días de duración para que fuese un agente que pudiera atender problemas de salud de baja

⁶ Fue director general del IMSS del 8 de febrero de 2016 al 6 de diciembre de 2017.

complejidad.⁷ Para ello se le dotaba de un pequeño cuadro de medicamentos, así como de equipo médico básico. Si la enfermedad rebasaba la complejidad, entonces el enfermo era derivado a la sede o UMR. Y si aun así no había solución, se le canalizaba a uno de los ochenta Hospitales Rurales (HR) de segundo nivel. En la mayoría de los casos, los ARS fueron personas que conocían el modelo local de salud: léase medicina y partería tradicional. Por eso, hacer su trabajo en sus localidades no era complicado, pues hablaban la misma lengua, compartían las mismas costumbres. Y había algo tan sencillo como esto: ayudaban de manera significativa a que las personas no se enfermaran.

»Hoy en día, desafortunadamente, a este agente de salud se le capacita en la sede de la UMR si el equipo de salud (ES) tiene tiempo, es decir, la calidad de su formación se ha visto reducida.

»En la década de 1990, segunda fase del PIB, con la labor de acción comunitaria crece también la infraestructura. Pero el proceso no escapó a las ocurrencias: inventos paralelos que en algunos casos duplicaban lo que el PIB ya hacía. Esos inventos en salud (Progresá, Oportunidades, Seguro Popular, Vivir Mejor, Próspera) (Hernández Licona *et al.*, 2019) fueron similares al PIB, terminaron distrayendo recursos y, al montar sobre el PIB todos aquellos “programitas”, se disminuyeron las posibilidades de su crecimiento.»

El componente de acción comunitaria 1994-2000: Ernesto Zedillo

Entre 1993 y 1995 se dieron situaciones inéditas que también afectaron al IMSS-Bienestar. Esos fueron los casos del levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación

⁷ El curso se impartía de forma gratuita en pequeños hoteles locales garantizando que contaran con la infraestructura y logística necesaria (aulas, sonido, proyector, etc.). Duraba 60 días con permiso para que cada participante regresara a su casa de viernes a domingo, presentándose a primera hora del lunes para iniciar el curso de manera continua. El ARS solo regresaba a su comunidad los fines de semana hasta concluir el curso. Según los entrevistados, actualmente los ARS llevan un curso exprés de una semana en su sede (UMR) “cada vez que el médico tenga tiempo”. Las razones que probablemente llevaron a acortar severamente su duración fueron la poca importancia que se le dio a las actividades comunitarias y los costos. Al respecto dice una entrevistada: “de pronto descubrieron que ya no dar esos cursos de 60 días le podrían ahorrar al PIB mucho dinero. Por eso se debe decir que, entre lo que fue y lo que es el PIB hoy en día, hay por lo menos 20 años de intentos de torpedearlo en todo lo que no es médico. Al dar tan poca importancia a la capacitación no médica, es evidente el desprecio por la prevención y la educación en salud. Por ejemplo, durante los últimos años la capacitación se confunde con facilitar un rosario de acciones que el personal operativo tiene que desarrollar. Pero eso no es capacitación: son indicaciones, órdenes, imposiciones. ¿Cuándo fue que se perdió el interés por tener al personal bien pertrechado en su formación? Al parecer fue durante el sexenio de Felipe Calderón. Ahí se perdió la capacitación real. Se perdió la supervisión delegacional. Ahí se comenzó a dar prioridad a lo exclusivamente médico”.

Nacional (Chiapas, 1 de enero de 1994); los homicidios de Luis Donaldo Colosio (candidato del PRI a la Presidencia de la República, 23 de marzo de 1994) y de José Francisco Ruiz Massieu (ex gobernador de Guerrero, ex secretario general del PRI, 28 de septiembre de 1994), el llamado “error de diciembre” de 1994 (sucedido en el cambio de poderes entre Carlos Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo), que impactó en una profunda devaluación del peso; el dólar estadounidense pasó de 3.4 a 7.20 pesos mexicanos en pocas semanas, llevando a una severa crisis financiera. Todo ello se tradujo en que, durante la administración de Ernesto Zedillo (1994-2000), último sexenio priista del siglo xx, el PIB mostrara un crecimiento prácticamente nulo. Se aprecia apenas la edificación de una nueva unidad médica por año en promedio.⁸

Incluso en esas condiciones, al mediar la década de 1990, la acción comunitaria se había consolidado y había logrado ubicar, con mucha más precisión, los determinantes sociales de la salud que, con otro tipo de variables, superaban el enfoque estrictamente médico-clínico. Por ejemplo: creando comunidades sostenibles, y promoviendo el saneamiento básico, el desarrollo humano y la equidad de género, entre otros.

De esta manera se lograron establecer los grandes determinantes que incidían directamente sobre la salud de las personas y el consecuente trabajo que se debía realizar para operar sobre ellos. Los avances fueron considerables. Afirma una de las entrevistadas: «Desafortunadamente, con el paso del tiempo, todo esto se echó abajo. El trabajo comunitario define su importancia porque, para nosotros, lo deseable era que las personas fuesen protagonistas en el cuidado de su salud. Las acciones de prevención son, en mucho, lo mejor que puede ofertar un programa de salud. ¿Cómo lo hacen? Se ha comentado de nuestros ARS —que hoy son más de 15 000—: cada uno de ellos, en su localidad, debe formar un ejército de promotoras de salud. Y cada una de ellas tiene la tarea de controlar a diez familias. La promotora de salud se encarga de atender acciones, desde el control prenatal, el embarazo, los padecimientos crónicos, diabetes e hipertensión, acciones de saneamiento básico, así como de, principalmente, las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), infecciones respiratorias agudas (IRAS) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). De modo que toda la localidad está, en teoría, haciendo prevención, pues cada promotora divide su sector en familias y, de esta forma, se hacen esfuerzos para que las personas no se enfermen. Cuando esto no se cumplía, la parte médica lo identificaba al momento en que la atención aumentaba notablemente.

⁸ En 1994, Javier Cabral Soto asume como coordinador general del Programa IMSS-Solidaridad; durará doce años en el cargo.

Pero entonces, en estos casos, se revisaba en dónde había fallado la prevención para reforzarla y disminuir el problema.

»No obstante, en muchas comunidades, sobre todo las de mayor marginación socioeconómica, el PIB ha tenido poco impacto. Parecería que ahí se cruzan todos los aspectos graves que determinan esa marginación estructural. Por ejemplo, se suman problemas como el del tracoma, padecimiento que se previene con agua y jabón, pero no hay agua en las comunidades. Persisten problemas de nutrición. Pero las personas no tienen un ingreso que les permita comer. Entonces se recomiendan huertos de traspatio. Pero la falta de agua hace que nada crezca. O se disponían animales de corral: pollos, conejos, chivos, para la manutención. Pero estas crías nunca llegan a una edad adulta, pues el hambre es mucha. Entonces, claramente, los determinantes socioeconómicos —e incluso geográficos— de la salud hacen volar por los aires cualquier protagonismo en la materia. Aparece ahí un límite objetivo a la acción del IMSS-Bienestar. Pero aun así fue posible que en muchas localidades se lograra —operando con la Atención Primaria a la Salud— revertir el proceso salud-enfermedad. Aunque, ciertamente, ¡en muchas otras no!»

Como ya se refirió, en 1994 hubo un cambio en la dirección del PIB. Acerca de esto, los entrevistados coinciden en que, «En un principio, el nuevo funcionario les otorgó más atención a las acciones médicas. Pero al poco tiempo, en menos de tres años, comprendió que el factor comunitario era una pieza clave para tratar de disminuir los determinantes sociales de la salud. Así que escaló las acciones de capacitación a niveles de innovación que no habían logrado quienes lo antecedieron en el cargo.»

Otro entrevistado abundaba al respecto que, «Como salubrista de formación, el nuevo funcionario descubrió que los aspectos socioeconómicos-estructurales son la causa directa de la problemática de salud. Y entonces ocurrió lo siguiente. Una cosa le preocupaba mucho al titular del IMSS-Bienestar: la forma en que, sin esperanza, la población asume su pobreza. Una mañana, dirigiéndose al HR de la sierra de Zongolica (Veracruz), ya casi llegando, vio a un niño descalzo caminado por las más de 364 curvas que se recorren desde Orizaba hasta llegar al hospital. Por supuesto que, por ir en coche, él llega primero e inmediatamente va a comprar unos zapatos. Acto seguido, pide a su chofer que regresen al camino para dárselos al niño. El niño se niega a recibirlos y argumenta que nunca ha usado zapatos, y que cuando lo ha querido, le lastiman. El responsable del PIB se queda perplejo y solo invita al niño a subir a la camioneta. Luego, cuenta a muchos su anécdota y pide que le expliquen el porqué de la negativa del niño. La mayoría cae en el cliché y le dicen: así son, difíciles de entender, uno los quiere ayudar y ya ve como son, desagradecidos.»

En esa anécdota puede verse cómo, en lugar de contextualizar y analizar la negativa del niño a utilizar zapatos, predomina la visión excluyente y peyorativa hacia

los modos de ver la vida de la población: una visión que solo acepta lo que la cultura dominante impone, anulando las demás formas de ver la vida. Y agregaba nuestra entrevistada: «Las instituciones y sus autoridades pretenden que todo lo que ellos le ofrezcan a la gente, esta lo debe aceptar. Se le comentó entonces al funcionario que, así como con los zapatos, lo mismo ocurría con todas nuestras acciones en salud. Hay un alejamiento entre lo que la gente acostumbra, usa o quiere, frente a los que nosotros obligamos a que acepten. “¿Qué podemos hacer?” Preguntó el funcionario. “¡Respetar!”, se dijo. “Sí, ya lo sé”, respondió. “Pero —siguió diciendo el funcionario—, ¿cómo hago para que ellos sientan que deben ser respetados? Creo que hay que enseñar varias cosas —agregó—: autoestima, toma de decisiones, resolución de conflictos y asertividad. ¡Quiero un taller de capacitación sobre el tema! ¿Cuánto tiempo quieren para hacerlo? ¿No saben? ¡Les doy un mes!” Instruyó.»

Otro ejemplo ocurrió con una funcionaria del PIB que se encargaba de la Coordinación de Atención Médica (Celia Escandón): «Cuando ella se entera de que los compañeros del componente de Acción Comunitaria del PIB pretenden colocar hamacas en los hospitales de Yucatán y Campeche (previo pilotaje del respectivo protocolo de investigación), para ubicarse en las áreas de recuperación y hacer más afable la estancia en el hospital —pues en estos lugares se llega a temperaturas de 50°C, por lo que los colchones de hule no son lo más recomendable—, la funcionaria observó que “sus hospitales no eran centros vacacionales para poner hamacas”. Y subrayó con esta postura que, desde su experiencia y visión, este tipo de muebles solo “sirven para descansar cuando estás vacacionando”, desconociendo que se trata de un mueble de mucho uso en el sureste de México.»

¿Qué es el Modelo de Atención Integral a la Salud?

El Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) funciona dentro de una integralidad comunitaria que reorienta su personal de salud y lo comparte con la UMR para la consecución de una buena salud de la población a la que presta sus servicios. Esto le da su especificidad.

El MAIS inicia con la organización de la comunidad —una vez que esta cuenta con una UMR— y prosigue conformando un Comité de Salud (CS) local, que activa la forma de integrar a su médico en la comunidad. El Equipo de Salud (ES) se conforma por el médico y la enfermera. Usualmente el personal de enfermería es de la localidad, lo que genera confianza, ya que es un puente y enlace que facilita la eliminación de barreras interculturales, por ejemplo, el idioma. El ES busca, a nivel de la propia sede (localidad donde se ubica la UMR) y de las Localidades de Atención Intensiva (LAI), a los practicantes del modelo de salud local, llamado medicina tradicional, incluyendo de manera importante a los parteros y parteras tradicionales,

para que ellos convengan gestionar, referir y recomendar los servicios y alcances del modelo médico de salud y sus alternativas locales.

Además se realiza un diagnóstico de salud a nivel local. Esto es primordial, pues la comunidad aprecia entonces que se atienden sus problemas de salud ahí mismo. Es justamente en este punto que se logra que la comunidad se perciba como parte del IMSS-Bienestar, dado que identifica que se atienden directamente sus problemas de salud.

Posteriormente, el ES elabora un Programa de Trabajo y, con la participación del CS, se comunican las acciones a desarrollar en la Asamblea Comunitaria. Al término de un año, se lleva a cabo otra Asamblea para informar, con base en una evaluación, sobre los avances y limitantes del Programa de Trabajo. Para todo esto, debe asimismo contemplarse que la propia comunidad cuida su clínica, hace mejoras y se responsabiliza de la estancia y alimentación del médico. En esto consiste el modelo original MAIS.

En el ya citado *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2013-2014* (IMSS, 2014), se indica que el MAIS:

se sustenta en la Atención Primaria a la Salud y en sus componentes de Salud Pública, Atención a la Salud y Comunitario, que vinculan las acciones comunitarias a las médicas que se otorgan a través del primer y segundo niveles de atención, con un enfoque eminentemente preventivo e integral para enfrentar las causas, los riesgos y los daños a la salud, mediante estrategias de prevención, promoción y educación a la salud, que fomentan la apropiación de conocimientos y adopción de hábitos saludables, con pleno respeto a la cultura, organización y prácticas tradicionales de cada comunidad, contando, para ello, con la participación de más de 300 mil voluntarios. El componente de acción comunitaria se apoya en una red comunitaria organizada en comités de salud, parteras, médicos tradicionales y voluntarios de salud, elegidos en asamblea comunitaria para llevar a cabo actividades, como la identificación y derivación de pacientes o personas en riesgo a las unidades médicas; notificación de padecimientos de importancia en salud pública a través de la vigilancia epidemiológica simplificada y búsqueda intencionada de embarazadas; atención del parto de bajo riesgo, en el caso de parteras y, por último, participación en acciones de mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental de sus comunidades. La participación comunitaria constituye una de las principales fortalezas del Programa, consolidada a través de más de tres décadas de vigencia y fortalecida mediante asesoría y capacitación permanentes.

Acción comunitaria y Modelo de Atención Integral a la Salud

Hasta antes de la implementación del PIB, resultaba sorprendente que el sector salud en México jamás hubiese considerado para la consecución de sus objetivos a las ciencias sociales y humanísticas. No obstante, este ingrediente es constitutivo en el PIB. Y sucede que para que su propuesta original de salud —que apenas atendía en sus inicios al 10% de la población total— pudiese avanzar, se debía considerar, principalmente, a la población a la que el programa estaba dirigido. No cabe duda de que sobre ese consenso fundamental hubo una visión muy clara y pertinente. De tal suerte que, activando el MAIS y creando al mismo tiempo una discriminación positiva por el hecho de otorgar salud a poblaciones indígenas, eso fue la diferencia y condujo a que el IMSS-Bienestar mostrara tan buenos resultados desde sus inicios.

Hasta que inició el PIB no existía una alternativa formal—operativa—sistemática en salud diseñada para la población indígena. Desde su concepción incluyó el respeto a las culturas locales y a las cosmovisiones de los pueblos indígenas. Sin embargo, con el paso del tiempo —sobre todo a partir de las administraciones de Peña Nieto y Calderón— se fue confirmando lo que Néstor García Canclini bautizó como la “teatralización de lo indígena” (García Canclini, 2005; Chejfec, 2005) y que desafortunadamente culmina en fachadas saturadas de simulación y falsa apariencia.

2. Periodo 1994-2006

EL PERIODO 1994-2006 SE DISTINGUE POR TRES HECHOS: EL SURGIMIENTO DE los Encuentros Médico-Quirúrgicos, la realización de talleres de educación para la salud, y la institucionalización del personal médico del PIB. En lo que sigue nos ocuparemos de cada caso.

Encuentros Médico-Quirúrgicos

En 1996 se realizó el Primer Encuentro Médico-Quirúrgico (EMQ) en San Luis Potosí. Fue de oftalmología. Una de las entrevistadas que estuvo presente narra que: «Uno pensaría que, cuando estos eventos ocurren, toda la gente tiene que estar gustosa de que la atiendan. Pero no es del todo así. El médico que estaba a cargo del proyecto, había establecido un número de posibles candidatas para la intervención. Al arribar y después de constatar que la meta estimada no era posible, se molestó y mandó a que las áreas Médica y de Acción Comunitaria del PIB en San Luis Potosí buscaran —“hasta por debajo de las piedras”— la cantidad de personas comprometidas con los especialistas que acudirían a intervenirlos. Por su parte, las personas abordadas estaban asustadas: había faltado la promoción efectiva que les informara aquello que podrían aguardar de las posibles intervenciones. Debido a que muchas mujeres habían cocinado en fogón de leña durante años, el humo había terminado por contribuir en la generación de cataratas.¹ Entonces se les decía que acudieran al Encuentro para ser operadas. Al final se convenció a más de 800 posibles candi-

¹ Diversos estudios sugieren que el humo de leña en los hogares, a causa de la combustión incompleta que se produce, genera un humo dañino para la salud humana, incluyendo la aparición de cataratas. Véase, Smith, K. R. El uso doméstico de leña en países en desarrollo y sus repercusiones en la salud. Disponible en <http://www.fao.org/3/a0789s/a0789s09.htm>; Zodpey, S. y Ughade, S. (1999). Exposure to cheaper cooking fuels and risk of age-related cataracts in women. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, (3), 159-161.

datas y candidatos, que llegaron por sus propios medios. Hubo comunidades que hasta rentaron un autobús para transportarse, así como mujeres que iban solas con sus hijos: las que tenían problemas de estrabismo. Así las cosas, la revisión fue demasiado rápida y sin ninguna consideración. Contabilicé atenciones que duraban cincuenta segundos. En donde los especialistas solo decían: “¡Usted sí, usted no!” Cuando alguien preguntaba “¿Por qué no?”, sin la mínima sensibilidad se le respondía “Usted ya no puede volver a ver, ninguna operación puede hacer reversible su visión”. Muchas mujeres lloraban y muchos hombres que iban en busca de alguna posibilidad, se derrumbaban al enterarse que su ceguera sería permanente. ¿Qué faltó? Los especialistas debieron haber pasado por un proceso que les permitiera acercarse cultural y empáticamente, en donde se les explicara qué tipo de población iban a atender. Pero no lo hubo. Como básicamente se trata de metas, de números, de logros, lo demás parecía no importar. Entiendo que la urgencia de las cirugías hace que los derechos humanos y el derecho a la salud se vuelvan invisibles.»

Sin embargo, una de las versiones oficiales del PIB (IMSS, 2014, p. 189) señala que:

Las acciones del MAIS se otorgan a través de HR, en los cuales se cuenta con las especialidades básicas (Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría), mismas que en el medio rural significan la única oportunidad de atención especializada en forma gratuita, siendo en algunos casos la diferencia entre la vida o la muerte. El funcionamiento del sistema hospitalario del Programa no podría entenderse sin la presencia continua y permanente de 2,000 residentes en su último año de adiestramiento que cada año rotan por los HR, provenientes de los hospitales y Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS en su Régimen Obligatorio, lo que ha permitido mantener la tendencia ascendente en el número de egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas. Ante la necesidad de acercar los servicios de alta especialidad a las comunidades atendidas por el IMSS-Oportunidades, se instrumentó hace 18 años una estrategia vanguardista y sin precedente denominada Encuentros Médico-Quirúrgicos (EMQ), con el objetivo de abatir rezagos en salud susceptibles de intervención quirúrgica en beneficio de una población predominantemente indígena que, por sus condiciones de marginación y pobreza, no han tenido las mismas oportunidades de recibir atención especializada, entre otras, las asociadas a malformaciones congénitas que afectan el desarrollo de niños y jóvenes, secuelas de accidentes, traumatismos y quemaduras, enfermedades discapacitantes, como las cataratas que lesionan la calidad de vida de la población adulta, así como el diagnóstico oportuno y tratamiento de lesiones premalignas y malignas de cáncer cervicouterino y de mama. A la fecha se han realizado 330 Encuentros en las especialidades de Oftalmología, Cirugía Reconstructiva, Cirugía Pediátrica, Ginecología

Oncológica y Urología, en los cuales se han valorado más de 171 mil personas y realizado más de 42 mil procedimientos quirúrgicos.

Y cuatro años después (IMSS, 2018), durante el último del gobierno de Peña Nieto, se documenta que:

Con casi 22 años de vigencia, los EMQ surgieron ante la necesidad de ampliar los servicios médicos que se otorgan en los HR del Programa, con servicios de alta especialidad del IMSS a la población que vive en condiciones de marginación y pobreza. En muchos casos, estos Encuentros son el único medio para que las personas que habitan en las áreas más alejadas del país puedan ser valoradas y atendidas en especialidades que, de otra manera, sólo podrían atenderse con un significativo impacto en su economía. En estos años, los EMQ han incorporado las especialidades de Oftalmología, Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología y Cirugía Pediátrica. En 2017 se realizaron los primeros encuentros en las especialidades de Ortopedia, Cirugía Reconstructiva Pediátrica y Ortopedia Pediátrica. En este año, en coordinación con la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, se realizaron 20 Encuentros, donde se valoró a 10,386 personas y se efectuaron 3,663 procedimientos quirúrgicos.

Y de acuerdo con uno de nuestros entrevistados: «En síntesis, estos famosos EMQ siguieron desarrollándose sin haber jamás considerado los aspectos de sensibilidad para con la población. Si bien lo médico asistencial es importante, no debe ser lo único. Hace falta conocer mediante encuestas específicas la opinión de las personas que recibieron la atención y con el mismo nivel de relevancia el sentir de quien no fue atendido.»

Surge Progresá

El 8 de agosto de 1997, cuando surge Progresá —al cual le incorporaron el tema de salud—, se asignó al PIB una población objetivo creciente de este componente, pero con los mismos recursos. Para los trabajadores entrevistados, «Es aquí donde comienza el desequilibrio financiero y operativo del PIB. Hasta ese momento, el MAIS funcionaba bien, con sus altas y sus bajas.»

En efecto, al decir de una de nuestras entrevistadas, «Cuando la necesidad política inventó Progresá, se agregaron atenciones a la población cubierta por el PIB.² Progresá surge en 1997 y termina en 2002. Sin embargo, la continuidad del mismo programa cambiando solo de nombre (Oportunidades y Prospera) que son lo mismo, siempre llevó al PIB a dar más atención sin más recursos. El mejor

² La población cubierta por el PIB en 2003 sumaba 13.7 millones.

ejemplo es que ninguna de las atenciones brindadas a personas dependientes de estos programas —especialmente todo lo que el PIB absorbió del Seguro Popular— se le pagó al PIB. Si bien le dieron recursos para contratar personal médico y de enfermería, no en todos los casos le dieron personal de Acción Comunitaria para módulos ubicados en ciudades semiurbanas.

»Lo anterior se refiere a todas las Unidades Médicas de Módulos Urbanos (UMU) que surgieron en ciudades en donde, tradicionalmente y desde la descentralización, el PIB ya no operaba. De este modo, el PIB aparecía en los 13 estados donde no había más que algunas UMU. Unidades que a mediados de 2019 desaparecieron por la falta de recursos de lo que fue Sedesol y ahora se llama Bienestar.

»Pero todas las atenciones que se dieron en el ámbito rural-indígena del PIB nunca fueron pagadas por las instancias a nivel estatal. Se supondría que, como parte del Sector Salud, cada estado tenía una cantidad de recursos etiquetados como Seguro Popular que debería aplicar para pagar los servicios que cubriera en este caso el PIB, debido principalmente a que sus recursos se establecen para una cantidad de usuarios definida, cantidad que era rebasada en muchos casos. Es el caso de los maestros rurales, por poner un ejemplo, que deberían ser atendidos por el ISSSTE y que el PIB atendía por ser la opción más cercana. Ello fortaleció el asistencialismo y la medicalización. Hay que agregar otros 2.4 millones de personas que vivían en condiciones de pobreza extrema como residentes de zonas marginadas. Ellas también fueron atendidas. No se podría decir que pasaron a ser parte estricta del universo de trabajo. Pero sí fue una población flotante que, sumada a la población objetivo, se convirtieron en un peso sobre la atención y sin los correspondientes recursos, dado que el PIB atiende a cualquier persona y de forma gratuita.

»Un informe de 2015 del IMSS³ señala que: “El Seguro Popular se coordina con otras instituciones de salud para potenciar el aprovechamiento de recursos en beneficio de la población más desprotegida. Como integrante del Sistema de Protección Social en Salud, IMSS-Prospera se constituye en prestador de servicios de 6.7 millones de personas que, estando inscritas en su padrón, cuentan con afiliación al Seguro Popular”.

»De modo que si estas consultas se pagaran al PIB, no estaría tan empobrecido como lo está al día de hoy.»

Otro entrevistado observaba los siguientes aspectos: «No se buscó la universalidad de los servicios a toda la población en condiciones de pobreza extrema en aquellos 13 estados en los que no operaba el PIB (en los que dejó de trabajar el IMSS-Bien-

³ Véase, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/21-InformeCompleto.pdf>

estar por la descentralización de servicios de salud 1984-1987); no hubo tampoco incremento de recursos para la operación, a pesar de tener un mayor número de población beneficiaria. De hecho, si se revisa su presupuesto en términos reales, no ha aumentado en los últimos 15 años y, esta carga fue asumida por el PIB y las jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud (ssa). Puede decirse que, a partir de este cambio, el PIB comenzó su declive, pues estaba diseñado para una población y se le utilizó para atender a otra aún más pobre, y más marginada. No tiene explicación lógica el hecho de que, si ya tienes un PIB para atender la salud, entonces inventes otro.»

Talleres de Desarrollo Humano

Entre 1998 y 2006, se desarrolló una de las vertientes de mayor impacto en el PIB: la puesta en marcha de los Talleres de Desarrollo Humano, de Género (para hombres y mujeres del medio indígena y rural), así como otras actividades de educación para la salud que siguen vivas en la actualidad. Esta vigencia no se debe a que el mismo PIB la haya prodigado, sino que, tanto convenció a los beneficiarios, que estos siguieron utilizando sus propuestas, muy en especial sus dinámicas grupales.

Para ser más efectiva en su universo de acción (poblaciones rurales de escasos recursos, marginadas, de bajo nivel educativo y con malas condiciones de salud), la propuesta quiso ser innovadora e integral. Buscó alejarse de los eslóganes repetitivos del tipo de que hay que lavarse las manos, planificar la familia, vacunarse y comer bien. Este enfoque se modificó intentando que las personas tomaran conciencia de sí por ellas mismas.

Por ejemplo, los Talleres de Desarrollo Humano iniciaban hablando de fortalecer aspectos personales como la autoestima, la toma de decisiones y los valores, a partir de la pregunta “¿Cómo pretender un cambio en la actitud de las personas, cuando son ellas mismas las que no tienen los elementos internos necesarios para hacerlo?”

Un entrevistado describe así las dinámicas de los talleres: «Los talleres comenzaron con mujeres, pues se le comentó al titular del PIB que la brecha de género ahondaba más en las mujeres y que si se quería fortalecer a un sector de la población, debería ser con ellas. Poco a poco los talleres fueron creciendo y extendiéndose, tanto en temáticas como en duración y participantes. Se incluyeron en la misma vertiente hombres, jóvenes, adolescentes, niñas y niños. Se podía tener hasta 400 participantes alojados en diversos hoteles y los talleres tenían una duración de 40 horas o más, tiempo mínimo considerado para hablar desde la pedagogía sobre un proceso real de capacitación.

»Empezaban a las siete de la mañana, con ejercicios psico-corporales, después el desayuno. Posteriormente, se daban dinámicas vivenciales (de 9 a 2 de la tar-

de) y, después del horario de comida, se formaban diversos grupos de trabajo para desarrollar la creatividad. Las actividades finalizaban alrededor de las nueve de la noche, después de la cena. Conocemos que, en muchas comunidades, la población tiende a hacer lo que se considera la 'tradición', es decir, a reproducir las costumbres de varias generaciones atrás: tener hijos a edades muy tempranas y, aunque en ocasiones desean efectuar cambios, como por ejemplo, estudiar, los problemas económicos limitan sus posibilidades educativas y de mejorar sus niveles de vida. Debido a ello, durante el desarrollo de los talleres, se buscaron formas de impulsar cambios en las prácticas, hábitos y actitudes desde la persona misma. Que ellas pudiesen ver y asumir tanto sus posibilidades, como sus responsabilidades. No como un decálogo o máximas a cumplir sin cuestionarse por qué se debe cuidar la salud, sino revisando su vida cotidiana, relacionándola con sus implicaciones en su salud. Bajo este enfoque, los participantes forman parte activa del taller y no son sujetos pasivos. Los talleres eran integrales porque consideraban todos los elementos de la vida cotidiana de las personas, e incluían terapia psico-corporal, dinámicas vivenciales y talleres de creatividad, en donde se elaboraban instrumentos musicales y se montaba una puesta en escena de teatro en la que se tocaban temas de salud. Los participantes —previa orientación y capacitación, dependiendo de lo que quisieran trabajar, para explicarles lo que deberían de saber— confeccionaban todo lo necesario y hacían todo: desde el escenario, la música, los vestuarios, los actores y actrices. La obra en cuestión incluía los temas eje como la autoestima, la toma de decisiones, el respeto, el conflicto, la violencia y el género. En estos talleres no solo se lograba la solidaridad y un significativo compañerismo entre los participantes, sino que ellos descubrían y se sensibilizaban —a través de técnicas vivenciales— en la conexión entre el modo de vida y la salud de las personas. Por ejemplo, el tema de masculinidad y familia se revisaba desde la participación directa de los asistentes sobre cómo viven o han vivido los diversos modos de las masculinidades y sobre cómo esto influye en la contraparte femenina. Y, a su vez, cómo todo esto se convierte en un determinante para la salud, no solo de las mujeres, sino de toda la familia.»

Otro de los entrevistados agregó: «Como puede observarse, lo más propositivo de los talleres, era que las personas se dieran cuenta y tomaran conciencia de que, para poder asumir un cambio, resulta básico que se asuma la propia responsabilidad en cuanto a la salud y otra serie de temas como la familia, sexualidad, trabajo, tiempo libre, violencia (familiar/doméstica, sexual, económica, psicológica, física y simbólica) y desarrollo comunitario, entre otros aspectos. Así, partiendo de lo particular de la vida de cada persona, se podía pasar a analizar la colectividad y la construcción de alternativas comunitarias. De hecho, en la última parte del desarrollo de estos talleres (2003-2004), se incluyó el tema de proyectos productivos, tales como ingeniería

de alimentos, corte y confección, entre otros oficios, como una forma de facilitar posibilidades de mejorar la economía de las comunidades en las que operaba el PIB, y con ello modificar las variables estructurales de la pobreza, mismas que determinan de manera importante la salud de las personas. En esos talleres hubo amplia participación de las comunidades. La tasa de personas que desertaban era realmente muy baja. Las pocas personas que no participaban, no lo hacían principalmente por el miedo-ansiedad a participar de manera activa y estar acostumbradas a las tradicionales exposiciones del que habla y escucha. Una de las frases más utilizadas en los talleres era la de “No te preguntes si puedes o no, ¡vívelo! Si no quieres participar, no lo hagas, pero date la oportunidad primero de vivirlo”. Los talleres se hacían para 300 o 400 participantes, en aulas para treinta personas.

»Resulta interesante destacar los siguientes dos aspectos: primero, que en cada lugar donde se llevaban a cabo los talleres, se ofrecía a los participantes —si así lo deseaban— ser replicadores de la estrategia. En cada grupo, más del 50% aceptaba. En cada comunidad, dos o tres participantes se encargaban de replicar el taller. Debido a que durante el mismo se manejaban dinámicas vivenciales, su réplica no era compleja, pues los monitores-replicadores ya lo habían vivido y esto era lo que los determinaba a continuar con el proceso de capacitación. Las réplicas en comunidad duraban en promedio tres meses con sesiones de una o dos horas semanales. Se les dotaba de un pequeño *stock* de materiales y papelería. Lo demás, su propia creatividad lo suplía. El segundo aspecto fue el interés y compromiso que, en su momento, les dedicó a los talleres el titular del PIB. Él llegaba a los cierres y siempre estaba en las aulas, preguntando, inquiriendo, viendo. En las comidas se rodeaba de grupos de participantes y siempre buscaba su opinión. Si tenía una duda nos llamaba a reunión y ahí nos soltaba tal o cual cosa. Esta forma de trabajo nunca la vi en todos los que estuvieron en su lugar. Ni antes ni después. Nosotros le llamamos descender del olimpo. Pues la mayoría de los que llegan a ser titulares, no se les ve interés de ver, preguntar. Solo cuando se trata de la foto: ahí sí, se bañan de pueblo. Desafortunadamente, estos talleres se dejaron de impartir por las fuertes críticas del área médica del PIB, aduciendo que, como la metodología seguida no estaba basada en el método científico, no tenían impacto en la mejora de la educación para la salud. Es probable que la verdadera razón de que se terminaran fuera la animadversión del área médica hacia el área de acción comunitaria del PIB. Testimonio de ello fue que, apenas se concretó otro cambio en la titularidad del PIB [Javier Cabral Soto fue sustituido por Carolina Gómez Vinales, licenciada en Relaciones Internacionales] se descontextualizó lo realizado y se acabó. Posteriormente, se evaluó la estrategia. A la nueva titular no le gustó en lo más mínimo considerar lo que ella misma no entendía. ¿Qué tiene que ver la creatividad con la salud? Y fue ella la encargada de eliminarla. Se le

quitaron al PIB los elementos creativos (como la música y el teatro), que lo hacían innovador, dejando el abordaje de los temas de salud como siempre: solo salud y enfermedad, y todo quedó como antes. Una visión muy estrecha y conservadora. Lo peor, que la gente a cargo jamás protestó, ni contraargumentó. Esa parte ha dañado mucho al PIB. Varios jefes de oficina y no se diga de departamento creen que están para hacer lo que se les pida. Aunque sepan que eso será un desastre. Les gusta decir a todo que sí, antes que enfrentar con razones la necesidad del poder. Ni la más mínima resistencia. Hasta el cuello les duele de decir a todo que sí. Una pena realmente.»

Otro aspecto que ilustra ese desenlace para el futuro de los talleres es que —de acuerdo con varios entrevistados— el PIB dejó de elaborar materiales educativos: «Actualmente, el último material físico que se pudo hacer tendrá 18 años de antigüedad.»

Al respecto, confirmaba otro entrevistado: «Resulta complicado decir que se cumplen cuarenta años del PIB y no se tiene al menos una oficina que sustente desde lo práctico y lo funcional, la elaboración de manuales de capacitación: de aquella época de los talleres, se dejaron al menos diez manuales, mismos que se cancelaron desde 2008. Y es terrible no haber tejido un grupo de expertos para nuestra obligación de dar una formación con pertinencia cultural y educativa.»

El MAIS se diluye. Surge Oportunidades

La sobrecarga asistencial fue diluyendo al MAIS. De ser un PIB que destacaba por su trabajo de educación, fomento y prevención para la salud, poco a poco ganó espacios y predominio el área clínica-médica, aun con su desabasto de medicamentos, lo que dejó atrás las acciones comunitarias para atender los determinantes sociales de la salud. En otras palabras, hubo una notable reducción del componente acción comunitaria. Para dar eficiencia a la aplicación del MAIS, el Promotor de Acción Comunitaria (PAC) debía, en compañía de un Asesor Médico Zonal (AMZ), visitar un número determinado de UMR y sus LAI al año. El PAC revisaba, entrevistaba y capacitaba a la comunidad para saber cómo estaba trabajando el Equipo de Salud (ES). Y a su vez, el AMZ revisaba el trabajo del ES.

De esta forma se identificaba si se cumplían los planes de trabajo y con la confianza y satisfacción del usuario. En los años ochenta y noventa, y hasta el año 2000, el promedio de días de comisión de estos equipos de supervisión PAC y AMZ, era de veinte al mes. Estos trabajadores solo tenían los fines de semana para ir a sus casas. Aunque para 2019, los días mensuales de trabajo eran apenas de uno a tres.

Sobre lo anterior ironizaba un entrevistado: «¿O todo está bien y ya no hay nada que supervisar, o ya no importan los resultados?» Y en las palabras de otro, durante la gestión de Vicente Fox (2000-2006), «El PIB siguió deteriorándose, ya que el

presidente no le prestó atención. El 6 de marzo de 2002 se creó el Programa Oportunidades (sustituyendo a Progresá), al cual se le destinaron recursos que originalmente eran del Programa IMSS-Solidaridad. Asimismo, en 2003 se creó el Seguro Popular que, si bien tuvo bondades, también fue la vía para un amplio dispendio y malos manejos de recursos por parte de los gobiernos estatales, así como tampoco alcanzó a cubrir las necesidades de salud que más afectaban a la población.»

Maltrato a los usuarios

Igual o más grave que el desabasto de medicamentos, fue el maltrato. A partir de 2002, comenzaron a aparecer las unidades médicas y el personal del PIB con diversas quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), una situación que no había tenido presencia significativa en la década de 1990. Es, o puede parecer que, con la falta de recursos para el abasto de medicamentos, se sumara después la poca voluntad y actitud institucional para dar al asunto la atención adecuada.

Institucionalización de los médicos

«En 2004 —narra un entrevistado— acontece un evento que afectará de manera significativa al PIB: aún con el mismo titular [Javier Cabral Soto], ocurre algo que cambia la mística del propio PIB: los médicos de Oaxaca comienzan un movimiento para ser reconocidos por el sindicato. Se le llamó “la institucionalización de los médicos”. Se hicieron muchos paros en algunos HR de Oaxaca que se empezaron a extender a otras delegaciones. Finalmente, los médicos pasaron al sindicato. Esto rompió, con mucho, el espíritu del PIB. Pues a pesar de que los diversos titulares sabían que no era cierto, siempre se alardeaba diciendo que el PIB daba atención los 365 días del año, fuera de madrugada o de día. Esto ocurría con los Médicos Pasantes de Servicio Social (MPSS) quienes, al estar todo el día en su UMR, no les quedaba de otra más que atender cuando llegara alguna usuaria o usuario. Pero con la “institucionalización” esto cambió: los médicos se apegaron de forma estricta al sindicato y a su Contrato Colectivo de Trabajo (CCT). De modo que a las cuatro de la tarde se acababa la atención.»

3. 2006: cambio de titular

DESPUÉS DE DOCE AÑOS, SE DIO UN RELEVO EN LA TITULARIDAD DEL PIB, CABRAL Soto fue sustituido por Carolina Gómez Vinales. Durante el largo periodo mencionado, el titular saliente siempre exigió respeto para la Coordinación de Acción Comunitaria. Incluso él gustaba presentar el PIB resaltando que su diseño contemplaba los ejes del área médica y la acción comunitaria, ambos como piezas fundamentales.

Improvisación

Sin embargo, señala un entrevistado: «La coordinadora del Área Médica nunca estuvo de acuerdo con el Área de Acción Comunitaria [entonces, Celia Escandón]. Ella se encargó de difundir —junto con quien sucediera al titular saliente—, de manera más que negativa, las “locuras y ocurrencias” de ese, para entonces, ya ex titular del PIB. Cuando se dio el relevo en la Dirección General en diciembre de 2006, la nueva titular, acompañada del director general del IMSS, Juan Molinar Horcasitas, espontáneamente, sin pregunta alguna de por medio, espetó: “no vengo a desaparecer el PIB, vengo a reforzarlo”.

»Pero hay la siguiente anécdota: cuando se le explicó a la nueva titular entrante en qué consistían los talleres de capacitación dirigidos a la comunidad, en los que se incluían actividades de enseñanza de oficios como una posibilidad para mejorar los ingresos de la población, ella exclamó: “¿A quién se le ocurre hacer cursos de corte y confección, de gastronomía, de estilismo? ¿Eso que tiene que ver con la salud?”»

Y otra entrevistada señala: «En los casi cinco sexenios que me ha tocado vivir los comentarios de cada persona que llega a dirigir el PIB, siempre me siguen alimentando la capacidad de asombro. Uno cree que ya lo ha visto todo. Se tiende a pensar que ya peor no podríamos estar. ¡Pero no! Cada nuevo titular se incorpora deshaciendo lo que su antecesor ha realizado. Eso determina y define en mucho lo

que pasará en este pequeño sector de la salud. Una forma de eliminar esto sería que las políticas públicas del sector no pudieran moverse según el humor y (escasos) conocimientos de quien llega. Desafortunadamente en cada cambio, se pierde mucho de lo que se ha podido hacer.»

La medicina tradicional no es un afiche

Complementariamente, otro entrevistado considera que: «El PIB atiende a un sector de la población, el más pobre, el más olvidado. Tal vez por eso y esgrimiendo ese tufo paternalista, se cree que lo que se les puede otorgar solo son servicios de salud. Por esa razón, esos servicios se disponen, no como a la población le gustaría ser atendida, sino conforme a lo que el titular del PIB en turno esté dispuesto a darlos. Es curioso que el PIB nace con una estela que lo va a diferenciar del resto del sector salud. Y esa estela fue la que desde un inicio del PIB pugnaba por considerar la cultura y costumbres de esa población. De ahí, todo lo que implicara el desarrollo de los procesos comunitarios tomaba en cuenta los modos de ver los problemas y sus posibles soluciones de las comunidades. Así, el PIB no plantea el rescate de la medicina tradicional por ser un afiche folclórico del colorido de lenguas y grupos étnicos. Lo hace porque, antes que nada, la medicina tradicional es un recurso local con el que las personas atienden su salud, independientemente de la evidencia científica. En este sentido, es necesaria la conjunción de lo que aporta una institución, pero considerando siempre lo que usuarias y usuarios quieren. De manera que, en sus inicios, así operaba el PIB. Desgraciadamente, con el devenir de los años, estas consideraciones simplemente fueron desapareciendo. Bien pudiera decirse que el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012) fue una forma brutal de confirmar cómo con el PIB se podía hacer lo que se les viniera en gana.»

Autogestión de servicios

Es importante establecer que los componentes comunitarios del PIB iban encaminados a generar la autogestión de los servicios. En relación con ello, un entrevistado acotaba: «De modo que en los inicios del PIB, tanto la población como la institución tenían qué acordar qué sí y qué no se hacía. Esto era un aspecto más que destacable e implicaba no necesariamente estar en la posición de creer que los servicios ofrecidos institucionalmente son los adecuados a las necesidades de la población. Cada vez más se piensa, ¿por qué aún y cometiendo abusos, no se piden cuentas al respecto del manejo del PIB? Y está de más plantearlo. Porque quienes pretenden pedir cuentas, tampoco saben, y cuando oyen que el PIB otorgó cientos de miles de atenciones y cirugías, además de miles de partos atendidos, se tiende a pensar

que está bien. Se dice en cualquier informe: “En este sexenio se construyeron diez hospitales”. Está bien, pero ¿qué creen?: ¡se requieren doscientos! Pensemos que se dice que tenemos una cobertura de 3500 unidades médicas de primer nivel, UMR. Si multiplicamos 3500 por tres nos da la suma de 10500 LAI que no tienen infraestructura de servicios de salud y que se encuentran a una distancia de hasta tres horas de la localidad sede. Esas LAI, si bien están cubiertas con nuestros ARS —hoy conocidos como Voluntarios Rurales de Salud—, cuando mucho contarán con una casa de salud; infraestructura que costó la misma comunidad. ¿Podríamos decir, entonces, que tienen garantizado su derecho a la salud? ¡No, definitivamente no!»

De Programa a Unidad

En adición a lo ya expuesto, agrega otro entrevistado: «Cuando finalizaba el segundo sexenio del titular saliente del PIB [Javier Cabral Soto], la operación del PIB recibió otra estocada: dejó de ser Programa para convertirse en Unidad. En términos llanos, la diferencia estriba en que, como Programa, dependía del director general del IMSS. Ello implicaba que el titular del PIB solo tenía que darle cuentas al director general del IMSS. Siendo Unidad, ahora debía rendirle cuentas al director de Prestaciones Médicas. Es decir, lo degradaron de nivel administrativo. Y ya no fue lo mismo. Antes de ser Unidad, el titular del PIB podía implementar talleres como los referidos de Desarrollo Humano. Ya como Unidad, perdió esa posibilidad y, finalmente, esos talleres desaparecieron.»

4. Periodo 2006-2012

DESDE QUE A FINALES DE 2006 CAROLINA GÓMEZ VINALES TOMÓ POSESIÓN DEL IMSS-Bienestar, puso de manifiesto su estilo de gestión. Un entrevistado narraba: «Desde su llegada, dejaba claro con quién estabas tratando: una persona majadera, prepotente, falta de atención. De modo que, una vez que escudriñó la labor de la Acción Comunitaria, se dedicó a derribar lo alcanzado por el área. En 2007 visitó el estado de Hidalgo. Antes de llegar a la reunión de trabajo pidió bajarse en una UMR a pie de carretera. En la UMR se encontraban varias promotoras/voluntarias de salud arreglando el jardín botánico demostrativo, limpiando su herbario seco y haciendo un taller sobre preparados galénicos a partir de la herbolaria local. Hidalgo, a diferencia de otras delegaciones como Puebla, Oaxaca, Chiapas, Veracruz y Yucatán, está perdiendo sus médicos tradicionales, por lo que la metodología para el rescate y difusión de estos saberes, como la medicina tradicional (Prieto *et al.*, 2004) oral doméstica, la resguardan las amas de casa. Ellas comparten saberes sobre diversas plantas y sus usos. Las siembran en la UMR y las exhiben en un herbario para ver cómo son ya secas, pues no se ven igual plantas vivas que secas —lo que no significa que estén muertas—, esto es importante para identificar cómo se ven las diversas herbolarias al momento de utilizarlas en su preparación y consumo. Cuando es posible, también realizan talleres con las plantas más comunes, preparan jarabes, jabones, pomadas o cápsulas, incluso a microdosis. Al finalizar los talleres, se reparten la producción de medicamentos entre todas las participantes. Cuando la titular entrante del PIB las enfrentó, desorbita los ojos, ve todo eso y pide el nombre de la promotora de Acción Comunitaria responsable de la actividad y le espeta: “Eso que estás haciendo es cosa de salvajes, de atraso y de ignorancia”. Inmediatamente exige que en “Ese momento” se rompa el herbario y se saque de la UMR todo vestigio de herbolaria. A la compañera del PIB la amenazó: “Te voy a correr”, su frase célebre. No llegó a tanto con ella. Sin embargo, muchísimos compañeros no tuvieron esa suerte. Su sexenio se caracterizó por el alto despido de trabajadores. Tanto, que ya casi para finalizar su gestión,

la dirección general del IMSS le envió un oficio señalándole que ya no podía seguir despidiendo gente. En especial cuando casi todos sus despidos eran injustificables.»¹

Otro entrevistado agregaba: «Me jubilé cuando este proyecto [se refiere al de medicina tradicional] aún permanecía. Posteriormente, durante esa administración, me enteré de que había sido cancelado. Y entonces pregunté sobre cuáles habían sido las razones. Simplemente no las hubo y a la basura se fueron treinta años de impulso a esta práctica local que, por cierto, la APS y muy especialmente el MAIS, siempre habían recomendado como un recurso primario para la atención a la salud. ¿Alguien le pidió cuentas? ¡No!, en absoluto. Porque, ¿cuántos interesados podrían saber que en este PIB se buscaba un acercamiento e identificación con las comunidades y sus prácticas médicas para complementar nuestro servicio?»

Más información sobre este periodo del PIB se encuentra en *IMSS. Programa IMSS-Oportunidades. Libro Blanco 2007-2012*.² Uno de los entrevistados opinaba que en este libro blanco «Se puede apreciar que, desde el índice, se elimina toda el Área de Acción Comunitaria. Solo se recurre a ella, y al interior de cada apartado, como un soporte para darle peso a las acciones médicas. De hecho, el documento es tan, pero tan medicalizado que, recorriendo el índice, nadie imaginaría que existe la Acción Comunitaria. Además, su lectura exige un poco de paciencia e interpretación para saber leer entre líneas y hallar la verdadera postura del PIB, ya que parece reflejar únicamente los estilos personales de ejercer la titularidad del PIB.»

“Compromisos del Milenio”

Durante 2008, el tratamiento gubernamental de la agenda vinculada a los denominados “Compromisos del Milenio” impactó negativamente en el PIB. En este caso, la iniciativa llegó acompañada de una visión del calderonismo, mucho más conservadora en materia de salud reproductiva. Comentaba un entrevistado: «Su traducción literal fue la disminución de la muerte materna. Todo empezó con el cambio de rumbo de las políticas públicas en salud. El caso más deleznable y vergonzoso lo dio, durante los primeros meses de 2008, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS. En el Centro Médico Nacional, rodeado de la prensa, su director [Santiago Echeverría

¹ Al preguntar a los entrevistados si había algún documento que diera cuenta de los despidos del personal, y de la cancelación del proyecto de herbolaria, respondieron que no. Y que el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) eliminó de su sistema el rubro médicos tradicionales, entre 2009 y 2013, para reincorporarlo hasta 2015.

² Véase, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-IMSS-Oportunidades.pdf>

Zuno] sostuvo: “Desaparece la Jefatura de Salud Reproductiva del IMSS”. La pregunta maliciosa de los medios fue inmediata: “¿Y cuáles son las razones?” “Porque ya logramos nuestras metas”, respondió. Para tirarse al suelo de la risa. Al menos lo que dijo sirvió para algo bueno: se convirtió en epígrafe de varios estudios y artículos sobre la salud reproductiva, de tan tristemente célebre que se volvió. A este pequeño cambio le siguieron otros: intentar eliminar del cuadro básico la píldora del día siguiente, cosa que afortunadamente no ocurrió. Sin embargo, durante los primeros años del gobierno de Felipe Calderón se dejó de hacer prevención y esto se apreció en un descenso en el uso de métodos anticonceptivos, por lo que el embarazo adolescente mostró un grave aumento. He aquí en este ejemplo una de las causas que lo generaron.»

Saneamiento básico y las estufas Lorena

En cuanto al saneamiento básico, un entrevistado exponía: «Otro factor determinante de la salud al que dejó de prestársele atención en el IMSS-Bienestar, al grado de casi eliminarlo como foco de atención, gracias a la visión de la nueva titular, fue el del saneamiento básico, rubro en el que el PIB fue pionero al implementar, entre otras, las siguientes acciones: introducción del uso de las primeras estufas Lorena;³ los sanitarios ecológicos secos; la promoción, previa capacitación, de los huertos de traspatio; la descacharrización en las comunidades para eliminar la proliferación del dengue y otras enfermedades; la construcción de vertederos para los desechos de los plaguicidas; la promoción de una buena salud consiguiendo recursos para colocar pisos de cemento y la construcción de ventanas, por citar algunos ejemplos. Para todo esto, en el Departamento de Salud Comunitaria se elaboraban materiales impresos, se daba capacitación específica, incluso en medición y cloración del agua. La titular entrante del PIB tenía miras estrechas: alguna vez preguntó: “¿Y eso qué tiene que ver con la salud?” Es probable que como ella provenía del medio urbano, su concepción de la salud no iba más allá de consultorios y hospitales, y es probable también que para ella la salud se redujera a la presencia de médicos, medicinas y ¡ya! En otras palabras, se dejó de tomar en cuenta el enfoque comunitario, lo local. Se menospreció la labor de los ARS y se volvió al enfoque de dejar al gremio médico lo que creen que es su campo de exclusividad. La titular entrante del PIB actuó en función de recuperar el campo médico para los médicos.»

³ Es un modelo de estufa ahorradora de leña fabricada con tecnología ecológica. Se llama así porque está construida de lodo y arena; se sostiene que reduce en 40% el uso de leña. Véase, https://patrimoniobiocultural.com/archivos/publicaciones/revistas/ECOTECNIA_Estufa_Lorena.pdf

El mismo entrevistado detallaba otro ejemplo: «La titular visitaba las UMR. Siempre muy soberbia, grosera e impersonal, interrogaba a los médicos encargados acerca de qué escuela o facultad se habían graduado. No sabía que muchos de los que ella consideraba médicos no eran tales. Eran técnicos rurales en Salud del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (Conalep) y de otras escuelas técnicas. En cuanto lo descubrió, eliminó a estas personas de sus respectivas UMR y las botó en Acción Comunitaria. Lo craso, lo toral, es que no sabía que la labor de estos técnicos tenía un significativo y nada despreciable impacto. Y es que muchos de ellos eran de estas mismas localidades: hablaban su lengua, conocían todos los determinantes socioculturales de la comunidad (ya que habían crecido ahí) y estaban en localidades en donde ningún médico quería estar por la marginación y dispersión geográfica. De hecho, debido a las condiciones de marginación, también se tenían médicos veterinarios zootecnistas cubriendo UMR, mismos que también fueron echados del PIB.»

Capacitación, supervisión y acciones comunitarias reducidas

Tal como sucedió con el saneamiento básico, otras acciones comunitarias fueron reducidas. Así lo testimonia una entrevistada: «Cuando se refieren acciones comunitarias, si bien no han desaparecido del todo, sí perdieron en mucho su sentido y significado, porque sin la debida capacitación, sin materiales y sin supervisión, ya no fueron lo mismo. Ello se confirma al considerar lo que era un año de trabajo típico hasta el 2008. Lo primero que había que hacer era una reunión nacional, en donde se hablaba de las prioridades en salud del PIB: se impartían talleres, conferencias y esto implicaba un trabajo de siete días. Se reunía a todos los grupos de conducción por las 47 regiones. Es decir, 47 grupos multidisciplinarios: un supervisor médico, una supervisora enfermera, un supervisor administrador y un supervisor de Acción Comunitaria. En ocasiones estaban también los cuerpos de gobierno de los ochenta HR. Ahí se definía en qué consistiría el año típico de trabajo. Y esto ocurría en febrero de cada año. En marzo se hacía la reunión con los equipos de asesoría zonal, promotores y médicos asesores de cada una de las más de 400 zonas en que está dividido el universo de trabajo (47 regiones). Ahí se revisaba lo operativo sobre las propuestas de trabajo que lideraban los grupos de conducción. De enero a diciembre había dos grupos de supervisión (Comunitario y Médico) a nivel nacional que visitaban, por lo menos una vez al año, cada una de las delegaciones del PIB. Y, en caso muy necesario, se visitaba alguna delegación hasta tres veces, dependiendo de su problemática. Es aquí donde la supervisión cobra la relevancia que tiene, pues si no se sabe en qué condiciones está cada delegación, es imposible tener un trazado de lo que está pasando. Pero a la titular

entrante del PIB [Carolina Gómez Vinales] se le hizo muy caro el recurso ejercido en este rubro tan importante y acabó con la supervisión. La consecuencia fue desastrosa. Pero en esos años (2009-2010) a nadie le importó. Y es que, si bien a ella le parecía importante el recurso para más medicinas, más equipo y más capacitación (solo de los médicos) eso fue lo trascendente en su administración.

»Por eso es un hecho que es aquí donde el PIB pierde mucho de lo del famoso MAIS y se convierte en asistencialista. Ya que esa forma de concebir la salud hizo que se viese solo el punto del daño, o sea, la enfermedad. Es aquí donde, cada vez más, una frase se repite y retumba en el nivel central: “No hay recursos, y menos para Acción Comunitaria”. En este contexto, el área aún salió más golpeada por haberse atrevido a organizarse y por haber intentado una coalición sindical fuera del anquilosado sindicato del IMSS. El precio fue alto: despido (siempre injustificado) de más de doce compañeros a nivel nacional.»⁴

Preferencia por el ITAM

Acompañando a la titular entrante del PIB llegaron “refuerzos” desde el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Al decir de un entrevistado: «Todo el personal que llegó a través de Juan Molinar Horcasitas cuando fue director del IMSS (fines de 2006 a marzo de 2009) o por Margarita Esther Zavala Gómez del Campo, venía del ITAM, y sin ningún prurito por su panismo exacerbado (Despidos y maltratos..., 2008). Es decir, el cuadro funcional que acompañó a la titular entrante del PIB tenía como tema en común —sea por su formación o por sus tesis— la cuestión electoral. Antes de concluir su paso por el PIB que duró cinco años —lo dejó un año antes para contender por una nominación para ser diputada por el PAN en un municipio de Veracruz— fue, poco a poco, despidiendo a varios de sus personeros, aunque la gran mayoría se quedó en el PIB desde entonces, en especial en el área de Planeación y la administrativa.»

Una médica de Tamaulipas

Un entrevistado observaba que «[Dentro] del grupo que acompañó a la titular entrante en su periodo al frente del PIB, y que había llegado de la mano de Juan

⁴ Asegura otra entrevistada, «Existe una transcripción de la grabación donde la titular entrante del PIB señala por qué tomó esas decisiones. Y ahí se puede notar lo majadera que siempre ha sido: su postura de virreina. Y, sobre todo, su predilección por lo médico y, en contraparte, su rechazo por la Acción Comunitaria.»

Molinar Horcasitas, solo una médica no venía del ITAM,⁵ la cual tampoco llegó con la titular del programa en diciembre de 2006, ella llegó entre febrero y marzo 2007, directamente recomendada por Juan Molinar Horcasitas. Ella, que había colaborado en el IMSS-Bienestar entre 1982 y 1984, primero como médica de UMR y luego como médica asesora zonal, fue la única del área médica de este grupo, aunque presumía, a la quinta potencia, ser panista, así como su amistad con Margarita Zavala —esposa del entonces presidente, Felipe Calderón—.⁶ Ahí estaban, como mudos testigos, todos los retratos del entonces presidente y su esposa con los que decoraba su escritorio.

»De Saldaña Lara equivocadamente se piensa —entre ellos el director general del IMSS, Zoé Robledo— que toda su trayectoria laboral ha sido en el PIB. Y eso no es cierto. Ella lo sabe. Le correspondió hacerse cargo de la Coordinación de Acción Comunitaria del PIB en el periodo 2006-2012, pero su gestión dejó amplia constancia de que no sabía mucho de lo que el PIB necesitaba. Si se revisa el citado periodo, lo único que resalta es la invención de la llamada “Red Social”, estrategia que obligó a las comunidades a hacerse responsables de sus embarazadas: es decir, de su propia salud. Este periodo fue en el que se dejó de hacer prevención integral, especialmente en el aumento del embarazo adolescente y en la promoción de los métodos de planificación familiar. No hubo un nuevo modelo, ni estrategias que ayudaran a lo que el PIB venía haciendo. Se buscó, en todo caso, las imposiciones. Quedan como testigos los compañeros operativos en todas las delegaciones y a quienes correspondió sembrar la “Red Social”, así como las molestias que esta línea de acción provocaba en no pocas comunidades.

»El gran problema fue elegir como algo extremadamente importante un solo rubro: la mortalidad materna. Y no es que no lo sea. Pero cuando se enfatiza tanto en un rubro, se olvidan otros igual de trascendentes, como el embarazo adolescente y la promoción de los métodos de planificación familiar. Se quería cumplir, a como diera lugar, con los Compromisos del Milenio.

»De modo que, antes de negociar o acordar con las comunidades la coherencia de la estrategia de la Red Social, se les impuso, vía un acta, que deberían firmar obligadamente cada una de las UMR, la organización comunitaria, las autoridades locales y los encargados de esas UMR. Es muy importante señalar que si bien es

⁵ Gisela Juliana Saldaña Lara, médica-cirujana por la Universidad del Noreste, Tampico, Tamaulipas, con especialidad en administración de hospitales por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

⁶ Saldaña Lara fue diputada federal panista en la LIX legislatura (2003-2006) por representación proporcional; participó en las Comisiones de Salud, Seguridad Social y Equidad de Género, entre otras.

cierto que la organización comunitaria tiende a ser corresponsable de su propia salud, esto debe tener parámetros y límites y, más aún, si se va a realizar una acción en donde se espera la participación, colaboración, organización y, muy especialmente, la responsabilidad ante un embarazo de riesgo. No es lo mismo pedir a la población que cuide su salud desde lo preventivo y en las acciones que se puedan realizar en torno a un problema determinado como la desnutrición, a tener que enfrentarse a ciertas circunstancias, como el sacar una embarazada que ya tiene riesgos severos.

»La estrategia de la Red Social tenía un cometido triste y poco resolutivo: encontrar culpables ante un posible caso de muerte materna. Al desplegarse la Red, se veía quién había fallado. Ya que, para su funcionamiento, se consideraba la inclusión y participación de todos los actores. Empezaba con la organización comunitaria, la cual debía tener un censo de embarazadas y estar alerta de cada una de ellas. Ante cualquier situación, la organización comunitaria debía llevar a la mujer embarazada a un hospital del PIB y, de ser posible, buscar la atención en una UMR, aunque en estas clínicas estaba prohibida la atención del parto en el periodo 2006-2012 y en el que siguió, el 2013-2018. Si algo fallaba en la movilización de la Red se revisaban las causas del fallecimiento y se identificaba en dónde había estado el origen de ese problema. Cuando se analizaba el comportamiento de quienes formaban parte de la estrategia posterior al fallecimiento, se señalaban culpables y ellos pagaban las consecuencias.

»El gran problema es que la organización comunitaria tenía varios eslabones en esa cadena. El principal era el familiar directo de la embarazada que daba la voz de alarma; luego buscar a los voluntarios que manejan un fondo fijo de recursos y a quienes se les obligó a constituirlo; inmediatamente, de existir, contar con un vehículo municipal —que con frecuencia estaba siendo empleado en ese momento por el municipio—, o bien, recurrir a medios de transporte no adecuados para el traslado de embarazadas; seguía localizar un chofer para el vehículo municipal y revisar que el transporte tuviera gasolina, en caso contrario, con el fondo fijo debería de adquirirse. Mientras tanto, había que considerar que si la embarazada no tenía los controles prenatales obligados por su UMR, entonces ya se apreciaba una desviación, toda vez que ella debía haberse atendido desde el primer trimestre en la UMR.

»Y si la mujer que iba a tener a su hijo no quería o no deseaba la atención, ¿había que obligarla? Finalmente se llegaba al hospital y se esperaba la atención. Si se revisa con cuidado, resulta que en esta Red las peores partes las llevaba la organización comunitaria. Con todo esto como marco, se procedía a impartir la sentencia. ¿Culpables? ¡El área de Acción Comunitaria del PIB por no haberse movilizado a tiempo! O por no haber convencido a la mujer que iba a tener su parto, de haberse atendido desde el principio de su embarazo.

»Pero ocurre que cada muerte materna es particular y en ella intervienen un cúmulo de variables de índole sociocultural que están inmersas en el acontecer de estos eventos y que rebasa con mucho lo que pretendía la estrategia de la Red Social. De avalarse este tipo de acciones, el día de mañana los familiares de personas con padecimientos crónicos podrían quedar atrapados en una red similar y ser ellos los responsables de que sus enfermos no recibiesen la atención urgente ante cualquier caso de descompensación frente a estos padecimientos.»

Otro entrevistado agregaba: «En este periodo, la gestión de la responsable de la Coordinación de Acción Comunitaria [Gisela Juliana Saldaña Lara] en todo momento culpaba al personal de la falta de crecimiento del PIB: “Es que este Programa no crece porque todos son unos flojos”. Recurría a este argumento de manera constante, pero evitaba la reflexión profunda, generalizando ciertos estereotipos, descalificando a todos por flojos. Como si el PIB fuese una “República de huevones”. Si tú eres parte de ese universo, te toca lo que decía aquel griego: “Todos los espartanos son mentirosos y si yo soy espartano, entonces miento”. El grave problema cultural que tienen aquellos que se explican así al país, sustentando que México está como está porque es una nación de flojos, sin profundizar en el análisis de las problemáticas, parece ser una constante de las formas en que se detenta el poder.

»Y dicho de forma breve, ese es el gran problema de quienes llegan a coordinar el PIB: detentan, esgrimen y ejercen un poder que se aleja mucho de lo que las comunidades pueden elegir, y pasan a formas de control y de imposición que limita la autonomía de las personas, tanto de la comunidad como de la institución. A toda costa desean que el PIB se convierta en una réplica del IMSS en su Régimen Ordinario.»

Reducción de la mortalidad materna y trabajadores de confianza

En voz de un entrevistado: «Cuando el PIB “logró” reducir la mortalidad materna, todo el sector salud volteó a verlo con cara de pocos amigos. Esto fue entre 2009 y 2010.»⁷ Por su parte, Zoé Robledo, director general del IMSS, destacó en mayo de 2019⁸ «La idea original de Ignacio Ovalle Fernández, fundador del Programa

⁷ Véase, Cap-VIII.3.2. Prevención y reducción de la muerte materna. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf; y Apartado IX.1.1. Reducción de la mortalidad materna. En Libro Blanco, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-IMSS-Oportunidades.pdf>

⁸ <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/134>

IMSS-Coplamar, por la transformación del bienestar en México.⁹ A lo largo de su historia [indicó Robledo, refiriéndose ya al PIB], ha contribuido a reducir la muerte materna y la mortalidad infantil en las zonas rurales: ha sido pionero en la atención de adolescentes a través de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA); contribuyó a erradicar enfermedades como la poliomielitis y a controlar el sarampión, rubéola y la tos ferina, además de reducir la prevalencia de desnutrición y anemia en la infancia”.

»Uno esperaría que si tienes un sector salud tan fragmentado y una de sus partes, tal vez la más pequeña, pudo conseguir ese logro, lo mejor sería difundir cómo fue posible hacerlo. ¡Pero no! Nunca ocurrió. Todavía hoy no se cuenta con un texto que explique cómo el PIB pudo conseguirlo. La explicación falsa y fácil recurre a indicar que, debido al compromiso médico y a su componente comunitario, se hicieron esfuerzos por abatir la mortalidad materna. Lo real fue que se dio uno de los peores abusos laborales que se hayan vivido en el sector. Como ya he explicado, en el IMSS-Bienestar solo es posible tener un control parcial sobre los determinantes de la salud. De modo que se recurrió a hacer —por localidad y casa por casa— un censo semanal de las embarazadas, a partir del cual se pudieran identificar a las que podrían estar en riesgo y, una vez identificadas, se ubicaban sus domicilios y se desarrollaban estrategias de convencimiento para llevarlas a uno de los 67 albergues que cuentan con HR —que son 80, pero en 13 no hay albergue—. La cosa era poner una unidad móvil los fines de semana para vigilar a las embarazadas y, en caso necesario, llevarlas al hospital más cercano, lo que puede implicar varias horas. El problema fue que muchos compañeros perdieron sus días de descanso y no pocos arriesgaron su integridad. La razón: que no todas las embarazadas querían ser atendidas en nuestros hospitales o en otro hospital. Después de cuarenta años y no poder decir que al menos habíamos ganado la confianza de las personas para atenderse en nuestros servicios, se traduce hoy en que algo hemos hecho mal al momento de dar atención.

»Por este hecho, muchos compañeros enfrentaron familias molestas que salían hasta con el machete a correrlos, pues simplemente no querían nada con el sector. Y es que, para deslindarte como trabajador de esta responsabilidad, tenías que llevar a una autoridad municipal o local y un acta en donde la embarazada firmara que no quería ser atendida; una estrategia de corte policiaco-militar. En esa época, muchos compañeros fueron obligados a trabajar fines de semana y, lo

⁹ Ignacio Ovalle Fernández no fundó el Programa IMSS-Coplamar, pero sí fue coordinador general del Coplamar en 1977, durante el gobierno de José López Portillo.

peor, a hacerse cargo de una embarazada, cuando su perfil profesional no necesariamente era útil para ello. Si alguien protestaba, le recordaban que era personal de confianza, intimidándolo con un posible despido “¡Si no quieres, adiós!”. No fueron pocos los que se angustiaban y enfermaban con esta situación, pues ¿cómo impides una muerte cuando tu rango de acción no es atender embarazos? Si eras de contrato por honorarios y te veías implicado en una muerte materna, se te daba de baja. Si eras de plaza de confianza, se te acumulaban hasta 120 notas de demérito, situación que perjudicaba directa y significativamente en tus ingresos.»

“Vivir Mejor” y las Unidades Médicas Urbanas

En abril de 2008 el gobierno de Felipe Calderón lanzó la estrategia “Vivir Mejor”, en la que también se contempló al sector salud, pero descartando al IMSS-Bienestar. En esta nueva estrategia se declaraba que:

se diseñarán acciones para enfrentar la actual transición epidemiológica, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención con calidad y calidez y universalización de la cobertura de atención a través del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación; todo ello se hará impulsando una sólida corresponsabilidad social (Gobierno de la República, s. f., p. 18).

En relación con ello, un entrevistado decía que, «[...] en 2009 se incorporan al PIB Unidades Médicas Urbanas (UMU). La Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), vía Prospera, aportó 1300 millones de pesos (mdp) para cubrir el alquiler de inmuebles, equipos, combustible y salarios del personal. Se llegaron a tener 315 UMU, con lo que, de pronto, el PIB tuvo presencia en pequeñas ciudades y de manera especial en estados donde antes no se encontraba. Muy probablemente ello se debió a consideraciones de tipo político —electorales, en concreto— para conseguir más votos, lo que llevó a implantar el IMSS-Bienestar en un mayor número de estados. Históricamente, desde 1987, después de la descentralización de los años ochenta, tenía presencia en 19. Puede decirse que las UMU, si bien aportaron beneficios, también constituyeron una desviación de los objetivos del PIB, porque se instalaron solo para dar atención médica, excluyendo el componente comunitario. La evidencia empírica de que las UMU fueron abiertas con fines electorales es que no se instalaron en el entonces Distrito Federal —ahora Ciudad de México—, salvo en los últimos seis años, cuando se abren en la zona sur: Milpa Alta y Tláhuac. Sorprende que, en sus cuarenta años de funcionamiento, el PIB no estuviera en el Distrito Federal, sino hasta las elecciones de julio de 2018.»

Comparación de las Reglas de Operación, 2008-2012

Las Reglas de Operación (ROP) se refieren al conjunto de disposiciones que indican las formas de ejecutar un determinado programa, con el propósito de lograr sus niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia. En este sentido, un ejercicio comparativo de las Reglas de Operación del PIB de los años 2008 y 2012 —las que más modificaron los asuntos que se examinan a continuación— muestra que, el principal problema para establecer y analizar los cambios de fondo que transformaron al PIB en el transcurso de los últimos veinte años, es la falta de documentación pertinente, lo que se relaciona directamente con la baja investigación disponible sobre este programa, en especial la de corte académico. Por ello, recurrir a las ROP para identificar tales modificaciones, puede representar una alternativa.

Las ROP constituyen una suerte de imaginario anual del modo casi personal con el que los titulares del PIB proyectaron su “forma personal de coordinarlo”, así como el inventario o repertorio de las prioridades que le otorgaron. Mediante una comparación es posible identificar el patrón de la modificación de aspectos que, en términos estrictos, pudieran juzgarse de originales, estructurales, nodales o seminalmente constitutivos del PIB y que ulteriormente serían objeto de cambios sustantivos, o incluso de su cancelación.

Revisar las ROP esclarece el qué, cómo y cuándo de la orientación programática del IMSS-Bienestar. Su estudio da certeza sobre los puntos torales que documentan los cambios en él. Por este medio, es posible determinar hasta dónde algunas de dichas modificaciones culminaron y provocaron, de forma irreversible, un PIB distinto al concebido en 1979.

En efecto, las diferencias entre las ROP 2008-2012 confirman cambios sustantivos, especialmente en el universo del MAIS. Al decir de un entrevistado: «Durante la administración del presidente Felipe Calderón, con Juan Molinar Horcasitas al frente del IMSS y la titular en turno del PIB [Carolina Gómez Vinales], el rubro de la Acción Comunitaria siempre fue un estorbo. Fue a la Coordinación que más se le atacó, a la que menos posibilidades de crecimiento se le brindó y, de la cual, la misma titular del PIB personalmente calificaba como que esa parte del PIB solo hacía “mafufadas” y que sus prerrogativas nada tenían que ver con la salud. De ahí lo nocivo que resultó colocar a una licenciada en Relaciones Internacionales sin experiencia en el rubro de la salud y que creía que el PIB era como cualquier otra parte del sector.»

Es contrastante la importancia que se dio a la participación comunitaria en las ROP del PIB de 2008 con las de 2012. Durante el gobierno de Calderón (2008-2012), el factor comunitario fue golpeado con una estrategia constante de baja in-

tensidad. Se buscaba y se logró regresar al asistencialismo médico, esto es, el de la década de 1940. Esta visión era de quien dirigía entonces el PIB, la cual mostraba un retroceso a los años setenta para dotar a la ruralidad y etnicidad solo de servicios médicos (véase el anexo 1).

5. Periodo 2013-2018

Uso electoral

LA VISIÓN SOBRE EL PERIODO 2013-2018 DEL PIB, CUYA TITULAR ERA FRINNÉ Azuara Yarzabal, resulta unánime entre nuestros entrevistados. Uno de ellos observaba: «Sobre el uso proselitista del PIB se ha comentado mucho. Sin embargo, una vez que llegaron los del grupo Atlacomulco del Estado de México y Peña Nieto, nos dejaron boquiabiertos. En especial porque a eso se dedicaron los seis años. Lo demás del PIB pasó a un segundo o tercer nivel. Apoyar lo electoral y acomodar a su gente fue, digámoslo rápido, lo que hicieron. El PIB se convirtió, como cada seis años, en agencia de colocaciones. Otras administraciones lo hicieron, pero solo los primeros meses de su gestión. Por ejemplo, la titular del PIB durante los años 2008-2013 se trajo al ITAM. Pero los del Estado de México se aventaron seis años completos trayendo gente. Lo de menos fue si sabían o entendían el trabajo.»

Otro agregaba: «Si se busca el número de Encuentros Médico-Quirúrgicos realizados en el sexenio de Peña Nieto, yo creo que superan a todos los sexenios pasados juntos. La nueva titular del PIB con Peña Nieto no sabía nada sobre esos encuentros. Y se notaba. Al hacerse de un equipo que sabía menos que ella, se entendían sus formas de control, que dentro del argot político son muy básicas. El grupo formado por ella y los coordinadores era de una vacuidad épica: siempre todos juntos, de comisión todos, a comer todos, y ¡ay de aquel que no estuviera! No hay duda: con mucho es la peor administración que ha tenido el PIB. Algo era más que evidente: ninguna coordinación era autónoma, todas tenían que pedir parecer a la titular. Ella no tenía coordinadores: tenía personeros que le decían lo que pasaba. Por eso es fácil deducir que ella siempre tomó las decisiones.»

Otro ejemplo que señalan los entrevistados es elocuente: «Se comentó mucho en Chiapas que era un descaro de corrupción la inauguración de una UMR que costó tres mdp. Se instalaron un templete y carpas, y se regalaron botellas de agua y tortas. Todo desde Toluca, y se dice que se gastaron en esto alrededor de 1.5 mdp.

¿Será que en Toluca todo es más caro? Lo grave es que, si hizo esto e inauguró treinta UMR, con ese dinero ¿pudo haber construido 45! Gravísima la corrupción. Y deshonestos, pero no tontos. Habían hecho un negocio redondo con los acarreo de personas a toda movilización. Y hasta tenían su propia empresa que les regentaba un tal Enrique Valay. Este tipo era el que se encargaba de dar la cara y proveer al PIB de todos lo que se necesitara en los acarreo de personas: carpas, sillas, equipo de sonido, lonches, traslado. Todo. Incluso botellas de agua que costaban tres pesos, pero las daba en treinta, tal como se puede ver en una nota periodística de la época.¹⁰ Todo para dar soporte de pueblo a las acciones de inaugurar clínicas, hospitales, albergues y a los EMQ. Y, claro, para justificar esos enormes presupuestos que solo aquella administración le supo asestar al propio gobierno y al IMSS.»

En palabras de otro entrevistado: «¿Pero qué se podía esperar? A Frinné le estaban pagando el favor por el trabajo de proselitismo electorero que hizo con el Seguro Popular en el Estado de México durante la candidatura de Enrique Peña Nieto. Es en esta parte donde el PIB, durante esos seis años, se mantiene por inercia y por el jefe de asesores [Antonio Heras Gómez] que a ella le designaron. Entre líneas podría leerse así: a Frinné le regalaron el PIB para hacer con él lo que quisiera. En tanto su jefe de asesores se encargaría de que se notara que había tomadores de decisiones. Aunque ese papel lo desempeñaría solamente él.»

Les guste mucho, poco o nada

Nuestros entrevistados documentaron que: «En el número 4 del Boletín del Seguro Popular de octubre de 2005, se entrevista a Antonio Heras Gómez, y al preguntarle sobre qué significaba el Seguro Popular para él, su respuesta es la siguiente: “Un esfuerzo

¹⁰ Citamos en extenso: “entre este océano de rarezas está Frinné Azuara Yarzabal, una doctora de origen huasteco, oriunda de Axtla de Terrazas [San Luis Potosí]. Hoy dirige la Unidad Imss Progres, puntal de los programas sociales del Gobierno que espera que lo bueno siga contando [...] aún con licencia en la burocracia estatal mexiquense, no sabe que tiene un largo expediente de temas que resolver para poder ser ungida. Primero, los abiertos señalamientos de haber encumbrado a buena parte de su familia directa en posiciones dentro de la estructura de sus intereses, con muchas explicaciones que brindar sobre la relación de sobrinos políticos que son proveedores, u otros que son funcionarios que cierran adquisiciones con un derrotero con grandes recursos siempre disponibles en las 32 entidades federativas. Nombres como los de Jorge Ortiz o Joaquín Sánchez Camacho saltan a la vista como potenciales personajes a indagar de forma profunda en sus relaciones personales, familiares y políticas con la Dra. Azuara. Ya en marzo de 2015, la periodista Adriana Ochoa reprochaba en su Cábala de Pulso el evidente sobrepeso en el gastazo que se registró en la inauguración de una clínica del programa en Axtla en la que botellines de agua de 30 pesos eran lo de menos”. (Antena San Luis, 2018).

necesario y correcto para lograr la universalización del sistema de salud de México. Yo creo en el itinerario para la creación de un sistema único de salud. El Seguro Popular ha sido una iniciativa necesaria, inteligente que debemos mantener, conservar, institucionalizar por encima del debate de la contienda política. Si fuéramos cuidadosos deberíamos de privilegiar esta idea y evitar el uso y abuso político del sistema.»¹¹

Pero otro entrevistado nos ofrece matices acerca de Heras Gómez: «Y si se busca su opinión, en todas las partes del sector salud en donde este funcionario laboró, es muy posible que encontremos cosas similares. De modo que no importaba en qué parte del sector estuviese este funcionario, su opinión sería la misma. La cuestión relevante era ¿qué es lo que pasa con los altos funcionarios del sector salud en México? Porque este famoso jefe de asesores, a quien el Área de Acción Comunitaria le daba prurito, escozor y salpullido, o todo junto, no tardó en enseñar sus cartas y mostrar que sería él quien iba a tocar el pandero. Colocó, eso sí, dentro de Acción Comunitaria su proyecto personal de los Avales Ciudadanos, aunque esos personajes, sin jerarquía ni toma de decisiones, están a merced no solo de no poder enfrentar las quejas y maltrato de la parte médica, sino incluso de solapar ese tipo de situaciones. Enamorado de las unidades médicas, no daba paso sin huarache si no había una parte médica que lo mirara, que lo aplaudiera. Lo que pasaba es que como muchos funcionarios, al llegar al PIB les da siempre por endiosar lo médico-asistencial. Después, solo mucho tiempo después, ven que lo comunitario también es importante. Esto significa que en muchas ocasiones lo comunitario no se entiende correctamente, de modo que aplaudir las acciones asistenciales se convierte en el único punto que merece ser considerado.

»Le encantaba el reconocimiento específico del gremio de galenos. Se volcó en el trabajo directo y específico con la parte médica. Con el Área de Acción Comunitaria a lo más que llegó fue a participar en algunas reuniones nacionales en donde nos recordaba lo que se tenía que hacer y lo que no. Enunciados que siempre terminaba con una de sus frases célebres: “Les guste mucho, poco o nada”. Se movía como un ejecutivo muy moderno. El problema es que siempre decía: “Y disculpen señores, pero para mí una reunión de trabajo deja de ser productiva si dura más de una hora. Adiós”. Solo vio por el área médica. También, cuando aquella “Cruzada por el Hambre” de Rosario Robles, metió ese invento en el Área de Acción Comunitaria a través del reparto del suplemento alimenticio. En ese año 2013, Heras señaló que la Cruzada iba a ser uno de los proyectos mimados durante ese sexenio

¹¹ Nosotros. (2005). 13 preguntas vitales. Nosotros. *Boletín Electrónico de Comunicación Interna del Seguro Popular*, 1(4). <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/Nosotros/recursos/4boletin.pdf>

y, qué paradoja, esa monserga se fue cayendo sola. Lo único que sobrevivió fue el logotipo. El proyecto como tal fue una más de las miles tomadas de pelo que nos regalan los políticos cada seis años.»

Al decir de otro entrevistado en referencia a la actuación de los funcionarios del PIB: «Es notoria la incompreensión que la gran mayoría de los funcionarios del PIB han tenido por el Área de Acción Comunitaria durante los últimos quince años. Se tiene una idea muy lejana sobre el tipo de trabajo que se realiza ahí. Y es notable, porque en México la medicina comunitaria es casi inexistente. Es muy difícil entender lo que casi nadie conoce: la vida cotidiana de las personas. Si tú hablas de salud comunitaria tendrías que empezar por hacer coincidir lo que tú como sector ofertas para con la vida de las personas. Pero si te distraes pensando que son ellos los que se deben adecuar, acatar y obedecer lo que tú ordenes, te darás cuenta, tarde o temprano, que no es eso lo que la gente prefiere. Lo hace porque no tiene más remedio. Porque tiene que hacerlo. De otro modo pondrían en riesgo tanto su salud, como la de su familia. Entonces, queda claro que estas comunidades no tienen mucha opción. Diría el dicho popular: “La bebes o la derramas”.»

Y en un giro relativo a la entrega de recursos que recibe el IMSS-Bienestar, otra entrevistada señalaba que «Algo de suma importancia son los recursos con los que el PIB ha contado, especialmente posterior al año 2000, cuando deja de ser programa y se convierte en una unidad más del IMSS: por ejemplo, puede señalarse que durante el periodo 2001-2005 solo tuvo un incremento del 6.9%.»¹²

En efecto, es de cuestionarse ese aumento paupérrimo en esos cinco años, pues considerando que el 69% del recurso es para el pago de la plantilla laboral,¹³ mismo que cada año debe aumentar casi 4% de salario, al implicar el costo inflacionario anual, es claro que el PIB pudo haber tenido recortes presupuestales de cierta monta.

El crecimiento de la población atendida es otra condicionante presupuestal a la que se ve sometido el PIB, lo que empobrece todavía más la atención más barata que hay en el sector. Es decir, en el periodo 2001-2005 el PIB per cápita gastaba un

¹² **Gasto del IMSS-Oportunidades.** El gasto destinado a IMSS-Oportunidades mostró un crecimiento de 6.9% de 2001 a 2005, lo que representó 0.300 millones de pesos. Cabe mencionar que estos recursos sólo se transfirieron a 18 entidades federativas, y tan sólo Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Puebla y Michoacán recibieron 53% del total de los recursos. La distribución de los recursos se realizó de 2001 a 2003 a través de la Secretaría de Salud (Ramo 12) y, a partir de 2004 dichos recursos fueron transferidos a través de Aportaciones a Seguridad Social (Ramo 19), aunque dicho gasto sigue siendo considerado como gasto en salud.” (Secretaría de Salud, p. 15).

¹³ Véase pp.179-180, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/12-Cap08.pdf>

promedio anual de 950-980 pesos por usuario atendido. El costo más bajo en todo el sector.

Con tales disminuciones de recursos se tenía lo mínimo de lo mínimo para abarcar presupuestalmente lo que se venía haciendo entre fines de los ochenta y principios de los noventa, enfocando casi todo ese recurso a lo biomédico asistencial.

Sin considerar la población atendida, el presupuesto nominal,¹⁴ en miles de millones de pesos, entre 2006 y 2015 fue el siguiente: 2006 (6230.2); 2007 (6264.8); 2008 (6753.8); 2009 (8149.6) 2010 (8038.1); 2011 (8855); 2012 (9331.1); 2013 (10097); 2014 (10705); 2015 (11 268.9); 2016 (11 746.8); 2017 (12 765.7); 2018 (13 273.3); 2019 (13 257.2).

Como se observa, en 2018 (año electoral) se ejercieron más recursos que en 2019. Otra situación es la sempiterna mala decisión de ahorcar económicamente al PIB de forma lenta pero segura, al negarle o retrasar significativamente la disponibilidad-autorización de recursos con los que debe operar. Aún no hay cifras identificadas respecto al gasto de operación correspondientes a 2020, pero es claro que la emergencia del covid-19 le dio un vuelco al presupuesto original.

¹⁴ Para los recursos autorizados para el Programa IMSS-Oportunidades 2006-2012 hasta 2012, véase <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-IMSS-Oportunidades.pdf>; para 2013-2015: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/12-Cap08.pdf>; para 2016, 2017, 2018: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-LB-4-IMSS-PROSPERA.pdf>, pp. 54-64; para 2019: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20192020/12-Cap08.pdf>, p. 207.

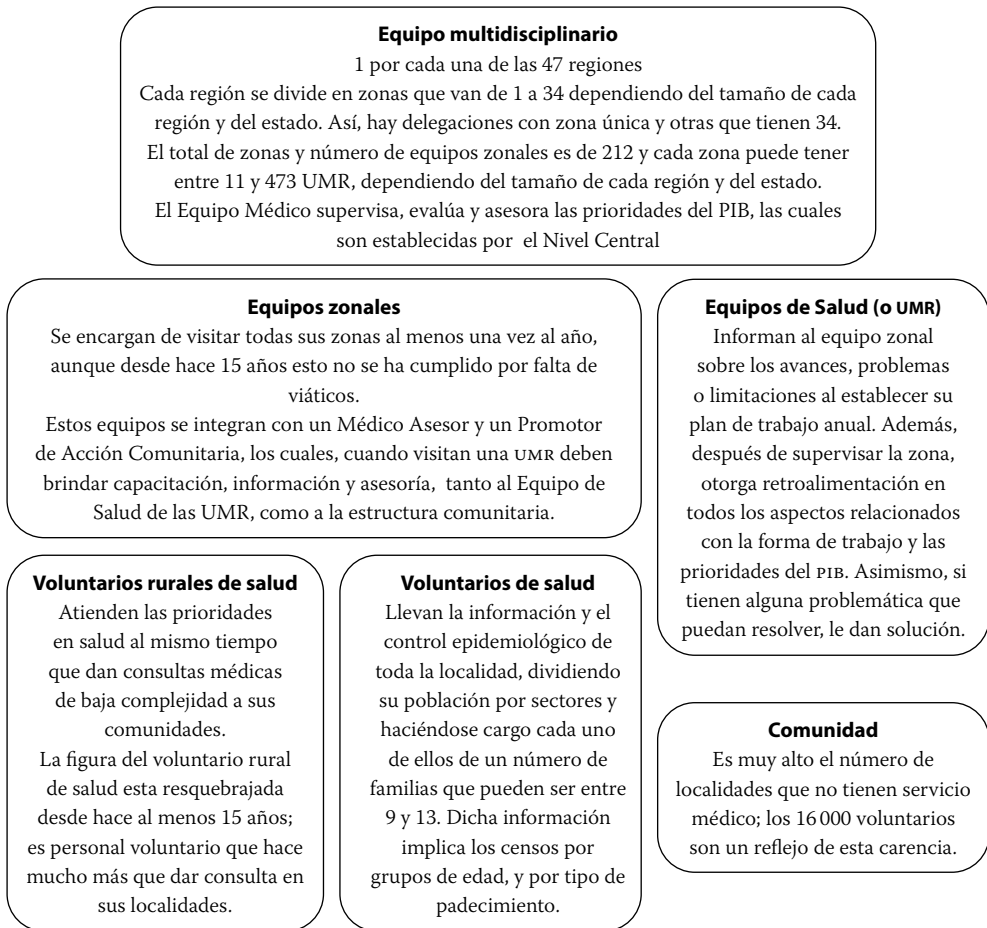
6. Periodo 2018-2024

47 regiones

LA LABOR DEL PIB SE ENCUENTRA ORGANIZADA EN 47 REGIONES, AUNQUE EN 2020 y en cadena nacional de televisión, la doctora Gisela Lara señalaba que se trata de 43: “les puedo decir que, al día de hoy, el personal directivo de conducción, que en total en promedio son 750 personas, el 100% está capacitado. Me refiero a médicos y enfermeras, personal administrativo y 43 personas que son los supervisores de Acción Comunitaria, porque el programa tiene 43 regiones en lo que está dividido en los 19 estados donde tenemos presencia.” (Gobierno de México, 2020). Todas las regiones se apoyan en un equipo multidisciplinario que se compone de:

- Una *enfermera* que revisa, a nivel de UMR, el desempeño de las auxiliares del área médica, es decir, de todas las enfermeras, de las cuales, en 2019, cerca de 1700 hablaban alguna de las 68 lenguas indígenas del país. En ellas recae el enlace estratégico entre el médico y la comunidad.
- Un *administrador* que se encarga de los gastos de operación de las regiones.
- Un *supervisor de Acción Comunitaria*, a cuyo cargo se encuentra la plantilla de los Promotores de Acción Comunitaria (PAC).
- Un *supervisor del componente médico* del IMSS-Bienestar, que cuenta con una plantilla de médicos de Asesoría Zonal. Juntos, promotores y asesores médicos, conforman los Equipos Zonales. Cada uno de estos Equipos es responsable de una zona. La dimensión de cada región y zona depende del tamaño del estado en donde se encuentre. Por ejemplo, en Baja California hay una zona única con 11 UMR y un HR, es decir, que solo existe una región. En contraste, Oaxaca tiene 32 zonas y cinco regiones, con alta dispersión geográfica; en cada zona hay entre 13 y 17 UMR, mientras que en cuatro de estas regiones oaxaqueñas hay dos HR, y en una, solo uno. Los 80 HR están insertos en las 47 regiones, en las que hay de uno a tres HR, según el tamaño de cada región. Se debe considerar que estos no son los únicos servicios de salud de cada entidad federativa, en estas existen servicios estatales de salud propios (figura 1).

FIGURA 1. Características y funciones de los equipos del PIB*



* <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar/estadisticas>; sobre datos de infraestructura: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/estadisticas/02-Infraestructura.pdf>; véase también el Libro Blanco IMSS-PROSPERA 2013-2018 en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-LB-4-IMSS-PROSPERA.pdf>

Fuente: Elaboración propia con información de los entrevistados.

Un entrevistado nos muestra un panorama más amplio del complejo papel de los voluntarios de salud, un elemento de la estructura del IMSS-Bienestar: «La labor de los voluntarios de salud es vital dentro de las actividades comunitarias. En el caso de la atención a las mujeres, por ejemplo, las promotoras/voluntarias son quienes logran —aún en contextos sumamente difíciles, como por ejemplo, en comunidades donde no hay agua potable, ni energía eléctrica, escuelas u otro tipo de servicios— que las mujeres acudan a las unidades de salud a revisión de cáncer cérvico-uterino, de cáncer de seno o para jornadas de planificación familiar con determinados casos de mujeres decididas a realizarse una oclusión tubaria bilateral (OTB), o bien para control prenatal. Sin embargo, el maltrato que reciben las mujeres que llegan al ámbito hospitalario, en no pocas ocasiones, genera un rechazo hacia los servicios de salud.

»Debido a ello, el trabajo de Acción Comunitaria puede resultar doblemente difícil: si se da el caso de convencer a hombres y mujeres de asistir para determinada acción en el hospital o en la UMR, y se lleven una mala sorpresa porque en las instalaciones reciben mal trato, o poca consideración y sensibilidad, aunado a una total falta de empatía, ello provoca que las personas se desanimen de asistir de nuevo. Ahí es donde el trabajo complementado entre lo médico y lo comunitario debería brillar. Pues si tú, como promotor de Acción Comunitaria tienes muchos problemas para convencer a un grupo de mujeres que ya están animadas a utilizar un método de planificación familiar y se desaniman viendo el maltrato, los regañones y el poco conocimiento de una atención humanizada, cuando vuelvas a querer convencer a las personas que acudan a la clínica o al hospital, te será mucho más difícil lograrlo.»

Perspectiva comunitaria y pertinente en términos culturales

Sobre este asunto de especial trascendencia para el concepto de salud desarrollado por el MAIS del PIB, un entrevistado afirmaba: «Cuando pensamos en un Estado paternalista como el de las décadas de 1980 y 1990, se entiende que las carencias en salud de la población más desprotegida darán lugar a un paradigma. Yo lo bautizo como “la dádiva-caridad del Estado en los servicios de salud”. Pero se tuvo una ganancia, gracias a que gran parte de los teóricos que fundamentaron los inicios del PIB se fijaron en que, en la atención a la salud de las personas, los hábitos de estas, y sus creencias, conocimientos y costumbres, deberían ser considerados al intentar modificar sus patrones de vida. Por eso, cuando se revisa la historia del PIB, principalmente en sus inicios, se lee mucho el discurso del respeto a la cultura local. Cosa que, sin embargo, nunca fue algo hecho con el convencimiento real del IMSS-Bienestar. Y menos aún con la voluntad y actitud de permitir al otro su

caminar con su propio modelo cultural local. Aparecieron muchos problemas con una gran parte de los médicos de servicio social, quienes, llegados para atender una comunidad, muchos ni siquiera habían conocido una. La ausencia de la materia de Antropología Médica nos daba reveses muy duros, pues muchos médicos renunciaban apenas conocían el lugar en donde les tocaba trabajar. Y si llegaban, comenzaban con ese “aparato” llamado “hegemonía” con el que son formados como médicos y regañaban a la gente; les prohibían usar su modelo local de salud, o les prohibían el paso si iban sucios de lodo o si olían mal.»

Y otro entrevistado añadía: «Para el área de Acción Comunitaria del PIB, 1994 fue un año que termina con muchas situaciones que, lejos de corregirse, se agravan. El poder médico se afianza cada vez más. Es histórico su desprecio por todas las disciplinas que conforman la Coordinación Comunitaria: psicología, pedagogía, antropología, ciencias sociales y comunicación, a las que no deja de tratarlas como “rolleras”. Y ello se entiende, pues su formación de “memorabilia” sobre el cuerpo humano no les deja capacidad para ver más allá de lo que no pueden ver. Parte de este poder se vio claramente en 1996 con el inicio del proselitismo electoral disfrazado de atención a la salud: los Encuentros Médicos Quirúrgicos (EMQ). No hay en el PIB ninguna otra área que, a la vista de la opinión pública, deba ser la mayor protagonista. Sorprende que, para cualquier situación, se obligue a citar aquellos logros basados en cantidades, números de cirugías, consultas médicas y embarazos atendidos.»

Una entrevistada más profundiza en la visión sobre la trascendencia de lo médico y lo comunitario: «Son dos áreas, la médica y la comunitaria, pero esta última, junto con las acciones efectuadas en las LAI, son las que convencen y llevan a las usuarias para su atención; sin embargo, parece que para las autoridades del PIB solo existe la médica. Y se puede ilustrar: en la prevención de enfermedades mediante vacunación en niños menores y en mujeres embarazadas, resultan de vital importancia las actividades de promoción y educación para la salud que se realizan no en las UMR sino en las propias comunidades. Sin embargo, prácticamente lo único que se contabiliza son las acciones realizadas en las UMR. Pero ni se menciona ni se reconoce que la atención que se brinda es gracias al impacto del trabajo comunitario, el cual abarca desde la medicina y partería tradicionales, albergues comunitarios, y talleres comunitarios y de desarrollo humano, hasta la supervisión. Los talleres comunitarios son la estrategia por la que se dan a conocer las diversas formas de educación y prevención en salud. Todos esos procesos están centrados en lo que es Atención Primaria a la Salud. Cada uno de los ARS tiene que formar grupos con apoyo de las promotoras y enseñar la diversidad de variables para el autocuidado. Se debe tomar en cuenta

que en estas poblaciones la habilidad de lecto-escritura es muy débil, por lo que los aspectos en salud que se quieran promocionar se deben de trabajar mediante dinámicas vivenciales y teniendo en cuenta los aspectos socioculturales de las localidades en donde se trabaja.»

Observaciones que complementaba otro entrevistado: «Es importante considerar que uno de los grandes componentes del factor comunitario son sus recursos locales, humanos, materiales y simbólicos, dentro de todo el esquema llamado medicina tradicional. En un inicio, la llegada del PIB a miles de comunidades llamó a esto “el respeto a las diversas concepciones que las personas tienen acerca de su salud, su atención y su enfermedad”. Sin embargo, los cuarenta años del PIB no pueden circunscribirse a un llano respeto a estas prácticas en su largo devenir. Simplemente se puede voltear a ver que en las dos primeras décadas del PIB existe una intención real de hacer de este respeto una situación concreta y tangible. No obstante, los números van indicando otra cosa a partir de la tercera década. Si una parte del sector salud, de manera inédita, va a realizar reuniones de intercambio de experiencias con parteras rurales y médicos tradicionales, ¿para qué lo hace? Para evidenciar el folclorismo, lo pintoresco y la anécdota. Porque lejos de haber realizado un trabajo consensuado, en donde se hayan podido dirimir posturas acerca del uso y la utilidad de ambas prácticas médicas, la alópata fue simplemente descartando a la medicina tradicional. Hoy, con solo saber la cantidad de médicos-agentes tradicionales de salud, algo no checa. Han disminuido de forma considerable. Y no es porque se estén extinguiendo. Es porque se les arrumbó y se dejó de crear espacios en donde las dos medicinas pudieran, en verdad, tener la oportunidad de hacer más por sus comunidades. Ello se dio a pesar de que el MAIS señala muy claro cuál es el objetivo de esta implementación: promocionar, difundir y ayudar a la prevención de las enfermedades usando ambas medicinas. ¿Por qué entonces se dejó el modelo? En su momento, incluso la titular del PIB durante el periodo 2008-2013 canceló toda esta iniciativa, dejando en el bote de la basura casi treinta años de trabajo de este rubro.

»De este modo, se podría ir definiendo cómo fue que el MAIS, que prácticamente nació con el PIB, se fue cercenando, cancelando, cerrando, dejando solo la visión biomédica, por lo que entonces hoy existe un esperpento llamado MAIS. La visita a comunidades de acción intensiva por parte del médico, que era una parte esencial de este componente, se dejó de hacer, porque la titular del periodo 2008-2013 pensó que los que hacían este tipo de actividades se dedicaban a hacer “pic nic o día de campo”. Así, al negar la visita médica a las comunidades, tiró por la borda una parte importante del MAIS, misma que hace referencia a la posibilidad de ser testigo de las diversas prácticas y creencias alrededor de la salud a nivel local.

»Dentro de las limitantes torales del PIB se encuentra que la prioridad de hacer visible y tangible el respeto por el otro depende de la voluntad política de los directivos del PIB, misma que se ajusta con la variación constante de las políticas de salud de cada administración. De modo que cada seis años hay que esperar a ver cómo las nuevas autoridades consideran los componentes comunitarios. Si bien el PIB nació sin todo este barullo burocrático, con el pasar de los años, muchos de sus logros se han ido acotando y limitando para convertirlo en un “IMSS chiquito”. ¿Qué decían de nosotros? Que respetábamos los sistemas locales de salud llamados medicina tradicional. En la práctica y, con el pasar de los años, eso se perdió. Si hubiese una persona que tuviera en alta estima este tipo de acciones, bien podría decir: “Ese PIB vale por lo que hace al complementar las dos medicinas. Son dos mundos opuestos, pero con voluntad y actitud, está resolviendo este problema intercultural”. Si esa misma persona entrara en un coma profundo en 1984 y despertase en 2019, y por alguna razón pidiese conocer cómo están los datos del PIB para médicos tradicionales y parteras, recordando que en 1984 había más de 18 000 parteras y cerca de 14 000 médicos tradicionales, y luego le acercaran el dato de que actualmente no se llega a 7 000 parteras y los médicos tradicionales son 737 (IMSS, 2020), y que, además, hoy en día las parteras tienen prohibido atender partos y solo pueden derivar embarazadas, bien podría preguntar: “¿Pero, qué pasó? ¿En qué momento el coloniaje regresó?” Esto fue lo que le pasó al PIB. Por eso decimos que el PIB de hoy no es lo que fue. Se le fue desmantelando gradualmente de sus grandes logros. En especial el comunitario, mismo que lo había colocado como una de las primeras fuerzas en salud en América Latina.»

“La red social”

El origen de la red social lo describe un entrevistado: «No hay cuestionamientos acerca de qué fue lo que le pasó al PIB en estos últimos veinte años, cómo se fue modificando la mística y la entrega del personal. Algo tuvo que haber pasado y no para explicar que en dicho periodo Acción Comunitaria prácticamente no tuvo innovación, salvo un invento en el periodo 2008-2013 por iniciativa de Gisela Lara Saldaña al que llamó “la red social”. Mediante esta red se forzaba y obligaba a que cada comunidad se hiciera responsable de sus embarazadas. Esto implicaba que en cada comunidad se identificara a estas mujeres y que se hiciera un plan para, en caso necesario, fuese la comunidad la que se responsabilizara de sacar de la localidad a la mujer en trabajo de parto. Aunque sobre la red social, el texto oficial dice que “Red social: A partir de 2009 se impulsó la formación de redes sociales de promoción a la salud materna entre la población beneficiaria del Programa, especialmente en las localidades de mayor dispersión y difícil acceso” (Programa

IMSS-Oportunidades. Libro Blanco 2007-2012, pp. 103-105), el verbo “impulsó” es incorrecto y el mejor sería “obligó”.

»Siguiendo la versión oficial, la red social es un modelo de autogestión y solidaridad encaminado a disminuir la muerte materna, que incluye la participación de los equipos de salud, la organización comunitaria, las autoridades locales, la familia y la comunidad en general. Su propósito es vigilar permanentemente a las embarazadas de riesgo, derivarlas y trasladarlas oportunamente a los albergues comunitarios para ser atendidas en los HR (Programa IMSS-Oportunidades. Libro Blanco 2007-2012, pp. 103-105).

»Lo del modelo de autogestión es falso porque a ninguna comunidad se le tomó parecer. La indicación fue totalmente vertical. Es muy probable que, si a las comunidades se les hubiera consultado, no se habrían negado, pero les molestó que se hiciera de un día para otro. Y lo peor, sin preguntarles. Según el texto oficial: “La red social implica también el apoyo con información, recursos económicos, medios de transporte y cuidado de los hijos, entre otros aspectos. Con la orientación de los Equipos de Salud, la población se involucra y toma decisiones, adquiriendo mayor responsabilidad de su salud y la de su comunidad”. Se escucha bien. Pero ni los recursos económicos, ni los medios de transporte, ni el cuidado a los hijos fueron situaciones que haya resuelto el IMSS-Bienestar. Eso lo hacía cada comunidad. Apantalla eso de mayor responsabilidad en su salud, solo para los que viven en el medio rural. Pero, ¿a cuánta de esa responsabilidad estamos obligados todos los que trabajamos en el sector salud?»

La literatura nos da una radiografía puntual del funcionamiento de la red social: cuáles son sus propósitos, cómo funciona, la reacción de las comunidades y el peso del factor económico. Cabe añadir que el estudio que se cita abajo se realizó en Metlatónoc, Guerrero, el municipio más pobre de México:

La “red social” cimbró al componente de Acción Comunitaria porque no se tomó parecer a las localidades. Simplemente se les imponía que tenían que ayudar. Todo esto no tenía consenso con la comunidad. Pero gracias al espíritu comunitario, las localidades se organizaron y llegaron incluso a crear un fondo revolvente de recursos económicos. En un inicio, el PIB consideraba otorgar este recurso económico en la partida presupuestal del HR. Y se ayudaba a aquellas mujeres que, por su pobreza, no tenían cómo pagar una camioneta que podría llegar a cobrar hasta 800 pesos solo por el viaje de ida, ya que no hay transporte público en muchas de las regiones donde se ubican los HR. Con toda su marginación y pobreza, las comunidades tuvieron que cooperarse para tener dinero y alquilar una camioneta, o bien comprar gasolina, ya que la presidencia municipal ponía un vehículo, pero no la gasolina. También podía darse la situación de que ponía el vehículo y la gasolina, pero no el chofer para que a la

mujer se le pudiera trasladar al HR. Hoy si una ciudadana quisiera ejercer su derecho a la salud y demandar al PIB lo podría hacer, ya que se le obligó a organizarse, a pagar y a hacerse cargo de su propia salud. (Ordóñez, 2004, p. 103).

Y retomando el testimonio y juicio de nuestro entrevistado: «El surgimiento de la red social fue una de esas líneas dictatoriales en donde se argumentaba: “No, no es si lo quieren hacer, es que lo tienen que hacer”. La funcionaria que ideó la iniciativa desde el componente de Acción Comunitaria del PIB jamás intentó negociar la partida presupuestal para resarcir estos recursos a las comunidades. Y es que, de hacerlo, le hubiera supuesto un enfrentamiento con la titular del PIB de ese periodo. Y es de dominio público la predilección de aquella extitular grosera y majadera. Llegó al extremo de insultarla en presencia de toda su coordinación de Acción Comunitaria al inicio de la pandemia de la influenza AH1N1.

»[Y es que] se cuentan muchas cosas sobre esas reuniones donde se informaba sobre nuevas muertes maternas y la responsable de la Coordinación de Acción Comunitaria invariablemente salía intentando hacer algo. De ahí su obsesión con amarrar la red social. De manera que, una vez que le pareció que su plan sería la panacea, obligó a que cada sede de Unidad Médica Rural enviara su acta de red social, la cual debía estar firmada por el Equipo de Salud y por toda la estructura comunitaria. En esa acta debía especificarse que estaban de acuerdo en hacerse responsables de sus embarazadas. Es por ello que, al término de su gestión en 2013, esas actas se cuidaban como oro molido, pues eran la prueba de que esa red social estaba avalada y se cumpliría con lo de abatir la muerte materna, ya que representaba la posibilidad de poder esgrimir razones que ayudaran a definir el porqué, en dado caso, ocurría una muerte materna. ¿Pero es que así funcionan las políticas públicas en salud? Es decir, ¿se debe obligar a los usuarios a realizar lo que no tienen o no quieren hacer? Si la respuesta es positiva, entonces, ¿por qué no se hace a nivel nacional este método de control para disminuir la mortalidad materna?»

El entrevistado está al tanto de que en el desenlace de una muerte materna se involucra e incide una diversidad de variables. Por ello, continúa relatando: «Con la creación de la figura de la red social, en caso de que se presentase una muerte de este tipo, y si la red social no se había activado, de forma ineludible se atribuía la causa de esa muerte a que esa red no había funcionado. De manera que la responsabilidad principal caía primeramente en la comunidad y, en segundo lugar, en el personal de Acción Comunitaria. Por ello, a estos compañeros se les aplicaba todo el rigor por no haber evitado la muerte materna, lo cual era una injusticia, ya que si el personal de Acción Comunitaria no estaba preparado en lo técnico-bio-médico para poder prevenirla, ¿cómo podría cumplir su compromiso? De modo que, si la

red social no había funcionado, pues entonces había que “pagar” de alguna manera. ¿Cómo? Con notas de demérito para este personal, perjudicándolo en sus ingresos. Y si el personal era de honorarios, se le despedía. ¿En qué parte del sector salud esto funciona así? Es decir, debes, como personal de salud, cuidar literalmente a la mujer durante su parto. Noche y día. Si te descuidas y en un momento esa mujer fallece, tú y solamente tú eres el responsable. Por tanto, tienes que pagar. Esto refleja cómo el autoritarismo laboral pretende disminuir de manera vertical la muerte materna, sin atender todo el conjunto de determinantes de este indicador. Por ello la obsesión con la red social. Y el problema es que eso lo tuvo que afrontar la comunidad. En algunas localidades se cuenta que a muchas mujeres en trabajo de parto se les ayudó con ese recurso, pero tenían que devolver el dinero que les habían prestado. Era un préstamo. Y si no tenían dinero, pues podían pagar con trabajo a la comunidad. Esto es lo que a final de cuentas salva a un programa como el PIB: el trabajo y la entrega de la gente.

»La razón es muy simple: no tienen otra alternativa. Es curioso que la red social no disponga de fuentes documentales, algún texto que explique cómo se estableció su carácter obligatorio. Algo extraño, porque casi todas las del IMSS-Bienestar las tuvieron en tiempo y forma: CARA, albergues, Comités, MAIS, Desarrollo Humano. Pero la red social no contó con un documento que mostrara de forma precisa cómo se llevaría su línea de acción.»

¿Por qué es tan difícil medir lo comunitario?

Sin embargo, decían nuestros entrevistados, «Existen algunas mediciones del PIB que podrían indirectamente sostener algunos argumentos sobre la red social. En 2013, el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) realizó una evaluación en cuatro delegaciones del PIB: Chiapas, Michoacán, Oaxaca y Veracruz (norte y sur).¹ Y en este ejercicio consta que:

los resultados preliminares muestran un panorama general de mejor desempeño para las unidades que operan servicios para el Programa IMSS-Oportunidades (IOP). Cuando se evaluaron las intervenciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna e infantil, las unidades correspondientes a IOP eran costo-efectivas dominantes en el 100% de los casos analizados; es decir: de manera consistente operan con un menor gasto asociado a las intervenciones y obtienen mejores re-

¹ Véase, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/evaluacionExterna/eval-2013-EvaluacionCostoEfectividad.pdf>

sultados de salud que aquellas operadas por los Servicios Estatales de Salud (SESA). Estos resultados sugieren la necesidad de revisar los procesos de atención en las unidades de atención de la Secretaría de Salud en localidades rurales, sobre todo si tomamos en consideración que en estas localidades habita la población más vulnerable, habitualmente con peores condiciones de salud y donde la oferta de servicios de salud es también más escasa. Adicionalmente, se observa un área de oportunidad para realizar un ejercicio del gasto público más eficiente en los SESA (Coneval, s. f., pp. 23-36).

Independientemente del criterio tecnocrático que emplea el Coneval del periodo neoliberal —y que, por sus actuales integrantes, lo sigue siendo en plena 4T— que pone por delante la “dominancia” del “costo-efectividad” y las “áreas de oportunidad para eficientar el gasto”, antes que destacar los resultados sanitarios en materia de vida, es claro que el apunte del Coneval de esos años destaca que el IMSS-Bienestar pudo reducir ambas mortalidades frente al desempeño de Servicios Estatales de Salud (SESA). El cuestionamiento es lógico, ¿por qué los estados no obtienen los mismos resultados? La respuesta sería que porque los SESA carecen de una infraestructura u organización comunitaria a la que puedan obligar a hacerse cargo de esos indicadores. Es más, esos servicios siguen funcionando con base en cuotas de recuperación, es decir, que cobran, si bien cantidades mínimas. El principio de gratuidad introducido por el presidente López Obrador (AMLO) y la 4T alteran este panorama.

El resumen del Coneval muestra otros indicadores, por ejemplo, el caso de la enfermedades crónico-degenerativas (ECD), en cuya atención el PIB no sale tan bien evaluado. Dice el Coneval:

a pesar de los resultados anteriores, cabe señalar que cuando se evaluó la intervención relacionada con Diabetes Mellitus (DM), no se observó igual dominancia de las unidades de IOP en todas las entidades federativas, y resultaron de forma preliminar más costo-efectivas la operación de los SESA en Veracruz. Una conclusión que se desprende de este resultado es que el Programa IMSS-Oportunidades debe fortalecer los procesos de implementación de esta intervención en el Estado. Uno de los procesos que deben ser revisados es la asignación de presupuesto a estas actividades, que al parecer disponen de una asignación proporcional muy baja, comparativamente con otras intervenciones, a pesar de la relevancia de estos problemas de salud. Esta recomendación es válida para ambas instituciones y se sugiere su pronta revisión con la finalidad de poder incidir positivamente en el mediano y largo plazos en las consecuencias negativas de estas enfermedades en la población más vulnerable de México. (Coneval, s. f., p. 36).

Nuevamente la “dominancia” del criterio tecnocrático del Coneval neoliberal salta a la vista, más ocupado del ángulo presupuestal que del resultado sanitario en términos de vida, y suponiendo que solo con más presupuesto mejoraría algo que alude, más bien, a la totalidad del proceso de atención. Pero, pese a esta distorsión de enfoque por parte del Coneval, queda dicho de forma sintética que el IMSS-Bienestar no tuvo presupuesto para hacer frente a las ECD, lo que explica, aunque el Coneval lo ignore deliberadamente, el derrumbe de las acciones de prevención. Y es que la atención de las enfermedades crónicas con falta de presupuesto para medicamentos y para que el paciente pueda autocontrolarse, no se le debe considerar de la misma manera en cómo se trataba de llevar lo de las mujeres embarazadas a través de una red social en donde se buscó que la propia comunidad fuese responsable de todo lo que pudiera acontecer con ellas.

Entonces, nos señala otra entrevistada, «Cuando los problemas o prioridades de salud pueden descargarse sobre la comunidad, se hacen acciones como la red social. Pero no pudieron hacer lo mismo al obligar a las personas a que compraran sus propios medicamentos para controlar su diabetes mellitus porque eso ya habría sido un abuso exagerado de poder. Sin embargo, en la red social sí se pudo obligar a que las comunidades hicieran un fondo de recursos económicos para estar en posibilidad, ante cualquier contingencia, de sacar a la brevedad a la embarazada. Este proceder dentro de la ética —no profesional, sino personal— marca indeleblemente un accionar autoritario hacia las comunidades. Especialmente si se toma en consideración que el embarazo no debería ser catalogado como un problema de salud o enfermedad.»

Coincidiendo con este punto de vista, otro más agregaba que «Quienes han realizado la evaluación y medición externa del PIB casi siempre han sido incapaces de mostrar cuál es o ha sido la posición de Acción Comunitaria. De esta manera, y a casi diez años de evaluar al PIB, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Coneval (Reyes Morales, 2013) señalan en cada *Informe* aspectos muy similares respecto a la dificultad de evaluar lo comunitario.» Por ejemplo, en 2014 observaron que: «Por otra parte, es importante destacar el papel que tiene la acción comunitaria en la operación del Programa, por lo que se buscarán alternativas para que las acciones que se realizan en las comunidades sean plasmadas en indicadores que reflejen las capacidades adquiridas y la aplicación de conocimientos.»

Pero esto es algo sumamente controversial. Por un lado, señalan que se destaca el papel de lo comunitario. Pero, insisten, son necesarias alternativas para que las acciones comunitarias que hace la gente puedan ser esgrimidas como indicadores que muestren las capacidades adquiridas, así como la aplicación de conocimientos. En síntesis: reconocen la importancia de la acción comunitaria, pero insisten

en que le hacen falta indicadores que nos muestren la forma en que las personas poseen capacidades y conocimientos que lleven a un cambio de actitud ante los determinantes sociales de la salud. Luego entonces: ¿es posible hablar de que la acción comunitaria es importante? Sí, y esto es claro, no se le ha evaluado a partir de sus indicadores. Habría que, siguiendo lo señalado por los evaluadores, reconocer su importancia ¡si existieran los indicadores adecuados! ¿Entonces qué se podría concluir sobre las evaluaciones INSP-Coneval de los últimos veinte años?

Anteriormente era el mismo PIB que se evaluaba a sí mismo, lo que podría no ser ético ni recomendable. Por tanto, se buscó quién hiciera la evaluación externa. Sin embargo, el INSP y el INSP-Coneval siempre tuvieron problemas respecto a cómo medir las acciones comunitarias. Y no era ni siquiera similar a medir lo puramente médico, ya que, al ubicar estas acciones, lo único que se necesitaba era contarlas; obtener información acerca de cómo crecen o disminuyen los padecimientos; las acciones asistenciales, sus recursos y clínicas. Y en el caso de lo comunitario no podían hacer lo mismo. Porque en esta área, suponían, había solo un activismo por hacer, hacer y hacer talleres comunitarios. Según esta visión "evaluadora" no había una concreción en la que se pudieran basar para medir.

En este sentido, cabe destacar que el mayor peso de las evaluaciones radica en la información disponible en las unidades médicas. Concediendo sin aceptar: si cada persona recibe treinta talleres sobre prevención de la salud, eso significa que previsiblemente esa persona ya tiene conocimientos. Por ende, se puede suponer que puede asumir nuevas prácticas y, por tanto, modificar sus hábitos en torno a los determinantes de la salud.

En otras palabras, mientras la información de consultas y enfermedades ya estaba en las unidades médicas, pues lo que se iba a medir residía en lo médico y en sus reportes, en el caso de la medición del impacto comunitario, se tendrían que visitar comunidades y hacer encuestas familia por familia para establecer, en cuanto a los elementos a medir, si estos realmente impactaban en los indicadores respectivos.

El Coneval diseñó un sistema de medición para evaluar los siguientes indicadores del Programa IMSS-Bienestar:

1. Atención a la salud reproductiva y materno-infantil.
2. Alimentación y nutrición familiar.
3. Prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas.
4. Prestación de servicios médico-asistenciales.
5. *Los Comités de Salud asumen la responsabilidad de la gestoría local y la comunicación entre la comunidad y los servicios de salud.*

6. *Selección e integración de grupos: Voluntarios de Salud, Voluntarios y Comités de Salud.*
7. *Personas derivadas por Voluntarios de la Salud y Voluntarios a la Unidad Médica.*
8. *Interrelación con parteras rurales para el trabajo conjunto de salud materno-infantil.*
9. *Promover la participación familiar en la aplicación de métodos sencillos para desinfección del agua para consumo humano y su manejo adecuado.*
10. *Promover la participación familiar para que disponga adecuadamente de la excreta humana.*
11. *Promover la participación familiar en la eliminación adecuada de basuras y desechos.*
12. *Promover la participación familiar en el control de la fauna nociva y transmisora.*
13. Administración de los recursos humanos.
14. Garantizar la totalidad de abasto de medicamentos, biológicos, material de curación, radiológico, de laboratorio y diversos: papelería, útiles de oficina, impresos, material de aseo, para la operación del Programa en las delegaciones. (Coneval, s. f., p. 2).

Como puede verse en el listado anterior, es apenas en cuatro de ocho indicadores de los parámetros del Coneval donde la dimensión comunitaria se centra en la participación familiar. Ello confirma un pobre uso del MAIS y de la Coordinación de Acción Comunitaria. Cabe preguntarse, ¿cómo podría entonces llevarse a cabo una evaluación adecuada?»

Para nuestros entrevistados: «En este tipo de estudios del INSP-Coneval,² siempre hizo falta que aplicaran métodos cualitativos para complementar los datos de las acciones estrictamente médicas que las reflejaran, con los que se pudieran evaluar las acciones comunitarias. Pero ello nunca ocurrió. Era posiblemente un problema de la capacitación de los evaluadores. Prueba de ello son los documentos del Coneval relacionados con el PIB de 2004-2018.

Sin embargo, ocurrió algo más lógico: los puntos 5-12 simplemente no pudieron ser evaluados. Los restantes sí porque ya había una estadística consultable para proceder. En otras palabras, la gran omisión de las evaluaciones fue lo relativo a las acciones comunitarias.

² Cfr. Coneval (s. f., p. 5); y la página web del Coneval con más de quince artículos sobre los resultados de las evaluaciones del PIB generadas entre 2004 y 2018: <https://www.coneval.org.mx/Paginas/busqueda.aspx?k=IMSS%2DOPORTUNIDADES>

Es cierto que se tienen datos del PIB sobre los puntos 5-12. Pero no es menos cierto que esas estadísticas se restringen al reporte del número de acciones. Esto limita mucho lo que hace el PIB, pues no se sabe cuántas acciones de capacitación deberá realizar cada familia para estar en posibilidad de lo que el PIB pueda garantizar para que cuenten con nuevos conocimientos y habilidades, que les permitan adoptar y generar nuevas prácticas y actitudes que beneficien en la mayor medida de lo posible sus condiciones de salud.»

En el mismo tenor, otro entrevistado señalaba: «Es lógico y real que las acciones de un programa no pueden funcionar o descansar en meramente hacer y hacer acciones. Es el caso de las estrategias de los talleres comunitarios, o bien de las técnicas de promoción para actividades saludables. ¿Por qué? Pues porque al término de cuarenta años del PIB ya se debería tener por comunidad un censo o plan que indicara cuántas de estas unidades familiares/personas han ya modificado sus hábitos nuevos en salud. Asimismo, se debería saber cuántas y el porqué no lo han hecho. También podría saberse cuántas empezaron, pero lo dejaron después de un tiempo. Así que solo hacer, hacer y hacer no es garantía de que algo cambiará. El cambio está en pasar al siguiente nivel de modificar actitudes ante los diversos determinantes sociales de la salud.

»Por tanto, el número no debería significar nada si no se correlaciona con la calidad. Acciones de capacitación más calidad en las capacitaciones sí repercute y dan la seguridad de estar formando nuevos actores ante los determinantes de la salud. Hasta el día de hoy se funciona solo con acciones y más acciones sin llegar a establecer si esa estrategia tiene marcada una meta concreta o seguirán pasando décadas de acciones sin garantizar su calidad, y por esto una mayor posibilidad de impacto. Ello significa no enfrentar una nueva fase montada sobre la medición real de la calidad de las acciones —en este caso, de las capacitaciones—; una nueva fase de la que lamentablemente estamos todavía muy lejos.»

Un entrevistado más reiteraba que la falta de métodos cualitativos entre los evaluadores del INSP-Coneval se manifiesta en el siguiente ejemplo:

En el 2014 los indicadores descendentes de mortalidad en menores de cinco años y la razón de mortalidad materna se redujeron favorablemente en un 50 y 7.4%, respectivamente, con respecto a las metas establecidas. La cobertura de vacunación se mantuvo por arriba del 95% en los niños de un año, lo que se considera aceptable. Los valores de los tres indicadores para los años anteriores superan la meta planteada, no obstante, persiste la necesidad de revisar los métodos de cálculo para hacerlos comparables con otras áreas del sector salud. En el 2014 no hay reporte de indicador sectorial en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa. Los indicadores de servicios y gestión seleccionados miden el acceso a los servicios

de salud y sus logros: atención del parto institucional (92.1%), cobertura de protección anticonceptiva posparto (81.91%), citología cervical en mujeres de 25 a 64 años (98.89%), suministro de medicamentos en relación a los solicitados (94.79%), y detección oportuna de la diabetes mellitus (97.78%). En cuanto a sus logros en 2014, así como en sus series históricas, muestran logros aceptables por arriba de las metas planteadas. El planteamiento de las metas de los cinco indicadores es adecuado, se consideran factibles de alcanzar, ya que se establecen por arriba del 80%. Se incluye en la MIR 2015 el indicador sectorial, tasa de mortalidad infantil, con línea base en 2011 de 13.7 defunciones por mil nacidos vivos registrados. Asimismo, en la MIR 2015 se incluyen nuevos indicadores, lo que representa la oportunidad de verificar que sus metas y medios de verificación permitan comparar los resultados con otras instituciones nacionales o internacionales (Coneval, s. f., p. 2).

Para el entrevistado, esta limitada visión de los evaluadores INSP-Coneval solo «Confirma su falta total de crear para concebir la medición de lo comunitario. Tanto así, que de plano lo omiten. No saben qué hacer con él porque no estudiaron o no entendieron el MAIS. Y sin embargo ponen como tarea comparar los resultados con otras instituciones nacionales o internacionales. El ejemplo se reduce a las acciones médicas. De esta forma, el MAIS queda cojo: en una sola pata. La evaluación de estos evaluadores terminaba fortaleciendo la medicalización del PIB y el sacrificio del espíritu de la Declaración de Alma-Ata. Y por supuesto caía como anillo al dedo de los responsables en turno del PIB.»

Este mismo entrevistado destacaba que «No se evaluaba la calidad en el trato a los usuarios-usuarias como un generador de confianza y satisfacción, o bien, de desconfianza e insatisfacción. Tal parece que su horizonte de medición se reduce solamente a la medición de determinados indicadores, como si solo por ello se asegurara el buen trato en las acciones médicas.

»Tanto el INSP como el Coneval señalan reiteradamente que no tenían forma de cómo medir las acciones de acción comunitaria. Pero, ¿por qué no innovaron? Probablemente por los siguientes dos motivos. Primero, porque parece ser que no se capacitaron para aprender a entender el equilibrio de acciones médico-comunitarias del MAIS y aprender así a entender cómo medir: sencillamente se lanzaron a contar sin ton ni son indicadores cuantitativos de atención médica. Y después, por el “confort ideológico neoliberal” de meter desde fuera los indicadores que ellos deberían haber construido intrAMAIS: su manido, y muy a la moda tecnocrática, “costo-efectividad” y la cómoda sustitución de la comunidad por la “participación” familiar, tan oportuna para la derecha panista (Fox-Calderón) y el uso electoral del IMSS-Bienestar durante el peñismo.»

Sobre la forma de medir el impacto comunitario, otro entrevistado añadía «En términos de la asistencia, por ejemplo, es necesario medir la satisfacción y confianza de quienes hacen uso del servicio. En términos de prevención y promoción a la salud esto significaba medir tres aspectos que bien se podrían considerar los tres ejes que determinan la participación de la comunidad. Esto es, medir mediante una encuesta específicamente diseñada lo que la población sabe o conoce sobre los determinantes sociales de la salud en tres pisos informativos: conocimientos, actitudes y prácticas. Ello implica que determinadas acciones, como la aplicación de conocimientos para implementar nuevas prácticas y así generar un cambio de actitud, están realmente cumpliendo su cometido. De esta forma sería posible tener un mapa de cada localidad, para así conocer cuánto han incidido las prácticas comunitarias en la prevención y autocuidado de la salud.

»A partir de ahí, con esa encuesta y esos mapas como primer resultado de un indicador de calidad para medir lo comunitario, podría entenderse que tendría sustento y lógica dejar de hacer ya talleres y más talleres de promoción a la salud porque ya existiría un primer mapa de resultados. Procedería entonces dar un paso adelante, avanzar. ¿Cómo? Creando los mecanismos para establecer, definir y conocer en qué sector de la población sigue haciendo falta intensificar y fortalecer los modelos de promoción de la salud. Habría pues, en esta siguiente etapa, que reiniciarlos de otra manera en función de lo que le sigue faltando a esos sectores comunitarios. Ello sin duda reclama un arduo trabajo. Requiere acudir a las comunidades y elaborar nuevas encuestas al nivel familiar para así medir lo que se considere conveniente, con vistas a fortalecer las tareas de promoción y prevención. Es decir, los conocimientos necesarios más las prácticas que se traducirán en las esperadas nuevas actitudes.

»Un trabajo de esta naturaleza permite apreciar también las limitaciones de la medición de los evaluadores INSP-Coneval exclusivamente en el área médica y que culmina en generalizaciones del tipo “asimismo, en la MIR 2015 se incluyen nuevos indicadores, lo que representa la oportunidad de verificar que sus metas y medios de verificación permitan comparar los resultados con otras instituciones nacionales o internacionales”, como ya hemos consignado.

»Con los resultados de los indicadores para medir las acciones comunitarias expuestos hasta este momento, se podría retroactuar con verdadera efectividad sobre los indicadores médicos para reforzarlos. Por ejemplo, si en la Unidad Médica se dice que la población realiza acciones de prevención, al contar con las referidas encuestas se podría comprobar si efectivamente se realizan esas acciones. Y con esta correlación claramente establecida, se podría avanzar con seguridad sobre la evaluación del IMSS-Bienestar.»

“Las comunidades no tienen otra opción que recibir lo que malamente les otorgan”

De acuerdo con un entrevistado: «Es recurrente que desde 2007 se argumente que “no hay recursos”. Pero, ¿de qué sirve una capacitación a medias?, ¿de qué sirve no hacer materiales didácticos cuando se quiere dar educación para la salud?, ¿de qué sirve dejar de hacer supervisión?, ¿de qué sirve que se hagan y hagan jornadas quirúrgicas? A nadie parece importarle este PIB. Se le puede quitar poco a poco su esencia; se le puede prohibir atender partos a las parteras; se puede negar la existencia de otros modelos locales de salud; se puede obligar a la gente a hacer cosas que no tiene por qué hacer, a menos que hoy el estado de la salud sea responsabilidad de las mismas localidades. Si bien debe haber corresponsabilidad, tampoco esta se debe cargar tanto a las mismas comunidades. No obstante, es posible que, aun con todo esto, el PIB siga. Porque dentro del síndrome de la desesperanza, las comunidades no tienen otra opción que recibir lo que malamente les otorgan. A menos que se declaren en resistencia, lo cual tiene, en las condiciones actuales del país, altísimos costos en términos de salud para la población.»

En Chiapas, comunidades de varias regiones en las que el Ejército Zapatista de Liberación Nacional tiene presencia, se rehúsan a recibir servicios de salud gubernamentales. En estas comunidades, la construcción del sistema de salud propio ha sido llevado a cabo de manera solidaria y autogestiva (Leal, 2010).

Los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA)

Nuestros entrevistados consideran que otra línea programática que debería revisarse es la de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA). Uno de ellos observaba: «Viendo lo de la última gira presidencial³ y escuchando al presidente López Obrador hablar de los CARA, donde alguien lo malinformó, resultó terrible apreciar que esa estrategia, tal como la dejaron en las últimas administraciones del PIB, pegada con alfileres, dará buenos resultados. Especialmente sabiendo que esa línea ya no tiene elementos didácticos ni creativos, y que ya no se le habla al adolescente con pertinencia. Más bien parecería que se le criminaliza y se le trata de imponer lo que sí y lo que no puede hacer atiborrándolo de información médica sobre la salud sexual. Lejos quedaron las técnicas vivenciales que tan buenos resultados

³ Realizada por varios meses de 2019 en diferentes HR del IMSS-Bienestar; en ella el presidente López Obrador estuvo acompañado de distintas autoridades del sector salud federal, estatal y municipal. Véase el anexo 2.

dieron en su momento, hace muchos años. De este modo, seguimos estancados en el siglo XVIII.»

Cuando se inquirió a nuestros entrevistados sobre el modelo original que habría sido desfigurado por los últimos titulares del PIB, uno de ellos, apoyándose en una fuente oficial (IMSS, 2001) refería que «El Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) del Adolescente Rural se basa en un grupo de líneas de acción que involucran: fortalecer la capacidad técnica; crear servicios institucionales y comunitarios específicos; fortalecer la estructura institucional y comunitaria, así como el sistema de vigilancia epidemiológica. Todo ello se traducía en una estrategia integral estructurada que se articulaba en las siguientes etapas:

Primera: Capacitación. En primera instancia, se capacitó a todos los grupos de conducción del PIB para que ellos formaran a líderes juveniles, quienes, a su vez, formarían a grupos de adolescentes animadores. Los documentos educativos base fueron los que el PIB tenía sobre salud sexual y reproductiva. Aquí habría que tener especial cuidado en no confundir salud sexual y reproductiva con sexualidad. Uno es lo académico, lo teórico. Lo otro, es la puesta en marcha de la llamada “calentura adolescente”. Lo primero queda acotado dentro de la retórica biomédica adjudicando un comportamiento único a individuos de un grupo de edad, dejando de lado que la sexualidad se vive desde los primeros años de vida.⁴

»Antes de abordar este tema, conviene recordar que el Área de Acción Comunitaria recomendaba un taller de cuarenta horas en el que se trataban aspectos de desarrollo humano, autoestima, valores, toma de decisiones, plan de vida,

⁴ “Los seres humanos somos seres sexuales y expresamos la sexualidad de diferentes formas en cada etapa de la vida. El desarrollo sexual es un proceso y en él, además de la evolución psicofísica propia de cada edad, influyen: el estado físico y la capacidad intelectual; la satisfacción de necesidades humanas básicas, como el deseo de contacto, la intimidad, la comunicación, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor; el aprendizaje de creencias y roles de género; la educación afectiva y sexual. A cada etapa de la vida y, más concretamente a cada edad, corresponden unas formas específicas de manifestación de la sexualidad. Pueden diferenciarse claramente cuatro etapas en el desarrollo psicosexual: infancia; pubertad y la adolescencia; juventud y madurez; vejez. El inicio y duración de cada una de estas etapas son orientativos puesto que dependen de varios factores: personales: el estado físico y emocional, la capacidad intelectual, la personalidad y la autoestima; sociales y económicos: la clase social, los valores y creencias, el acceso a la educación, la satisfacción de las necesidades económicas y el rol de la familia (apoyo, tutela, control...) en cada sociedad; medioambientales: el clima local, la zona donde se vive (rural, ciudad, barrio), las facilidades para moverse y acceder a nuevas experiencias e interacciones sociales, conocer diferentes estilos de vida y acceder a recursos; estilo de vida: alimentación, actividad física e intelectual, intimidad en el hogar y autonomía personal, entre otros.” (Salud Sexual... <https://bit.ly/3f0iQf>).

y comunicación asertiva clara y directa. Posteriormente se abordaba la sexualidad adolescente. Y algo importante de resaltar es que en estos talleres la parte vivencial era sumamente importante: se partía de lo que viven los jóvenes. De este modo, las dinámicas vivenciales eran un extracto de cómo vivían todos los procesos, los cuales narraban ellos mismos en diversas circunstancias. Si primero hablamos de autoestima y la explicamos, y posteriormente pedimos ejemplos desde lo que han vivido en este tema todos los participantes, lo que sucede es que partimos de lo real, como sugiere Paulo Freire. Ya no hablamos de un ideal de autoestima. Nos acercamos a la vida cotidiana de las personas. Porque ellas han expuesto cómo viven estos procesos. El facilitador de Acción Comunitaria aprende entonces cómo insertar algunas situaciones que generen algún cambio a partir de lo vivido. En esto radica lo vivencial. En contraparte, cuando se pretende dar una información que trata de hacer homogénea a una población de adolescentes y colocarlos a todos en un mismo cartabón de comportamientos, entonces se pierde la individualidad, la identidad y el interés. Muchos aspectos psico-pedagógicos vuelan por los aires cuando sugerimos que todos vivimos la misma sexualidad desde lo biológico, sin tomar en cuenta la diversidad de personas, quienes seguramente no se comportan como un ente biológico solamente.

»Lo que el modelo original desarrolló es que, para este tipo de atención del adolescente, el espacio propicio era precisamente eso: un espacio para ellos. Se pudo haber dicho que fuera la misma clínica como en todo el sector salud. Sin embargo, para generar cambios en esta población, la consulta informada sirvió, pues uno de los requerimientos esgrimidos por los propios adolescentes fue tener un lugar adecuado para ellos: no la clínica, aun cuando los CARA habían surgido en los HR.⁵ Esto explica el surgimiento de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA). En estos centros los jóvenes recibían un curso específico sobre salud sexual y reproductiva —nunca le quisieron llamar “de sexualidad”—, así como de desarrollo humano para formar replicadores, quienes estarían a cargo de convencer a otros jóvenes de acercarse a los CARA. Es importante mencionar que la misma comunidad se encargaba de construir su propio CARA. Incluso en las LAI, hubo CARA al aire libre (llamados Módulos Ambulantes), que se llevaban a las localidades sin clínica para promover la estrategia de joven a joven. El CARA también recibía adolescentes embarazadas. Así se formaban grupos de apoyo psico-emocional.

Segunda etapa: Comunicación educativa. Mediante la red Edusat (Sistema de Televisión Educativa) se proporcionaba un curso básico sobre sexualidad adoles-

⁵ Después cada UMR tendría su propio CARA.

cente en las telesecundarias locales. En muchas partes ello constituía un problema, debido a que la red satelital funcionaba muy mal y muchos jóvenes no tenían acceso a tal nivel educativo. En consecuencia, esto no sirvió. Fue por ello que se implementó la estrategia "Con la gente para la gente". Así, los equipos juveniles CARA hacían perifoneo e iban a las radiodifusoras del entonces Instituto Nacional Indigenista (INI) a hablar sobre estos temas y a invitar a otros jóvenes. Se les dotaba de todo el material necesario y, en caso de que no hubiese recursos, se hacían gestiones con las presidencias municipales. Un efecto adicional positivo de este tipo de actividades fue que, al apoyar formas de organización comunitaria en segmentos de población como los adolescentes, se fortalecía la participación de las localidades.

Tercera etapa: Promoción social. Los grupos juveniles del CARA elaboraban pintas de bardas, mantas, piedras y carteles, entre otro tipo de materiales alusivos a la sexualidad adolescente. Y se elaboraban frases tomando como punto de partida los temas de desarrollo humano, autoestima, toma de decisiones y comunicación asertiva.

Cuarta etapa: Vigilancia epidemiológica. Al integrar en su monitoreo a un segmento de la población que tradicionalmente es olvidado en las campañas y promoción de la salud, se enriqueció la epidemiología. Se incluyeron variables del Sistema de Indicadores en Salud para Población Abierta (SISPA). Los temas clásicos de esta área han sido: la exploración ginecológica, visualización del cérvix, detección de infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, mucho material sobre prácticas y costumbres en la sexualidad de los adolescentes que inciden directamente en su salud no fue tomado en cuenta. Como ejemplo se puede citar una investigación de 1998 publicada en 2000 (Cabral *et al.*, 2000): una serie de etnografías llevadas a cabo con seis grupos étnicos, que demográficamente son los de mayor número en el país, y de los que se obtuvo información importante para ser considerada en las capacitaciones. Sin embargo, no ocurrió. Es decir, que las etnografías habían proporcionado materiales muy importantes para considerar aspectos que rebasaban lo biomédico, por ejemplo, aspectos socioculturales insertos en las prácticas sexuales. Bien podrían haber sido tomadas en cuenta para generar promoción y prevención desde otras aristas, no solo desde la visión hegemónica de la medicina.

»En este sentido, debe de destacarse que, por primera vez, el PIB retomó a este sector de la población y que fue de las primeras instancias dentro del sector salud en dirigir estrategias para este grupo poblacional.

Quinta etapa: Investigación y resultados. En este rubro se mostró que, con la puesta en marcha de este modelo de atención al adolescente, se suponía, surgirían investigaciones alrededor de esta población para contribuir e implementar otras acciones que se podrían desprender de todo lo realizado. Pero no pasó nada.

Sexta etapa: Investigación operativa. Sería la última parte del modelo. Esto habría sido la cereza del pastel. Porque, con tanto trabajo con jóvenes, ellos aportaron todo un cúmulo de prácticas, creencias y riesgos en los momentos de ejercer su sexualidad, lo que habría ayudado a tender otras opciones de acercamiento para este trabajo. Pero hubo muy pocas. Al respecto, uno de los entrevistados ironiza: “Después de dos años de espera, en el año 2000 se publicó el libro que debió llamarse *Sexualidad en jóvenes indígenas de las principales etnias de México, pero se intituló, Salud sexual y reproductiva en jóvenes indígenas de las principales etnias de México.* ¿Se nota esa hegemonía médica?”»

Después de esta serie de consideraciones del modelo original de los CARA, otro entrevistado comentaba que: «Todo esto fue en un inicio el Modelo de Atención al Adolescente, en donde el CARA es solo el mueble donde se desarrollan las acciones educativas. Solo hay que recordar que todo esto se publicó en 2001: *Salud reproductiva en el IMSS. Experiencia rural.* Y hubo incluso otro que da cuenta del mismo proceso: IMSS (2001). Al día de hoy creo que solo las sesiones de capacitación siguen. Pero los jóvenes ya no hacen lo que hacían: hoy son solo alumnos pasivos, ya no son ellos los que hacen, gestionan, convencen. Hoy son como esos grupos atrapados en cualquier clínica del IMSS a los que obligan, antes de ser atendidos, a recibir una plática sobre salud sexual y reproductiva, o sobre diabetes. De hecho fue gracias al presidente López Obrador que se rescató del olvido la estrategia CARA, pues en 2019, año de las giras presidenciales, algún ocurrente volvió a poner en circulación los CARA, Si en ese momento se hubiera evaluado (a nivel nacional) habría sido una desilusión mayúscula, pues la mayoría de estas iniciativas no funcionaban a nivel nacional.»

Y para otra entrevistada es evidente que «Lo del CARA fue una excelente labor de colaboración inédita entre el área médica y el área comunitaria. Fueron tiempos en que el titular del PIB, durante los años 1994-2006, logró una tregua y fue posible esa conjunción para bien. Porque, desde la psicología, se montó toda una estrategia basada en el desarrollo humano y habilidades para la vida. Aquí irrumpe el modelo de psicología de la Gestalt. La capacitación corría a cuenta del área comunitaria. Concentrábamos a trescientos jóvenes a los que formábamos durante cinco días, cuarenta horas en una semana. La verdad no necesitas más. Les invitabas a convertirse en replicadores. Casi la mitad aceptaba. Se les daba un *stock* de materiales didácticos: un manual. Y ellos regresaban a sus comunidades a hacer la capacitación con un grupo que ya ellos habían formado. En muchos casos, la sede de estos chicos era la UMR o el HR, lugares donde se ubicaba el CARA, que fue pensado como un lugar para ellos mismos. Cuando la titular del Programa 2006-2012 arremetió contra el Área de Acción Comunitaria, nos excomulgaron de esa tarea. Y

siguió, pero sin nosotros. Llegó al grado de contratar psicólogos, pero para el Área Médica y bajo el diseño de otra estrategia. Hace como diez años, algunos de los de Acción Comunitaria, fuimos convocados a conocer esa propuesta. Entonces entendimos que ellos no necesitan cosas buenas, sino aparentar que las que se hacen lo son. Lamentable, todo el discurso parecía enfocarse a una frase “No te embaraces”. Es decir: criminalizar a los jóvenes por serlo. Por cierto, las sesiones las lleva enfermería o un médico. Raramente un promotor de acción comunitaria, y sobra decir que su base de enseñanza-aprendizaje es “yo sé todo/tú no sabes nada”. Ahora, ¿a AMLO le habrán explicado? ¡No creo! Le dijeron para qué sirven los CARA. Y él calló. Le faltó preguntar: “Y si sirven, ¿cómo lo hacen?”»

La infraestructura del Programa IMSS-Bienestar

Historia oficial

En cuanto a la infraestructura del PIB, en el Informe al *Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2013-2014* (IMSS, 2014), se le describe desde el punto de vista oficial. A saber:

en sus primeros años, el Programa estableció servicios de manera predominante en la zona ixtlera del norte del país, construyendo siete Clínicas-Hospital de Campo y adaptando 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) para que funcionaran como unidades de primer nivel de atención (UPNA). En 1976 esta red comprendía 30 Hospitales Rurales (HR) y 310 Unidades Médicas Rurales (UMR) con los que se atendía a 3.8 millones de personas. En 1977 el Ejecutivo Federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) como parte de una política integral para atender la pobreza. Con el objetivo de acelerar la ampliación de cobertura en salud en las zonas marginadas de México y aprovechar la experiencia adquirida por el IMSS, en 1979 la Presidencia de la República suscribe con éste un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivará en el programa sectorial IMSS-Coplamar.

A partir de esta fecha registra su primera expansión en términos de infraestructura, al construir 30 hospitales de segundo nivel de atención y 2,715 unidades médicas de primer nivel. En 1981 ya contaba con una red de servicios integrada por 60 hospitales y 3,025 UMR, con los que se daba atención médica a más de 10 millones de indígenas y campesinos. En 1983 se decreta la desaparición de Coplamar, asignando al IMSS la administración total del Programa IMSS-Coplamar. Esta circunstancia permitió que, a partir de la experiencia institucional adquirida, se transformara el sistema de

atención médica en un Modelo de Atención Integral a la Salud [MAIS], que interrelaciona la atención médica y la participación comunitaria. Entre las bondades de este Modelo destaca la posibilidad de adecuarse a las culturas locales, a las necesidades específicas de la población de responsabilidad y a los recursos disponibles, donde la participación comunitaria se considera un medio para generar una cultura de la prevención en entornos especialmente propicios a la propagación de enfermedades.

Con la descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados que tuvo lugar en 1984, el Programa transfiere 23 hospitales y 911 UMR a 14 entidades federativas. Este hecho disminuye su presencia en 44% del territorio nacional. El Programa se mantuvo funcionando con 50 hospitales y 2,404 UMR, con los cuales se daba atención médica a 9 millones de personas.

Esta política de descentralización de servicios de salud no tuvo el impacto deseado. Con la creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) en el periodo 1988-1994, el Gobierno Federal retorna a una política de combate a la pobreza extrema en todo el país. Lo anterior propicia el cambio de denominación del Programa IMSS-Coplamar, por IMSS-Solidaridad y el impulso, por parte de Pronasol, de la ampliación de servicios de salud a más localidades marginadas. Esto se traduce en un crecimiento extraordinario en la infraestructura de IMSS-Solidaridad con 1,111 nuevas UPNA y 10 HR, situación que permitió atender a 10.3 millones de personas.

Después de esta fecha, y durante más de una década, el Programa tuvo un crecimiento marginal y es solamente en el bienio 2009-2010 cuando se amplía su infraestructura y reingresa a los estados de México y Guerrero, entidades en las que había dejado de operar debido a la referida descentralización de los servicios de salud. Actualmente, IMSS-Oportunidades tiene presencia en 27 estados del país, con una población adscrita de 11.9 millones de personas, atiende a 20,223 localidades —7% del total nacional— pertenecientes a 1,472 municipios —60% del total nacional.

El Programa no tiene criterios de selección, pero sí de adscripción: cada unidad médica tiene su población objetivo, la cual se considera beneficiaria, demande o no atención médica, al ser favorecida con las acciones que realiza la red comunitaria de salud en cada localidad.

Para evitar la duplicidad en la atención, se establecen acuerdos con los Servicios Estatales de Salud (SESA) para asignar a la población a la red de servicios médicos más cercana a su domicilio. A partir de 2011, IMSS-Oportunidades cuenta con un padrón nominal de sus beneficiarios que ha permitido su identificación en otros programas e instituciones, como el Seguro Popular, con el que existe una concurrencia de 5.2

millones de personas, equivalente a 44% de la población de IMSS-Oportunidades, y con el IMSS (régimen ordinario), con quien la concurrencia es de 0.9 millones de personas, que representan el 8% del padrón de IMSS-Oportunidades. La atención a la población afiliada al Seguro Popular se refleja en el creciente número de consultas otorgadas a este sector.

Y respecto al financiamiento y a los recursos humanos se indica que:

El Programa está sujeto a Reglas de Operación; la asignación de sus recursos es aprobada por la Cámara de Diputados y está plasmada anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Es financiado con recursos transferidos como subsidios por el Gobierno Federal a través de dos vertientes: Ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social” ministrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y con recursos provenientes del Ramo 12 “Salud”, que son aportados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Respecto al capital humano, al mes de diciembre de 2013 el Programa contó con 24,134 trabajadores con plaza presupuestal. Destaca la baja proporción del personal administrativo en la plantilla, es decir, menos de 9% del total del personal realiza funciones no sustantivas; este factor se explica por la no duplicidad de puestos de trabajo en las delegaciones donde opera el Programa, ya que gran parte de las funciones administrativas se realizan con el apoyo del personal del Régimen Ordinario del IMSS, logrando sinergia y generando economías de escala.

La característica en el ámbito de servicios personales es la participación de becarios y residentes provenientes del propio Instituto en su último año de adiestramiento. Esto se considera un acierto técnico porque permite la integración de múltiples disciplinas en un equipo de trabajo, y financiero, porque disminuye los costos de operación, ofrece la posibilidad de proporcionar capacitación en servicio a profesionistas que en fechas cercanas se integrarán al trabajo de la institución, además de asegurar la presencia de personal médico calificado en los HR.

Tabla 2. Número de UMR y de HR del Programa IMSS-Bienestar, durante el periodo 1979-2018*

Año	No. de Unidades Médicas Rurales (UMR)	No. de Hospitales Rurales (HR)	Brigadas de salud (BS) ⁱ	Unidades Médicas Móviles (UMM) ^j	Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO) ⁱⁱ
1979	Inicio con 2715	Inicio con 30	Equipos de Salud móviles para zonas de alta dispersión geográfica, incorporadas a fines de los noventa	Se crearon para dar atención en zonas predominantemente indígenas y con alta dispersión geográfica; incorporadas desde 2015 y financiadas por el Comité de Infraestructura Institucional (CDI)	Son 43 unidades cuyo fin es disminuir la mortalidad materna. Creadas entre 2008-2012
1980-1984	Entre 1980 y 1984 se construyen 300, a un ritmo promedio de 60 por año. ⁱⁱⁱ	Entre 1980 y 1984 se construyen 300, a un ritmo promedio de 66 por año.			
1984	En este año se llega a 3015	En este año se llega a 60			
1985	Con la descentralización se pierden 648	Con la descentralización se pierden 12			
1986	Quedando 2367	Quedando 48			
1987-1990	Entre 1987 y 1991 se construyen 882. El crecimiento inédito anual es de 220.5 en promedio. Algo que nunca se repetirá en la historia del PIB.	Entre 1987 y 1991 se construyen seis, poco más de una por año.			
1991	3249	54			
1992 – 2018	Se construyen 13 UMR por año (351 en total durante este periodo)	Aproximadamente una por año (26 en este periodo)			
2019	3618 ^{iv}	80	196	143	43
2020	Se pierden 320 UMR por la cancelación del programa Prospera; quedaron 3298 UMR.	1			
Total de unidades en 2020: 3761	3298	81	196	143	43

Notas:

ⁱ Las BS y las UMM son un paliativo ante las dificultades para garantizar una infraestructura real de servicios médicos. Su implementación explica el peso de la concepción neoliberal en salud: tratar de abarcar más, pero abaratando los costos de expandir los servicios. Todo el personal que trabaja en estos vehículos, y que va de comunidad en comunidad, es de honorarios. De resultar implicados en alguna muerte materna, era muy frecuente que fueran despedidos. Carecen de servicio médico, seguridad social y prestaciones, como vacaciones o aguinaldo. Al no disponer de medios para ofrecer servicios médicos de calidad con estos vehículos, se optó por suplirlos con remedos de atención. Cada uno de estos vehículos realiza un recorrido día a día por las comunidades. Si hay suerte y no hay urgencias o casos graves, el asunto marcha. De presentarse urgencias o casos en donde los equipos móviles tienen que enfrentar todo tipo de complicaciones, el combustible de sus vehículos, por ejemplo, o la falta de recursos, el asunto cambia de perspectiva.

ⁱⁱ Los CARO fueron el homenaje y reconocimiento a la titular del PIB durante los años 2008-2013 y surgieron para disminuir la mortalidad materna. Sin embargo, estas alternativas nunca garantizaron dos acciones en sitios de atención específicos: 1) la presencia de gineco-obstetras con experiencia tanto en su especialidad como en el trabajo de campo con y para la gente a la que atendían; y 2) que la creación de un lugar tan especial para contener la gravedad de la muerte materna debió haber permanecido y garantizado sus servicios los siete días de la semana, las 24 horas y tener banco de sangre, lo que no sucedió. No obstante, el personal a cargo de los CARO sirvió de enlace ante la llegada de casos de alto riesgo para buscar cómo derivar a segundo o tercer nivel. El nombre CARO siempre fue equívoco porque ahí no se atendían complicaciones del trabajo de parto. Se buscaba solamente la derivación. Además, sus espacios provocaban incertidumbre entre las mujeres que fueron ahí asistidas (no necesariamente atendidas). El único mobiliario consistía en una mesa de exploración con piñeras, todo el espacio pintado de blanco para transmitir orden, estructura y disciplina institucional. Esa incertidumbre terminaba en miedo. A las mujeres de las comunidades nunca les gustaron los CARO. Pero tampoco nadie les preguntó nada. Durante el sexenio peñista fueron llamados Centros Rurales de Atención Integral a la Mujer (CRAIM).

ⁱⁱⁱ La cantidad de unidades médicas se refiere tomando en cuenta el crecimiento entre un año y otro. Es difícil definir cuántas se construyeron en un año. Es realizando sumas y restas por años en los que se publicaban las fases de crecimiento de la infraestructura que ha sido posible construir este cuadro.

^{iv} Para 2019 esta era la cantidad de unidades médicas reportadas; pero 320 fueron establecimientos rentados y fueron a estos a los que se denominó Unidades Médicas Urbanas.

Fuente: Elaboración de un entrevistado, incluidos los comentarios al pie de cuadro, con información de IMSS (1992, pp. 28-29, 30; 1984, pp. 23-28; 1994, pp. 31-35).

Otra historia

Señala uno de nuestros entrevistados: «¿Quién y cómo se decidía el crecimiento o no de este PIB? (Flores, 1993) ¿El Ejecutivo, la Federación? ¿Se supone que ellos! Pero, ¿cómo lo decidían? En la práctica han sido las comunidades marginadas las

que han solicitado la construcción de las UMR y HR al Comité de Infraestructura Institucional (IMSS-CDI) del PIB. Este decide, con base en la demanda de atención, si amerita o no la construcción de esas UMR y HR. Hay un caso que lo ejemplifica: la UMR de San Juan del Porvenir, comunidad situada en la huasteca potosina. Ahí, Demetrio Bilbatua⁶ hizo el documental que mostró cómo se lleva a cabo la solicitud de una UMR y al mismo tiempo muestra cómo se lleva a cabo el Modelo de Atención Integral a la Salud (Donneaud, 1988-1989). No obstante, en muchas otras ocasiones, ha sido una negativa a la construcción lo que algunas comunidades han encontrado. Incluso cuando muchas localidades se han organizado y se encargan de la construcción de su clínica y solo tratan de gestionar el personal de salud ante el PIB para inaugurarla, la respuesta no ha sido del todo positiva, lo que significa que, por diversas razones, no siempre una comunidad puede conseguir que se le construya una UMR, especialmente por razones demográficas, ya que se debe de tener un mínimo de habitantes para tal fin.»

En la tabla 2 se aprecia el crecimiento durante toda la historia del PIB. Y algo muy notable es corroborar cómo ese crecimiento se da en situaciones sexenales. Por ejemplo, el pico de crecimiento se da durante el salinismo con el aumento de UMR. Bajo el calderonismo surgen las UMU (55 hasta llegar a 320), como lo cita el *Libro Blanco 2007-2012*, el cual señala que “Gracias al desarrollo de nueva infraestructura, la red de unidades médicas de primero y segundo nivel de atención del Programa IMSS-Oportunidades amplió su cobertura en el territorio nacional, particularmente en los estados de Guerrero y México en los cuales no se tenía presencia. Los ocho nuevos HR, las 42 UMR y las 55 UMU permitieron contribuir a garantizar el derecho a la salud de más mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación”. (IMSS, s. f., IX.2. Ampliación de Infraestructura, p. 246).

En tal sentido otra entrevistada agregaba: «En los años en que se da el prianismo [haciendo referencia a la fusión del PRI y del PAN] se fue generando un rechazo de parte del Poder Ejecutivo al mismo PIB. Son los años en que las partidocracias comienzan a ser cuestionadas. Y más allá, a perder sus espacios: gubernaturas y mayorías en los Congresos. Debido a ello, la correlación de estos años con el nulo crecimiento del IMSS-Bienestar tiene una estrechísima relación. Véase el último sexenio, el de Peña Nieto, donde a pesar de que el PIB no crece, sí sigue sumando uni-

⁶ Director de cine y documentalista que realizó diversos trabajos para el gobierno mexicano, sobre todo en las décadas de 1960, 1970 y 1980.

dades médicas que le financia el CDI, y que son financiadas, no porque el presidente lo indique, sino por la movilización ciudadana, y por la inexistencia de servicios de salud. Es el caso de La Montaña de Guerrero, entidad que dejó pudrir todas las UMR que había en 1984 y que fueron desmanteladas por los Servicios Estatales de Salud (SESA). Se dejó a esta población a su suerte en lo que respecta a salud. La pregunta sería, ¿a qué obedece el crecimiento o no crecimiento del PIB?, ¿a un Plan Estratégico en Salud para los más pobres? ¿O, más bien, a un revanchismo político? ¿O es acaso la dádiva presidencial la que dice: “ya no votas por mí? Pues ¡ahora te chingas!”»

Otra entrevistada complementaba: «Veamos a detalle el crecimiento de la infraestructura médica del PIB. Entre 1984 y 1986 se perdieron catorce estados.⁷ Los SESA decidieron, por sus propios medios, hacerse cargo de esas unidades médicas: la llamada descentralización Soberón de los años ochenta (Soberón y Martínez, 1996), la cual fue un rotundo fracaso. Solamente en Guerrero se desmantelaron y dejaron al garete 160 UMR: los SESA locales no les brindaron atención. Asimismo, fuera del periodo inicial del presidente Carlos Salinas (1988-1991), el PIB jamás volvió a crecer de manera significativa. Así que, dadas las necesidades de salud de la población y la falta de cobertura de servicios en muchas áreas geográficas, de habersele dado la importancia que pudo tener, en cuarenta años el PIB debería de tener, al menos, diez veces más de lo que tiene hoy en día. Pero tal parece que, de acuerdo con la forma en que lo llevaron los últimos gobiernos, el PIB vivió siempre en crisis económica.»

Un entrevistado más concluía: «Ante esto, ¿qué es lo que podríamos esperar dados los pingües resultados? ¿Buenas intenciones, caridad, limosna? Que hablen entonces las cifras.»

En 2019, el PIB contaba con 4000 Unidades Médicas y 80 HR. De las primeras, 3295 eran UMR y 320 Unidades Médicas Urbanas,⁸ 143 Unidades Médicas

⁷ Se refiere a los que fueron descentralizados. En 2012, Guerrero y el Estado de México, regresaron al PIB.

⁸ Las UMU correspondían al programa Prospera. Se desmantelaron entre mayo y junio de 2019 debido al monto económico que consumían para pagar al personal y la renta de espacios, dado que no eran inmuebles institucionales. El actual director general del IMSS, Zoé Robledo, declaró que «el cierre de algunas Unidades Médicas Urbanas no impacta en la atención médica para personas de escasos recursos, pues los beneficiarios cuentan con el Seguro Popular y, por tanto, no se han quedado sin acceso a servicios de salud.» Detalló que alrededor de setecientos médicos y enfermeras, que no eran trabajadores del IMSS-Bienestar, habían dejado de prestar sus servicios por honorarios porque el programa Prospera llegaba a su fin, e indicaba que ese personal médico tendría la oportunidad de integrarse a las UMR del IMSS-Bienestar que ofrecen servicio en las zonas más vulnerables del país. Agregó que estaban contratados por honorarios, y muchos de estos contratos ya estaban por vencerse. Entrevistado al término de

Móviles, 196 Brigadas de Salud y 46 Centros de Atención Rural Obstétrica. De tal suerte que, según nuestro entrevistado: «Dejando de lado la infraestructura que se creó para toda la mandanga de Progres-Oportunidades-Vivir Mejor-Seguro Popular-Prospera, quedaron 80 HR, 3298 UMR, 143 UMM, 196 BS y 46 CARO. En total 3763: ¡nada distante de 1991!»

Las parteras y la atención del parto

Los entrevistados coinciden en que, desde la perspectiva del Modelo de Atención Integral a la Salud, lo que ha ocurrido en el IMSS-Bienestar con las parteras tradicionales constituye una gran injusticia: «Cuando el Programa IMSS-Bienestar inicia, ellas ya atendían cientos de partos, y siguen haciéndolo. Con la visión cada vez más medicalizada del PIB, prácticamente se les intenta quitar el oficio: que dejen de atender supuestamente “porque se les puede morir una parturienta”, cuando muchas de ellas podrían ser maestras en cómo deben atenderse los partos. Resulta frustrante tanta inversión, año tras año, en lo que las autoridades del PIB llaman “Talleres de Capacitación de Parteras” —que está mal dicho, porque en un inicio se denominaban “Intercambios de Experiencias”— y que al parecer no fue posible que en esas “capacitaciones” se identificaran las situaciones que podrían corregirse, en caso de que

una reunión de trabajo en Palacio Nacional el 18 de junio de 2019, añadió que en los lugares sin acceso a servicios de salud en por lo menos treinta minutos a la redonda, las UMU en zonas urbanas seguirían operando, pues era prioridad del gobierno brindar servicios de salud a todas las personas, fueran o no derechohabientes. Indicaba también que durante la reunión de trabajo se había hecho hincapié en la necesidad de redoblar esfuerzos para garantizar el acceso a la salud de todos los ciudadanos, priorizando a los que menos tienen (El acceso a servicios..., 2019; Urrutia *et al.*, 2019). Cfr. también, “Estas clínicas daban atención médica a personas adscritas al programa Prospera: Médicos, **enfermeras y empleados del IMSS denunciaron despidos injustificados sin indemnización** luego del **cierre de 300 Unidades Médicas Urbanas (UMU)** que brindaban atención a personas sin seguridad social. El personal que trabajaba en estas clínicas del IMSS atendía a **pacientes del antiguo programa llamado Prospera, ahora conocido como IMSS Bienestar**. Los trabajadores y doctores de las distintas clínicas del Seguro Social dijeron que hay 315 UMU **distribuidas en 28 entidades del país**. Fue el 26 de mayo de 2019, durante la celebración del 40 aniversario del IMSS Bienestar, que les aseguraron que **no habría recortes ni despidos**. El director general del Instituto, **Zoé Robledo**, afirmó eso al personal de las distintas UMU. También dio a conocer que son 4,086 unidades, pero no explicó qué pasó con las otras unidades médicas. En el evento mencionó que no habría cambios ni recortes al personal, *‘porque es al que más tenemos que proteger. Allí es donde la gente reclama atención’*, aseguró. Sin embargo, se identificó el cierre de las UMU en los estados de Puebla, Morelos, Sonora, Guanajuato, San Luis Potosí, Oaxaca, Chiapas, Hidalgo, Guerrero, Veracruz, Michoacán, Tlaxcala, Ciudad de México, Coahuila, Durango, Estado de México, Zacatecas y Campeche”. (17/06/2019, disponible en <https://plumasatomicas.com/noticias/mexico/imss-cierre-300-unidades-medicas-urbanas-umu/>).

fuesen ellas la causa real de que una mujer falleciera. ¡Pero no! No necesariamente son las parteras las culpables de todas las muertes maternas. También habría que ver la calidad del diagnóstico por parte de algunos médicos y qué tanto contribuyen a generar un riesgo real en una mujer embarazada. De ahí que la Organización Mundial de la Salud reconozca que cada parto y nacimiento son únicos y que su duración varía de mujer a mujer (Naciones Unidas, 2018). Por lo tanto, deberían revisarse los estándares que se han implementado en los últimos sesenta años.»

Otro entrevistado sugiere tomar el ejemplo de la dilatación del cuello del útero. Desde su manera de ver: «Hasta ahora se decía que lo “normal” era que se dilatara un centímetro cada hora. Las nuevas directrices establecen que estos límites no necesariamente son adecuados para determinar si un parto está progresando mal o simplemente es más lento que la media. No resulta raro que profesionales de la salud asuman como paradigma lo que dicta un determinado parámetro. Y, en el caso de las mujeres que están próximas a trabajo de parto, en ocasiones, en vez de hacerles una revisión integral, se dan casos en que únicamente las mandan a su casa, o bien, a caminar. Y es precisamente ahí cuando, por la falta de una atención adecuada, los partos pueden complicarse inclusive a grados extremos, afectando al binomio madre e hijo. En estos casos, bien pudiera aprovecharse y sumar en la atención del parto a las parteras, quienes de una manera totalmente errónea cada vez son más marginadas como meros agentes que derivan embarazadas o en consejeras de métodos de planificación familiar. Desafortunadamente el PIB ignora e inclusive rechaza sus conocimientos y su importante papel en las comunidades. Qué lejos nos encontramos de lo que indicaba en sus orígenes el MAIS. Más bien estamos en un modelo que convirtió a sus parteras en meros agentes promotores de salud, quitándoles hasta su oficio.»

Un entrevistado más agregaba: «Actualmente, tanto en el caso de médicos como de parteras tradicionales, su cantidad en el PIB se ha reducido hasta en un 70% para las parteras y un 90% para ellos. ¿Se puede decir que esto ha sido un logro del MAIS? ¿O tal vez es el logro de un MAIS concebido y acomodado a la manera de pensar de cada titular del PIB? De manera adicional, es notorio cómo los voluntarios de salud van recibiendo una información cada vez más medicalizada, dejando fuera el respeto por la medicina tradicional. Es claro que no fueron suficientes cuarenta años para implementar una incorporación pertinente, acorde con los modelos de salud locales para aprovechar la experticia tanto médica como tradicional. Para poder haber creado un modelo único en toda Latinoamérica, habría bastado un poco de humildad, sencillez y aceptación para enfrentar los problemas de salud existentes con las fortalezas de la comunidad. Y todo esto que puede decirse de la acción comunitaria.

»La problemática con las parteras es solo un ejemplo de que el MAIS no corrió paralelo en sus cuarenta años. Fue perdiendo mucho del modelo con que fue concebido. De igual manera, es probable que en el área de atención médica haya también sorpresas de aspectos que se diluyeron en este devenir, y que no ha sido por culpa del personal de salud, sino de los titulares del PIB que se sintieron dueños y capataces de una hacienda henequenera. Y que, lejos de todo y de todos, decidieron torcer el espíritu que alguna vez dio cuerpo al PIB.»

Un entrevistado reforzaba este punto de vista: «No es raro que toda la estrategia sucumba, cuando, después de convencer a una mujer para que atienda su parto en el HR, llega allí y todo lo que ofertamos y prometimos se caiga, pues en cuanto al trato se deja bastante que desear. Por eso muchas mujeres, especialmente las que viven en poblaciones predominantemente indígenas, siguen prefiriendo atenderse con las parteras.

»En este sentido, y a pesar de la tendencia en el sector salud de favorecer los partos institucionalizados —despreciando e inclusive exterminando la labor de las parteras—, en el PIB colaboran actualmente poco más de 7000 parteras indígenas tradicionales. Así, mientras en 2018 el número de partos institucionales en los 19 estados con presencia del PIB fue de 102048, el de atendidos por parteras fue de apenas 5083 (4.7%).»

Es por tal tipo de actitudes del sector salud en contra de las parteras que, en octubre de 2020, ellas realizaron el siguiente pronunciamiento difundido en las redes sociales:⁹

Ante el miedo de contagiarse de COVID y la precariedad de los servicios de salud, esto llevó a un incremento en nuestro trabajo como parteras y parteros tradicionales, pues somos parte integral del tejido comunitario y nos encontramos en la primera línea de atención en la salud materna, las parteras hemos dado respuesta desde nuestra capacidad organizativa y creativa a las necesidades de salud materna que han surgido en nuestras comunidades. Pero no solo hemos atendido partos, sino que personas de nuestras comunidades nos han buscado por nuestros conocimientos para atender problemas de salud de otro tipo, como los respiratorios.

Sin embargo, y pese a la labor decisiva que hemos realizado, al día de hoy seguimos sin ningún reconocimiento por parte de las instituciones de salud. La gran mayoría de nosotras no contamos con equipos de protección personal, a pesar de que

⁹«Las parteras tradicionales y en la tradición, parteras indígenas, rurales y urbanas de México, Casas de la Mujer Indígena, integrantes de organizaciones, redes, y academia, unidas en la Defensa y la Promoción de la Partería Tradicional, nos reunimos los días 10 de septiembre y 16 de octubre del 2020».

muchas formamos parte de grupos de riesgo. Más aún, hay regiones del país como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz, donde persiste la persecución de nuestra práctica y se nos niega a las parteras y las familias que atendemos el acceso a certificados de nacimiento. En el estado de Quintana Roo el sistema de salud ha reducido en dos terceras partes el número de parteras reconocidas, definiendo de manera arbitraria qué parteras pueden o no realizar su labor. El sistema de salud nos sigue invisibilizando, e incluso llega, en algunos casos, a la negación de nuestro trabajo.

Por lo que exigimos:

1. Que el sistema de salud, así como las instituciones gubernamentales y los actores implicados en la toma de decisiones sobre salud materna e infantil, reconozcan nuestro aporte en el cuidado de la salud y la vida durante esta pandemia.
2. El libre ejercicio de la partería sin condicionamientos ni persecuciones u hostigamiento por parte de las instituciones de salud y se respete el marco de derechos que la protegen.
3. Que el sistema de salud facilite las condiciones para el ejercicio de nuestra labor; no únicamente en el discurso, también con acciones concretas; en particular el acceso a los certificados de nacimiento de los recién nacidos que atendemos y el suministro de equipo médico de protección a las parteras que continúan atendiendo.
4. Que el sistema de salud cumpla con los lineamientos que estableció para la atención del embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida durante la pandemia. Es indispensable que se avance en la creación de espacios alternativos y seguros para la atención del parto, que se garantice el acompañamiento a las mujeres embarazadas de una persona de su elección y la atención oportuna de las emergencias obstétricas.
5. Que se garantice el derecho de la mujer a decidir cómo, dónde y con quién parir; como parte esencial de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para decidir nuestras formas de vivir y nacer.

Con lo señalado por las parteras en el anterior texto se entiende por qué el número de partos o la búsqueda de parteras aumentaron con la pandemia (Cortés, 2020).

Por otra parte, la política de salud que excluye la labor de las parteras se hace todavía más evidente al tomar en cuenta que, para el componente de Atención Médica del PIB, más partos institucionales y menos por parteras representan un mejor indicador de resultado y metas. Y ello aun a costa de que un mayor número

de partos atendidos por partera sería un mejor indicador de resultado y metas para las actividades a cargo de Acción Comunitaria del PIB.

En la tabla 3 se aprecia que la cantidad de partos atendidos por partera tiende a la baja entre 2004 y 2018. Ello constata una política institucional poco afortunada, toda vez que descuida el relevante papel de las parteras. Y simultáneamente se observa que propicia la saturación de los servicios hospitalarios que atienden a las mujeres, ya no solo en función del riesgo obstétrico sino también de la obligatoriedad de ser atendidas en establecimientos de salud, lo cual no siempre es garantía de una adecuada calidad de la atención, tal como confirman trabajos de investigación especializados (Sánchez-Pérez y Arana, 2015).

Tabla 3. Partos atendidos por partera en los estados del país con presencia del IMSS-Solidaridad, periodo 2007-2019

Año	Partos atendidos por partera	Partos atendidos de manera conjunta por partera y Equipo de Salud en el primer nivel de atención
2007	13 317	1836
2008	12 424	1106
2009	11 986	959
2010	12 185	1123
2011	11 885	1009
2012	10 406	918
2013	9 327	763
2014	8 916	749
2015	8 860	904
2016	5 255	567
2017	5 165	698
2018	5 083	575
2019	4 357	681

Fuente: Elaboración propia con datos para 2007-2013 de IMSS. *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera del IMSS 2013-2014*. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/21_InformeCompleto.pdf, p. 183; y para 2014-2019 de IMSS. *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera del IMSS 2019-2020*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20192020/12-Cap08.pdf>, p. 12.

A este panorama poco alentador habría que agregar que en solo cuatro estados (Chiapas, Oaxaca, Puebla y Veracruz) con presencia del PIB se concentran hasta el 85% de los partos atendidos por parteras (SISPA 2004-2018, IMSS-Bienes-

tar). Ello significa que apenas en cuatro de los ochenta HR con que opera el PIB se realizan atenciones del parto bajo un enfoque intercultural, un raquíutico 5%. Sin embargo y a la par, las quejas y el maltrato ubican al IMSS con un 40% de quejas por violencia obstétrica (INEGI, 2017).

Y hay que sumar la evidencia de que la cantidad de partos atendidos de manera conjunta en el primer nivel de atención ha disminuido consistentemente (IMSS, 2012, pp. 55-58, 84-105). En efecto, mientras en 2007 (SISPA 2004-2018, IMSS-Bienestar) se atendieron con esa modalidad cerca de 1836 partos, en 2018, la cifra se redujo a 575 (tabla 3).

Aunque no disponemos de pruebas directas relacionadas con la prohibición expresa de atender partos al nivel de las UMR, en su capítulo “Reducción de la muerte materna”, el *Libro Blanco del IMSS-Oportunidades 2007-2012*, consigna en el apartado “Promoción del parto institucional” que «[...] respecto a la promoción del parto institucional, se logró una reducción gradual de la atención del parto por parteras, disminuyendo de 13,317 en 2007, a 11,885 en 2011, lo que representa el 12.1% del total de partos atendidos en el Programa.» (IMSS, 2012, pp. 55-58, 84-105).

En este enunciado se observan nítidamente las contradicciones del PIB. Tal como en el juicio de uno de nuestros entrevistados: «Un fracaso. La falta de apoyo a la labor de las parteras, tal como se supone es la filosofía del PIB, es presentado como un éxito: “se logró la reducción gradual de la atención por parteras”. El número de partos atendidos de manera institucional a costa de la disminución de los atendidos por parteras; a costa de la reducción de actividades de salud comunitaria, hecho que va en contra del MAIS, cuya filosofía es no desvalorizar los modelos locales de salud y el respeto a las culturas locales y sus modos de saber-hacer.»

En este punto, una entrevistada añade: «De hecho, desde 2009, se prohibió en el PIB que en las UMR se atendieran partos. Todo se debería derivar a un hospital. La consecuencia no se hizo esperar. Si se revisa en la prensa: *La Jornada, El Universal, Reforma*, entre otros, entre 2009 y 2013, el costo de este tipo de acciones es claro, pues los hospitales no son maternidades. Y lo que pasó es que, como nunca, la falta de atención se hizo evidente. Afortunadamente la prensa y las redes sociales documentaron estas situaciones: mujeres que parían en los jardines de la UMR, en los sanitarios, en las salas de espera. Este era el costo de pretender derivar a todas las embarazadas a un hospital. El IMSS-Bienestar cuenta con siete mil parteras, personajes que dan confianza y entienden lo que es parir. La empatía es automática con las embarazadas. ¿Cómo suplir esta diada? Si cuando la mujer indígena acude a atender su parto y no habla español, ¿cómo va a ser atendida?, ¿se sentirá cómoda en una cama de expulsión?, ¿no preferirá alumbrar en cuclillas, como lo han hecho generaciones enteras de mujeres de su comunidad?»

Así que para en voz de otro testimonio: «Todo empezó con la retórica de prohibirles atender partos, solo derivar. ¿Qué atribuciones tiene el sector salud para hacer esto? Se trata de una violación a la libertad y a los derechos humanos de este gremio. Porque minimizar a una partera que siempre ha atendido partos —muchos de ellos y a pesar de las prohibiciones, de forma conjunta con médicos de las UMR (Presidencia de la República, 2016)— no es muy ético. Pues resultó que para dar buenos resultados al PIB, y subir el indicador de “partos atendidos por personal especializado”, había que invisibilizar a las parteras. Por otra parte, es necesario mencionar que debería analizarse la formación de los médicos en el área de gineco-obstetricia en las escuelas de medicina. La evidencia empírica indica que, en términos generales, no están bien preparados. Algunos inclusive rehúsan atender partos por temor a que si atienden a una embarazada y fallece los pueden correr.

»Empero, ¿a quién le correspondía haber realizado un trabajo conjunto de complementación de saberes con las parteras? ¿A quién desarrollar formas adecuadas desde todas las aristas para un nuevo modelo de enseñanza aprendizaje, tanto para parteras, como para médicos alópatas? Considerando además la adquisición de nuevos conocimientos, de mediar, negociar y convencer la modificación de posibles nuevas prácticas para médicos y parteras, implicando desde luego el respeto a las culturas del parto que cada comunidad posee, sean estas de índole ritual, curativo o simbólico, dejando de enfatizar ese peso ideológico que se ha convertido en una verdadera carga impositiva y de maltrato de la medicina alópata o institucional. ¿Quiénes son o deberían ser los responsables del estado en que se encuentra la relación entre parteras y el sector salud? ¿Las parteras?»

Es un hecho que, desde lo intercultural, solo se han creado verdaderos nichos de oportunidad en dos hospitales del PIB. Tal como lo señala el *Informe presidencial 2016*:

adicionalmente, con la participación de las parteras voluntarias rurales en interrelación con el Programa IMSS-Prospera, se favoreció el parto intercultural y atención a los recién nacidos en más de 8 mil partos; alrededor de mil atendidos de manera conjunta con los equipos de salud (Presidencia de la República, 2016, p. 248).

Es el caso de los estados de Hidalgo (HR Metepec) y San Luis Potosí (HR Axtla de Terrazas). Ahí son atendidas de acuerdo con su preferencia cultural, como lo dicta la Norma Oficial Mexicana (DOF, 2016) para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. En esta norma se establece que:

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

5.1.13 En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

Sin embargo, nos dice un entrevistado, «Estos espacios para el parto intercultural —dos de ochenta hospitales— han sido desmantelados o ya fueron cancelados. Si hay algo que molesta a algunos médicos directores de HR es modificar lo que según ellos es su territorio físico y simbólico. Además, quien ejerce la titularidad del PIB tampoco está de acuerdo con este tipo de atención con enfoque intercultural. Lamentable porque entonces el respeto a las poblaciones originarias solo es una simulación.»

No obstante, prosigue la misma persona: «En 2008, desde la Coordinación de Acción Comunitaria [la titular era Gisela Lara Saldaña] se decidió cambiar la nominación de las parteras en el IMSS-Bienestar. Antes, hasta fines de 2008, se les llamaba “parteras rurales o tradicionales”. Para 2009 se las denominó “parteras voluntarias rurales”. En este sentido, no pueden ser personal voluntario porque los

voluntarios los forma y los capacita el PIB, lo cual no es el caso de las parteras: ellas ya están formadas y el PIB no forma parteras. Más bien se apoya en ellas como recurso de salud local que nunca se podrá suplir. En mi opinión, es una falta de respeto a su oficio, esto es, que se les coopte, como siempre se intenta por los servicios de salud. Las parteras reciben una compensación mensual de quinientos pesos y ya con eso se les considera como personal voluntario del PIB cuando no lo son.

»Lo peor: la persona encargada de reforzar los conocimientos de las parteras —o al menos de simularlo—, una médica “porque solo ellas saben cómo hacerlo” no ha desarrollado —a nueve años de trabajar con ellas— un manual que ayude realmente al fortalecimiento del quehacer de estas mujeres. Se hacen reuniones o talleres de capacitación cada año, todos los años, y este recurso se desperdicia. Simplemente porque estas acciones no tienen planeación, seguimiento, orden: es un cartabón de curso/taller que arrastran desde hace por lo menos quince años. Y se hace porque les gusta decir que se capacita a las parteras. Pero, ¿qué resultados podrían mostrar? ¿Qué seguimiento? ¿Cómo fortalecen el trabajo de las parteras? Hasta hoy es una incógnita. Sería muy simple pedirle a esta médica que presente un diagnóstico, un plan nacional sobre en dónde hace falta realizar más trabajo con parteras. ¿Cuáles son las áreas de Acción Comunitaria que habría que reforzar para tener un mejor trabajo con las parteras? O bien, ¿cuál es el seguimiento y, por añadidura, el fortalecimiento a los talleres que se impartieron en 2019? No podría porque jamás lo ha hecho. Y, sobre todo, porque sabe que ese trabajo no le importa a nadie. Así que, a seguir con la simulación de que el PIB “respeta”. ¡Eso es falso!

»Lo que sí llama la atención es el uso que dan a las parteras, obligarlas a vestirse a la usanza tradicional; a que hagan algún discurso para después eliminarlo y darles otro con todo el tufo institucional; obligarlas a dar las gracias si hablan algún idioma indígena; obligarlas a esperar tres o cuatro horas el retraso de algún funcionario para inaugurar o clausurar algún curso de capacitación o alguna otra actividad, entre otras.»

Finalmente, otra entrevistada concluye que: «Debe considerarse también el hecho de que las parteras son el único agente de salud en no pocas comunidades de alta y muy alta marginación. De acuerdo con el censo de las siete mil parteras del PIB, el 80% se ubica en lugares lejanos de servicios médicos, por lo que cumplen un servicio de suma importancia en las comunidades en las que no se han podido llevar servicios de salud. Recorro al siguiente testimonio de una partera que me parece elocuente: “Pues sí, me dicen que ya no atienda, pero qué hago, me llegan de madrugada, el niño ya coronando o de plano saliéndose, entonces pues la atiendo, no la puedo dejar ahí tirada como un perro... y yo no estudio medicina eh”»

El Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA)

El IMSS-Bienestar dispone de un Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) con el cual se elaboran tanto las estadísticas de las acciones médicas —de las que se analizan 1681 variables—, como de las acciones comunitarias —en cuya base de datos se contabilizan 805 variables más—. El SISPA es alimentado con las acciones mensuales que realiza el PIB.

La información resultante, que se encuentra está disponible solo los meses pares: febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre, se desagrega por tipo de servicio: UMR, HR, UMM, CARO y Brigadas de Salud, por cada una de las 47 regiones en que administrativamente se divide el PIB, así como a nivel nacional y por delegación, es decir, por entidad federativa. Sus datos son cuantitativos y ninguno cualitativo. En este sistema se reúne información sobre enfermedades atendidas, grupos de edad, sexo, abasto de medicamentos, número de acciones de conservación de las unidades médicas y número de consultas de atención médica brindadas, pero no dice nada sobre la calidad e impacto de las acciones.

Lo anterior lo ilustra el caso de los partos atendidos. En efecto, según nuestros entrevistados: «Solo muestra el número alcanzado, pero no en cuántos de ellos hubo violencia obstétrica. En contraste, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH 2016)¹⁰ contiene algunas de las estadísticas sobre partos atendidos a nivel nacional y de todo el sector salud entre 2011 y 2016, incluyendo el PIB; en ellas se dan a conocer datos sobre el número alcanzado de partos (8.7 millones), dónde se atendieron las mujeres y quién las atendió, además del porcentaje (33%) que sufrió alguno de los tipos de maltrato reconocidos por las mujeres al momento de ser atendidas antes, durante o posteriormente al parto (INEGI, 2017), esto es:¹¹

¹⁰ https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

¹¹ “La violencia obstétrica consiste en: 1) Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, en cuclillas o hincada; 3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de amamantarlo inmediatamente después de nacer; 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; 5) Practicar el parto por vía de una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.” (Almaguer González *et al.*, 2020, p. 8). Se in-

1. Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarle o avisarle: 4.2%.
2. Se negaron a anestésicarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones: 4.8%.
3. Le dijeron cosas ofensivas o humillantes: 7%.
4. La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta: 9.2%.
5. La presionaron para aceptar que le colocaran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos: 9.2%.
6. La ignoraban cuando preguntaba sobre su parto o su bebé: 9.9%.
7. Tardanza en el tiempo para su atención porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho: 9.9%.
8. Le gritaron o la regañaron: 11.2%.»

Para otro entrevistado: «A solo un mes de la difusión de la ENDIREH 2016, estos datos fueron el argumento para que la CNDH emitiera la recomendación 31 a nivel nacional y para todo el sector salud, incluyendo el IMSS-Bienestar, sobre la situación que viven las mujeres en el proceso de parir, o bien durante el embarazo y el puerperio.

»Esa recomendación tuvo un carácter de tutelaje, es decir, a seis meses de emitida la recomendación 31, la CNDH, pidió a cada parte del sector salud conocer las acciones emprendidas para solucionar el porcentaje tan alto de maltrato. El PIB no fue la excepción, había discrepancia dentro de este programa en cuanto a las acciones a realizar. Se había redactado una circular en donde se tomarían acciones concretas, lo que implicaría atacar el problema de raíz. Se había considerado la inclusión de las parteras y acciones encaminadas.

»Sin embargo, Antonio Heras Gómez decidió sacarse de la manga una mandanga de cursos sobre violencia obstétrica, cursos en los cuales había un médico del PIB que empezaba diciéndole a los cuerpos de gobierno de los hospitales del PIB: “¿A ver, a cuántos de ustedes durante su formación les dieron un curso de derechos humanos?” Y nadie levantaba la mano. “Ya ven, es por eso, nunca se nos capacitó”.

»Muy grave que se tenga la concepción de que el respeto a la salud y a la vida de las personas radique en haber tomado un determinado curso. Denota que quien

cluye también: “a) Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación previa [...] b) Maltratos y humillaciones [...] c) Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes [...] d) Diseño de presupuestos y espacios de atención materna [...] e) Maltrato cultural y social en salud reproductiva [...]” (Almaguer González *et al.*, 2020, p. 9).

lo hace es una persona que ante todo busca la defensa y la justificación. Para eso sirvieron esos cursos que duraban apenas ocho horas, para justificar que “Como no conocen los derechos humanos, luego entonces, pueden seguir violentando a las personas.”

»Ninguno de los tipos de maltrato guarda relación con falta de equipo, de insumos o falta de habilidad en prácticas clínicas profesionales. Lo cual sería un buen punto para medir en una futura ENDIREH. Todos los tipos, como si fuesen una sola causal, radican en la insensibilidad, en la falta de respeto y en el maltrato de algunos profesionales de la salud, como una práctica cotidiana, extendida, y como una mala costumbre que, además de replicarse y avalarse como algo “normal”, constituye una grave violación de los derechos humanos.

»Lo anterior confirma que el reporte del dato del número de mujeres atendidas bien podría complementarse con el de maltrato obstétrico, con el propósito de identificar qué acciones podrían ser mejoradas y ubicar así en su justa dimensión los logros alcanzados y los retos por superar. Es decir, no atender únicamente el indicador numérico de partos atendidos, sino, igual de importante, la manera en que se dan.

»Si bien el SISPA ha acompañado al PIB desde sus inicios, ha sido objeto de correcciones anuales con las que se han eliminado o dado de alta nuevas variables. En el mes de mayo de cada año, la Coordinación de Planeación envía un oficio para preguntar a las áreas de Atención Médica y Acción Comunitaria si requieren cambios en el SISPA vigente. Posteriormente, a principios de julio, se remiten esos cambios, los cuales se evalúan en términos de utilidad, de no generar duplicidades y, en caso de aprobarse alguno en el sistema de información, la modificación se efectúa en la base de datos para así aplicarla durante el año próximo siguiente.»

Sobre esta herramienta, es decir, el SISPA, de acuerdo con un entrevistado, en septiembre de 2012 «Se contrató a la Universidad Autónoma del Estado de México para disponer de un SISPA digital con vistas a poder obtener resultados del PIB en cuanto se realizaran las acciones y no esperar dos meses. Implicaba generar la información y subirla directamente. Esta tarea, que costó mucho en recursos económicos, fue un fracaso total. Se decía que ya estaba implementada en pocas delegaciones y que podríamos tener de momento dos SISPA, el tradicional y el digital, para el que se habían hecho acciones involucrando por lo menos diez meses de capacitación y preparación, además del presupuesto erogado.»

Al respecto, un entrevistado narraba una anécdota: «A mediados de 2013 hubo un cambio en la titularidad del PIB¹² que incorporó también a un coordinador

¹² Asumió el cargo la Dra. Frinné Azuara Yarzabal.

de asesores en el PIB, Antonio Heras, quien, si bien estaba familiarizado con el sector salud, ignoraba todo lo relativo al PIB. En una reunión de trabajo entre un asesor da datos del SISPA y Heras, este volteó a ver al primero y le espetó: “¿Información de dónde?”. Del SISPA, responde el interpelado. Y Heras se ríe y contesta, “¿Usted cree que yo creo en esa mandanga de información? Hay muchos datos inflados y cuando aquel invento (el SISPA digital) sea realmente operable, estaremos hablando de 2029”. El silencio fue total. Su siguiente frase fue: “No, hablemos en serio”»

Para otra entrevistada, «Algo importante que había que reconocer de Heras es que era un conocedor del sector salud, y que sabía cómo identificar en el SISPA sobre y subregistros en las estadísticas. Finalizaría 2013 y con el año el experimento digital; lo único que había hecho era consumir recursos económicos. Pensando mal, no se puede hoy obviar el escándalo de la Estafa Maestra. Y es que en 2008 hubo otra cuestión similar; pero esta involucró al “hermano mayor IMSS”, es decir, al régimen ordinario. En su momento se habló de Tata Consulting Services Technology and Digital Solutions. La prensa dio nota y fue un escándalo propiciado por el entonces director del IMSS Molinar Horcasitas.¹³ Al parecer se dio una licitación directa a esta empresa hindú. Y así, siendo lunes para amanecer martes, había en la Coordinación del PIB cuatro equipos conformados por seis jóvenes cada uno, es decir 24, todos hindúes y todos hablaban inglés, con lo cual era imposible la comunicación, salvo por un ingeniero mexicano de la empresa Tata Consulting Services, que sirvió de traductor, y más o menos dijo que venían para apoyarnos construyendo bases de datos. Pero con la intempestiva llegada era obvio que no teníamos nada para trabajar, porque nadie había anticipado estas nuevas reuniones de trabajo. Estuvieron como un mes. Poco a poco se fueron yendo. Y que se sepa, no hubo nada que se reflejara en algún trabajo de este tipo. Desconozco si hubo algo en el IMSS Ordinario. Lo que sí existe es el contrato, en donde se puede apreciar lo que se dice acerca de los servicios a prestar: “Programas y equipos de cómputo”. El equipo que manejo yo personalmente es de 2002. Por lo que equipos no hubo y programas tampoco.»

¹³ Molinar Horcasitas estuvo al frente del IMSS del 2 de diciembre de 2006 al 2 de marzo de 2009. Sobre el particular, véase también el libro de Olga Wornat, *Felipe el oscuro*, capítulo “Margarita, la socia”, pp. 123-124, en donde se abunda sobre el escándalo de la contratación de servicios tecnológicos que nunca existieron.

Albergues: alojamiento de pacientes y familiares. Una iniciativa desde las comunidades

Al decir de nuestros entrevistados «Los albergues comunitarios del PIB surgieron como una iniciativa solidaria de las comunidades para brindar alojamiento a los familiares de los enfermos, o a los enfermos que, después de viajar muchas horas, no podían regresar a sus lugares de origen durante el mismo día.

»Conforme la red de HR fue tomando su forma actual, las localidades identificaron que, debido a factores geográficos y de poca disponibilidad de medios de comunicación, muchas personas no podían usar los servicios de salud y regresar a sus casas durante el mismo día. Por tanto, un gran número de mujeres voluntarias que integraban el Grupo Nacional de Promotoras, en donde la esposa de cada director del hospital asumía las tareas “de primera promotora”, fueron edificando los albergues paulatinamente. En muchas ocasiones fueron levantados utilizando las galeras de que se habían servido los albañiles responsables de la construcción del propio hospital. Ese proceso de crecimiento fue paulatino, poco homogéneo y desigual.

»Fueron las comunidades las que donaron los terrenos, y con rifas, colectas, kermeses, cooperaciones y donaciones, se allegaron los recursos para poner a punto los inmuebles. Ocurrió también que los diferentes grupos de promotoras que comandaba el Grupo Nacional de Promotoras no siempre otorgaron el servicio bajo principios de gratuidad, ya que, para ellas, la edificación había conllevado inversión de recursos. Por tanto, desde su punto de vista, el uso del albergue no podía quedar como un servicio gratuito. Para operarlo diseñaron un fondo revolviente para brindar alimentación, mantenimiento y el correspondiente pago de servicios, en especial para la persona encargada de la administración del albergue.

»Este diseño con cobro, en el marco de servicios de salud y médicos gratuitos, comenzó a generar inconvenientes. Y aunque el grupo nacional de Promotoras Voluntarias (PV)¹⁴ argumentó siempre que era un cobro mínimo, para las familias usuarias representaba un gasto.

»Los albergues eran detentados por el Grupo Nacional de Promotoras y los operaban con cierta autonomía. Pero al mediar los años noventa, el entonces ti-

¹⁴ La diferencia entre el Grupo Nacional de Promotoras y las Promotoras Sociales Voluntarias (PSV) es que estas últimas son mujeres de la comunidad que se hacen cargo de entre diez y doce familias por comunidad. En donde se encuentra una unidad médica del IMSS-Bienestar, hacerse cargo implica desarrollar una vigilancia epidemiológica simplificada, para prevenir los riesgos a la salud. En tanto que el Grupo Nacional de Promotoras Voluntarias son mujeres que exclusivamente se dedican a ver por algunos aspectos de cooperación, como los albergues rurales comunitarios en cada sede de Hospital Rural del PIB.

tular del PIB decidió que la Coordinación de Acción Comunitaria asumiera los inmuebles. Para tal propósito destinó una partida presupuestal a fin de que desde el mismo PIB se pagara todo gasto y así otorgar alojamiento a diversos usuarios. El destino de ese gasto se orientó a víveres, gas, electricidad, mantenimiento e incluso la remodelación de los inmuebles.

»Ello porque los albergues podían dar alojamiento a mujeres con embarazo de riesgo, lo que impedía definir estancias breves, pues las había que viajaban hasta el hospital y se alojaban durante un mes o más con toda su familia. Ante esta situación, se diseñó esa partida presupuestal específica para que en los albergues no faltasen alimentos y lo básico para el alojamiento de las usuarias. Con la titular del PIB de los años 2006-2012 [Carolina Gómez Vinales] esta situación se modificó argumentando que era importante institucionalizar los bienes del IMSS. A partir de ese momento iniciaron los recortes presupuestales en cada albergue.»

Respecto a estas decisiones, un entrevistado observaba que «Es importante señalar que cuando el PIB pasó a ser Unidad, fue perdiendo autonomía de acción, a la vez que también se empezaron a seguir los procesos administrativos regulares, tal como se realizan en el Régimen Ordinario del IMSS. Es decir, el PIB tenía aspectos muy especiales, como lo fue el funcionamiento de estos albergues, en donde, gracias a su partida presupuestal, todos sus gastos quedaban comprobados y eran autorizados para funcionar cada año. Con la llegada de la titular del PIB de los años 2006-2012 [Carolina Gómez Vinales] esto cambió drásticamente y se fue haciendo cada vez más normativo, adaptándose a las regulaciones y normas del IMSS Régimen Ordinario. Ello implicó que, varios asuntos que antes se podían resolver de forma expedita, comenzaron a vivir un proceso de burocratización que permea hasta la actualidad. Anteriormente, si por alguna razón un albergue requería lo que fuese para poder seguir operando, incluso una ampliación o remodelación, no había sino hacer una solicitud extra de recursos y eso era más que suficiente. Posteriormente eso ya no fue posible, y hubo muchos albergues que se quedaron sin lo básico para garantizar una atención mínima.»

En este contexto, un entrevistado más daba su punto de vista: «En la habilitación de la mayoría de los albergues se presentó una situación particular. Prácticamente cada albergue dependía de las promotoras que lo habían fundado a nivel local. De hecho, cuando se empezó la entrega de albergues al PIB, muchos grupos de voluntarias se escindieron del grupo nacional, y como resultó que los inmuebles estaban donados a nombre de algunas de esas mujeres locales, estas no los quisieron donar a su vez. Ante eso se tuvo que comenzar por ver la construcción de otro albergue. O peor aún, quedarse sin albergue. Por esta razón, el tema de los albergues implicó nuevas formas de controlarlos. Incluso se llegó al chantaje de que, si

las promotoras no donaban el albergue, entonces no habría recursos para su operación. Hoy, después de tantos años, se sabe que muchas de la UMR y HR siguen en una condición irregular en eso de haber sido donados, pues un buen número están sin las escrituras correspondientes. No hubo un recorte total de recursos para los albergues, pero solo se les daba exclusivamente lo necesario.»

Finalmente, otra entrevistada concluía que: «De manera adicional, algunos inmuebles vivieron una sacudida en 2009, cuando ocurre la tragedia en Hermosillo, Sonora, de la guardería ABC, en la que fallecieron 49 niños y más de setenta quedaron heridos. De la noche a la mañana se pidió que cada albergue fuese supervisado por Protección Civil. Y el área de Acción Comunitaria quedó implicada para dar seguimiento de aquello en lo que no era experta.»

Indicadores

Un consenso de opinión entre todos nuestros entrevistados es que los indicadores del PIB deberían reflejar además de las acciones médicas, las de la acción comunitaria, lo que implicaría reunir información de actividades extramuros y de la percepción de los usuarios acerca de la atención recibida en cuanto a confianza y satisfacción, aplicación de recursos y abasto de medicamentos.

Un entrevistado proporcionaba el siguiente ejemplo: «*Lo que debería ser*. Es solo una muestra imaginativa de cómo deberían ser los servicios haciendo énfasis en lo que se otorga a la gente; el modelo debería rebasar lo cuantitativo y subrayar lo cualitativo. Acostumbran decir: “se otorgaron 2.5 millones de consultas o valoraciones como parte de la prevención del cáncer cérvico-uterino generadas por las acciones de asesoría y convencimiento informado que realizó el área de Acción Comunitaria en el universo de trabajo del PIB”. Pero deberían acompañar su informe con algo así como “del total de consultas, se informó de manera personal al 100% de mujeres atendidas sobre sus resultados, dando en el 8% casos positivos, a las que se les dio consulta especial y dirigida para una revaloración y seguimiento”. Esto es importante porque en infinidad de situaciones a quienes los resultados les fueron negativos simplemente no se les informa nada. Y esta tarea, que para los médicos no es importante, deja a la gente sin saber acerca del resultado.

»Lo anterior sería una excelente oportunidad para que estos grupos con resultados negativos en sus análisis sigan fomentando su cuidado y prevención. Si no se quiere hacer de forma individual, bien podrían hacerlo de forma grupal. Asimismo, es importante que en este tipo de valoraciones se sepa si el examen clínico/valoración cumplió o no con las expectativas de las mujeres, por lo que se debería redactar un informe en donde se vea cómo fueron esas revisiones. Mismo que podría decir: “del total de valoraciones, el 23% de usuarias señaló que faltó infor-

mación respecto a las formas en que se realizaría dicho estudio; 13% comentó que se sintió maltratada por las formas en que fue atendida; y 64% señaló que se sintió bien informada, y bien atendida”. Si se realizaran estas tareas, bien podría señalarse que: “se llevará a cabo un análisis a los porcentajes minoritarios para saber qué fue lo pasó durante la atención y se dará capacitación en caso de hallar el reforzamiento de oportunidades para una mejora en la atención”. Lo anterior no solo aclara y explica qué se hace (números) sino que de este tipo de acciones es posible mejorar los servicios y la atención otorgada. Esto es mejor que solamente informar sobre lo que es. Lo anterior evidencia que la institución solo busca llenar sus metas y cuadros estadísticos respecto a lo que sus autoridades piensan que es lo trascendental, y es obvio que la opinión de las personas no está dentro de sus objetivos.»

En el mismo sentido, otro entrevistado indicaba: «La falta de confianza y de satisfacción en las usuarias se convierte en un indicador de primera mano que muestra que algo falta en la oferta de servicios que se otorgan. Por ello estas mediciones debieran ser el enfoque por alcanzar. Si se otorgan seiscientos intervenciones quirúrgicas a usuarias(os) para oftalmología, ¿eso debe ser mi meta? ¡No! Requiero saber en profundidad cómo se dieron dichas intervenciones desde lo cualitativo, para conocer, y corregir en su caso, cómo se dio la atención, cómo se sintieron y cuál fue su percepción sobre la calidad de atención recibida. Sería muy bueno dejar los constructos de calidad hechos por el IMSS, porque están elaborados desde y para lo administrativo y no para las personas. Es decir que, cuando se piensa en cubrir lo que el aparato administrativo considera calidad —como la reducción de los tiempos de espera y asegurar una atención oportuna y segura—, la medición se centra en los parámetros que requiere el IMSS, no en lo que la población usuaria necesita. Si disminuyes los tiempos de espera, das más consulta, pero esto no significa más confianza, y mucho menos mayor satisfacción de quien la recibe.»

Al decir de otro entrevistado: «En noviembre de cada año se realizaba una autoevaluación en la que cada uno de los departamentos presentaba un análisis de avances, debilidades y oportunidades de mejora. Lo anterior definía en mucho el nivel que cada delegación cumplía. Sin embargo, mucho del problema de forma irremediable caía en la forma que cada delegación podía o no cumplir los estándares de trabajo. Y esto obedecía a una razón miope por pretender medir con el mismo rasero a Oaxaca con la delegación Sinaloa, que siempre ocupó lo primeros lugares en cumplimiento, lo cual es más que sesgado, porque son dos estados con realidades completamente diferentes. En primer lugar, por el tamaño del estado de Oaxaca. En segundo, por el nivel de desarrollo económico que tiene esta delegación. En tercero, entre otros factores, por la dispersión geográfica. Por tanto, lo que debía de hacerse era crear mediciones acordes a los niveles de marginación que vive cada delegación.

Es decir, ponderar, establecer parámetros que permitan medir y comparar a los estados de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas prevalecientes.

»En este sentido, no es lo mismo medir de la misma manera Baja California y Chiapas. Así, las delegaciones del norte y centro del país siempre estuvieron mejor ubicadas que las del sureste en términos de cumplimiento de metas del PIB. Un factor crucial para poder contar con un diagnóstico situacional de cómo se encontraba el PIB, se derivaba de la supervisión a nivel nacional que se hacía en cada delegación anualmente. Es aquí en donde después de cada visita de supervisión se mostraban los avances, retrocesos y, lo más importante, las oportunidades de mejora para cada delegación en cada una de sus áreas. Al perderse este proceso ya no había forma de saber y conocer cómo era la situación de las delegaciones del PIB. Más o menos a partir de 2009 [bajo la titularidad de Carolina Gómez Vinales], se eliminó este proceso. La directora del programa primero canceló la participación de Acción Comunitaria, justificando que no eran necesarias dichas visitas de supervisión y que, además, el área hacía trampa colocando indicadores que no eran reales en muchas delegaciones. Hacia 2010 se canceló el proceso completamente argumentando que salía muy caro realizar supervisiones y que no era necesario seguir con estas acciones y que la titularidad del PIB prefería invertir en otras cosas (médicos y medicinas) antes que en la supervisión. Lo cierto es que al perderse la supervisión se perdió la visión que se pudiera tener del PIB.»

A continuación se describen algunos indicadores del PIB que, según nuestros entrevistados, podrían mejorar las acciones que desarrolla el programa. En su opinión «Es muy importante que, al medir, los indicadores se concatenen y correlacionen a partir de dos momentos o situaciones a medir, esto es: conocimientos y prácticas, mismos que deberán reflejarse en el cambio y/o aproximación de actitudes y hábitos. Por lo que, a partir de los dos primeros, sea posible establecer la definición de un cambio gradual de actitudes [1. Escala de Thurstone, 2. Escalamiento tipo Likert, 3. Escala de Guttman].

»Para tal fin, se debe medir el cambio de actitudes y hábitos para calcular cuántas acciones se requieren y realizar así un cambio en estos comportamientos en la población, asumiendo otras actitudes y hábitos frente a los determinantes de la salud. De no hacerlo se cae regularmente en el activismo: hacer por hacer sin tener claros los límites y las fronteras. Y lo peor, en no poder enumerar ni identificar los obstáculos a vencer.

»Al mismo tiempo es posible que, al implementar estos indicadores, se vaya modificando la calidad de las principales herramientas con las cuales se busca que, a partir de más y mejores conocimientos, se logre la implantación de más y mejores prácticas. De modo que una revisión de los contenidos temáticos y de las formas

didácticas con las que es posible hacerse del conocimiento, pudiera garantizar nuevas actitudes y adquirir nuevos hábitos en salud.

»Enfatizar especialmente en diseñar formas didácticas vivenciales de nuevos aprendizajes que hagan de la persona un individuo que se asuma como tal, es decir, como el protagonista de su vida cotidiana, y por ende de su salud; dejar las formas arcaicas de la “memorabilia” y los talleres que aplican el conocimiento como la repetición de decálogos, formas que en nada garantizan una aproximación al cambio de actitudes. Desarrollar estas tareas es en parte el reto para rehacer una mejor promoción y prevención de la salud comunitaria. Dejar el papel de sujeto pasivo al que le indican qué y no hacer por su salud, para pasar a una persona que puede decidir y resolver problemas de su salud desde sus alcances como persona. Por ello es necesario fortalecer, actualizar y enriquecer los elementos de capacitación, garantizar la calidad de estas herramientas que han sido probadas y son regularmente evaluadas para determinar sus alcances en lo que se proponen.

»Subrayar la importancia de la búsqueda de elementos que puedan medir y dar cuenta de avances, límites y de nuevas necesidades a plantearse y resolverse. Considerar las formas que establezcan desde lo cualitativo la mejora de toda la acción comunitaria, para pasar a desarrollar verdaderamente este quehacer.

»Por ello estos planteamientos se encaminan a medir, desde los parámetros del bienestar de las personas, la cantidad de acciones, médicas o no, y primordialmente a establecer factores que den cuenta de cómo y por qué cambia la percepción de las personas con lo que el PIB hace por ellas.

Desde hace mucho tiempo —por lo menos dos décadas— hace falta fortalecer y enriquecer el trabajo conjunto entre la parte comunitaria y la médica, sin soslayar otras áreas. Es de necesidad apremiante que las diversas áreas compartan un verdadero y concreto plan de trabajo conjunto y específico en lo que toca a determinar qué se persigue. ¿Dar atención médica y medicamentos gratuitos solamente?, o fortalecer el desarrollo comunitario con acciones que promocionen y hagan prevención desde la educación en salud a nivel de cada localidad. La división entre áreas ya es histórica y la consecuencia la cargan las propias comunidades, pues muchas veces el polo comunitario ofrece un servicio en salud que la parte médica no puede garantizar, y esto indefectiblemente impacta en las formas en que los usuarios tienen que ser atendidos, dejando una expectativa sin cubrir en lo tocante a un buen trato y con respeto.

»Un elemento esencial para crear indicadores de impacto es el trabajo multi e interdisciplinario entre lo médico y lo comunitario. Este trabajo, aunque se repite mucho en el discurso, en la actualidad no se lleva a cabo, especialmente por parte de los residentes que llegan a los HR, profesionales que no quieren

salir de los hospitales en donde les ha tocado cumplir con su servicio social. Más grave es la disociación entre personal de base en el mismo HR y los aspectos comunitarios que, se supone, ellos deberían conocer. Por ejemplo, saber identificar y poder reconocer que una mala atención por las razones que hubiese es un lastre de mala atención que impacta en las comunidades y, en consecuencia, en los servicios de salud.

»De esta manera, al realizar el área comunitaria acciones de convencimiento para que la población acuda al servicio sin preocupaciones sobre cómo van a atender a los usuarios, esto deberá ser certero y efectivo respecto a cómo se les ha informado. Pero lo real es que muchos que son atendidos no reciben el trato que les prometieron, y es lógico su disgusto sobre el maltrato y regaño que reciben. De ahí que la brecha del maltrato persista como un hecho común que impacta en la negativa de la población para asistir a recibir atención. Sí, lo hacen cuando ya no hay alternativa y en muchos casos con la salud muy deteriorada. Un ejemplo actual es la forma en que, por efectos de la pandemia, el número de muertes maternas ha aumentado.

»Sirva este ejemplo para comentar la necesidad de realizar formas de trabajo conjunto y complementario, en donde todas las áreas involucradas puedan y deban aportar desde sus parámetros de la especialidad formas que puedan traducirse en acciones/estrategias/planes para tratar en lo posible la disminución de riesgos y de daños a la salud.

»Todo esto podría sugerir un trabajo sinérgico, en donde la diversidad de posibles escenarios de riesgo tienen ya una definición y su consecuencia. En especial, cuando no hay eventos como la pandemia, se tiene un mayor control sobre la enorme diversidad de variables que pueden afectar los objetivos a lograr. De ahí que el entrecruzamiento de factores que ayuden a sumar esfuerzos para disminuir un daño deba ser tomado en cuenta siempre.»

Enseguida se presentan varias propuestas de mejora en aspectos muy puntuales.

a) Problemas de comunicación durante la atención.

Durante el proceso de la atención médica se han detectado deficiencias en la comunicación del médico y, en particular, en la interacción requerida para asegurar una adecuada comprensión del tratamiento. Ello refleja la necesidad de reforzar las estrategias de mejora en la calidad interpersonal. Estudios previos que han analizado el proceso de la atención mediante entrevistas a pacientes, revisión de expedientes clínicos o el cumplimiento de los estándares de atención a través de la aplicación de guías de práctica clínica en el contexto de los servicios ambulatorios en México, han reportado áreas de oportunidad en la calidad otorgada.

En este contexto, las estrategias de mejora de la calidad deben considerar las condiciones de la población, pero también las de los propios servicios, para poder garantizar y tener infraestructura e insumos adecuados, así como profesionales con las competencias suficientes para dar respuesta a las necesidades de salud a través de programas de educación continua aplicables a dichos contextos.

Se debe tener en cuenta la probabilidad de menores expectativas de atención en poblaciones indígenas por sus propias condiciones de marginalidad, lo que podría expresarse en un reporte de satisfacción no necesariamente acorde con la calidad de atención recibida. Estas desventajas deben ser un factor en la medición de la satisfacción y la confianza a partir de encuestas nacionales.

b) Prestación de servicios de salud.

- Empoderar más a las personas y las comunidades.
- Apoyar, gestionar y reforzar sin imposiciones y siempre en amplio respeto a la autonomía, la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil, mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud.
- Promover la educación sobre la salud y trabajar para satisfacer las expectativas de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de información fiable sobre la salud.
- Ayudar a las personas a adquirir los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para mantener su salud y la de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios.
- Proteger y promover la solidaridad, la ética y los derechos humanos dentro de un marco referencial de respeto irrestricto a la autonomía, con el objetivo primordial de fomentar el desarrollo comunitario.
- Contribuir a la rendición de cuentas del sector público para que un mayor número de personas vivan vidas más sanas en entornos propicios y favorables a la salud. Y esto generado por la apropiación (de conocimientos y el cambio de actitudes) y el convencimiento de las personas (OMS y UNICEF, 2018).
- Revitalización de la APS con énfasis en la promoción y en el desarrollo comunitario, teniendo sistemas de información apropiados. Es necesario que el modelo APS de aplicación horizontal considere las nociones de salud elementales a desarrollar en las comunidades.

c) Un mejor trato.

La satisfacción y la confianza son los elementos que posibilitan una mejor y amplia aceptación de los servicios ofertados por el PIB. En contraparte, diversos estudios¹⁵ han documentado que, en los últimos diez años, el incremento en la búsqueda de atención de la población indígena¹⁶ en servicios privados —lo que les ha implicado mayor gasto de bolsillo, en especial farmacias con consultorio— constituye una muestra de que el PIB no está cubriendo las expectativas de los usuarios.

d) Integración con la comunidad.

- Apoyar la ampliación y extensión del acceso a una serie de servicios de atención de la salud, especialmente los que señala la APS mediante el uso de medicamentos y alternativas tradicionales, las vacunas, las pruebas diagnósticas y otras tecnologías. Promover su accesibilidad y su uso racional y seguro.
- Permitir que las personas y las comunidades identifiquen sus necesidades de salud, participen en la planificación y prestación de servicios y desempeñen un papel activo en el mantenimiento de su propia salud y bienestar (OMS y UNICEF, 2018).

e) Intercambio de conocimientos.

- Intercambio de experiencias y conocimientos en respeto mutuo y equivalencia de poder.
- Acciones realizadas en reuniones de intercambio de experiencias tanto para parteras rurales como para médicos tradicionales. Las acciones deberán estar dirigidas a promover el uso de modelos locales de salud; a fomentar las prácticas benéficas y a disminuir las dañinas (válido tanto para el modelo local de salud, como para la medicina institucional) incluidas en un Plan de Trabajo Anual, en el que se indique claramente cuántas reuniones se realizarán durante el año; qué objetivos persiguen. También que se pueda desglosar en el plan qué se pudo hacer durante un año de trabajo, qué no y por qué.

¹⁵ El gasto de bolsillo en salud es muy alto en México al menos desde 2002. En ese año fue de 50.4%, en 2006 de 50.3% y en 2012 de 44.1%, cuando la OMS recomienda que sea del 20% (López Cervantes, 2015, p. 67).

¹⁶ “[...] la atención ambulatoria [a indígenas y no indígenas] otorgada por los servicios públicos de salud disminuyó de 2012 a 2018 (de 69.8 a 41.3%) a expensas de un aumento en la provisión de servicios privados en ambos grupos, el cual es mayor en el grupo de población indígena, ya que mostró un incremento tres veces mayor entre ambos periodos” (Rivera-Dommarco *et al.*, 2019, p. 711).

Según nuestros entrevistados, también podrían incorporarse a esta lista los siguientes ejes temáticos, dándoles el mismo tratamiento en profundidad como el que en este libro se le ha dado al tema de las parteras: «1) Crónico degenerativas. Énfasis en: diabetes e hipertensión arterial. 2) Otros padecimientos infecciosos: covid-19, tuberculosis, VIH-sida, chagas, dengue, zika, chikongunya, entre otros. 3) Salud materna. Énfasis en: atención del parto, identificación de cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y embarazo adolescente. 4) Atención a la adolescencia. 5) Vacunación. 6) Mejorar la atención en el primer y segundo niveles de atención. 7) Los relativos a los Objetivos del Desarrollo Sostenible 2030 que sean compatibles con el PIB.»

Interrogantes sobre el futuro del Programa IMSS-Bienestar

Para nuestros entrevistados no cabe duda de que la creación de los Programas Oportunidades (2002), Seguro Popular (2003), “Vivir Mejor” (2008) y Prospera (2014) han sido factores que contribuyen a explicar las tantas duplicidades en el sector salud. Simultáneamente, reiteran, esos programas fueron reduciendo el IMSS-Solidaridad (hoy PIB): «O, mejor dicho, convirtiéndolo en lo que es hoy: un programa con severos problemas financieros¹⁷ y despersonalizado», centrado más en hacer asistencia-lismo médico que promoción y prevención a la salud.

En la opinión de uno de ellos: «De ser una iniciativa que debía ver directamente por lo que la gente quería, poco a poco se fue convirtiendo en lo que hoy es todo el sector salud: una estructura con enorme peso de la parte curativa y cada vez menor rastro de la parte comunitaria. Si a la gente se le orienta, se le brinda autonomía y se le respeta su toma de decisiones pueden ocurrir dos cosas. Uno: que la gente empoderada pueda modificar sus determinantes de la salud, y dos: que la gente se equivoque a partir de sus propias decisiones y pueda tardar en saber cómo llegar a buen puerto. Pero al fin y al cabo esa es su experiencia. En cambio, los profesionales de la salud: ¿qué hacen? Tratar de homogeneizar una forma de atención médica siempre impuesta y de ahí no pasan. Claro que es posible que la gente se equivoque, pero eso jamás lo reconocen. Todos estos son algunos de los aspectos básicos del desarrollo comunitario que deberían entrar al debate amplio.»

¹⁷ Por ejemplo, en Chiapas, el abasto de medicamentos e insumos de los últimos años no es suficiente. Por ello, en no pocos casos, el personal de salud del PIB que labora en hospitales, les tiene que pedir a los pacientes o a sus familiares que requieren cirugías u hospitalización, que compren hasta los medicamentos e insumos más básicos, como analgésicos, gasas y jeringas, entre otros.

Para varios entrevistados, desde 2007, el PIB «Entró en una inercia que lo coloca como la iniciativa menos innovadora o creativa en salud, después de ser vanguardia, no solo para el país. Contrasta que, a mediados de los años noventa, varios países de América Latina, incluida Cuba, vinieron a conocer cómo funcionaba el PIB. Esta inercia implica a varios funcionarios que, como directrices y tomadores de decisiones, no quisieron ir más allá. Desde entonces repiten o hacen que se repita la misma labor con “lo hecho”. Si alguien preguntara a cada administración cuál fue su legado para el PIB, el apartado quedaría vacío en los últimos 18 años. En este lapso no solo no se aportó, sino que ni siquiera se atrevieron a crear, diseñar, ampliar, correlacionar o buscar iniciativas, no solo para otorgar servicios de salud, sino para mejorar lo que se venía haciendo.»

¿2019?

Para otro de los entrevistados, 2019 fue como volver al periodo 2008-2013: «Todo indica que volvemos al periodo 2008-2013.¹⁸ A fortalecer lo médico porque “sólo los médicos saben cómo lograrlo”. En tanto que la APS, la autogestión en salud y el desarrollo comunitario, siguen siendo letra muerta. Se presume mucho la bandera del PIB, pero se han olvidado de aquellos aspectos que le dieron sentido y origen. La salud guarda, en el sentido comunitario y de las cosmovisiones que lo forman, estrecha relación con todo su contexto. No es como pretenden verlo los diferentes titulares del PIB: una relación exclusiva de más médicos, más clínicas y más medicamentos. Además, gran parte del sustento con que trabaja el PIB está en muchos acuerdos vinculantes internacionales firmados por México, como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) y el Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este convenio, señala en su Artículo 7, Fracción 1, que “los pueblos deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual”. En tanto que en el Artículo 25, Fracción 1, se prescribe que “los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control”. En la Fracción 2 de ese mis-

¹⁸ La titular de la Unidad del Programa IMSS-Bienestar, nombrada a partir de 2019, es la Dra. Gisela Lara Saldaña, quien ya había laborado como titular de la Coordinación Comunitaria de la Unidad IMSS-Oportunidades, y también había sido jefa del Departamento de Evaluación IMSS-Prospera.

mo artículo, se establece también que: “los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.»

¿Cambiará el paradigma respecto a la medicina tradicional?

Apunta uno de nuestros entrevistados: «Cambiar un paradigma implica recurrir a formas creativas de asumir lo que siempre se hace, pero cambiando ese estrecho camino al que nos acostumbramos y del que la mayoría de las veces no deseamos salir. Plantear un cambio implica modificar creencias, prácticas y conocimientos. Para el caso de la disminución de la muerte materna, para recurrir a un ejemplo, se piensa de forma errónea que las parteras tradicionales deben dejar de dar atención, cuando el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en su informe *Parteras profesionales: clave para mejorar la salud materna y neonatal en la región*, señala que si la atención por parteras estuviera disponible y fuera accesible para todas las mujeres y sus bebés, se podrían evitar dos tercios de las muertes maternas y la mitad de las muertes de recién nacidos.

»De acuerdo con información de la Secretaría de Salud, las principales causas de muerte son: hemorragia, enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio, y aborto; ante esto, el personal de salud debería contar con las competencias para detectar el riesgo y brindar la atención adecuada. Varias de estas causas de muerte son generadas por factores de riesgo de la salud: edad muy avanzada, número de gestas y desnutrición, entre otras. En muy poco porcentaje se ubican los accidentes y las muertes generadas por la violencia familiar. Ahí también se ubican las muertes de mujeres atendidas por parteras, lo que no significa que ellas sean las culpables. En todo caso, se debe valorar que si la mayoría de muertes maternas ocurren en hospital, qué tanto influye el que el personal no esté debidamente capacitado, si bien a una partera la pueden rebasar diversos factores multicausales que ella ya no puede enfrentar.¹⁹ En ciertos contextos se

¹⁹ *Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas*, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_Spanish.pdf; véase también, de Lina Rosa Berrio Palomo, *Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas*, http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13_3/13_3Art1.pdf; <https://www.animalpolitico.com/punto-gire/los-riesgos-de-no-reconocer-la-parteria-tradicional/>. Y <https://testigopurpura.com/2020/05/05/parteras-una-opcion-para-no-morir/> en donde se señala que: “Hoy, 5 de

podrían crear casas de parto cercanas a cada hospital, en especial donde hay más población indígena.

»Pese a la existencia de un importante marco normativo nacional e internacional en materia de derechos de los pueblos indígenas en el ámbito de la salud, nos encontramos con un país pluricultural que mantiene un sistema de salud monocultural, al que se le dificulta responder de forma adecuada y oportuna a las necesidades planteadas por las usuarias. Sin embargo, esta perspectiva biomédica es insuficiente para atender la diversidad existente en el país y en muchos casos puede violentar los derechos de las mujeres y de los pueblos indígenas. A pesar de los esfuerzos por institucionalizar las prácticas de atención del parto, observamos que para muchas mujeres indígenas la atención con parteras tradicionales o la autoatención en su hogar siguen siendo una opción muy importante que coexiste con las prácticas biomédicas institucionales. Por otra parte, contar con una atención que cumpla con los cuatro elementos que implica el derecho a la salud, es decir: accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, es un asunto de derechos para todas las mujeres y hombres en este país. En este sentido, queda abierta la invitación a establecer puentes efectivos de comunicación y trabajo conjunto entre el sistema de salud, las parteras tradicionales, las mujeres y los pueblos indígenas. Lo anterior debe partir del reconocimiento efectivo de los diversos modelos médicos, la participación social y condiciones de relación que no se basen en la subordinación. Un llamado adicional es implementar, mantener, replicar y asignar recursos a estrategias de adecuación intercultural, que sin ser la panacea ni implicar cambios estructurales en el sistema de salud han demostrado ser útiles para garantizar a las mujeres condiciones de mayor dignidad y cercanía durante la atención de sus procesos reproductivos.

mayo (2020), es el Día Mundial de la Partera y este año ha sido decretado por la Organización de las Naciones Unidas como 'El año de la Enfermera y la Partera'. [...] Si México emplea(ra) de manera eficaz a parteras profesionales en coordinación con los niveles comunitario y hospitalario, podría resolver un amplio espectro de necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna. Las mejoras serán innegables: reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, y mejora de la calidad de la atención y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En México, la muerte durante el embarazo, parto o puerperio se concentra en mujeres pobres, indígenas, urbano-marginales, indica en su informe de 2018 el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), es decir, el acceso a la salud está directamente relacionado con la capacidad adquisitiva de las mujeres, por eso la incorporación de la partería en los servicios públicos de salud es un tema de justicia y equidad social. Hoy más que nunca es necesario incorporar a la partería en el sistema de salud, abogar por el reconocimiento de la partería en el modelo de la atención materna, difundir la información sobre las competencias de las parteras y visibilizar, de manera positiva, el papel y el aporte de las parteras en México".

»El caso de Chiapas es ilustrativo. En Ocozocoautla las parteras atienden más partos que en el mismo HR. Resalta que aun con tantos años del PIB, las mujeres prefieren atenderse con parteras. Esto no es malo pues el peso cultural es fuerte y tampoco tiene por qué ser esto modificado. El punto es no haber aprovechado y realizado un trabajo conjunto con las parteras locales, invitarlas a colaborar con personal médico. Haber hecho un trabajo de mayor reconocimiento en donde ambos modelos de atención, en vez de dividirse, pudieran complementarse. Penoso que, aun cuando el PIB pugnaba por una atención conjunta entre el modelo local y el alópata, pasados más de cuarenta años, no se haya logrado. ¿Qué pasa con esto? Que si en el PIB hubiera habido más respeto a la pertinencia cultural, se habría hecho todo lo posible por lograr la colaboración de las parteras —que son muy solicitadas en esta región— con el HR. Ellas ayudarían a reforzar la experiencia que no tienen muchos médicos. Les daría confianza a las mujeres embarazadas.

«Quizá se habrían generado otros conflictos, por ejemplo, que la partera capacitara a médicos. ¿Tendrían ellos la suficiente humildad para esto? O incluso de diversas acciones que realiza la partera como parte de un tratamiento que no es solo de técnica y habilidad manual, pues implica aspectos rituales y simbólicos. ¿Estos serían respetados? Sin embargo, así la muerte materna se tendría más controlada. Pero, ¿qué implica? Implica modificar creencias, prácticas y conocimientos, no de las parteras sino de los médicos. Una mejor actitud de voluntad de servicio. ¡Sí! Es difícil porque a esta profesión se le ha dotado de un blindaje extra: ver primero por el prestigio médico y después, mucho después, por las usuarias a las que atiende. Las parteras que colaboran con el PIB tienen en promedio sesenta años. Muchas están falleciendo. No hay interés de otras mujeres por ser parteras, en especial las familiares más cercanas de una partera experimentada. Y no eligen esta profesión porque es clandestina: como en el siglo XIX, cuando el poder médico se adueñó de la práctica médica y eligió que solo la de los egresados de las escuelas de medicina era la válida.»

Y otra entrevistada agrega: «Más de cuarenta años del PIB, cuatro décadas en las que no ha sido posible definir cuál o cuáles son las razones, motivos o causas por las que un servicio médico rechaza un trabajo complementario con las otras formas de atención. Específicamente, el rechazo abierto a un trabajo de colaboración entre parteras tradicionales y hospitales que es necesario por múltiples razones de pertinencia cultural. Por ello, debe eliminarse el rechazo, la descalificación y la discriminación para sumar esfuerzos y dar reconocimiento a otros sistemas y concepciones de salud que coexisten ahí en donde el PIB brinda sus servicios. Si 41 años no han sido suficientes para garantizar lo que se suponía iba a realizar el PIB, la deuda es enorme. Los mensajes de aceptación de estas prácticas de atención

y curativas de las comunidades están bien donde están: escritas en las Reglas de Operación (ROP). Pero no se ha sido claro de abrir el MAIS para complementar los servicios. Se argumentan diversas posiciones: la más socorrida es la falta de capacitación/formación que tienen, por ejemplo, las parteras. Sin embargo, si realmente les interesara, a lo largo de todos estos años se hubiesen podido identificar a aquellas con más elementos para ser una partera capacitadora y realizar un trabajo conjunto donde las erróneas jerarquías de poder y superioridad médica dejasen de pensar que son el único modelo médico que puede existir. No obstante, todo indica que, antes que aceptar la práctica de las parteras, el modelo bio-médico está dispuesto a que desaparezcan y no hacer nada para que el oficio y práctica se conserven. Lamentable, porque entonces la simulación y aparentar que hay un respeto es, como señalan las mismas autoridades, de “dientes para afuera”.

»Si el PIB no tiene forma de garantizar atención digna a mujeres indígenas, brindándola a miles de mujeres como ellas acostumbran tener sus partos, entonces no han funcionado los coordinadores del PIB. Peor aún, se han encargado de exterminar, anular y ocultar profesiones ancestrales que, antes que ofrecerles un reconocimiento y una digna aceptación, prefieren reconvertir a estas mujeres en informantes y derivadoras. ¿Qué perderían los médicos si trabajaran de manera conjunta con las parteras y se reforzaran y fortalecieran mutuamente en un continuo intercambio de experiencias? Nada. Al contrario, las habilidades institucionales y comunitarias se beneficiarían. Además, si se construyeran y ubicaran casas de atención del parto con todo lo que se requiere para brindar una atención segura, digna y culturalmente adecuada en aquellos lugares en donde solo hay parteras y no hay servicios médicos, en los que se asegurasen medios de transporte para traslado de urgencias obstétricas, sería de mucho mayor beneficio.

»Si la gran mayoría de países de Centro y Sudamérica²⁰ lo han hecho y les

²⁰ Véase, Avila-Jaquez (2019), <https://bit.ly/3fEP6NU>, y <https://bit.ly/3it3yuf>, en donde se señala que “[...] el riesgo de una mujer de morir en algún momento de su vida por una causa materna en América Latina era de 1 en 570, mientras que en el Caribe, 1 de cada 220. Aunque éstos se comparan favorablemente con el promedio del riesgo de 1 en 160 en todas las regiones en desarrollo, son considerablemente más altos que el riesgo en los Estados Unidos (1 en 1.800) y en Canadá (1 en 5.200). Pese a los avances de los últimos 20 años, se ha progresado muy poco en la prevención de los embarazos de adolescentes, los abortos, las defunciones maternas, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, y hay diferencias considerables en la disponibilidad y la calidad de servicios y educación integrales en materia sexual para los jóvenes, así como en el acceso a ellos, especialmente en los países de ingreso bajo. ‘Todos los años, más de 15 millones de jóvenes de 15 a 19 años dan a luz, una de cada cinco de ellas antes de cumplir los 18, y muchos de estos embarazos son resultado de relaciones sexuales no consentidas’, destacó Kate Gilmore, directora ejecutiva adjunta del UNFPA. ‘Hay intervenciones relativamente sencillas y bien conocidas, como los servicios de

ha dado resultado, entonces, en México, ¿qué pierden los médicos?, ¿prestigio?, ¿clase?, ¿control? Lo cierto es que con estas acciones hemos perdido todos, pero en especial las comunidades que, se dice, atiende el PIB con respeto a su cultura. La Conferencia de Alma-Ata fue sustento y argumento para la creación del PIB. Así, en 1979, el apartado VII de este documento señalaba que:²¹

la atención primaria de salud: es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

1. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
2. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales;

partería y la prevención de la violencia de género y las medidas para combatirla, que pueden marcar una enorme diferencia si se las amplía y se las acompaña de inversiones en innovaciones, especialmente en la esfera de los anticonceptivos". Asimismo, en una de las conclusiones del documento *Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad maternas: América Latina y el Caribe* se afirma que: "la región de América Latina y el Caribe ha tenido avances significativos en la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas en las dos últimas décadas. La mayor parte de los gobiernos reconocen que la mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública y han ido desarrollando e incorporando políticas, programas e intervenciones para abordar y reducir las muertes maternas y las incapacidades producto de la morbilidad materna. El éxito de la cobertura universal en salud depende del compromiso al más alto nivel político con el fortalecimiento de los servicios de salud, así como con políticas basadas en la evidencia, el aumento del presupuesto para intervenciones efectivas y de bajo costo en salud reproductiva, materna e infantil, la asignación de personal calificado, incluyendo a las parteras profesionales y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y respuesta a la mortalidad materna". Véase, <https://www.msh.org/sites/msh.org/files/msh-gtr-report-esp.pdf>

²¹ Véase, http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

3. Entraña la participación, además, de todo el sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
4. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar;
5. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
6. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, *así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad* [El subrayado es del entrevistado].»

Este mismo entrevistado agregaba: «En 2018, con la Declaración de Astaná²² hubo otra incorporación:

Desarrollo de conocimientos y capacidades. Utilizaremos los conocimientos, tanto científicos como tradicionales, para fortalecer la atención primaria de la salud, mejorar los resultados de salud y garantizar el acceso de todas las personas a la atención adecuada en el momento oportuno y en el nivel de atención más apropiado, respetando sus derechos, necesidades, dignidad y autonomía. Continuaremos investigando y compartiendo conocimientos y experiencias para crear capacidad y mejorar la prestación de los servicios y la atención sanitaria.

El caso es que todo esto no ha servido para garantizar a la población que se atiende, no solo un trato digno, sino respeto real y tangible para sus propias culturas. No hay respeto concreto, solo hablado o escrito.»

²² Declaración de Astaná. *Global Conference on Primary Health Care*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1>

El primer informe institucional de la 4T

Los entrevistados coinciden en que los informes del PIB, sobre todo desde 2013 e incluido el de 2019,²³ ya con el nuevo gobierno, se centran en lo técnico-médico. En la opinión de uno de ellos: «Lo anterior impide ver la humanización de los servicios. Y no es raro. Mientras, se siga apostando por definir que la salud solo es un asunto de médicos y medicinas. Creo que esto se puede extender a todos los informes, en los que solo se dan cifras que, si bien sirven para mostrar la cantidad de actividades que se realizan, ello no necesariamente significa que se aumente la confianza o satisfacción de los usuarios. Como bien se sabe, una de las particularidades del IMSS-Bienestar es la parte del respeto a las culturas locales, algo sobre lo que todos los informes, incluso el de 2019, no dicen nada. Sin embargo, en el apartado de la atención materno-infantil, hay un dato que me dio escalofríos y que es posible correlacionar. Dice: “Como parte del eje estratégico para disminuir los embarazos de alto riesgo en el ámbito del Programa, 275,745 mujeres aceptaron un método anticonceptivo; 82,779 de ellas lo adoptaron posterior a un parto o cesárea, lo que se traduce en una cobertura postparto de 81.1%.”²⁴

»Sería interesante contrastar los criterios establecidos en el PIB para considerar un “embarazo de alto riesgo” con la realidad. Tal parece que para este Programa todo embarazo es un proceso potencial de convertirse en “alto riesgo”. Ante eso, ¿qué queda? ¿Apostarle a que ninguna mujer se embarace? Porque, según el texto, todos pueden convertirse en situaciones de riesgo. ¿Será por eso que las estrategias de planificación familiar tienen un universo bastante amplio y nada definido? El dato de que 275 745 mujeres aceptaron un método anticonceptivo, ¿fue de manera informada, responsable y consciente? No lo creo. Aunque dice que 82 779 sí lo “adoptaron” posterior a su parto, en ninguna parte se especifican los procedimientos éticos para obtener el consentimiento informado de las mujeres para aceptar el método anticonceptivo, tal como marcan las guías éticas. De igual manera, la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, *De los servicios de planificación familiar*, señala en su numeral 5.4.4:

²³ Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018-2019. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/21-InformeCompleto.pdf>

²⁴ El 81.1% lo obtienen de dividir los 82 779 partos en que la mujer adoptó un método anticonceptivo, entre los 107 131 partos que atendieron y reportaron en 2018 (Informe al Ejecutivo Federal..., 2019, p. 227).

Tiempo y lugar para efectuar la consejería. La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. El proceso de consejería debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario, y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos. Debe tenerse especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, pos-cesárea, postaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional. El momento del parto refiere precisamente una presión emocional, la CNDH abunda en diversos casos de recomendación del que se cita uno de ellos, punto 30. Al respecto, el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional Ginecología y Obstetricia (FIGO) en sus *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología*, apuntó que: El consentimiento de la mujer no debe solicitarse cuando la mujer está en situación de vulnerabilidad como por ejemplo cuando va a una interrupción del embarazo, está en trabajo de parto o cuando está en el posparto inmediato o sufriendo alguna de sus consecuencias.²⁵

Tampoco se ofrece información si el método anticonceptivo fue temporal o definitivo, aspecto que también marca gran diferencia en la calidad de la atención postparto.

»Otro pequeño dato interesante de analizar, citado en la p. 227 del Informe, sostiene: “Dentro del mismo eje, en el Programa se registraron 107,131 partos, de los cuales 95.3% (102,048) fueron atendidos por personal institucional en las unidades médicas; aunado a que se contó con el apoyo de parteras y parteros en interrelación para la atención de 5,083 partos (4.7%)”.

»El análisis detenido de las cifras anteriores evidencia el daño que se ha hecho especialmente con el caso de las parteras. Tal como lo dicta una de las más nefastas recomendaciones del progreso civilizatorio, el Informe 2018-2019 se lanza a dar buenas nuevas sobre cómo las mujeres embarazadas están dejando atrás esa fea costumbre de atenderse con una partera. Por eso se presume tanto que, de cada 100 partos, 95 ocurrieron en los HR del PIB y que, menos de 5, lo fueron con parteras.

²⁵ CNDH. Recomendación no. 3/2017 sobre el caso de la violación a los derechos a la libertad y autonomía reproductiva y a elegir el número y espaciamiento de los hijos por violencia obstétrica en agravio de v, en el hospital de gineco-pediatría 3-a, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de México. Ciudad de México, a 22 de febrero 2017.

Lo que tocaría ahora es contrastar esos datos con la realidad. Bien podrían revisarse en los registros civiles locales las actas de nacimiento otorgadas en los HR, y las que fueron por parteras, con lo que es muy probable que no cuadren las cifras. Malas noticias para las autoridades del PIB. Porque lo único que se está provocando en la política de salud con eso de que los partos deban ser institucionalizados y atendidos por personal “capacitado”, es que la partera ya no reporte sus logros, determinados por el número de partos que ella atendía. Otro “logro” es que las parteras hagan su labor a escondidas debido a que pueden perseguírseles judicialmente.»

Al respecto, acota otro entrevistado: «Es por eso que la mayoría de las parteras deben decir que ya no atienden y que solo derivan. Este Primer Informe incluye esa tarea de las parteras y en lo que las quiere convertir: únicamente en derivadoras de embarazadas. Estas prácticas de neocoloniaje toman fuerza. Lamentablemente así es como se piensa en un lugar donde la hegemonía médica no esgrime razones, sino que solo impone condiciones.»

El segundo informe institucional de la 4T

a) La desaparición de las Unidades Médicas Urbanas (UMU).²⁶

Por lo que toca al segundo Informe de la 4T, nuestros entrevistados estiman que: «*Si cien son buenos, mil son mejor, pero un millón debe ser la gloria.* La numeralia como una obsesión sempiterna de que las cifras sostengan, visibilicen y sustenten una atención médica digna: millones de consultas, cientos de miles de cirugías, decenas de miles de partos, decenas de miles de acciones, miles y miles de capacitaciones, miles de derivaciones de embarazadas por parteras. El problema de solo dar este tipo de cifras es que no revelan el impacto y los beneficios —en caso de haberlos— directos para las comunidades, especialmente en lo preventivo.»

Y argumentan que «En este segundo *Informe* de la 4T (IMSS, 2020), se ha priorizado, como siempre, aunque en esta ocasión todavía más, la esencia del IMSS-Bienestar a una labor meramente asistencial. Una coincidencia más del tipo de conducción que tuvieron los panistas entre 2006 y 2012. Una forma de asumir que lo que el PIB hace es únicamente ofertar servicios médicos. De ahí la notable ausencia de los periplos de la acción comunitaria. Fuera de hacer alarde por los miles y miles de voluntarios, de miles y miles de acciones, no se dice, no se habla, no se aborda la complejidad del trabajo comunitario.

²⁶ Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018-2019. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/21-InformeCompleto.pdf>, pp. 204-205.

»Las UMU, esa manada de elefantes blancos, surgieron durante el periodo 2006-2012 [cuando la titular era Carolina Gómez Vinales], como entes elaborados con el fin proselitista de conseguir más votos. En el segundo informe de la 4T, se dice que a la población que dejó de ser atendida por las UMU la absorbió, en gran parte, los servicios estatales de salud y el mismo IMSS-Bienestar. Si así se resolvió tan fácil, entonces hay que preguntar: ¿por qué y para qué se hicieron las UMU si, por lo indicado en este *Informe*, su desaparición no provocó efecto negativo alguno en el sector salud?; nadie quedó sin trabajo (médicos y enfermeras) y mucho menos sin atención a la salud (miles de usuarios). ¿Por qué, entonces, duplicar acciones?

»Otra parte que falta por explicar acerca de estas UMU, es ¿por qué en ninguna se proveyó el factor comunitario, entendido este como la estrategia que da soporte a la prevención y promoción a la salud? De ahí que la explicación quede sobrada, pues como puede suponerse, se trató de medicalizar y no de prevenir. Ahí toma sentido el notable vacío de lo comunitario.»

b) 18 indicadores.

Por lo que corresponde a los indicadores del PIB que comunica el segundo Informe de la 4T, nuestros entrevistados consideran que «En la presunción de esos 18 indicadores (IMSS, 2020) del PIB, las parteras ocupan el lugar dieciocho. En este renglón se encierra todo el cúmulo de acciones verticales que se han emprendido contra un oficio ancestral y tradicional de atender partos.

»Por fin se ha podido ver y asumir el verdadero papel de las formas de conducir y de simular un respeto-reconocimiento (solo de “dientes para afuera” o un “díles que sí, pero nunca les digas cuánto ni cuándo”) por la cultura del otro. En este *Informe* se puede leer que, de 100 063 partos, el PIB atendió 96 006 (95.9%) (IMSS, 2020) y las parteras 4357 (4.3%), a diferencia de 2007, cuando ellas atendieron 13317 partos. El mensaje es muy claro: entre líneas se minimiza la labor de estas mujeres. Por otro lado, estos datos buscan convencer de que cada vez son menos las parteras que atienden,²⁷ ya que, tal como se mencionó anteriormente, lo que está pasando es

²⁷ “Partera de Oxkutzcab requiere ayuda: ya nadie la ocupa.- Doña Paula Tomasa Tun Hau lleva más de medio siglo de ser una de las parteras con más experiencia en el municipio, pero desde hace unos meses se siente preocupada, pues nadie la ocupa, ni para sobar. Ella es una de las más experimentadas parteras de Oxkutzcab, desde hace 60 años empezó a dedicarse a esa hermosa, pero decadente profesión. Fue adquiriendo experiencia propia en su trayectoria como partera, pero también ha recibido talleres impartidos por el IMSS-Bienestar, así como asesorías y técnicas nuevas para ayudar a las parturientas. Doña Paula se siente preocupada porque, pese a que su profesión es arcaica y un orgullo de nues-

que las parteras ya no reportan su información respecto a cuántos partos atienden, lo que no significa que no lo hagan.

»A las parteras se les ha amenazado de que ya no ejerzan. Entonces el subregistro de información demuestra que sí, aparentemente, están dejando de hacerlo. Esto es, quizá, una de las estrategias más lamentables del sector salud en general, pues está buscando aniquilar una práctica que, como reza la APS, debería reforzar, promocionar y fortalecer el desempeño de estas mujeres, tomando en cuenta que ellas no son parte del sector, sino una parte de la comunidad. Además, es crucial considerar que la infraestructura en salud está muy lejos de cubrir un considerable número de comunidades de alta dispersión geográfica y de muy difícil acceso, en donde habitan casi exclusivamente poblaciones rurales e indígenas. Hay grupos de investigación y especialistas en antropología médica que han enfatizado en el peso de lo sociocultural. Lo han reiterado en múltiples documentos y estudios sin que el sector les haga caso (Soto, 2015). En esos materiales se argumenta cómo ha hecho el sector para aniquilar este oficio, además de aportar en sus artículos cuestiones por demás innovadoras para el control de la muerte materna.

»Por el contrario, en el PIB, con el argumento de que las parteras ya no deben atender partos, este indicador deja ver la función que el sector salud les quiere endilgar a las miles de mujeres que, muchas veces de manera voluntaria y altruista, se hacen cargo del control prenatal y de la atención del parto, en lugares que, en no pocos casos, carecen de infraestructura médica y de personal de salud institucional para la atención materno-infantil.

»Desafortunadamente, antes que reconocerlas, antes que ayudar a crear capacitaciones reales y de provecho, antes que entender y ver las formas en que unas a otras podrían muy bien enseñar y reforzar las técnicas del parto, antes que permitir que las parteras por pertinencia cultural se adueñen de algunos aspectos de la salud local comunitaria, el sector salud ha decidido excluirlas al considerar que ese rubro les pertenece solo a ellos y a nadie más.

»Foucault (1995) lo ha sostenido siempre: el dominio y la hegemonía del saber médico se abalanza por esgrimir un poder en donde el discurso y la práctica médica no deje lugar a dudas. Adueñarse literalmente de eso que considera su campo, el saber y sus individuos: los cuerpos. El control de un oficio criticado por la forma en que estas mujeres atienden. Sin embargo, en este caso, el PIB, a sus más de cuarenta años, ¿qué ha hecho para modificar y revertir esta situación? Nada, no

tra cultura, ya no cuenta con el apoyo que antes tenía, por lo que pide la ayuda de la comunidad para que su profesión no se extinga, pues también le sirve para obtener ingresos para su sustento". (Partera de Oxxutzcab requiere ayuda..., 2020).

hay voluntad y mucho menos oficio, ni actitud. Para eso se tendría que innovar y volver a replantear los orígenes del programa. Sin embargo, duele decir que eso a nadie le interesa, ni le ha interesado. Especialmente desde 2005 a la actualidad.»

Otro entrevistado sugería que «Podríamos revisar la *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se intentará reformar y adicionar los artículos 61, 64, 64 bis y 65 de la Ley General de Salud*,²⁸ para que el sector rectifique su proceder y que a la letra señala que:

Para las mujeres en México, principalmente las indígenas, afroamericanas y rurales, el sistema sanitario institucional ha invisibilizado, relegado y satanizado al sistema tradicional. En el 2018, el 90.15% de partos fueron atendidos por personal de salud, lo que implica un aumento de las cesáreas realizadas, provocando un problema de salud pública (p. 1).

En las regiones con población indígena y rural existe un sistema de salud paralelo al institucional, que es el sistema de salud tradicional, donde la partería es necesaria para miles de mujeres que se rigen por sus usos y costumbres, saberes cultivados en pueblos originarios. Las parteras son un símbolo cultural de todo el proceso de la maternidad: acompañan a la parturienta y a la familia, la guían, rezan y ofrecen elementos medicinales tradicionales que le serán benéficos a ella y a su bebé, no solo en el parto y el puerperio, sino durante todo el proceso obstétrico desde el inicio de la gestación hasta su culminación (p. 2).

A ello se añaden otros elementos del paisaje de la atención obstétrica tradicional, como mantener una temperatura cálida, la presencia de uno o más integrantes de la familia propia o política, además de la interacción directa de la pareja, la presencia de algunos elementos religiosos o rituales específicos. Todo lo anterior transforma el paisaje frío, indiferente y solitario de los hospitales y demás unidades médicas institucionales. Es de destacar que lo más importante de parir con la ayuda de una partera es el respeto al proceso natural. No hay medicamentos y no se presenta violencia obstétrica, la cual en el sistema institucional va desde el tiempo de espera que padecen las embarazadas, hasta maltratos con los instrumentos quirúrgicos y de tipo verbal (p. 2).

El sistema hospitalario ha perdido la capacidad para atender los casos que requieren atención obstétrica, continúan las noticias en diversos medios de comunicación se-

²⁸ Véase, <https://bit.ly/37qgudY>

ñalando la muerte de la madre, de la hija o hijo por una falta o mala atención en el parto, siendo estas defunciones causadas por complicaciones en el parto y el embarazo. Sin embargo, se habla de una disminución de muerte materna, de 1,070 en 2010 a 928 en 2017, pero la muerte sigue sorprendiendo a muchas mujeres en México; es el caso de una mujer de 28 años, que estaba en labor de parto. Ella vivía en la localidad de Huerta Vieja, en el municipio de San Miguel Totolapan, en Guerrero. Murió de una hemorragia. Su historia evidencia algo que ha sucedido en todo el país en la última década: que cada tres días una mujer muere en su casa por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, ocasionadas por una falta de atención. A este caso le sumamos el de Virginia, que a sus 27 años tenía la ilusión de ser madre por primera vez. Hoy, después de cinco años, no supera haber sido víctima de maltrato psicológico, verbal y físico por parte de personal médico del hospital donde permaneció durante dos días con su hijo muerto dentro del vientre. Ella vivió durante ese tiempo la desesperación de no ser atendida y ver que otras mujeres sí recibían la atención requerida, al preguntar, le respondieron que su caso no era urgente, ya que su bebé no tenía vida, nunca consideraron las consecuencias de una infección por permanecer con el bebé muerto dentro de su cuerpo. En Poza Rica, se suma el caso de una mujer que, previo a acudir al hospital regional, le realizaron un ultrasonido en un hospital privado, donde le indicaron que el bebé se encontraba muerto; por la falta de recursos, acude al hospital regional y después de cuatro días recibe la atención necesaria, con el peligro de que exista una infección, lo anterior por falta de personal y de camas. Otro caso es el de una menor de 13 años, trasladada de urgencia vía aérea al hospital Valentín Gómez Farías de Coatzacoalcos. La chica presentaba embarazo de 32 semanas, además de complicaciones médicas como eclampsia, convulsiones y deterioro neurológico, generado por la desnutrición, ausencia de control prenatal y su corta edad para estar embarazada. Por falta de seguimiento y atención al embarazo, tuvo complicaciones; estos son algunos de los casos que podemos mencionar, pero por razones de espacio faltan en este recuento muchos más (p. 3).

Veracruz, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Jalisco, no han abatido el problema de salud pública que viven; es alarmante que entre estos estados se sumen el 39.1% de las 568 defunciones por muerte materna registradas al principio del 2019, de acuerdo con el Observatorio de Mortalidad Materna en México. Estas cifras reflejan la existencia de una nula cultura del cuidado, así como la falta de aplicación de un sistema alternativo que permita dar atención intercultural a las mujeres y una carencia de prioridad al acceso a la salud para las mujeres embarazadas. Las muertes maternas responden a una situación del sistema de salud, ya que no hay infraestructura, médicos e insumos para dar total atención con la suficiente capacidad y calidad que merecen las mujeres.

Las muertes maternas se concentran mayormente en las zonas donde habitan mujeres indígenas y rurales, quienes experimentan formas específicas de violencia y discriminación, como la falta de acceso a la información, la imposibilidad de tomar decisiones respecto del parto —en la medida que esto sea posible—, así como de elegir los métodos de planificación familiar. México actualmente se enfrenta a una emergencia sanitaria y el sistema de salud fue cuestionado respecto a la atención que otorga y al cumplimiento de las acciones necesarias para garantizar el derecho a la salud consagrado en la Constitución. Ante tal emergencia sanitaria y su impacto en los hospitales, la partería representa una opción para las mujeres embarazadas durante la pandemia causada por el COVID-19, pues es claro que el sistema de salud se enfoca en la atención de los contagios que resultan día a día, mostrando que existen deficiencias y malas prácticas en la atención de los partos. Cabe señalar que los profesionales de la salud que atendían a las mujeres en labor de parto tuvieron que adaptar su sistema de atención, encontrándose con grandes obstáculos, ya que a las mujeres, al tener miedo de contagio, se les dificulta la labor de parto, retrasando el nacimiento. Es aquí donde las parteras juegan una labor importante, ya que coadyuvan en la atención en los momentos de emergencia, otorgándoles la seguridad necesaria a las mujeres, dándoles el tiempo que su naturaleza les pide (p. 4).

Como se ha señalado, las políticas implementadas durante la pandemia de COVID-19, como proteger al personal médico con factores de riesgo y la reconversión hospitalaria, se traducen en menos disponibilidad de servicios y aunque esto resulta necesario para enfrentar la contingencia, también nos confronta a la falta de capacidades de los sistemas de salud de México y otros países (p. 12)

Hay muchos desafíos para aumentar la disponibilidad de servicios de partería. A pesar de la enorme responsabilidad que asumen las parteras, con frecuencia no son retribuidas de una manera justa, sufren de malas condiciones laborales y padecen de falta de apoyo. Los sesgos de género son uno de los desafíos más comunes que tienen que afrontar. Cada mujer embarazada merece un parto seguro, incluso si está viviendo en una situación de crisis humanitaria. Las parteras pueden proporcionar este cuidado, y salvar vidas en el proceso. Las parteras podrían evitar más de 80% de todas las muertes maternas, mortinatos y muertes de recién nacidos (p. 10).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de 2015 a la fecha, ha emitido más de 40 recomendaciones en las que acreditó la violación al derecho a una vida libre de violencia obstétrica. Así mismo, en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, se registró que el 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años adujeron haber recibido alguna clase de maltrato verbal o físico por parte del personal que les brindó atención durante el parto (p. 6).

Es momento de adecuar el marco normativo en materia de salud para reconocer, apoyar y regular el trabajo de las parteras tradicionales, quienes durante décadas han realizado sus prácticas al margen del conocimiento de la medicina científica e institucional y si bien no cuentan con una certificación o un título profesional que las avale como tal, fungen materialmente como auxiliares de la salud.

»Estos son, en resumen, los cambios que se discutirán en el Senado. Y en la siguiente figura aparece la *Propuesta de Modificación*.

Figura 2. Propuesta de modificación a la Ley General de Salud

Propuesta de Modificación LEY GENERAL DE SALUD	
Texto Vigente	Propuesta de Modificación
<p>Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p>	<p>Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera; considerando la libre elección de la mujer sobre el tipo de atención que desea recibir, incluyendo la posibilidad de ser atendidas bajo el modelo de partería, sea esta particular o tradicional.</p> <p>Se entenderá por modelo de partería: Los servicios adecuados y de cobertura basados en el respeto de los derechos humanos y de la interculturalidad de las mujeres, que consideran el embarazo y el parto como eventos fisiológicos naturales. Los servicios están encaminados en el cuidado del embarazo, parto, puerperio, la atención del recién nacido, así como el cuidado de la vida sexual reproductiva de las mujeres; servicios liderados por parteras basados en la autonomía en la toma de decisiones de la mujer y en una práctica apoyada en la mejor evidencia científica.</p>
I Bis. a VI. (...)	I Bis. a VI. (...)

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. a IV. (...)

SIN CORRELATIVO

Artículo 64 Bis.- La Secretaría de Salud impulsará la participación de los sectores social y privado, así como de la sociedad en general, para el fortalecimiento de los servicios de salud en materia de atención materno-infantil. Para tal efecto, promoverá la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materno-Infantil, tanto en el ámbito federal, como en las entidades federativas, con la finalidad de facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica, en esta materia, y en su caso, brindarles apoyo para el acceso a ellos.

Artículo 65.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;

SIN CORRELATIVO

II. a IV. (...)

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. a IV. (...)

V. Acciones que permitan la participación activa de parteras en la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Artículo 64 Bis.- La Secretaría de Salud impulsará la participación de los sectores social y privado, considerando los saberes de la partería, así como de la sociedad en general, para el fortalecimiento de los servicios de salud en materia de atención materno-infantil. Para tal efecto, promoverá la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materno-Infantil, tanto en el ámbito federal, como en las entidades federativas, con la finalidad de facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica, en esta materia, y en su caso, brindarles apoyo para el acceso a ellos.

Artículo 65.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;

I Bis. Las acciones que promuevan la participación de las parteras en la atención materno infantil; y el desarrollo de programas que incorporen el conocimiento de los saberes de las parteras en la salud sexual y reproductiva.

II. a IV. (...)

Fuente: Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 61, 64, 64 bis y 65 de la Ley General de Salud. <https://bit.ly/37qgudY>

»La situación elemental ante el desprecio del sector salud por las parteras es la de modificar la ley, pues no hay forma de que el sector las considere como una de sus partes y que en lugar de restar sean invitadas a sumarse. En el total del sector salud es probable que así es, pero en el PIB, que siempre difundió ese trabajo comunitario de respeto e implementación de saberes, la partería es un elemento esencial y debe ser considerado como tal.

»Algo muy relevante por señalar, es que algunas de estas adendas ya estaban consideradas en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, por ejemplo: “considerando la libre elección de la mujer sobre el tipo de atención que desea recibir, incluyendo la posibilidad de ser atendidas bajo el modelo de partería, sea esta particular o tradicional.”

»Esto ya se había negociado y acordado. El gran problema es que la NOM-007 es un cuerpo controversial. Es cierto que dice que se le dará a la mujer la posición para el parto que ella prefiera. El gran problema, lo controversial, es que la misma NOM-007 indica que dicha postura se llevará a cabo siempre y cuando el espacio clínico cuente con ese tipo de adecuaciones. Es decir, si la clínica o el hospital no tienen espacios adecuados para el parto tradicional, vertical, humanizado o intercultural, pues con la pena, pero no podemos atender de esta forma. Lo peor es que si tuviesen los espacios, tampoco se podría, porque lo que aplicaría es que no tienen personal con experiencia en ese tipo de partos. Un asunto y tema controversial dentro de la NOM-007 que, parecería, una NOM inclusiva. ¡Pero no! Tiene algunas letras chiquitas que anulan todo lo inclusivo.»

c) Capacitación.

Para nuestros entrevistados, en la sección que este Informe dedica a la capacitación (IMSS, 2020) «Es notable ver que únicamente se refiere al reforzamiento médico. No hay rubro que se preocupe de fortalecer lo comunitario. Respecto a los equipos comunitarios de conducción: no hay nada para ellos. Desde hace más de quince años no hay propuestas de innovar para dotarlos de más iniciativas pedagógicas y socioculturales, así como de aspectos que contribuyan a una mejora en todas las aristas comunitarias. Aquí toma cuerpo, nuevamente, lo de medicalizar más al PIB.

»Fuera de la enumeración de miles de talleres, capacitaciones, derivaciones, atenciones, ¿en qué parte se informa sobre la calidad de esa numeralia? Es decir, haber otorgado miles y miles ¿tiene algún indicador que oriente sobre cuál o cuáles fueron los beneficios? ¡No!, no lo tiene. Por lo que se podría continuar más allá del infinito haciendo y haciendo, sin llegar a establecer cuánto más se necesita para hablar de logros reales para determinar al menos que las acciones de capacitación tienen una programación, una realización y un impacto real del que sería posible traducir algún beneficio directo en la salud de las comunidades.»

d) Satisfacción del usuario.

Sobre este tema, nuestros entrevistados consideran que «Un pequeño aporte sobre la satisfacción del usuario (IMSS, 2020) reza que un 32% lo calificó de muy bueno y otro 66% de bueno, por lo que un 98% asume que los servicios son buenos. ¿Será?

Un posible sesgo es que esta satisfacción está ubicada en una encuesta aplicada en el establecimiento de salud durante la consulta médica, lo que puede llevar a que la persona pueda dar una opinión favorable, pues estar viviendo el momento de la atención/consulta implica muchas veces que las personas respondan positivamente (Borrell y Rodríguez, 2008).

»En este sentido, la percepción del usuario de que la atención es gratuita influye en la posibilidad de aceptar lo que sea, pues no puede haber exigencia o reclamación ante servicios de este tipo. Si bien el IMSS-Bienestar fue un servicio bastante completo e integral en sus dos primeras décadas, se fue desmantelando en las dos siguientes, dejando de surtir en su totalidad los medicamentos necesarios y dejando de contratar el personal necesario para garantizar una atención integral. La percepción de las personas, en los últimos años, fue de que recibir un servicio incompleto era normal, ya que era gratuito. De forma interpersonal pensaban: sí, ya no me dan el medicamento, o cuando vengo no hay doctor, o no me puedo operar porque no hay cirujano, esa persona se pregunta ¿por qué? Y entiende que al no cotizar o no aportar, pues no tiene derecho o se le otorga lo que hay (Gómez-Franco, 2020).

»En Chiapas, en los últimos ocho años la situación ha sido más que crítica, pues para la atención médica y operación debían los usuarios no solo comprar los medicamentos, sino incluso los implementos mínimos necesarios para una operación sencilla. Es este factor el que en los últimos años aumentó el gasto de bolsillo en salud a nivel nacional. Pues, entre líneas, se puede leer que muchos usuarios se pasaron a los Consultorios Adyacentes a las Farmacias (CAF) porque consideraron una pérdida de tiempo hacerlo en el PIB.

»En Flores Hernández *et al.* (2019) destaca la siguiente conclusión: antes que quejarse de la falta de recursos humanos y materiales en el momento de pretender atender su salud, la población indígena alude el maltrato y la mala comunicación como uno de los factores más apremiantes a resolver. Esta queja debe entenderse como algo que aún no considera la mala atención a partir de la falta de equipos, medicamentos y personal profesional de la salud disponible. Por lo que entonces, y de acuerdo con el texto mencionado arriba, es muy presuntuoso y arriesgado aducir que un 98% de los usuarios están satisfechos con la atención brindada.»

e) Epílogo al Informe.

Finalmente, para nuestros entrevistados, como «Epílogo a este Informe, desde los planteamientos de la 4T y el Bienestar era lógico que el PIB aspirara a una nueva era en donde se pudiera trascender el pasado, pasar a una nueva concepción de salud, reestructurar todo el modelo y desarrollo comunitario acerca de la salud. Es claro que el México de hoy ya guarda una diferencia enorme con el de ayer. Si solamente se apostara por hacer realidad las nuevas políticas públicas que han estado plasmadas

en los Planes Nacional de Desarrollo (PND), e inclusive en los programas sectoriales de salud, debería haber cambios. Pero parece que ahí se van a quedar. Una verdadera lástima, porque gran parte del país pensó que podrían haber otras mentalidades para la atención a la salud. El despertar fue brusco al ver que lo único que pareció importante fue creer que solo se necesitan más médicos, más hospitales y más medicinas. Toda una contradicción cuando se habla de fortalecer a las comunidades con acciones preventivas, como la que lastimosamente vivimos hoy con la pandemia.»

Lo que nos queda

Cuando se pregunta a nuestros entrevistados por el futuro inmediato del IMSS-Bienestar, uno de ellos responde: «¿Qué podríamos esperar para un futuro? ¿Qué habría que hacer para fortalecer los rubros de promoción y prevención de la salud? Es necesario reevaluar lo que sucederá con los voluntarios comunitarios. Porque en gran medida son ellos los que dan soporte al asistencialismo que, en las últimas dos décadas, ha permeado el quehacer en el PIB. Son una gran cantidad de agentes comunitarios, gracias a los cuales es posible tener una radiografía del estado de la salud en las comunidades. El problema es saber cómo quedarán en cuanto las aguas del nuevo sexenio se acomoden.

»Se habla de que quieren retomar la visión de que el derecho a la salud es una obligación del Estado. Bien, ahora ¿será plausible el manejo y crecimiento del PIB sin sus miles de voluntarios? Recordemos que el PIB cuenta con casi 4000 UMR, ya sin las 320 UMU del ex Programa Prospera del que solo sobrevivieron quince, y que, en cada una de las localidades sede, existen entre tres o cuatro comunidades —denominadas LAIS— que no tienen infraestructura en salud y que son atendidas por las UMR. Que, tomando en cuenta esta situación, es como justamente el PIB formó un ejército de ARS²⁹ o bien: poco más de 16 000, los que a su vez, dentro de cada comunidad, cada ARS ha organizado otro grupo de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), y que cada uno de ellos a su vez, tiene bajo su control a diez familias. Con este esquema es con el que se intenta atajar cualquier tipo de brote, identificar y vigilar embarazos de alto riesgo, atender los urgentes padecimientos crónicos, y también se encargan de la selección y promoción de todas las personas que pueden acudir a una jornada quirúrgica —de cinco o seis especialidades médicas—, entre otros aspectos.

²⁹ ARS: Asistente Rural de Salud. Son las siglas con que se conocía este personaje hasta antes de 2006. Posteriormente, cuando la titular del PIB fue Carolina Gómez Vinales, se le llamó Voluntario Rural de Salud (VRS). Un lío, en muchas comunidades se les sigue llamando ARS.

»En buena medida todo este personal trabaja para lo asistencial. Es decir, hace veinte años el rumbo cambió para, de ser preventivos, colocarse directamente en atacar el daño a la salud, lo cual puede considerarse como un fracaso. Empero, si hoy el derecho a la salud es eso exactamente, un derecho, en la nueva reevaluación del gobierno entrante: ¿se dejará de pedir la participación de las comunidades? De ser así, lo que sigue es un PIB que se sumará a lo que por inercia hace todo el sector salud. Bajo este escenario, es muy probable que el PIB funcione sin efectuar de manera cercana a la realidad los reportes de brotes de cólera o de dengue, sin identificar a las mujeres embarazadas de alto riesgo, sin el control de la diabetes y de la hipertensión a nivel comunitarios.

»De igual manera, es previsible que también actúe sin ubicar actitudes y comportamientos que incidan en el aumento del embarazo adolescente y de otros problemas de salud. Podemos estar seguros de que lo que se pueda hacer con este *modus operandi* se atenderá ya tarde. Esas son las consecuencias de dejar fuera la promoción de la salud. En este sentido, dado el panorama presente con las señales que emanan del actual gobierno, tomando en cuenta lo que se espera en un futuro cercano y a mediano plazo, es válido preguntar: ¿se adaptará el PIB a los cambios ocurridos en el país? Porque en muchos lugares la violencia rompió o cercenó el tejido social debido a la inseguridad que se padece en extensas regiones, a lo que habría que sumar los efectos de la pandemia del covid-19.»

Otro entrevistado agregaba: «Actualmente existen decenas de UMR que nadie quiere ocupar por el grave problema de la inseguridad. Asimismo, en cuanto a la migración, hay localidades exclusivas de ancianos, mujeres y niños. Cada vez más son los ancianos los que están poblando estas comunidades. Lo que queda es valorar. Hacer un diagnóstico sobre todo lo que hay que retomar. No solo lo aparentemente importante que es la atención. Adelantarnos a modificar actitudes antes de que revienten. Levantar todos los vidrios que se rompieron y volver a empezar. Se requiere dinero. Pero yo diría que es una inversión. Se invierte en educación para la salud y obtienes menos enfermedad. Si quieres una estrategia que funcione, debes invertir, sin menoscabo. Y eso siempre ha sido cuestionado.

»Al mismo tiempo hacen falta talleres vivenciales para saber lo que está pasando en casa. En donde esas alarmas nos pueden guiar para anteceder a la enfermedad. Se cree que cuando hablas de lo sociocultural son cosas que no importan. O que como ya existen, siempre han existido y nadie les hace caso en las políticas públicas, pues no sirven. La otra parte debería centrarse en lo humano, en la capacidad, voluntad y actitud de asumir la salud del otro, desde esa pertinencia cultural. Es importante porque esta parte no requiere dinero, sino voluntad. La institución siempre piensa en la institución y no en las personas. Por ejemplo, la “unifila”, una forma que consiste en que si tú vas al IMSS sin cita no te quedes sin ella, en especial si

perteneces a los grupos vulnerables. ¿Cuántos años debieron pasar para darse cuenta de que esto era necesario?, ¿setenta? Cuando se implementó la nueva consulta por computadora, ¿a alguien le importó conocer la opinión de los pacientes? ¡No! Solo se tomó lo que la institución requería. ¿Modernización sin modernidad?»

Inercias

Dentro del PIB es difícil romper el autoritarismo que se tiene desde adentro. Uno de los entrevistados narra que: «Para una de las giras del presidente López Obrador, el director general del IMSS, Zoé Robledo, realizó una videoconferencia a los ochenta HR del PIB, dando instrucciones muy precisas respecto a que no se pintaran ni maquillaran las cosas. El presidente “quiere apreciar de qué tamaño es el hoyo en el PIB”, dijo. Eso habría significado que las visitas fueran sin corregir nada y sin embargo en el nivel central “eso no importó”. Aun en contra de esta indicación, se comisionó personal con el único fin de hallar evidencias, a través de fotografías, para ver las condiciones en que estaban los hospitales, incluso los excusados. Las evidencias fotográficas se hicieron explícitamente para regañar al personal encargado en las diversas áreas de cada hospital.»

Alternativas

Para nuestros entrevistados es claro que el PIB podría tener un desempeño más prometedor si se evaluara la pertinencia de considerar el siguiente paquete de alternativas mínimas: «Para que el PIB se consolide de verdad, es preciso:

- Fortalecer, mediante capacitación y desde áreas que hagan énfasis en el desarrollo humano, a las comunidades en aras de poder crear autogestión y la autonomía de las personas para una mejora de su salud enriqueciendo, desde la transversalidad del género, derechos humanos, interculturalidad y no estigmatización, una mejor atención.
- Que el equipo de salud visite directa y más frecuentemente a sus cuatro Localidades de Acción Intensiva (LAI). En el año 2000 desapareció el día a la semana que los médicos dedicaban a realizar estas visitas.
- Que las decisiones para cualquier tipo de actividad en salud donde la comunidad se vea inmersa, primero sean consultadas y asesoradas.
- En lo que toca a la atención del parto, que se implementen conversatorios (PIB-parteras-embarazadas-CEDH-CNDH) en regiones donde la incidencia de la muerte materna nos obliga a sumar esfuerzos. En estos lugares, y mediando la CEDH se pondría fin a la equivocada política de limitar a

las parteras el ejercicio de su profesión, a la vez que se podrían lograr acuerdos sobre las aportaciones de los agentes de salud comunitarios e institucionales.

- Es necesario fortalecer el trabajo conjunto equipo de salud-parteras en el primer y segundo nivel de atención. Su trabajo, a pesar de haber sido prohibido, sigue desarrollándose, por una sencilla razón: la mayoría de las mujeres indígenas prefiere atenderse con la partera.³⁰
- Entre las enfermedades que más están afectando a la población del país, están la diabetes y la hipertensión, las cuales siguen aumentando. Y sin embargo nada cambia en el sector. El reciente caso del etiquetado frontal de advertencia es una prueba de que el cambio provino desde la opinión pública, particularmente de la organización llamada El Poder del Consumidor y no de la institucionalidad médica. El cuestionamiento principal es al enfoque sobremedicalizado.

»Hay algo de lo que debemos partir: se requieren médicos que cambien su actuar y pacientes que también lo hagan. Se debe crear conciencia a través de campañas efectivas de educación para la salud, para que los protagonistas asuman sus nuevos papeles. Porque hoy se requiere de un paciente que esté consciente de lo que eso significa, de lo que enfrentará en un futuro, de lo que pasará si no lo hace. Se necesita de médicos y pacientes mejor informados. Construir promoción y educación en salud para la población es una responsabilidad que está en el aire. Se necesita una campaña fuerte que deje de considerar a las personas como autómatas que solo tienen que obedecer. De igual manera, la formación del personal de salud también requiere modificarse para revalorar las actividades de prevención y promoción de la salud.

»Con urgencia se debe plantear la correlación de los quehaceres médico y comunitario, como una forma de construir, desde diversas disciplinas biomédicas: medicina, enfermería, trabajo social, y sociales: psicología, pedagogía, sociología, antropología médica y otras disciplinas afines, un nuevo paradigma de la atención centrada en la persona.

»Es determinante que quienes asuman la titularidad del PIB den muestra no solo de conocimientos biomédicos, sino de creación de modelos nuevos para redi-

³⁰ Véanse, <https://www.pagina66.mx/prospera-en-mexico-prohibe-la-parteria-tradicional/> en donde se argumenta la preferencia por el parto con parteras y el menosprecio institucional por la partería tradicional. Y Torres (2018), quien advierte acerca del "El discurso hegemónico que refuerza la institucionalización de los procesos de salud mediante la afirmación de que es más seguro realizar un parto en las instituciones del sector salud que con una partera".

rigir esfuerzos hacia una mejor atención. Porque en el PIB, desde hace casi veinte años, se cumple cada nuevo sexenio la máxima de “que todo cambie para que todo siga igual”, o peor.

»De igual forma se requiere una dirección que asuma, reconceptualice y diseñe estrategias desde la visión de la salud pública. Lo peor para ocupar el puesto de titular del PIB es creer que se debe seguir haciendo lo mismo, sin crear, sin innovar, y sin oficio ni vocación.

»Al PIB le hacen falta campañas que empoderen a la población a la que van dirigidos. Que sus usuarios puedan preguntar, abrir espacios de información consensuada; que el PIB deje de verlos como un ente que solo debe callar y obedecer.

»Dadas las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud del país, el actual modelo de paciente y de personal de salud ya no opera. Si se quiere modificar realmente las condiciones de salud, lo cual urge, ello se logrará cuando en los servicios de salud haya más humanismo y más pertinencia cultural, de género y de derechos humanos.

»Ahora la urgencia de la pandemia sepultará lo que se ha pretendido denunciar y quedará bajo este pesado mecanismo que, previsiblemente impedirá que alguien pueda hacer algo por cambiar las cosas en el PIB. Convendrá entonces darse cuenta de que el IMSS-Bienestar está inmerso en el sector salud, pero que, a diferencia de este último, buscaba brindar en sus inicios una atención distinta y más humana. Y nos damos cuenta de que con el paso de la pandemia todo el sector ha dejado al descubierto un sistema de salud nacional frágil, vulnerado y centrado en el asistencialismo. Nada volverá a ser como antes. Pero es posible planear, cambiar, dar perspectiva a la promoción de la salud y retornar a la prevención, educar para el cuidado a la salud, pero ya no solo desde el PIB, sino en todo el sector salud.»

El desafío de evaluar el Modelo de Atención Integral a la Salud antes que “evaluar” para las necesidades de los directivos del Programa IMSS-Bienestar

En el marco de la 4T, con el espíritu del informe OPS-OMS (2019), los tradicionales procesos de evaluación que han imperado en el PIB enfrentan un desafío. Tal como señala la Secretaría de Salud (2019, pp. 63-64):

en los servicios de salud orientados a la APS, históricamente se han realizado evaluaciones mediante metodologías y herramientas complejas, mismas que en muchas ocasiones buscan dar respuesta a las necesidades de los directivos en su misión de mejorar el estado de salud de la población a la que sirven, por encima de las necesi-

dades propias de la comunidad. Por ello, el nuevo modelo obligará a los directivos de servicios de salud a adaptarse a los constantes cambios y necesidades del entorno en el que sirven, estableciéndose la coordinación del continuo de atención a través de redes de servicios de salud debidamente integradas y coordinadas.

Consideraciones finales

ESTE LIBRO COLECTIVO APORTA, QUIZÁ POR PRIMERA VEZ EN MUCHO TIEMPO, una mirada sui géneris sobre la realidad operativa del Programa IMSS-Bienestar que se separa abismalmente de la solemne narrativa oficial que propalan sus libros blancos y los *Informes IMSS*. Estos destacan únicamente lo “positivo”, sin autocrítica. Fabrican un PIB como si donde todo lo “hecho” desde sus inicios y en sus distintos procesos nunca hubiera enfrentado cambios. Proyectan una suerte de PIB en perpetuidad, aunque también sugieren —de manera tenue— cierto estancamiento y hasta la “urgencia” de renovación, sobre todo de su diseño original.

La realidad operativa del PIB no se ajusta a esta fabricación. El recorrido que traza este volumen ilumina cómo las diferentes administraciones, especialmente las de los últimos tres sexenios, no buscaron reforzarlo. Al contrario. Nuestro recorrido documenta que las formas muy personales con que se lo administró, si no buscaron desaparecerlo, sí operaron en un sentido muy cercano a esta intención.

A lo largo del libro queda claro que el PIB siempre preservó los dos componentes pilares de su modelo de atención: el médico y el comunitario. Ello no ocurre en el resto del sistema nacional de salud, donde más bien ocurre una especie de homogeneidad entre todos sus componentes biomédicos, hasta que arribó la administración sectorial de la 4T, cuyo destino está aún por terminar de escribirse.

Dado el éxito de los cuarenta años de operación del PIB, intentar que él se integrara con su modelo propio a esa uniformidad sectorial biomédica, como se hizo reiteradamente durante los últimos tres sexenios, era y es una tarea imposible. Y lo seguirá siendo en la 4T a menos que se ajusten todos los modelos sectoriales al MAIS del PIB. ¿Por qué? Sencillo: por el componente comunitario del modelo.

Y sin embargo nuestro recorrido confirma que esa gran diferencia entre los otros modelos y el MAIS siempre se ha abordado con extrema simpleza. Y lo sigue siendo al juzgar por los programas sectoriales que ha anticipado la 4T, particularmente el llamado modelo SABI del Instituto de Salud para el Bienestar, como también se examina en este mismo libro.

La pregunta clave, en la opinión de los autores de este volumen es la siguiente: ¿realmente saben de lo que se habla aquellos que citan el factor comunitario? ¿O solo porque como la *comunidad* es lo más cercano a *pueblo* se procede a autocelebrarla como componente del MAIS? ¿Se habrán acercado a alguna comunidad sin la alharaca mediática que siempre los acompaña, para saber y conocer lo que la gente hace por su salud?

La respuesta a esta pregunta es también muy clara: no, no lo saben. Y la mejor prueba es la visión que, desde los directivos del PIB, priva sobre ese componente comunitario tal y como se atiende profusamente en este libro.

Hoy por hoy, por diferentes razones y motivos, a ese componente comunitario se le sigue regateando y cercenando el debido crecimiento que debió haber tenido a lo largo de las cuatro décadas que se examinan en este trabajo. Bien vistos y examinados, es claro que todos los recursos en materia de los diversos aspectos de desarrollo comunitario, ya desde el inicio mismo del PIB y su modelo MAIS, se encontraban severa y profundamente comprometidos.

Si las clínicas aumentan y el personal médico también, ¿entonces por qué el componente comunitario del MAIS quedó siempre en el rezago? En cierto sentido, el asunto era casi elemental: si se pretendía reforzar la prevención, lo lógico era reforzar las posibilidades implícitas y probadas durante las cuatro décadas de ese componente comunitario.

Y sin embargo, hacia finales de la década de 1990, se apreciaba el crecimiento de los padecimientos crónico-degenerativos, mientras los métodos de planificación familiar se dejaban de ofertar al nivel que alcanzaron previamente. De la misma manera, el embarazo adolescente creció aceleradamente.

Faltó, y en mucho, reforzar el componente comunitario. Pero ese no fue el interés de quienes dirigieron el PIB. Al negar, o dejar de hacer el cúmulo de vertientes que se reúnen en el autocuidado para la salud, por una cuestión de números, el PIB fue reorientado por sus responsables hacia una medicalización que favoreció este componente y que desdibujó, y en algunos casos invisibilizó, la parte comunitaria.

Todo este proceso, que relegó en términos relativos el componente comunitario del MAIS, no es ajeno a un estilo decisorio de férreo centralismo; estilo que se reforzó durante los últimos tres sexenios.

Un programa de este tipo, diseñado para población rural y altamente marginada, no fue concebido para que quienes lo coordinaran lo hicieran desde dimensiones basadas en el poder, el control y la imposición. Ese centralismo ignoró el espíritu en campo del proyecto original, así como sus objetivos seminales de origen.

Ese férreo centralismo se corresponde con el agudo distanciamiento de los responsables del PIB del frente de operación y sus necesidades plasmadas en el

diseño original. Mientras más lejanas, esas autoridades eran necesariamente más centralistas. Por tanto, su forma de “gobernar” abatió la autonomía de las diversas áreas que lo componen, ya que ellas debían y deben ceñirse a lo que alguien decida desde el poder y la imposición.

Además, y muy en especial entre los dos pilares del MAIS: el componente médico y el comunitario, dicho centralismo generó, debido a su control desde arriba, su profundo distanciamiento. Los hizo deliberadamente extraños entre sí, cuando en el modelo inicial son dos gotas de agua en maridaje operativo. Por ese centralismo ambas áreas no realizan hoy, como se podría suponer, un trabajo conjunto de reflexión. Y ya no digamos de análisis sobre las problemáticas operativas de su labor. Lo que impuso ese centralismo fue dosificar, por separado a cada área (la Comunitaria y la Médica), aquellos documentos de acción que debían haber nacido unificados. Por lo demás, ese férreo centralismo culminó privilegiando invariablemente al Área Médica, reservándole la última palabra. Ante su desconocimiento deliberado del impacto y potencial del Área de Acción Comunitaria; ante sus dudas, temores y miedos, el férreo centralismo de los responsables del PIB se acomodó, sintiéndose así más seguro, en la plena certeza de la fuerza de la medicalización. Porque, en su visión, “esa sí no falla”.

Todo lo que Flores y Morán (1989) observaron en su momento: mayor capacitación tanto para el personal médico y el comunitario, como fortalecimiento de lo comunitario mismo: capacitación a la comunidad, indispensable y necesaria para modificar los hábitos en salud, fue lo que ese férreo centralismo —con la deliberada separación entre el componente médico y comunitario— ignoró olímpicamente. A cambio, sobre todo en los últimos tres sexenios, los responsables del PIB se dedicaron a intentar elaborarles nuevos propósitos.

Su diseño original fue abandonado a su suerte con recursos extraordinariamente limitados. Se lo vio como una suerte de “piso básico” para publicitar la pertinencia de un Programa “preventivo”. Pero, a partir de 2007, con la administración de Felipe Calderón, se renunció a presentar procesos o elementos novedosos para fortalecer el diseño original. Ello es en particular visible en lo que las tareas de capacitación demandaban y requerían.

Esta capacitación se ubicaba en el nivel de preparación profesional para que el personal de nuevo ingreso, médico y comunitario, supiera, entendiera, comprendiera y sintiera lo difícil que era para la comunidad acudir a un servicio de salud en donde de forma cotidiana se le maltrata y discrimina, es decir, sin que se le brindase la atención adecuada. En este sentido, el férreo centralismo canceló determinados procesos sustantivos como la supervisión nacional. Primero del Área de Acción Comunitaria y, después del Área Médica. Con ello desaparecieron uno de los pocos referentes de lo que ocurría con la capacitación a nivel nacional.

El disminuir los procesos de supervisión y capacitación tuvieron un efecto negativo en la operación del PIB, lo hicieron más inoperante, con más fallas y con precariedad presupuestal.

Además, las delegaciones estatales (actuales Órganos de Operación Administrativa, OOAD) fueron siempre cotos de poder, con altas contrataciones a nivel gerencial, sin que se lograsen cubrir realmente las necesidades de la población. ¿Se podía medir y evaluar igual a Sinaloa que a Chiapas o a Oaxaca?

En suma, puede decirse que lo que siempre pretendieron los responsables del PIB —especialmente en los últimos tres sexenios— fue homogeneizarlo con el Régimen Ordinario del IMSS buscando atender “derechohabiciencia”. Pero esta no era en lo absoluto pertinente debido a la diversidad de población a la que atienden uno y otro.

En el centro del MAIS, y como en sus primeros años, el tema fundamental sigue siendo la relevancia del papel que juega la comunidad en la aceptación de sus servicios de salud. Este tema era el que el centralismo intentó enterrar con muy malos resultados. Y es un tema capital en la proyección que la 4T pretenda imprimir en sus modelos de atención posneoliberales.

La presente administración debe considerar la voz de las comunidades, pero también equilibrar las necesidades que ellas perciben con las necesidades técnicas —determinadas por el perfil sociodemográfico y epidemiológico— y hacerles frente de la mejor manera posible, tanto operativa como presupuestalmente, evitándoles en lo posible que se queden sin acceso a servicios de salud. En este sentido, tal como lo señalan diversos ordenamientos nacionales e internacionales —por ejemplo, el Convenio 169 de la OIT—, las comunidades deben ser parte de los procesos que atañen a su salud, en este caso, en las actividades de planeación, organización y funcionamiento del PIB.

El MAIS de 1994 establecía la elaboración de un diagnóstico de salud local y en la base del PIB se procuraba el diálogo para brindar una mejor atención a su población objetivo. Hoy, desafortunadamente, no se conciertan esos diagnósticos con las prioridades del PIB y los problemas locales que enfrentan las poblaciones.

A partir de los resultados electorales presidenciales de julio 2018, el PIB ha cobrado un indudable protagonismo. Sin embargo, ello no se ha traducido y concretado aún en un discurso coherente que rescate el contexto histórico del IMSS-Bienestar en el que se involucren sus capas superiores, así como los actores externos que influyen de una u otra manera en su infraestructura, desempeño y en cómo se le percibe.

Podríamos citar a toda la dilatada capa de funcionarios sectoriales, más los gobernadores, políticos profesionales y opinólogos —que no analistas— que gustan de referirse al PIB como algo “inicialmente” exitoso y que (todos ellos) proyectan a

un presente todavía “mucho más exitoso”, lo cual constituye un gran desatino que no se apega a los hechos de la vida operativa del PIB, como informan las entrevistadas y entrevistados que han hecho posible este libro.

A la luz de sus señalamientos y reflexiones, los dos últimos directores generales del PIB de la 4T (Germán Martínez y Zoé Robledo), así como varios de sus predecesores, no han tenido pleno conocimiento de dicho programa, ni de las motivaciones que le dieron origen. En sus reconstrucciones y posicionamientos ante el futuro del PIB, todos ellos asumen un servicio médico y una organización comunitaria como aspectos inmutables, los cuales, como se constata en este libro, en 2021, distan estructuralmente de ser en términos operativos lo que plasmó su diseño original.

Hacía falta contar parte de lo que ocurrió en cuatro décadas de operación del PIB. Hacía falta matizar ese “éxito” original, y precisar que, sin un nuevo marco decisorio, el “futuro” del IMSS-Bienestar no garantiza automáticamente “muchos, muchos más éxitos”.

La disyuntiva *medicalización o comunidad* está más viva que nunca.

Bibliografía

- Almaguer González, J. A., García-Ramírez, H. J. y Vargas Vite, V. (2010). La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 3-27.
- Antena San Luis. (2018, 8 de enero). El Radar, el Editorial de Antena presenta: ¿quién diablos es Frinné? *Antena San Luis*. <http://antenasanluis.mx/radar-antena-editorial-presenta-quien-diablos-frinne/>
- Avila-Jaquez, C. (2019). Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia*, 26(80), 03. <https://doi.org/10.29101/crcs.v26i80.10790>
- Borrell, C. y Rodríguez, M. (2008). Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(Suppl. 1), 46-57. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500005>
- Cabral, J., Baltazar, M. C., Brambilia, C., Flores, A., García, F. y Orozco, M. C. (2000). *Salud sexual y reproductiva en jóvenes indígenas de las principales etnias de México: Hñahñu, Maya, Mixteca, Nahuatl, Tzeltal, Zapoteca: enfoque sociodemográfico, antropológico y psicosocial*. México: IMSS.
- CISS. Curso: *Protección social a la población rural, 17 de septiembre al 10 de octubre 1980*. (1980). México: CISS.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2016). *Convoca CNDH a las autoridades de salud a respetar e impulsar el trabajo de las parteras tradicionales*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Comunicados/2016/Com_2016_144.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2018, 21 de diciembre). *Recomendación 81/2018. Sobre el caso de violación al derecho a la protección de la salud e interés superior de la niñez, por inadecuada atención médica en agravio de V, en el hospital general de Cuetzalan, de la Secretaría de Salud de Puebla*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-01/Rec_2018_081.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2019). *Informe Anual de Actividades 2019. Pueblos y Comunidades Indígenas. Análisis Situacional de los Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas*. <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=50067>

- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2019a, 29 de marzo). *Recomendación No.11/2019. Sobre el caso de la violación al derecho a la protección a la salud por la inadecuada atención médica de V1, persona indígena mayor en el Hospital Rural IMSS-PROSPERA en Zongolica, Veracruz*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Rec_2019_011.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2019b, 21 de mayo) *Recomendación No. 24/2019. Sobre el caso de las violaciones al derecho de la protección a la salud, a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica de V1 e interés superior de la niñez de V2 en el hospital de Ginecopediatría 3A del IMSS en la Ciudad de México*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-06/Rec_2019_024.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2019c, 21 de mayo). *Recomendación no.82/2019. Sobre el caso de violaciones al derecho humano a la protección de la salud por negligencia médica, que derivó en la pérdida de la vida de v1, mujer adolescente de 16 años, y a la información en materia de salud, en agravio de QV, V2, V3 y V4, en el hospital general de zona número 24 del IMSS, en la Ciudad de México*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-10/Rec_2019_082.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2020, 1 de julio). *Recomendación no. 16/2020 sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, así como a la información en materia de salud en agravio de V y QV, respectivamente, en el hospital general regional número 196 del IMSS en Ecatepec de Morelos, Estado de México*. http://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-07/REC_2020_016.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (s. f.). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015. Valoración de la información de desempeño presentada por el programa IMSS-Oportunidades; IMSS-PROSPERA*. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/evaluacionExterna/eval-2013-InformeEvalDesempeno.pdf>
- Cortés, J. (2020, 27 de abril). Por miedo al Covid-19, indígenas embarazadas buscan parteras. *El Heraldo de Juárez*. <https://www.elheraldodejuarez.com.mx/mexico/sociedad/por-miedo-al-covid-19-indigenas-embarazadas-buscan-parteras-contagios-coronavirus-nacimientos-5155233.html>
- Chejfec, S. (2005). Entrevista a Nestor García Canclini. *Nueva Sociedad*, 200(Noviembre-Diciembre). <https://nuso.org/articulo/entrevista-a-nestor-garcia-canclini/>
- Despidos y maltratos en IMSS-Oportunidades. (2008, 31 de marzo). Sección “Correo Ilustrado”. *La Jornada*.
- Donneaud, M. G. (1988-1989). *San Juan del Porvenir. Vídeo promocional del programa IMSS-SOLIDARIDAD*. México.

- El acceso a servicios de salud para quienes menos tienen está garantizado: Zoé Robledo. (2019, 18 de junio). *Boletín núm. 167*. México: IMSS. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201906/167>
- Fajardo Ortiz, G. (2004). *La descentralización de los servicios de salud en México*. México: BUAP.
- Flores-Alvarado, A. (1993). *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México, 1986-1991*. México: IMSS.
- Flores Alvarado, A. y Morán, J. A. (1989). Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR sobre el estado de salud de la población rural marginada de México. *Salud Pública de México*, 31(6), 745-756.
- Flores, A., Velázquez, C. y Gómez, G. (1994). *Cómo llevar a la práctica el Modelo de Atención Integral a la Salud. Guía General de Trabajo para el Médico del Primer Nivel de Atención. Programa IMSS-SOLIDARIDAD*. México: IMSS.
- Flores-Hernández, S., Mendoza-Alvarado, L. R., Vieyra-Romero, W. I., Moreno-Zegbe, E., Bautista-Morales, A. C. y Reyes-Morales, H. (2019). La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Pública de México*, 61(6), 716-725. <https://doi.org/10.21149/10562>
- Foucault, M. (1995). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- García Canclini, N. (2005). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Barcelona: Gedisa. <https://oibc.oei.es/uploads/attachments/123/garcia-canclini-nestor-diferentes-desiguales-y-desconectados-mapas-de-la-interculturalidad.pdf>
- Gobierno de la República. *Programa Vivir Mejor*. http://2006-2012.funcionpublica.gob.mx/ficop/images/vivir_mejor.pdf
- Gobierno de la República e IMSS. (s. f.). *Libro Blanco. Programa IMSS-Prospera 2013-2018*. México: Gobierno de la República/IMSS. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-LB-4-IMSS-PROSPERA.pdf>
- Gobierno de México. (2020, 15 de abril). *Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México*. <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-240384?idiom=es>
- Gómez Franco, L. M. (2020). ¿Primero los pobres? A dos años de la asunción de AMLO. *Jacobin América Latina*. <https://jacobinlat.com/2020/12/02/primero-los-pobres-a-dos-anos-de-la-asuncion-de-amlo/>
- Hernández Licona, G., Garza Navarrete, T. P. de la, Zamudio Chávez, J. y Yaschine Arroyo, I. (2019). *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a 20 años de su creación*. México: Coneval. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Prevención y reducción de la muerte materna. Cap-VIII.3.2. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2019-2020. Capítulo VIII. Programa imss-Bienestar. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20192020/12-Cap08.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (s. f.). *Programa IMSS-Oportunidades. Libro Blanco 2007-2012*. México: IMSS. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-IMSS-Oportunidades.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (s. f.). Capítulo VIII. *Programa IMSS-Prospera*. México: IMSS. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/12-Cap08.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (1979). *Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (1984). Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México. La extensión de los servicios médicos, gradual o acelerada. México: IMSS.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (1992). *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México (1986-1991). Infraestructura de servicios población amparada y recursos del Programa IMSS-Solidaridad*. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (1994). *El Programa IMSS-SOLIDARIDAD 1988-1994. Organización e infraestructura de los servicios*. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (1994-2000). *Diagnóstico de salud de las zonas marginadas rurales de México*. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2001). Capítulo VII: Salud reproductiva de los adolescentes. Salud Reproductiva en el IMSS Experiencia Rural. Programa IMSS-Solidaridad.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2001). *Salud Reproductiva en el IMSS. Experiencia Rural*. Programa IMSS-Solidaridad. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2009). *IMSS-Oportunidades, 30 Años de Acercar Atención Médica al México Rural*. México: IMSS-Oportunidades.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2012). Reducción de la muerte materna. *Programa IMSS-OPORTUNIDADES. Libro Blanco 2007-2012*. México: IMSS. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-IMSS-Oportunidades.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2014). Capítulo VII: IMSS-Oportunidades. *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2013-2014*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2018). *Informe al Ejecutivo Federal y al Con-*

- greso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2017-2018.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2020). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2019-2020*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016*. ENDIREH. *Guía de autocuidado para tu seguridad emocional*.
- Leal, G. (2010). *¡Caracoles! Qué sistema de salud. Chiapas bajo el foxismo*. (Serie Académicos, núm. 95). México: UAM-X.
- Leal, G. y Ulloa, O. (2019). Salud y seguridad social en el gobierno de AMLO. Cuerpos de políticas para el Estado de Bienestar. *El Cotidiano*, (213), 85-105.
- López Cervantes, M. (Coord.). (2015). *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos. Encuesta Nacional de Salud*. México: UNAM. <http://www.losmexicanos.unam.mx/salud/libro/html5forpc.html?page=0>
- Merino G. (s. f.). Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. En *Caleidoscopio de la salud. III. Financiamiento en Salud* (pp. 195-207). <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/14-Descentralizacion.pdf>
- México tiene la tasa más alta de embarazos adolescentes únicamente superadas por las del África subsahariana. (2018). <https://bit.ly/2VvjUcF>
- Naciones Unidas. (2018, 15 de febrero). Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos. *Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>
- Nosotros. (2005). 13 preguntas vitales. Nosotros. *Boletín Electrónico de Comunicación Interna del Seguro Popular*, 1(4). <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpf/Nosotros/recursos/4boletin.pdf>
- Ordóñez Viquez, C. (2004). *La lucha de Mini Numa por reivindicar su derecho a la salud. Exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud en la experiencia de una comunidad na'savi de Metlatónoc, Guerrero*. México: UAM-Xochimilco.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2018). *México rural del siglo XXI* (pp. 5-8). México: FAO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud*. (Serie Salud para Todos).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2018). *Declaración de Astaná*. Global Conference on Primary Health Care. Astaná, Kazakhstan, 25-26 de octubre.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*.

- Partera de Oxkutzcab requiere ayuda: ya nadie la ocupa. (2020, 30 diciembre). *Diario de Yucatán*. <https://www.yucatan.com.mx/yucatan/partera-de-oxkutzcab-requiere-ayuda-ya-nadie-la-ocupa>
- Presidencia de la República. (2016). 4to. *Informe de Gobierno 2015-2016*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. https://framework-gb.cdn.gob.mx/cuartoinforme/4IG_Escrito_27_08_16_COMPLETO.pdf
- Prieto-González, S., Garrido-Garrido, G., González-Lavaut, J. A. y Molina-Torres, J. (2004). Actualidad de la medicina tradicional herbolaria. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 35(1), 19-36. <https://www.redalyc.org/pdf/1812/181226086004.pdf>
- Proceso. (1983, 23 de abril). Redacción. Desaparecido COPLAMAR, los marginados reciben más promesas. *Proceso*. México.
- Reyes Morales, H. (2013). *IMSS-Oportunidades. Documento de posición institucional evaluación específica de desempeño 2012-2013 Evaluador: Instituto Nacional de Salud Pública*. México. https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/IMSS-%20OPORTUNIDADES/IMSS-OPORTUNIDADES_OI.pdf
- Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Barrientos-Gutiérrez, T., Bautista-Arredondo, S., Romero-Martínez, M., Pelcastre-Villafuerte, B. y Torres-Pereda, P. (2019). La salud de los mexicanos que habitan en localidades de menos de 100 000 habitantes. *Salud Pública de México*, 61(6), 709-715. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut100k2018/doctos/analiticos/3-10980-salud.pdf>
- Ruelas, E., Lifshitz, A. y Heinze, G. (Eds.). (2015). *Estado del arte de la medicina. 2013-2014: Salud pública y sociología médica*. México: Academia Nacional de Medicina/ Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Salud Sexual. La sexualidad a lo largo de la vida*. https://www.caib.es/sites/salutsexual/es/sexualidad_a_lo_largo_de_la_vida/
- Sánchez-Pérez, H. J. y Arana, M. (2015). Maternal mortality in Chiapas: an unfinished story. *Social Medicine*, 9(1), 8-50.
- Secretaría de Salud. (2019). *Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa*.
- Secretaría de Salud. (2006). *Las cuentas en salud en México 2001-2005*. México: Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7810.pdf>
- Senado de la República. (2019, 15 de marzo). *Buscará IMSS fortalecer cobranza y reducir quejas ante la CNDH*. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/44130-buscara-imss-fortalecer-cobranza-y-reducir-quejas-ante-la-cndh.html>
- Soberón, G. y Martínez, G. (1996). La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México*, 38(6), 371-378.
- Soto, L. M. (2015, 30 de junio). *Las parteras tradicionales en México: ¿enemigas acérrimas del sistema o pieza clave para la reducción de la mortalidad materna?* ISGlobalhealth

- th. <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/las-parteras-tradicionales-en-mexico-%C2%BFenemigas-acerrimas-del-sistema-o-pieza-clave-para-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-/90253/5201>, Junio
- Torres, S. (2018, 24 de octubre). La expropiación del territorio y la institucionalización de la salud ponen en riesgo a la partería indígena. [Blog]. México: IIS-UNAM. <https://www.iis.unam.mx/blog/la-parteria-indigena-un-derecho-cultural-en-peligro/>
- Urrutia, A., Cruz, A. y Enciso, A. (2019, 18 de junio). Desaparecerán alrededor de 300 clínicas del IMSS-Prospera. *La Jornada*.

Anexo 1. ¿Qué se modificó en las Reglas de Operación 2008-2012?

AL REVISAR LAS REGLAS DE OPERACIÓN (ROP) DE 2008 FRENTE A LAS DE 2012, APARECE lo que era el PIB y en lo qué lo convirtieron. Las diferencias son contundentes. Pasa de ser “organización comunitaria” a una nueva nominación de “comunidades marginadas y grupos vulnerables”. La diferencia conceptual es notable. También contrasta la importancia que se le otorga a la participación comunitaria.

	ROP 2008	ROP 2012
Objetivo General	“Mejorar las condiciones de salud de la población abierta atendida por IMSS-Oportunidades, mediante la prestación de servicios médicos de calidad y con trato digno, con énfasis en la prevención de riesgos y daños a partir del autocuidado de la salud y la participación organizada, voluntaria y comprometida de las familias, que viven en comunidades marginadas, tanto del ámbito rural como urbano del país.” (<i>Diario Oficial de la Federación</i> , 2007, 28 de diciembre).	“Contribuir a garantizar el derecho a la salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación en las entidades donde tiene cobertura. Lo anterior, de acuerdo con el fin descrito en la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) PIB.” (<i>Diario Oficial de la Federación</i> , 2007, 29 de diciembre).
<i>Observaciones de los entrevistados</i>	«Desde este objetivo se nota cómo el discurso ya cambió y dejó lo preventivo. Los Objetivos de las ROP 2012 son las directrices de unas ROP que, en los hechos, serán rebasadas. Por si había dudas acerca de en dónde se dejó de hacer prevención, digamos los métodos de planificación familiar, es en esta parte en donde el embarazo adolescente crece como en ninguna otra época a nivel nacional ¹ y en el PIB. Mientras el Objetivo General de 2008 hace énfasis en la prevención, el de 2012 solo hace demagogia con eso de garantizar la salud como un derecho constitucional. ¿Y la promoción, la prevención, el autocuidado y la educación para la salud, en dónde quedaron?»	
Objetivo Específico 2 de la Atención Médica	Garantizar el funcionamiento y la disponibilidad de los servicios de las unidades de primer nivel: unidad médica rural (UMR), unidad médica auxiliar (UMA), unidad móvil de microrregión de Oportunidades (UMMO), unidad médica urbana (UMU), y segundo nivel de atención en hospital rural (HR).	Garantizar el funcionamiento y la disponibilidad de los servicios de las unidades de primer nivel: unidad médica rural (UMR), unidad médica auxiliar (UMA), ² unidad móvil de microrregión de Oportunidades (UMMO), unidad médica urbana (UMU).

¹ Código F. El blog de la CANIFARMA. México tiene la tasa más alta de embarazos adolescentes únicamente superadas por las del África subsahariana. Jul 6, 2018 / Derecho a la Salud. Véase, <https://bit.ly/2VvjUcF>

² La entrevistada precisa también que: «Estas Unidades [las UMA] dejaron de llamarse así en el periodo de la titular

	ROP 2008	ROP 2012
<i>Observaciones de los entrevistados</i>	«Cabe preguntarse: ¿por qué en 2008 solo se refiere servicios de salud ambulatorios y hospitalarios y en 2012 se dan todas las nomenclaturas de las Unidades Médicas como desplegando un abanico de servicios, en donde la idea de describir más servicios médicos se supondría mejora los aspectos de la atención?»	
	Objetivo Específico 7 de la Atención Médica, ROP 2008. En las ROP 2012, aparece como Objetivo 6	Contribuir a evitar o reducir el empobrecimiento de la población por gastos catastróficos e innecesarios por motivos de atención médica, garantizando el acceso y disponibilidad de los servicios de salud a la población abierta.
<i>Observaciones de los entrevistados</i>	«Los objetivos no se cumplieron en 2012, especialmente en la urgencia para disminuir la mortalidad materna, pues para movilizar a una embarazada, la comunidad y los familiares siempre gastaron dinero. La famosa línea de acción de Red Social para la disminución de la Mortalidad Materna, de la que se exigía un acta firmada por Equipo de Salud, estructura comunitaria y autoridades. Ahí se asentaba que en caso de traslado urgente, el dinero lo podía colectar la comunidad y tenerlo como un fondo fijo, sobre todo si se utilizaba en un parto de alto riesgo. En las ROP 2008 y las de años anteriores, los HR tenían un presupuesto específico para devolver a esas mujeres lo que habían pagado por atención médica. Puede sonar paternalista, pero en cuanto al derecho a la salud, estas son las situaciones que se deben garantizar. Al brindarse servicios médicos gratuitos a esta población, se debe analizar lo que en términos económicos pierde si acude a los servicios. Lamentablemente, el presupuesto de apoyo para traslados se eliminó. Pero el Objetivo en las ROP siguió vivo. Y la pregunta lógica es ¿quién o quiénes tutelan el cumplimiento de esas ROP? La respuesta: ¡nadie! »	
Modelo de Atención	“Para responder a las necesidades de la población rural y actuar sobre las causas que condicionan la enfermedad y la muerte, se diseñó un Modelo de Atención Integral a la Salud [MAIS] con el objeto de...”	“El Programa IMSS-Oportunidades fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), el cual se sustenta en la atención primaria a la salud (APS) y se basa en dos grandes componentes: atención médica y acción comunitaria”.

Carolina Gómez Vinales. Dichas unidades se caracterizaban por ser atendidas por un Técnico Rural en Salud (TRS-Co-nalep). No eran médicos en el sentido estricto de la profesión, pero disponían de lo básico para atender problemas de salud. Y por lo menos sumaban 26 años brindando resultados al PIB. La enorme ganancia con ellos es que hablaban diversas lenguas indígenas y, al ser oriundos de esas mismas localidades, sabían y conocían los ditintos códigos culturales. En resumen: su origen y el atender a sus propias comunidades era un acierto al integrar una atención más cercana socioculturalmente a su localidad. Una prueba más de que solo se buscó medicalizar más al PIB. Hoy se dice que hacen falta muchos médicos y enfermeras. Pero en sus orígenes el PIB cubría muchas localidades de esta forma. No habrá médicos y enfermeras suficientes, al menos en muchos años, según comunica el plan de nuevas universidades de la 4T. ¿Por qué no entonces optar por la más humilde y práctica alternativa de brindar atención con los técnicos en salud como prescribe el modelo APS? Su característica principal era que se trataba de unidades muy dispersas geográficamente, muy alejadas y con poca población. Por esa razón no se ubicaba en ellas a médicos sino TRS. Después de ser removidos, los Técnicos pasaron a ser personal de Acción Comunitaria y las UMA se convirtieron en UMR. Hoy, cuando la 4T pregunta por qué no hay médicos que se quieran ir a trabajar a lugares lejanos, convendría recordar que ese fue un problema que el PIB enfrentó desde 1980. Con su MAIS por delante, es claro que con esa estrategia no siempre se requieren médicos. El MAIS lo señala con toda claridad.»

	ROP 2008	ROP 2012
<i>Observaciones de los entrevistados</i>		«Es notorio cómo se va descartando el concepto de lo comunitario. En las ROP 2008 se colocan dos cuestiones que deben ser destacadas. La primera es que el PIB está <i>para responder a las necesidades de la población rural</i> . Y, la segunda, para actuar sobre las grandes condicionantes de su salud. Y, para ello, este modelo está basado en el MAIS. Pero, en las ROP de 2012 desaparece la población objetivo. Se anuncia con qué se les va atender. Pero ya no importa a quiénes, ni sus necesidades en salud. Mucho menos en atender las históricas condicionantes de su salud, ni las de su seguridad social.»
Objetivos Generales de los Modelos	“Enfrentar las causas de la pérdida de la salud, así como sus consecuencias. Proporcionar atención médica integral, disponible, adecuada y continua, a un costo factible para el país y que sea aceptada por la comunidad”.	“Proporcionar atención médica integral, adecuada y continua, a un costo factible para el país y que sea aceptada por la comunidad”.
<i>Observaciones de los entrevistados</i>		«En las ROP 2008 se expresa hacia dónde y hacia quiénes se orientan las acciones del PIB. Pero en las ROP 2012, tal como puede apreciarse, se cambió el objetivo. Este punto es fundamental pues, en una sola frase, ya se señala que la cuestión es dar asistencia médica. Pero ya no se consigna enfrentar las causas de la pérdida de la salud, ni sus consecuencias, variables que son definitivas para poder dar una atención integral a la salud. Lo anterior muestra cómo el PIB, especialmente durante los gobiernos panistas, pretendieron fortalecer sus acciones medicalizadas, lo cual es un grave problema para quienes, sin entender lo que es la salud pública, apuestan solo por más clínicas, más médicos, más enfermeras y más medicamentos. Si no se promociona, se difunde y se educa en salud, no hay mucho que hacer. Las enfermedades reventarán cualquier infraestructura en salud.»
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	Hasta el año 2008 y teniendo al MAIS-APS como marco teórico, se daba por entendido que el servicio asistencial médico del PIB debería realizar un Diagnóstico Comunitario de Salud de forma conjunta e interrelacionada con cada comunidad.	“Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica a fin de realizar acciones preventivas para abatir los riesgos y daños a la salud de la población”.
<i>Observaciones de los entrevistados</i>		«Como puede apreciarse en las ROP 2012, y ya contando con una apertura casi exclusiva a lo médico-asistencial, en el PIB se da un cambio relevante, toda vez que los sistemas de vigilancia epidemiológica son de un claro entendimiento en el lenguaje bio-médico. Y además se enfocan estrictamente en indicadores cuantitativo-estadísticos.»
Participación Comunitaria	“CONSIDERANDO: Que el Programa IMSS-Oportunidades privilegia la participación de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones de salud y propicia para ello la existencia de una organización comunitaria que, mediante la aplicación de una estrategia de comunicación educativa, participa en la promoción de la salud, asimismo favorece la vinculación de la medicina institucional con la medicina tradicional mexicana”.	“Que en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 como parte del Eje 3 Igualdad de Oportunidades, el Ejecutivo Federal planteó, entre otros, los objetivos de mejorar las condiciones de salud de la población; brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; y garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país”.

	ROP 2008	ROP 2012
<p><i>Observaciones de los entrevistados</i></p>	<p>«En las ROP 2008 se hace énfasis, desde el inicio, en el factor comunitario, al señalar que privilegia la participación comunitaria y apoya la complementariedad de la medicina institucional y tradicional. Así permanecerán las ROP hasta fines de 2011. Luego, esa complementariedad desaparece. Y ya no existe soporte que señale con precisión <i>cómo</i> y <i>qué</i> es esa participación comunitaria.</p> <p>En las ROP 2012, el concepto y factor comunitario se transformó en <i>condiciones de salud de la población</i> para brindarles asistencia médica. Y la inclusión de <i>comunidades marginadas y grupos vulnerables</i> sustituye a aquello que podría aspirar a ser una participación comunitaria. Ahora y bajo esta óptica, las poblaciones tendrán que recibir <i>servicios de salud mediante intervenciones focalizadas</i>. Lo anterior va diluyendo el factor comunitario en un programa de salud que se distinguía, precisamente, por este tipo de acciones comunitarias.»</p>	
<p>Promover la participación de la comunidad en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria</p>	<p>“Promover la participación de la comunidad en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria”</p>	<p>“Promover la participación individual, familiar y colectiva en los programas prioritarios de salud, a través de la organización comunitaria”.</p>
<p><i>Observaciones de los entrevistados</i></p>	<p>«Aun con todo lo anteriormente señalado, no se elimina del todo el factor comunitario. Obsérvese la redacción de la ROP 2012. Aparentemente es una trivialidad, pero aquí se da a entender que las acciones colectivas surgen de los individuos, para pasar a las familias y luego a lo grupal. Desde una visión comunitaria, la ecuación es al revés: de lo comunal se pasa a lo individual. El individuo, al formar familias o ser parte de ellas, incorpora o no, toda la cultura desprendida de lo colectivo = a Comunidad. De ahí la identidad cultural que abarca todo: alimentación, relaciones interpersonales, creencias, prácticas y conocimientos. Todos ellos bien delimitados por una forma cultural aprendida dentro del grupo. La constante de este periodo en el PIB es el esfuerzo por diluir lo comunitario. Y todos estos cambios van delineando una aniquilación de lo comunitario. Tanto de la Coordinación de Acción Comunitaria del PIB, como del concepto que le ha dado su forma y su fondo al PIB.»</p>	
<p>Propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles, incluidos los de la medicina tradicional y fomentar el empleo de tecnologías para la salud</p>	<p>Propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles incluidos los de la medicina tradicional y fomentar el empleo de tecnologías para la salud.</p>	<p>[No se menciona nada al respecto].</p>

	ROP 2008	ROP 2012
<p><i>Observaciones de los entrevistados</i></p>	<p>En los hechos, para la ROP 2012 el PIB ya no disponía del recurso de la medicina tradicional, había sido cancelado por la titular en turno. Para uno de los entrevistados es muy claro que «En otras palabras: se siguió utilizando el membrete de la medicina tradicional aunque sabían que, en los hechos, para el PIB ya no existía. No fue poca cosa haber tirado a la basura el trabajo de 25 años en este tema de la salud comunitaria. Esas ocurrencias de quienes dirigieron el PIB, obedecieron a pretender vivir no en una modernidad, sino en un modernismo; en donde seleccionaban qué estaría bien visto y qué no, según lo que sabían de aspectos como la medicina tradicional. Pero, ¡no sabían nada! Buscaban llevar a que el PIB se pareciese, cada vez más, al IMSS del Régimen Ordinario.»</p> <p>Otra entrevistada agrega que «Se debe retomar el final de la ROP 2012 donde se ofrece “fomentar el empleo de tecnologías para la salud”. Pues lo cierto es que, desde 2008 y durante todo el sexenio calderonista, se fue cancelando un gran cúmulo de acciones que se realizaban para frenar las condicionantes de la salud. Ellas implicaban: los pisos de cemento, las ventanas, los contenedores de agua potable, las estufas Lorena, los bio-digestores, la siembra de huertos familiares, la cría de especies menores, entre otros. La entonces titular del PIB inhabilitó todo este tipo de acciones sustentando que el PIB “no era quien tenía que hacerlas” y, de un brochazo, las anuló.»</p>	
<p>Objetivos Específicos de la Acción Comunitaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer estrategias y acciones preventivas, incorporando el enfoque de género y de interculturalidad a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud. 2. Fortalecer la organización comunitaria y las acciones de promoción y educación que contribuyen a promover la corresponsabilidad de la población y la generación de actitudes y entornos favorables para la salud. 3. Consolidar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada (SVES), con la participación activa de los equipos institucionales y voluntarios. 4. Favorecer la vinculación con otras dependencias públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales a fin de potenciar recursos y acciones con esfuerzos dirigidos a disminuir los principales factores de riesgo para la salud de la población. 5. Consolidar la participación ciudadana en la Contraloría Social, para vigilar la oportunidad, conocer la satisfacción de los usuarios y mejorar la calidad de los servicios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar los programas de salud prioritarios del Programa IMSS-Oportunidades a través de la integración de la organización comunitaria y su orientación en acciones de promoción de la salud. 2. Consolidar las acciones de identificación, búsqueda intencionada, derivación de casos a la Unidad Médica y seguimiento en la comunidad, con la participación activa de los grupos voluntarios de la comunidad. 3. Fomentar la participación ciudadana a través de los mecanismos de Contraloría Social con la finalidad de dar seguimiento a la calidad en la prestación de servicios médicos, conocer la satisfacción de los usuarios e instrumentar acciones de mejora.
<p><i>Observaciones de los entrevistados</i></p>	<p>«Los Objetivos Específicos de 2012 son la prueba de que no solo se dejó lo preventivo, sino que además la comunidad debía obedecer lo que el PIB ubicaba como prioritario. Por eso se utilizan las frases “apoyar prioridades, como la muerte materna, consolidar búsqueda intencionada de daños a la salud, y fomentar la participación ciudadana para garantizar la calidad de los servicios médicos”. No hay nada que refiera el fortalecimiento de la prevención. Sino más bien lo que hay es el reforzamiento de las tareas médicas. Incluyendo su propio comportamiento en cuanto al trato dado a los usuarios. Otra cara del PIB alejada de aquello que le dio sentido a su trabajo comunitario.»</p>	
<p>Instancias Ejecutoras de Acción Comunitaria</p>	<p>La ejecución del MAIS está a cargo del Supervisor de Acción Comunitaria (SAC) y del Promotor de Acción Comunitaria (PAC) en su ámbito de competencia. A nivel local cuentan con el apoyo voluntario de una organización comunitaria.</p>	<p>[Misma redacción que la de 2008].</p>

	ROP 2008	ROP 2012
Supervisor de Acción Comunitaria (SAC)	<p>7.1.2.1 SAC</p> <p>a) Supervisa la organización y participación de la comunidad, el modelo de comunicación educativa, la interrelación con la medicina tradicional, la operación de albergues comunitarios, la operación de la contraloría social, la prevención de daños por desastres, la tecnología apropiada, el desarrollo de actitudes saludables y la participación de grupos voluntarios.</p> <p>b) Participa en la elaboración del diagnóstico situacional, plan y programa de trabajo de la región o delegación.</p> <p>c) Elabora y ejecuta el programa de supervisión mensual.</p> <p>d) Aplica la metodología de supervisión de acción comunitaria.</p> <p>e) Utiliza los indicadores de acción comunitaria para la toma de decisiones.</p> <p>f) Evalúa cuatrimestralmente el desempeño del personal de acción comunitaria.</p> <p>g) Participa en las reuniones mensuales de equipos de salud de las zonas de supervisión.</p> <p>h) Elabora y aplica el programa de reunión mensual con los PAC.</p> <p>i) Recibe, evalúa y valida la información de actividades y el programa de trabajo mensual de los PAC.</p> <p>j) Valida y analiza la información bimestral de acción comunitaria.</p> <p>k) Correlaciona la participación de la comunidad con la morbilidad y mortalidad de la región.</p> <p>l) Elabora y desarrolla el programa de capacitación dirigido al personal de acción comunitaria.</p> <p>m) Proporciona asesoría y apoyo técnico en aspectos de saneamiento ambiental al personal de acción comunitaria y a los equipos de salud.</p> <p>n) Realiza concertación con autoridades municipales y con las diferentes dependencias, para la aplicación de recursos en obras de beneficio comunal y para el desarrollo de capital humano, con énfasis en las zonas de mayores rezagos.</p> <p>o) Elabora los tableros de control de metas programáticas, recursos institucionales, recursos humanos, información bimestral y resultados de supervisión.</p> <p>p) Informa a las autoridades delegacionales y a la unidad del Programa, el grado de avance de los compromisos de supervisión.</p> <p>q) Supervisa y asesora el desarrollo de las acciones programadas en las localidades de los municipios con menor índice de desarrollo humano.</p> <p>r) Evalúa de manera específica la participación de los grupos voluntarios en la vigilancia epidemiológica (identificación, orientación, derivación y seguimiento de pacientes).</p>	<p>7.3.1 SAC</p> <p>a) Elabora anualmente el Programa de Trabajo Regional y/o Delegacional de Acción Comunitaria con base en prioridades de salud, panorama epidemiológico y localidades de mayor riesgo.</p> <p>b) Realiza actividades de capacitación al personal institucional y brinda orientación a grupos voluntarios en acciones de apoyo a las prioridades de salud.</p> <p>c) Asesora a los PAC en la gestión de recursos para beneficio comunitario.</p> <p>d) Organiza a los voluntarios de la comunidad en las acciones de promoción a la salud y en la identificación, búsqueda intencionada y derivación de casos a la unidad médica y el seguimiento de pacientes en comunidad.</p> <p>e) Realiza supervisión integral a unidades médicas y localidades, con énfasis en el desarrollo de las prioridades de salud, y la aplicación de la metodología de supervisión.</p> <p>f) Participa en la elaboración de minutas de compromisos de supervisión con los responsables operativos y directivos de la unidad médica, incluyendo acuerdos y plazos de cumplimiento.</p> <p>g) Da seguimiento a los compromisos de evaluación del nivel central y supervisión delegacional.</p> <p>h) Supervisa el cumplimiento de visitas y actividades programadas de los PAC.</p> <p>i) Evalúa semestralmente el desempeño del personal de Acción Comunitaria.</p> <p>j) Participa en las reuniones de la operación del Programa, analiza y valida la información de las actividades realizadas por los PAC.</p> <p>k) Analiza y valida la información de Acción Comunitaria contenida en el SISPA.</p>

	ROP 2008	ROP 2012
Promotor de Acción Comunitaria (PAC):	<p>7.1.2.2</p> <p>a) Analiza el comportamiento de la morbilidad y mortalidad, y elabora el diagnóstico de salud, plan y programa de trabajo a nivel zonal.</p> <p>b) Ejecuta las estrategias de acción comunitaria: promoción de la salud, comunicación educativa, actitudes saludables, complementación con parteras y terapeutas tradicionales, transferencia de tecnologías para la salud, en las localidades del universo de trabajo.</p> <p>c) Promueve la participación de la población en la solución de los problemas identificados en el diagnóstico de salud de la localidad.</p> <p>d) Promueve en cada localidad del universo de trabajo la integración de los grupos voluntarios: comité de salud, promotores voluntarios rurales (PVR) y asistentes rurales de salud (ARS) y la interrelación con las parteras y terapeutas tradicionales.</p> <p>e) Capacita a la estructura voluntaria, actualiza a los equipos de salud y da seguimiento a sus actividades.</p> <p>f) Participa en las sesiones de promoción y educación para la salud.</p> <p>g) Asesora a la población y grupos voluntarios para la concertación de obras y acciones de beneficio comunitario con autoridades e instituciones afines.</p> <p>h) Promueve la transferencia de tecnologías para la salud de alto impacto y bajo costo apropiadas a la comunidad para la generación de entornos favorables para la salud y nutrición.</p> <p>i) Orienta a los voluntarios sobre los modelos de comunicación educativa priorizando en el aprovechamiento de los medios de comunicación al alcance de la población.</p> <p>j) Orienta y capacita técnicamente a la población en la construcción y rehabilitación de obras sanitarias.</p> <p>k) Capacita y promueve la organización y participación de la comunidad en la realización de acciones en torno a padecimientos sujetos a control epidemiológico, con énfasis en saneamiento básico y desnutrición.</p> <p>l) Capacita a los voluntarios en la aplicación y seguimiento del Sistema Vigilancia Epidemiológica Simplificada (SVES).</p> <p>m) Impulsa el fortalecimiento del SVES, mediante el procedimiento de referencia y contrarreferencia entre el ARS y la unidad médica.</p> <p>n) Participa en la promoción y vigilancia de los servicios proporcionados en el albergue comunitario.</p> <p>o) Concentra, requisita, analiza y valida la información del módulo de acción comunitaria del SISPA.</p> <p>p) Instrumenta las acciones para promover la participación ciudadana en Contraloría Social, participa en la atención y seguimiento a quejas, denuncias y sugerencias de la población.</p>	<p>7.3.2</p> <p>a) Participa en la elaboración del Programa de Trabajo de Acción Comunitaria Zonal, microrregión o ámbito urbano delegacional anual con base en prioridades de salud, panorama epidemiológico y localidades de mayor riesgo.</p> <p>b) Elabora el plan mensual de actividades y enfatiza su desarrollo en LAI (localidades de acción intensiva) considerando el panorama epidemiológico con enfoque de riesgo.</p> <p>c) Participa en la integración y orientación de la organización comunitaria para la salud.</p> <p>d) Promueve la participación de la comunidad en las prioridades de salud y estrategias de Acción Comunitaria.</p> <p>e) Organiza a la comunidad en acciones de identificación, búsqueda intencionada, derivación de casos sospechosos a la unidad médica y seguimiento en comunidad.</p> <p>f) Participa en la gestión y concertación de recursos ante autoridades municipales, así como con otras instituciones, con prioridad en su aplicación en poblaciones con mayor riesgo.</p> <p>g) Cumple y realiza seguimiento puntual a los compromisos de evaluación y supervisión e informa al SAC los avances.</p> <p>h) Participa en las reuniones del Programa IMSS-Oportunidades.</p> <p>i) Revisa, concentra y valida la información de Acción Comunitaria en el SISPA.</p> <p>j) Elabora, opera y supervisa los proyectos de intervención, de acuerdo con el panorama epidemiológico.</p>

	ROP 2008	ROP 2012
Observaciones de los entrevistados	<p>«El perfil de Acción Comunitaria en las ROP 2008 obedecía a realizar todo lo que fortalecía la acción comunitaria, tomando como grandes acciones a la promoción, la prevención, el autocuidado y la educación para la salud. Desde el inciso a ya se perfila su operar en toda una variedad de acciones encaminada al MAIS. En cambio, en la ROP 2012, todo lo que tiene que hacer el personal de Acción Comunitaria es enfocarse en las prioridades que determina el PIB. Es decir, lo que el responsable del PIB en turno indique, pero con una constante: enfocarse en el daño y el riesgo. Desapareció lo que daba forma al PIB, es decir, el enfoque comunitario. Cuando se habla de prioridades, estas ya son del sector de la salud en general. Cabe preguntarse, ¿ellas guardan relación con las prioridades de las comunidades y localidades? Para el neoliberalismo, sin duda, ¡sí! Ya que forman parte del sometimiento ante el cumplimiento de los Objetivos del Milenio. Lo cual no necesariamente concuerda con las necesidades locales y regionales.»</p>	

Sobre la estructura comunitaria

Uno de los entrevistados agrega que en relación al personal comunitario voluntario que colabora con el PIB «Se cambiaron muchas cosas. Pero hubo una en especial que reincidía entre unas ROP y las otras. Esa fue la falta de recursos. Así, aquellas acciones y objetivos que antes se podían realizar porque tenían recursos asignados, ahora dependían de una enunciado general que se repetía en las ROP 2012 y que señala: “en función a la disponibilidad de recursos financieros del PIB”. De modo que algo que siempre fortaleció al PIB, como lo habían sido sus capacitaciones sobre promoción, prevención y educación en salud, pues ahora estaban al arbitrio, vaivén, voluntad de quienes planeaban los recursos y el presupuesto del PIB.»

	ROP 2008	ROP 2012
Parteras tradicionales	<p>Son líderes de la comunidad que tienen conocimientos, habilidades y destrezas para la atención del embarazo, parto y puerperio. Han sido capacitadas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Otorgar consejería en salud reproductiva, materno infantil, y ginecológica. b) Derivar a mujeres a unidades médicas para: otorgar métodos anticonceptivos temporales o definitivos; control prenatal para identificar factores de riesgo; atender el parto en el segundo nivel de las embarazadas de alto riesgo, y realizar visualización cervical o toma de citología cervical exfoliativa. c) Derivar recién nacidos para la prueba del tamiz y/o iniciar esquema de vacunación. Las parteras se suman a la estrategia de Certificación de Nacimiento. Su participación consiste en derivar a los niños recién nacidos para que los equipos de salud elaboren los certificados de nacimiento correspondientes. 	<p>7.3.3.5 Parteras Voluntarias Rurales (PVR). Son personas consideradas líderes en su comunidad, con conocimientos y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio. Como parte de la interrelación y coordinación que el Programa tiene con las parteras, los Equipos de Salud les ofrecen orientación y asesoría técnica con la finalidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Otorgar consejería en salud reproductiva, materno infantil y ginecológica. b) Derivar a mujeres a unidades médicas para: atención del parto de alto riesgo; control e identificación de factores de riesgo; aplicación de métodos anticonceptivos temporales o definitivos; exploración de mamas; exploración ginecológica; visualización cervical o toma de citología cervical. c) Derivar a los recién nacidos a unidades médicas para: prueba del tamiz neonatal ampliado; inicio del esquema de vacunación; elaboración de certificados de nacimiento.

	ROP 2008	ROP 2012
<p>Equipo básico y material de curación entregado a las parteras</p>	<p>Se les otorga... para favorecer la atención en condiciones asépticas de aquellas mujeres que cursan un embarazo normal. El equipo se integra por: a) Baumanómetros, b) Pera de hule, c) Es-tetoscopio obstétrico, d) Hule clínico, e) Budinera, f) Termómetro clínico, g) Cinta métrica flexible, h) Cojín de hule espuma, i) Tijera mayo, j) Lámpara de mano, k) Pinzas Kelly, l) Impermeable, m) Pinzas pean, n) Mochila o) Torundera.</p>	<p>De acuerdo con la disponibilidad de recursos financieros, el Programa IMSS-Oportunidades podrá proporcionar gratuitamente equipo e instrumental básico, medicamentos y material de curación a las PVR en interrelación, así como una ayuda económica mensual destinada al traslado a sus unidades médicas para cuando requieran: a. entregar información sobre acciones en salud reproductiva y materna. b. abastecerse de insumos. c. recibir orientación continua.</p>
<p><i>Observaciones de los entrevistados</i></p>	<p>Un claro ejemplo de la situación desfavorable para las actividades comunitarias se evidencia en el capítulo de las parteras tradicionales, convertidas durante el sexenio de Calderón en PVR. «Solo de ver y leer el primer punto donde dice “son líderes de la comunidad que tienen conocimientos, habilidades y destrezas para la atención del embarazo, parto y puerperio” y, contrastando, con lo que indican las ROP 2012 que sostienen “son personas consideradas líderes en su comunidad, con conocimientos y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio”, entre líneas está ya puesta la discriminación soterrada porque, sin ninguna duda, son líderes. Pero en las ROP 2012, de manera puntillosa, se indica: “son consideradas líderes por su comunidad” trazando una frontera que pareciera decir: “líderes para sus comunidades, no para nosotros, allá ellos que las consideren como que quieran”» En lo que respecta al equipamiento, «Es del todo claro que en las ROP 2012 ya se establece que el equipo para la atención de partos que el PIB les brindaba a las parteras quedará en función de la disponibilidad de recursos financieros. Ese equipo mínimo se ha eliminado en 2012. La pregunta es entonces, ¿sirve de algo tener parteras, cuando no es posible garantizarles un equipo mínimo para la atención de parto? ¿No eran acaso un elemento esencial del MAIS? Porque muchas de ellas viven donde no hay servicios ni infraestructura médica. En muchos sitios son la única opción para atender en sitios en los que no hay doctor. Pero sin equipo, ¿qué les queda? Ser informantes y activistas de acciones.» «Con dicha situación vienen a ocupar un papel de derivadoras. ¿Es eso lo que pretendía el MAIS? ¿Para eso se quiere que las parteras colaboren con el sector salud; para informar y derivar embarazadas? La cuestión primordial es que nunca necesitaron equipo. Se les enseñó a utilizarlo como una normativa que pretendía afianzar lo del parto limpio y seguro. Y eso fue solo de las instituciones. Ellas con equipo o sin equipo atienden. Solo que los riesgos de atender sin equipo aumentan. Pero esto no fue una decisión de las parteras, a quienes “quedito y fuerte” se les sigue ordenando no atender partos. Así se mueve el poder institucional frente a esta profesión ancestral, como si fueran los dueños de la salud.»</p>	
<p>Terapeutas o médicos tradicionales</p>	<p>Son personas de la comunidad, que utilizan recursos terapéuticos locales para atender diversos problemas de salud. Estos terapeutas trabajan de manera independiente a las instituciones y se mantienen en inter-relación con los equipos de salud.</p>	<p>[No aparecen].</p>

ROP 2008	ROP 2012
----------	----------

Observaciones de los entrevistados

«En las ROP 2012 los terapeutas-médicos tradicionales simplemente ya no aparecen. Pero, a pesar de ello, se los cita —al menos dos veces— en esa normativa. ¿Qué se puede pensar del procedimiento que quita este componente que el MAIS y la atención primaria a la salud consideraban un valioso recurso para la salud comunitaria de las personas? Pues que a alguien simplemente ya no le interesó su trabajo y que lo único valioso para esta persona, la entonces responsable del PIB, es lo médico asistencial. Esto puede constatarse en el *Programa IMSS-Oportunidades Libro Blanco 2007-2012*, informe sexenal “medicalizado” en el que el sustento de lo comunitario es la vinculación directa en el quehacer asistencial bio-médico. No se explica en dicho texto la autonomía de este rubro y, por ende, su involucramiento desde su Coordinación, sino únicamente de manera utilitaria por lo médico-asistencial. Un paso más de distanciamiento a lo que fue el PIB en sus inicios.»

¿Es pertinente modificar anualmente las ROP?

«¡Por supuesto que no!», declara otro de nuestros entrevistados. Y prosigue preguntando «¿Es congruente la modificación anual de las ROP de un Programa encargado de atender a los pueblos más marginados? ¡No! Y ello por dos razones. La primera porque está diseñado en factores que no deben cambiar, dado que esos mismos factores son los que posibilitan su desarrollo. Si, por ejemplo, se quita el concepto comunitario y se da más juego a lo asistencial, en la operación del PIB es notoria la forma en que se comienza a inclinar hacia esta parte [lo asistencial]. Pero está claro que ahí no termina lo comunitario, ya que, en las localidades, la forma de organización, de vida cotidiana y de salud-enfermedad, lo comunitario nunca termina. La segunda razón es que las grandes condicionantes de la salud de los pueblos rurales e indígenas, a pesar de los 41 años del PIB, no se han movido como para decir que esas fronteras ya cambiaron. De igual manera, tampoco se puede decir que, hoy en día, haya una infraestructura de servicios mínima que cubra a esta población. ¡No! Eso no ha pasado. Las fronteras no han cambiado. Por ello, esa reiteración de mover las ROP, si lejos de los nuevos enunciados son letra muerta, son poesía pura. Un ejemplo es el objetivo de las ROP 2008 que indicaban “promover la participación consciente, comprometida, voluntaria y organizada de la comunidad a través de grupos de voluntarios que promueven la salud individual, familiar y comunitaria”, y que en la ROP 2012 desaparece como objetivo. Es de suma importancia mencionar que este era uno de los objetivos más específicos en cuanto a describir lo que hace la comunidad por su salud. Al cercenar, hasta donde se pudiera, lo comunitario, se fue cargando todo el PIB hacia lo bio-médico, dejando de lado lo comunitario.»

Anexo 2. La voz de 80 directores de 80 hospitales rurales

Tabla 1. Los 80 hospitales en las entidades federativas de México

	Entidad federativa	Localidad(es)	Número de hospitales
1.	Baja California	San Quintín	1
2.	Campeche	Hecelchakán, Mamantel	2
3.	Coahuila	Ramos Arizpe, Matamoros, Buenaventura	3
4.	Chihuahua	Valle de Allende, Guachochi, San Juanito	3
5.	Chiapas	Ocozocoautla de Espinosa, Bochil, Guadalupe Tepeyac, Altamirano, Ocosingo, San Felipe Ecatepec, Venustiano Carranza, Benemérito de las Américas, Mapastepec, Motozintla	10
6.	Durango	Rodeo, Guadalupe Victoria, Vicente Guerrero	3
7.	Estado de México	San José del Rincón, Amanalco	2
8.	Guerrero	La Unión	1
9.	Hidalgo	Huejutla de Reyes, Metepec, Ixmiquilpan, Zacualtipán	4
10.	Michoacán	Huetamo, Villamar, Paracho, Ario de Rosales, Buenavista, Coalcomán, Tuxpan	7
11.	Nayarit	San Cayetano	1
12.	Oaxaca	Matías Romero, Huautla, Villa Alta, Tlacolula, Miahuatlán, Jamiltepec, Juxtlahuaca, Huajuapán, Tlaxiaco	9
13.	Puebla	La Ceiba, Chignauapan, El Seco, Chiautla, Tepexi, Ixtepec, Zacapoaxtla	7
14.	Sinaloa	Villa Unión, El Fuerte	2
15.	San Luis Potosí	Cerritos, Axtla de Terrazas, Charcas, Matehuala, Tamazunchale, Los Hernández	6
16.	Tamaulipas	Tula, San Carlos, Soto la Marina, Cd. Hidalgo	4
17.	Veracruz Norte	Chicontepec, Papantla, Plan de Arroyos	3
18.	Veracruz Sur	Jáltipan, Zongolica, Coscomatepec	3
19.	Yucatán	Izamal, Acanceh, Maxcanu, Oxkutzcab	4
20.	Zacatecas	Río Grande, Tlaltenango Villanueva, Concepción del Oro, Pinos	5

Visitar los 80 hospitales del Programa IMSS-Bienestar

Para nuestros entrevistados, en este singular recorrido entre los meses de julio y octubre de 2019, ocurrió algo inédito en la historia del IMSS-Bienestar: “Por primera vez el Poder Ejecutivo decidió conocer de primera mano el qué, el cómo, y lo más importante, en dónde se ubica el PIB. Sorprendió que gran parte de estas giras se realizaran por carretera. Y aunque, en cada una, se hizo repetida alusión a que él fue delegado del entonces Instituto Nacional Indigenista y que el IMSS-Bienestar se había hecho para las poblaciones más pobres, cuestiones verídicas y certeras, lo que no se dijo fue cómo ha cambiado el modelo de ese programa, especialmente en los últimos 18 años. Pero es claro que, como titular del Poder Ejecutivo, está lejos de esa apreciación. De ahí la importancia de dar testimonios acerca de la evolución del PIB”.

La numeralia de los directores

Y agregan: “algo que han definido los Coordinadores Generales en el PIB, sin duda lo es una vertiente que se relaciona estrechamente con la censura y la falta de autonomía, respecto a lo que ellos consideran sus territorios físicos: las unidades médicas. Pero también en lo simbólico: ‘nadie hace nada si yo no lo dicto’. Es en estos rubros en donde siempre se revisan y censuran aquellos textos que van a trascender o van a tener como interlocutores a autoridades más altas. Por ello no sorprende que en prácticamente todos los documentos y discursos del IMSS-Bienestar se vaya hilvanando un cartabón que empieza con presentaciones interminables y en los que se ofrecen un número obsesivo de cifras (véanse, por ejemplo, las de las primeras giras) en el que cada director/a intenta, en un arranque de números, números y más números, dar a conocer lo que él cree es lo importante. Así se simplifican consultas, análisis de laboratorios, cirugías, partos atendidos, y toda la numeralia que se desprende de dar atención médica. En las primeras giras del presidente López Obrador, los directores de hospitales centraron sus peticiones en únicamente pedir más recursos de forma general. Conforme el largo periodo de visitas fue aumentando, los directores comenzaron a pasar de esa generalidad de mayor presupuesto, a particularizar en aspectos bien concretos: solicitudes de remodelación y ampliación de inmuebles; compra de equipo médico ya caduco o en muy malas condiciones y abasto completo de medicinas, entre otros aspectos”.

Acomodarse con la nueva administración

Para nuestros entrevistados “conforme avanza la gira, los directores se ‘sueltan’, aprovechan el micrófono y narran hechos históricos locales, se adueñan de la historia para quedar bien; para que se vea y se palpe que son médicos. El uso de la palabra les permite sentirse producto de hazañas épicas. Dan testimonios, todos verídicos y harto emocionales de una narrativa doliente, de ser indígenas, de lo difícil que ha sido estudiar y llegar a ser médicos; de la forma en que se entregan en cuerpo y alma a asistir y curar enfermos en las zonas más apartadas y siempre olvidadas de las agendas del Poder Ejecutivo. Nada de esto es falso. Ha sido, efecti-

vamente, esa entrega por una profesión digna y necesaria en los lugares más recónditos del país lo que ha dado brillo al IMSS-Bienestar. Y, de forma correlacionada, son históricas las palabras que cada director señaló en su discurso: una oportunidad de oro, pues ahí está su sentir y parecer ante la oportunidad de mostrar que al México profundo lo atienden ellos.

Por esta razón, compilar estas palabras tiene, entre otras funciones, vacunarnos contra el olvido y la desmemoria. Serán historia por la forma en que cada una de ellas sea abordada desde lo negativo, o la oportunidad de lo positivo”.

El contexto: ¿y a qué se debe la realización de estas giras?

Nuestros entrevistados expresan la siguiente duda generalizada: “¿por qué esas visitas cuando ningún presidente había hecho eso? Solo de vez en cuando, y eso en muy pocas ocasiones, iban a inaugurar un hospital. De todos, quizás el que más visitas hizo, fue sin duda Carlos Salinas de Gortari. Y se entendían las razones. La acusación que pesó sobre él debido a la creencia generalizada del fraude electoral (“la caída del sistema”) con que ganó las elecciones de 1988 y, además, su poca popularidad. Peña Nieto fue únicamente a una sola inauguración en San Luis Potosí: a Axtla de Terrazas, municipio de la oriundez de la entonces flamante titular del IMSS-Bienestar.¹ Pero fue un acto a modo: solo estuvieron 200 personas y todas fueron palomeadas por la entonces responsable del IMSS-Bienestar. De hecho la inauguración solo la supieron los cercanos y quienes iban a participar de parte del PIB. Fue a inaugurar el albergue del hospital. Y vaya inmueble: con 80 camas y una extensión de recursos enorme. Ojalá así estuvieran todos los albergues del IMSS-Bienestar: ¡sobrado para el tamaño del municipio! El financiamiento de la construcción estuvo a cargo de la, todavía, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDPI), sector que no se preocupó en tratar de sustentar la enorme inversión.

Para el actual mandatario, una de las razones para visitar los 80 hospitales podría estar en la incertidumbre del personal que labora en el IMSS-Bienestar: A principios de 2019 se comenzó a manejar en diversos medios, que el IMSS-Bienestar pasaba al entonces incipiente Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), pues se decía y se repetía hasta el cansancio que el Insabi daría cobertura gratuita a toda la población y que por fin se haría realidad el derecho a la salud, instaurado en la Constitución desde 1984. El problema es que la improvisación del Insabi va lenta. No hay reglas de operación, aparecen varios planes de desarrollo en salud, algunos llenos de ocurrencias. Es probable que, debido a ello, desde la primera gira en Chiapas, el Ejecutivo fue repitiendo: ‘el programa continuará y mejorará’, por lo que pidió a los trabajadores no escuchar rumores sobre su desaparición.² Ello cerró el círculo de la duda”.

¹ Frinné Azuara Oyarzábal.

² Véase, <https://presidente.gob.mx/imss-bienestar-continuar-asegura-presidente-amlo-al-concluir-gira-en-hospitales-rurales-de-chiapas/>

Los discursos

Para nuestros entrevistados, hacer una narrativa basada en los guiones de las giras podría ser, aparte de extensa y repetitiva, “un recuento amplísimo de situaciones muy similares que hablan de la situación que vive el IMSS-Bienestar. Así que es mejor ubicar en esos discursos las palabras clave que denotan un uso muy específico, dadas las características de estas presentaciones, pues el contexto está muy definido: el de un director de Hospital Rural que se dirige al jefe del Ejecutivo para proporcionarle información de al menos en tres rubros: la atención médica y todos sus recursos; los aspectos -si los hay- alrededor de la Acción Comunitaria; y la situación clara de cómo se encuentran los inmuebles, su equipamiento y el abasto de medicinas. Pero también se da de manera involuntaria un discurso entre líneas que permite enterarnos y analizar del porqué hay palabras que se repiten mucho y otras que, por el contrario, se utilizan muy poco. Finalmente, como se dice coloquialmente, los dados estaban cargados: hay una intención y un discurso amañado, autorizado y censurado para enviar un mensaje muy claro y definido”

Lo médico asistencial

En este contexto, nuestros entrevistados proponen entrar a detalle con las palabras que más se citaron durante las 80 giras, sin olvidar que quien las dice es un médico: “La palabra médico aparece 227 veces y cirujano 36. Es obvia su inclusión. En tanto el vocablo médica se escuchó 204 veces, especialmente para referir infraestructura; enfermeras 27 veces; cirugías 16; muerte materna 18; muerte 31; urgencia y urgencias 67 veces; trabajo, trabajando y trabajadores 310 veces; atención 321; compromiso 53. Por su parte, la palabra ‘nivel’, que hace explícita referencia al gradiente de un primer y segundo nivel de atención médica, se usó 90 veces. Integral 57 veces (y para hacer mención del Modelo de Atención Integral a la Salud, MAIS). Rural 395; Hospital 918, UMR 4, remodelación 8; construcción 22; y medicamentos 25”.

Lo comunitario

“La palabra indígena fue citada 32 veces; la palabra comunidad aparece en 52 ocasiones, en tanto que comunitario aparece 42, referida -la mayoría de las ocasiones- a los albergues comunitarios. La palabra comunitaria tiene solo 56 menciones; Acción Comunitaria 18; intercultural 4, social 50; preventivas 13; prevención 32; promoción 9; educación en salud 9; educación para la salud 2; aceptación de los servicios 3; saludable 4; género 7; pobreza 4; marginado 2; marginada 3; antropología 1; psicología 2 y cultura 26”.

A partir de este breve análisis, los entrevistados concluyen que “tal como puede apreciarse, el mensaje del discurso se centra en un objetivo: cerrar filas en torno a la importancia que se le da a la atención médica y lo poco que se valora la parte comunitaria. No se vio, ni en la postura personal, ni profesional, ni como directivo, una muestra de preocupación acerca de la forma en que culturalmente se atiende a las personas, especialmente a las poblaciones rurales e indígenas. No fue el caso. Se dio por hecho que la

existencia de profesionistas, recursos e infraestructura son garantes de recibir una atención digna, pertinente y resolutive. Lo que sabemos, cuando leemos las ya citadas recomendaciones de la CNDH, es que ha habido múltiples maltratos no por falta de aptitud, ni por falta de insumos, sino por la violación a los más elementales derechos humanos, tales como la realización de cesáreas que no se le informan ni a la mujer embarazada, ni a sus familiares. O lo que nos mostró la encuesta que realizó el Instituto Nacional de Salud Pública (Flores, 2019) y en donde quedó por demás confirmado que ‘entre las tareas pendientes del sistema de salud con la población indígena en esta materia, destaca el fortalecimiento de la estructura y la mejora de la comunicación entre los utilizadores y los profesionales de la salud’.

Para nuestros entrevistados, “en otras palabras, nos dicen que la mala atención percibida por los pobladores rurales e indígenas, son meros problemas de comunicación con quienes les otorgan la atención a la salud. Esta encuesta del INSP abarca el periodo 2012-2018. Es tal vez la forma en que el sexenio pasado se realizaba la atención a la salud. La pregunta actual, está lógica y prudentemente abierta: ¿y, en este sexenio, cómo es y será?

Zoé Robledo en San Quintín, Baja California

La noche del 12 de octubre 2019, durante la gira, el director general del IMSS leyó el siguiente discurso en el Hospital Rural San Quintín:

“Muy buenas noches. Amigas, amigos de San Quintín, de todo Baja California, un gusto estar el día de hoy aquí con ustedes. Con su permiso, señor presidente. Quiero antes que nada, antes que saludar a nadie, agradecer y reconocer el trabajo de los doctores, de los médicos, de los residentes, de los pasantes, de los paramédicos, de las enfermeras, de los que trabajan acá en el hospital o en alguna de las unidades médicas rurales, en las unidades médicas móviles. La gente de Acción Comunitaria, los voluntarios de salud, el personal administrativo, de conservación, de laboratorio, rayos X, la sicóloga, los nutriólogos, los jóvenes del CARA. También, los jubilados del Seguro Social y desde luego, toda la gente que se atiende en este hospital, la gente que venga de donde venga, sea de donde sea, ve y encuentra en este hospital un servicio de salud.

Decirles que estamos aquí, saludo al gobernador “Kiko” Vega, y estamos acá en este lugar, es el estado número 19 que recorremos, es el estado número 19 en el que hemos acudido a visitar algún hospital rural. Llevamos 77 hospitales, llevamos 17,351 kilómetros para escuchar la gente, para hablar, para acudir a conocer los problemas de cada lugar. Es un principio de la Cuarta Transformación: acudir para escuchar, conocer para actuar cuando se quiere transformar la realidad. Por eso, y para hacerlo y para lograrlo, hay que partir de una reflexión, de una reflexión que es muy importante: ¿dónde estábamos?, ¿de dónde veníamos en temas de salud en nuestro país?, ¿qué pasó durante estos oscuros años del neoliberalismo sanitario? Nos dejó un terrible sistema fragmentado, frío, muy distante, muy deshumanizado. Y a pesar de eso, durante muchos años en lugares como este hospital, la gente de IMSS-Bienestar -desde que nació como IMSS-Coplamar- mantuvo ciertos principios, ciertos valores que también es justo reconocer el día de hoy.

Frente a la idea de que la realidad se puede conocer en estadísticas, en datos duros en las computadoras allá cómodamente en la Ciudad de México, fueron miles de doctores, de enfermeras, de personal, a acudir a lugares lejos de su lugar de origen, como aquí es el caso del director de este hospital, como dice él, chilango de nacimiento, pero ya más bajacaliforniano que otra cosa. Y acudieron por una razón: porque era lo que se necesitaba en ese momento, porque era algo correcto. No pensaron en su comodidad, no pensaron en que fuera fácil, lo hicieron porque lo tenía que hacer a partir de la vocación de servicio que los llamó en algún momento de su vida a dedicarse a sanar a la gente. También decir que este modelo, a diferencia de muchos otros, ha hecho de la salud preventiva un pilar, que no se espera nada más a que llegue la gente enferma, por eso el trabajo de acción comunitaria es tan importante.

Yo porto el chaleco de Acción Comunitaria en un homenaje sencillo, pero sincero de lo que ustedes hacen todos los días en rancherías, en ejidos, en lugares como acá, que tienen una dispersión poblacional con estas poblaciones de menos de mil habitantes. Felicidades a los compañeros de Acción Comunitaria. Y también decir que, desde luego, en una sociedad crítica, democrática, claro que se vale reclamar, hay que ser muy críticos; pero también se vale participar, también se vale entrarle, arremangarse a mangas y entrarle al trabajo. Y lo digo porque este modelo tiene, dentro de sus grandes aliados, a los voluntarios, a las voluntarias rurales de la salud. Están entre nosotros Elizabeth Miranda, Hortensia Loma, Concepción Aviña y Lidiana Matías, si se pueden poner de pie. Estas mujeres que están con nosotros es un orgullo que las podamos saludar el día de hoy. Es un orgullo porque cuando el presidente, el Grito, el día del Grito, allá en Zócalo, echó el Viva de los héroes anónimos se refería a personas como ellas, que no les pagan, que no reciben un salario, lo que reciben es el honor de servirle a su comunidad, como nos lo contaba Conchita, hace un rato, a ella la nombró su asamblea, y a partir de ese momento, ella porta consigo la responsabilidad de que las cosas funcionen bien. Muchas felicidades y gracias por su trabajo.

Y, finalmente, en un día como hoy, el día en el que hay que siempre recordar el respeto a la diversidad indígena, decir que en este hospital también nunca se ha visto los usos y costumbres, o que venga de lejos la gente, o que tenga una cultura diferente como obstáculo; al contrario, se ha visto como una gran virtud. Por eso, a las parteras tradicionales, a los médicos tradicionales que tanto nos ayudan con su sabiduría indígena, también muchas, muchas gracias. Pero también es importante, así como estamos hablando de este recorrido por el pasado del IMSS-Bienestar, hay que ver sobre qué es lo que viene aquí en San Quintín. Desde hace 145 días que soy director del Seguro Social, una de las primeras cosas que me encargó el presidente y que nos pusimos manos a la obra con la Secretaría de Salud, con la Secretaría de Hacienda, incluso con el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, fue atender San Quintín. Él hizo compromisos aquí y hoy es el momento de hablar sobre cómo se empiezan a cumplir estos compromisos. Decirles que después de un análisis muy amplio, se tomó una definición: hacer una ampliación, pero sería, profunda, no solamente de las instalaciones del hospital, de su equipo y de su plantilla, sino de la forma como se está trabajando. Déjenme ponerlo en términos muy concretos a qué me estoy refiriendo. Es una

inversión de 131 millones de pesos que nos van a servir para pasar de 32 consultorios a 60 consultorios.

Esto es una ampliación muy grande del hospital. Es una ampliación que además nos permitirá ganar mucho tiempo. Ganar tiempo, no solamente en la construcción, sino que aquí ya se hace bien el trabajo; el asunto es que venga más gente y que se amplíe también el servicio. Hay también un quirófano, habrá dos quirófanos a partir de esta ampliación. También habrá una parte muy importante en la parte de cirugía con cuatro lugares nuevos de recuperación posquirúrgica. Una terapia intermedia, que no existía, con dos lugares para adultos y dos lugares para pediatría. Y también este será uno de los tres hospitales, de los 80 que hay en todo el país, que contará con un tomógrafo y un nuevo equipo de rayos X. Además de esto, y por instrucciones también del presidente, un área muy sensible que ustedes lo saben, los doctores, en urgencias, el famoso triage, que está hoy tan pequeño. Vamos a construir uno más, habrá dos lugares para el triage, que es fundamental para salvar la vida de las personas, es el espacio en donde podemos asegurar que la gente sobreviva. Vaya, es una ampliación de fondo, sobre todo por una razón adicional: este será el primer hospital que de lleno y de manera muy contundente tendrá estas nuevas cuatro especialidades.

Sé que ya hay un esfuerzo, pero ahora lo vamos a ser de carácter más institucional y permanente. La parte de traumatología, de ortopedia, de otorrino y también de oftalmología. Esas cuatro nuevas especialidades que tendremos en este lugar. Y una cosa más, porque además es importante. El día de hoy agradeceré a los compañeros del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, nos pusimos de acuerdo para también tener ya una nueva ambulancia dentro de muy poco tiempo en este lugar. Hacen falta muchas cosas, pero justamente aquí, aquí es donde vamos a empezar también una nueva forma, un nuevo modelo tanto del IMSS-Bienestar, es un nuevo esquema. Pensar que este lugar, San Quintín, que forma parte del municipio más grande del país, sea el que tenga el hospital con más servicios y de mejor calidad. Que el hecho de que sea el hospital más lejano que tenemos en el IMSS-Bienestar sea a la vez el que estemos más cerca de su evolución, no solamente en la ampliación, sino de cómo evoluciona, porque aquí atendemos lo más sagrado, lo más importante que tenemos nosotros como servidores públicos: nuestra raíz indígena y también defender el derecho humano a la migración. Decirles que yo soy de la otra esquina del país, de Chiapas; y como esos dos extremos se pueden juntar, pensar que porque estemos lejos no significa que seamos diferentes; todo lo contrario, que aquí, aquí en este hospital sea el lugar donde surja el nuevo momento del IMSS-Bienestar. Y miren, con suerte dentro de algunos años, cuando digamos: Se armó la de San Quintín signifique que por fin llegó la justicia, que se armó la paz social, que se armó al final de cuentas un nuevo momento de igualdad y de prosperidad para todos. Enhorabuena por ustedes y muchas gracias”.

Para uno de nuestros entrevistados las preguntas saltan de inmediato: “como dicen en mi pueblo, el que no conoce a Dios, a cualquier barbón se le hinca. ¿Por qué hacer crecer tanto un HR de segundo nivel cuando no tienes la seguridad, mucho menos la garantía, de que las personas que atiendes puedan llegar a este lugar? ¿Será que en una ambulancia podrás trasladar a todos los jornaleros que confluyen en esta parte de Baja California? ¿Por

qué no ampliar los servicios mediante más unidades móviles que lleguen con sus servicios de salud a los sitios donde normalmente no se puede llegar? ¿Por qué no obligar a las 15 familias y consorcios extranjeros que detentan los campos productores a que incluyan o permitan la construcción de UMR? ¿O la creación de espacios para realizar la educación, promoción y autocuidado para la salud?”

Para otro de nuestros entrevistados hay que enfatizar que, en el caso del IMSS-Bienestar, esos servicios “no significan exclusivamente dar consulta o asistencialismo médico. Hay que desglosar el MAIS y sus componentes. Que por cierto nadie explica. Nadie cita. ¿Para qué es? ¿Qué hace el MAIS? Y, además, ¿cuál MAIS? ¿El de los años 80? ¿El de los 90? ¿El de la década del 2000? Porque hay una diversidad y variación en este enorme componente de salud, especialmente lo que han sido los últimos 15 años. Cuando el MAIS vivió la cancelación o clausura de partes importantes de este noble componente, como ya se trató en la comparación entre las ROP 2008-2012”.

Otro entrevistado indica que es relevante considerar que la FAO reportó en 2018 (FAO, 2018) que en México, “los jornaleros agrícolas sobreviven en realidades laborales comprometedoras: trabajan en fincas donde se cultivan hortalizas de exportación: fresa, tomate, pepino y mora, bajo condiciones humillantes. En jornadas muy extensas, sin día semanal de descanso, sin vacaciones o seguridad social. Los capataces abusan sexualmente de las mujeres y algunas son obligadas a llevar a sus hijos a los predios para que realicen faenas. Viven usualmente en asentamientos provisionales que se convirtieron permanentes, hacinados, sin servicios básicos, en viviendas con techos de lámina y pisos de tierra. Los jornaleros agrícolas se mueven con sus familias. El trabajo infantil, aunque no está permitido, en este caso es obvia su inclusión ya que si la familia aporta brazos para trabajar, toda la familia trabaja, como lo puede ver cualquiera que haya ido a los campos. El promedio de escolaridad de la población jornalera agrícola es de 5.9 años. Es decir, de primaria incompleta. Y alrededor de un cuarto de esa población, el 24% no habla español sino una lengua indígena. Todo lo anterior es una muestra clara y contundente de que los determinantes de la salud no están, ni podrán estar afianzados. Al contrario. Es un sector que vive en la zozobra y, por añadidura, es un grupo con una salud que -por el simple hecho de ser migrante interno- ya viene vulnerada. Con este simple dato se ve la necesidad de realizar acciones que redunden más en fortalecer la promoción, la educación y el autocuidado para la salud, antes que expandir un inmueble. Especialmente para este sector de población que se mueve constantemente en diversas locaciones de San Quintín, con el fin de conseguir el sustento diario.

Llama la atención la alusión de Zoé Robledo para eso crecer de 30 a 60 consultorios. ¿En un hospital? Fue una equivocación: se refiere a camas. Y es aquí donde está el gran tema medular de las giras. Un hospital trabaja para el daño. Lo que se atiende a nivel de hospital es reflejo de que a nivel preventivo no hiciste lo que tenías que hacer. Llegar al segundo nivel es haber llegado tarde. Significa, de alguna manera, que la promoción, la difusión, la educación para el autocuidado de la salud no hizo lo que tenía que hacer. No necesariamente el agrandar, el creer que más es mejor, lleva a la resolución de problemas de salud, creer así es no mirar todas las aristas de la problemática. El discurso se dio en la recta final de las

giras. Se supondría que no solo hay más de 17 mil kilómetros recorridos, sino un cúmulo de experiencias y aprendizajes en lo que, desde hace meses, se viene revisando.

Y entonces, de pronto, aparece lo que desde el inicio han sido los protagonistas de esta serie de visitas: los médicos y enfermeras; medicamentos; infraestructura (construcción y equipo médico) y basificación. El centrar el discurso en estos elementos muestra lo que se está entendiendo por el gran tema de la salud. Es extraño, porque si se piensa que eso es lo que va a resolver el problema de la salud, es preocupante, pues con más o menos de estos cuatro ingredientes funciona todo el sector salud y no resuelve. Véanse las últimas recomendaciones de la CNDH (2019a, 2019b, 2019c, 2020; Senado de la República, 2019):³ ninguna de ellas incide con estos cuatro ingredientes. De hecho, todas estas recomendaciones están basadas en la atención deshumanizada y en la mala práctica médica institucional.

¿Entonces para qué más médicos? Es simple, porque en los discursos político/históricos siempre ofertar más clínicas, más médicos, más medicinas ha sido el gancho con que se quiere convencer de que eso es lo que hace falta. En parte es cierto. Pero solo en parte. Lo que no se dice es cómo va a cambiar la forma de atención. El error está en partir de creer, o hacernos creer que esto es lo que hace falta. Claro, cualquiera diría, sí, más, más, más, aunque eso no garantizará forzosamente, un buen desenlace en la atención. Lo que se entiende simplemente es que se piensa en que se requiere únicamente fortalecer la infraestructura médica. Como si el trato humanizado ya estuviera incluido automáticamente en cada profesional de la salud. Como si las capacitaciones, el convencimiento, la consejería, el trabajo comunitario —que se debe decir, no las hacen solamente los médicos— fueran a brotar al lado de la infraestructura médica o vaciando el frasco de medicamentos.

El IMSS-Bienestar ¡tenía! un modelo-esquema que no se parecía en nada al sector salud. Y era un esquema que permitía avanzar en la disminución de los padecimientos, pero con la participación de sus comunidades. Desgraciadamente las malas decisiones, los experimentos con tantos proyectos satélites de salud, la apropiación por parte del área médica para incidir en los procesos —aún y a costa de un férreo control cuasi militar como lo fue en el caso de la muerte materna— de los últimos 18 años, tuercen y anulan las expectativas de las personas, se medicaliza cada vez más, se obliga a las personas a verse como extranjeros cuando pisan una clínica. Sí el IMSS-Bienestar ha podido llegar hasta aquí ha sido por sus comunidades y su gente, si bien la parte médica ha reconfortado, curado y cuidado. Finalmente no se puede obviar que la condición laboral del personal que no es médico, ni de enfermería, es toda la plantilla de Acción Comunitaria, quienes bajo un amañado contrato de confianza están esclavizados a lo que un contrato de esta naturaleza les puede otorgar que, por cierto, no es mucho”.

³ “Al comparecer ante senadores, su director general Germán Martínez Cazares informó que buscará que el IMSS reduzca quejas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Se comprometió a bajar el número de recomendaciones hechas por la CNDH hacia el IMSS. Señaló que es vergonzoso que sea la entidad pública con mayor número de quejas. Durante el sexenio, refirió, pondrá énfasis en establecer mecanismos de atención médica telefónica, telemedicina y de atención médica domiciliaria. En *Boletín del Senado de la República*, 15 marzo 2019. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/44130-buscara-imss-fortalecer-cobranza-y-reducir-quejas-ante-la-cndh.html>

La voz de 80 directores de 80 hospitales rurales

1.- HOSPITAL RURAL MOTOZINTLA (CHIAPAS)⁴

JOSÉ AGUILAR CASTRO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL MOTOZINTLA: Buenas tarde, licenciado Andrés Manuel López Obrador, autoridades que lo acompañan, público en general. Sean todos bienvenidos aquí, en Motozintla. Soy el doctor José Aguilar Castro, director del Hospital Rural de Motozintla y con orgullo, al igual que los otros directores de los 80 hospitales en toda la República Mexicana, trabajamos con el objetivo de dar atención médica de segundo nivel a la población sin seguridad social y que más lo necesitan en nuestro país. Licenciado Andrés Manuel: Sepa usted que es el único hospital en muchos kilómetros a la redonda ubicado en esta parte de la sierra chiapaneca. Como medida y a favor de la atención y dar continuidad a las especialidades médicas, el programa dio la oportunidad al personal médico de realizar especialidades rurales para garantizar la cobertura de los turnos y poder resolver las enfermedades de mayor urgencia en este y en muchos hospitales del programa.

Nuestra zona de servicios da a atención a más de 250,000 habitantes en 14 municipios que demandan y solicitan atención médica de especialidades, como son: ginecología, obstetricia, medicina interna, cirugía general, pediatría y anestesiología. Y con orgullo puedo garantizarles a ustedes que cuento con personal capacitado para la atención de la emergencia obstétrica en este hospital y así poder dar sobrevida a las mujeres embarazadas en esta región y en todo Chiapas. Además, contamos con servicios auxiliares para el diagnóstico, como son laboratorios y rayos X, servicios que nos ayudan también para el desarrollo de la comunidad, como es nutrición, odontología, el desarrollo infantil temprano. Tenemos un centro rural para la atención del adolescente en donde se ven temáticas muy importantes, como son la prevención de adicciones y del embarazo temprano. Asimismo, y con todo el respeto que se merece la población juvenil, se les oferta y se les da a conocer los métodos de planificación familiar. La operación de este hospital se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud que tiene como pilares la atención médica, la acción y participación comunitaria, quienes hombro a hombro y a través de los voluntarios y promotores de salud, se da cobertura en la búsqueda intencionada de enfermedades, como es el dengue, tuberculosis, se identifica en las embarazadas en el primer trimestre del embarazo y asimismo nos ayudan a garantizar el envío de la misma a este hospital.

Señor presidente: Este hospital cuenta con un albergue comunitario con 24 camas instaladas, en donde se les proporciona cobija y comida a los familiares de los pacientes que se encuentran aquí hospitalizados. Durante los últimos cinco años se logró la disminución de la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal, esto con el reforzamiento de la consulta prenatal, y través de acciones de medicina preventiva, como es la vacunación en nuestra población infantil menor a cinco años. Señor presidente, director general y gobernador:

⁴ Presidencia de la República. Publicado el 5 de julio de 2019.

Hago de su conocimiento que en Motozintla se cuenta con gente preparada, con gente responsable, con gente comprometida. Tenga la seguridad que nosotros y nuestro ejército de voluntarios saldremos adelante porque la misión que tenemos es mejorar la salud, la salud de la gente que lo requiere y lo solicite de nuestro apoyo. Finalmente, licenciado Manuel López Obrador, me veo reflejado en la mirada y el sentir de la gente trabajadora de ese hospital y también de la gente que demanda los servicios de salud. Créame que hacemos mucho con lo que tenemos, pero tenga usted la seguridad y la confianza que podemos hacer más para mejorar si usted nos fortalece con mayores recursos. Muchas gracias.

2.- HOSPITAL RURAL MAPASTEPEC (CHIAPAS)⁵

EFRÉN GARCÍA AVELAR, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL MAPASTEPEC:

Bienvenidas personalidades que nos acompañan. Esperamos que su estancia en Mapastepec sea placentera. En el Hospital Rural de Mapastepec contamos con diferentes servicios, incluyendo cuatro especialidades que son: cirugía general, pediatría, medicina interna y ginecología. Aparte de contar con esas especialidades, tenemos los servicios de laboratorio de análisis clínico y de rayos X, con la finalidad de evitar el gasto a la población que más nos necesita. El hospital rural, dentro de la red de servicios de salud, funge como una unidad de apoyo a 91 unidades médicas rurales y a dos brigadas de salud que conforman parte del modelo de atención integrada a la salud. De la región Soconusco damos atención a más de 300,000 personas. Tenemos el vínculo con el tercer nivel de atención, principalmente con IMSS ordinario, a través de los artículos 126 y 81, que son para la atención de pacientes obstétricas y recién nacidos con alguna complicación.

Además, contamos con el apoyo de las unidades de los servicios estatales de salud, como son el Hospital General de Huixtla, el Hospital General de Tapachula y el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Salud, en Tapachula, Chiapas. Para ello contamos con un sistema de referencia, dos ambulancias para el traslado. El hospital cuenta con una ocupación promedio arriba del 95%, un abasto de medicamentos del 96% y 90% en material de curación. Esto con la finalidad de evitar el gasto a la población que más lo necesita. Agradecemos su presencia, señor presidente, nos quedamos con el gran compromiso de seguir dando atención a la población más necesitada de manera gratuita y tenga por seguro que siempre lo vamos a recibir con los brazos abiertos en el estado de Chiapas. Gracias.

3.- HOSPITAL RURAL GUADALUPE TEPEYAC (CHIAPAS)⁶

MIGUEL ÁNGEL PALACIO CASTRO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL GUADALUPE TEPEYAC:

Señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Bienvenido a esta su casa. La verdad, la descripción de la enfermera Rebeca de

⁵ Presidencia de la República. Publicado el 5 de julio de 2019.

⁶ Presidencia de la República. Publicado el 6 de julio de 2019.

lo que es el personal del PIB no hay mucho más que agregarle. El personal es un personal que se compromete desde un inicio, se entrega para la atención de la población. Estamos sumamente orgullosos de ser parte también del IMSS, quien a través de su normativa nos ha guiado perfectamente. Desde luego que el programa nos pide lo propio, pero es la parte normativa lo que nos lleva también en el camino. En un hospital como este, donde se concentran las actividades de segundo nivel, donde tenemos las especialidades, estamos en una interrelación continua con el primer nivel de atención. En este caso tenemos 34 unidades médicas rurales que derivan hacia acá con nosotros; además de las unidades médicas de la Secretaría de Salud, los SESA, que tienen cercano, los centros de salud, las caravanas. Y tenemos una interrelación muy cercana con el personal voluntario, es la parte más fuerte de nuestro PIB el personal voluntario, como escucharon a don Abel.

Entonces, toda esa interrelación, donde nosotros recibimos los pacientes de parte de ellos, sí los atendemos y se los regresamos con indicaciones, lo mismo sucede en el sistema de referencia entre un hospital de segundo nivel, como este y los de primer nivel como las unidades médicas rurales. Desde luego que se requiere un reforzamiento en la atención en el primer nivel con los medicamentos, para que este sea lo necesario y suficiente para atender a la población que así lo demanda. En este hospital hemos tratado de tener lo necesario también para atender a la población, ya que no podemos enviarlo aquí cercanamente a comprar en alguna farmacia, que son servicios con los cuales no se cuenta en esta localidad; por lo tanto, debemos de resolver la mayoría de las patologías, incluyendo los pacientes más críticos en este hospital, porque la población no tiene recursos para derivarlos a otro lugar.

Este hospital debe de ser resolutivo. Por lo tanto, se requiere de mayor infraestructura aquí para poder ser capaces de otorgar a la población lo que está demandando. En relación con el problema que nos puede afectar constantemente, que son las alteraciones en el flujo eléctrico, eso provoca que todas las tardes cuando la gente utiliza la electricidad baja la energía, tiene que entrar en funcionamiento las plantas de emergencia y esos fallos generan daños en los equipos médicos de manera regular, lo que nos puede comprometer la atención de los pacientes. Aun cuando contamos con una planta de emergencia para sustituirla, cuando esta falla pone en riesgo los pacientes que tenemos entubados, los pacientes críticos, los que están consumiendo oxígeno. [Por ello...] sí se requiere del apoyo para el hospital por su ubicación y por supuesto que es todo en beneficio de nuestra población.

Nosotros como trabajadores brindamos todo lo que nos corresponde, pero no solo es suficiente, se requiere de recursos para otorgar lo mejor que así requiere la gente. Bienvenido, señor presidente. Esperamos que su visita sea de mucho beneficio para nosotros. Gracias a todas las autoridades que nos acompañan, ahí a nuestro señor delegado también que nos acompaña. Muchas gracias por estar pendientes de nosotros. Al gestor aquí que tenemos, que es nuestro jefe inmediato pero que no deja de estar gestando siempre para que nosotros tengamos lo necesario. Y desde luego que esa presión que tenemos de parte de nuestros jefes a nivel institucional es lo que hace que este programa funcione. Muchísimas gracias.

4.- HOSPITAL RURAL DE ALTAMIRANO (CHIAPAS)⁷

WILBY ORTIZ HERNÁNDEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL NÚMERO 3 ALTAMIRANO, CHIAPAS: Muy buenas, autoridades del presídium y a todo el público que nos acompaña en esta linda tarde. Es un honor, señor presidente, contar con su presencia en nuestro Hospital Rural Altamirano IMSS-Bienestar. Yo soy el doctor Wilby Arturo Ortiz Hernández, director de la unidad, tengo la especialidad en cirugía para los servicios rurales en salud, egresado orgullosamente de un gran esfuerzo que ha realizado nuestro programa IMSS-Bienestar, así como otras especialidades del niño y del adulto y anestesiología. Déjeme decirle, señor presidente, que atendemos a más de 150,000 usuarios, que está conformado por dos zonas de servicios, Altamirano y Comitán, constituido por 34 unidades médicas rurales, dos unidades médicas móviles y un centro de atención rural de atención. También hacerle de su conocimiento que en nuestro hospital damos consultas de segundo nivel mediante medicina familiar, usando nuestro modelo de atención, derivando a nuestros pacientes a los servicios como nutrición, psicología, estimulación temprana, estomatología y medicina preventiva.

Señor presidente: En esta región de Altamirano, sumergida en la selva del oriente de México, atendemos a todas las etnias de origen tzeltal, tojolabal, tzotzil y lacandones, que orgullosamente contamos en nuestro hospital con auxiliares médicas de enfermería que pueden hablarles en su lengua materna, para que ellos se puedan sentir más en confianza y haya una mejor relación médico-paciente. Hemos logrado salir adelante con lo que contamos, pero sabemos que al contar con su valioso apoyo obtendremos mejores resultados. Me quiero despedir agradeciéndole, señor director general del IMSS, señor gobernador, directora titular de nuestro gran programa y a usted, en especial, señor presidente. Yo como director de uno de los hospitales de IMSS-Bienestar y en nombre de todo mi personal en sus diferentes disciplinas refrendamos nuestro compromiso para atender a toda la población. Le reiteramos nuestro compromiso que tenemos la capacidad, la sensibilidad de poder atender a nuestra población más necesitada. Muchas gracias.

5.- HOSPITAL RURAL OCOSINGO (CHIAPAS)⁸

HORACIO RAMÍREZ CRUZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL DE OCOSINGO: Muy buenas tardes a todo el público que nos acompaña, autoridades del presídium, señor presidente. Soy el doctor Horacio Ramírez Cruz. Soy cirujano general y director de este hospital desde hace cinco años. Nuestro hospital encabeza la zona de servicios médicos de Ocosingo, conformada además por 46 unidades médicas rurales y dos unidades médicas móviles brindando en total atención a más de 230,000 personas de 11 municipios de la región selva de nuestro estado. A nombre de toda nuestra gran familia les damos la más

⁷ Presidencia de la República. Publicado el 6 de julio de 2019.

⁸ Presidencia de la República. Publicado el 7 de julio de 2019.

cordial bienvenida a este su hospital de Ocosingo. Desde sus orígenes, este hospital hace 38 años ha atendido a nuestra población en todas las etapas de su vida. Cada año hemos visto nacer tres mil nuevos mexicanos en nuestro hospital. Para ello contamos con 45 camas censables y 15 no censables, seis especialidades médicas brindando atención del primero y segundo nivel de atención. Sin embargo, el modelo de atención del programa IMSS-Bienestar trae hasta estos lugares el tercer nivel de atención a través de las llamadas Jornadas Quirúrgicas Bienestar, en donde en coordinación con médicos del régimen ordinario del IMSS traen a este hospital o a estos hospitales médicos capacitados para brindar atención en jornadas de oftalmología, cirugía plástica reconstructiva, cirugía pediátrica, urología y traumatología como la que tuvimos en nuestro hospital hace tres meses en donde fueron beneficiados más de 300 niños de la región selva del estado con patologías diversas en ortopedia, destacando luxación congénita de cadera, pie equino varo, enfermedades que sin este proyecto no hubiese sido posible atenderse en este lugar. Y con ello mejoramos la calidad de vida de todos estos niños que sin lugar a duda hubiesen tenido una vida muy diferente sino es a través de tipo de encuentros. Hay un hecho, señor presidente, que a todos los que trabajamos en el IMSS de Ocosingo nos llena de orgullo. En el 2018 fuimos certificados por el Consejo de Salubridad General, máxima autoridad en salud en nuestro país, siendo el primer y único hospital certificado de nuestro estado y nos llena totalmente de orgullo. Y más que llenarnos de orgullo nos llena de compromiso, porque desde entonces atendemos a nuestra población con calidad y seguridad; sin embargo, sabemos que con todo su apoyo cada vez lo haremos mejor. Quiero agradecer a todos los presentes. A nuestro señor presidente, a nuestro director general del IMSS y al señor gobernador del estado por esta visita a nuestro hospital que, sin duda, denota el interés que tienen por mejorar la salud de la población que atendemos. Quiero terminar diciendo que soy oriundo de la Ciudad de México, pero con mi corazón en Chiapas, que decidí venir a trabajar a este lugar para poner mi máximo esfuerzo para que en conjunto con todos mis compañeros trabajadores brindemos atención a quien más lo necesite. Muchas gracias.

6.- HOSPITAL RURAL SAN FELIPE ECATEPEC (SCLC, CHIAPAS)⁹

MANUEL DE JESÚS SANTAELLA SIBAJA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL SAN FELIPE ECATEPEC: Buenos días a todos. Buenos días, señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Señor presidente: Había preparado un discurso muy al estilo de lo que habían hecho todos mis compañeros, pero honestamente, después de ver a quien me antecede, ser tan vehemente, tan apasionada de lo que hace, es difícil, es difícil realmente. Y la verdad ya en otros hospitales le han explicado muy bien el modelo de atención, MAIS, el Modelo de Atención Integral a la Salud; le han explicado todo, cómo funciona. Y además, la verdad —usted ya nos había investigado, ya había mandado gente, ya nos conocía de fondo— la verdad, tenemos un presidente informado, siempre sabe

⁹ Presidencia de la República. Publicado el 7 de julio de 2019.

lo que pasa, entonces nosotros no le vamos a vender espejitos, no lo vamos a poder engañar, ya sabemos que lo sabe.

Señor presidente: Estamos conscientes que con la llegada de usted a la Presidencia habría un cambio radical del rumbo de nuestro país, y de verdad se lo agradecemos porque creo que todos lo pedimos, todos en alguna ocasión hemos dicho: 'Queremos cambiar'. A veces algunos ponemos el granito, otros no lo ponemos, pero yo creo que este es el momento en que todos tenemos que poner nuestro granito de arena para tener un México de primer nivel. Solamente con ciudadanos de primer nivel lo podemos lograr. Y el presidente necesita el apoyo de todos, de los que votaron por él y de los que no votaron también. Señor presidente: Aquí tiene usted un grupo de hombres y mujeres dispuestos a trabajar desde nuestra trinchera para apoyarlo en su encomienda de transformar a la nación en bien de los pobres. Hoy está usted en el hospital número 1 del programa IMSS-Bienestar. Este hospital, como se lo mostraba yo allá en la placa, fue inaugurado en 1976 para darle cobertura a los estacionales del campo. A partir de 1979 empieza la historia de IMSS-Bienestar, en ese momento de IMSS-Coplamar, aquí en San Cristóbal de Las Casas y en este hospital en San Felipe Ecatepec.

Hace unos días tuve una visita grata. Me tocó ver a un hombre ya entrado en años venido un poco a menos, el primer director de este hospital, un cirujano plástico, y él empezó las labores aquí con seis enfermeras pasantes y cuatro médicos pasantes. Desde esos azarosos tiempos hasta hoy han pasado 40 años. Este hospital ya es viejo, es vetusto, ha sufrido heridas muchas, tiene muchas cicatrices, también es cierto, pero han cicatrizado, señor presidente. Y sigue en pie y es un ente viviente que tiene alma y corazón. Sería faltar a la verdad decir que todo está al 100%, ya sabemos que no, usted lo sabe también. Las normas de construcción de los hospitales y las nuevas leyes de salud nos han rebasado y hay puntos que no podemos cumplir, pero sé perfectamente que con su apoyo eso se va a solventar fácilmente. Confiamos, todo IMSS-Bienestar confía en usted, señor presidente. Aquí tiene usted a ese corazón joven, al músculo vibrante del hospital, ese corazón dinámico que trabaja con denuedo, pasión, disciplina, profesionalismo, que conforma nuestro grupo de becarios que son parte fundamental del funcionamiento de este hospital, los residentes, los médicos pasantes y las enfermeras pasantes. También aquí está integrado el alma de este hospital, sus 205 trabajadores que estamos, que nacimos aquí en el programa, crecimos aquí en el programa. Y señor presidente, somos águilas, pero no de las águilas del equipo, somos águilas verdes, somos águilas del IMSS. Porque, señor presidente, licenciado Zoé, fuimos, somos y seremos siempre orgullosamente IMSS. Muchas gracias.

7.- HOSPITAL RURAL VENUSTIANO CARRANZA (CHIAPAS)¹⁰

LUIS RENÉ RODAS ANZUETO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL VENUSTIANO CARRANZA: Gracias, señor presidente. Qué nervios. Ya lo dijeron, jamás nos habían

¹⁰ Presidencia de la República. Publicado el 7 de julio de 2019.

visitado tan distinguidas personalidades. Señor gobernador: Es su casa, ¿qué le puedo decir?, la cuna que lo vio nacional. Señores del presidium: Bienvenidos sean todos y gracias por venir a conocer nuestro hospital. Yo nada más quiero presentarles a esta gente, decirles que me siento muy orgulloso de pertenecer a este Programa, quiero presentarle a esta gente que ayuda a la gente con lo que tiene, mucho o poco, a veces hay mucho, a veces hay poco y siempre tienen la voluntad de hacerlo. A mí me ha tocado ver sudar la gota gorda a mis compañeros, dos, tres de la mañana en una cirugía extramuros, en una campaña de cirugías de salud reproductiva; y créame, señor presidente, que es desgastante y nos cuesta mucho a veces poner una sonrisa, pero lo hacemos, tratamos de hacerlo porque queremos seguir ayudando a esa parte del pueblo a quien usted quiere ayudar, los sectores con mayor rezago en cuanto a economía.

Quiero pedirle, señor presidente, que atienda nuestras necesidades en esta región; usted ya recorrió la región selva, ya recorrió la región Altos y se dio cuenta de las necesidades que tenemos en nuestros hospitales. En esta región de Los Llanos yo quiero hacerle una petición especial, tenemos muchos niños, necesitamos más unidades de terapia intensiva neonatal, tenemos muchos bebés que están sufriendo y no nos alcanza para atenderlos, y realmente queremos hacerlo. Yo le agradezco a mi gente, a todos ustedes señores que nos han apoyado y nos han ayudado para que este hospital siga siendo de los mejores. Gracias señores. Señor presidente: Caminamos de su mano hacia la Cuarta Transformación que usted nos propone. Muchas gracias.

8.- HOSPITAL RURAL DE TEPIC (NAYARIT) ¹¹

GABRIEL CAMPOS NAVARRETE, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL 22 SAN CAYETANO: Señor presidente: Buenos días. Quiero iniciar estas palabras con una reflexión de la Madre Teresa de Calcuta: ‘Lo que importa es cuánto amor ponemos en el trabajo que realizamos.’ Señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador; licenciado Zoé Robledo, autoridades en general: Tengan todos ustedes una excelente mañana y sean bienvenidos a este su hospital rural de San Cayetano, Nayarit. Mi nombre es Eliseo Gabriel Campos Navarrete y estoy al frente como director de este hospital. Con gran orgullo y gracias al trabajo, esfuerzo y dedicación de los 178 trabajadores, personal becario, de especialidades médicas de IMSS Ordinario y de todo el programa IMSS-Bienestar, es el único hospital público certificado del estado de Nayarit. Nuestro hospital es sede de 82 unidades médicas rurales, cuatro brigadas de salud, dos unidades médicas móviles y dos Centros de Atención Rural Obstétricos, llamados CARO, los cuales se encuentran en las comunidades de Lindavista, en el municipio de El Nayar, y Guadalupe Ocotán, en el municipio de La Yesca. Nuestros pueblos originarios son nayeri, llamados coras, wixárikas o huicholes, tepehuanos y mexicanos, que son la razón de la creación de nuestro programa en 1979 y de este hospital el día 6 de noviembre de 1982, dando servicio

¹¹ Presidencia de la República. Publicado el 12 de julio de 2019.

durante más de 36 años. Por eso, señor presidente, la atención prioritaria está centrada en la mística de la creación del programa, en su Modelo de Atención Integral a la Salud, mejor conocido como el MAIS, atendiendo a la población sin seguridad social, de alta marginación y en extrema pobreza, ya sean del ámbito rural o urbano.

Señor presidente: La atención de nuestra población significa un gran reto debido a que su cosmovisión, sus conceptos de la salud y lo que es la enfermedad, y la percepción de la vida y la muerte distan mucha de la visión de nosotros, por lo cual, nos apoyamos del gran pilar del programa IMSS-Bienestar, que es la red comunitaria que aquí, en San Cayetano, consta con más de 300 voluntarios, 16 comités de salud y seis avales ciudadanos, así como con 50 parteras rurales que se encuentran en la zonas serranas para fortalecer y respetar los usos y costumbres de nuestros hermanos de pueblos originarios. Una de las prioridades del programa IMSS-Bienestar, como lo dijo el gobernador, tiene la estrategia fundamental de fortalecer la salud materna y prevenir la muerte materna y perinatal. Es por eso que contamos con el servicio del albergue comunitario con una ocupación promedio de 13,000 personas cada año, lo que se traduce en un promedio de 36 personas por día, y contamos con una capacidad instalada de 24 camas para su estancia. En el albergue comunitario recibimos a las pacientes que vienen de las zonas más alejadas, como son las del municipio de El Nayar, el cual ha sido identificado como uno de los municipios con mayor índice de pobreza y marginación del país, así como de difícil acceso en el temporal de lluvias.

En 2017 se inauguró una Unidad Médica Rural en la localidad de Potrero de La Palmita para atención de la etnia huichol de la región, población cien por ciento de pueblos originarios. Nuestras embarazadas llegan tres o cuatro semanas antes de su fecha probable de parto. Nos las envían nuestros médicos de las unidades médicas rurales y llegan aquí de forma voluntaria y se fortalece la atención oportuna en el área hospitalaria. Es muy importante resaltar el gran trabajo interinstitucional que se realiza con IMSS Ordinario a través del Hospital General de Zona Número 1 y con el Hospital de Civil de Tepic de los servicios de salud de Nayarit. Quiero compartirles solamente un caso, porque son cientos. El caso de una mujer adolescente de 16 años, de nombre Joselyn, la cual en ese hospital se atendió y presentó una hemorragia masiva posparto, con mínimas posibilidades de vida, a la cual se le dio manejo con hemotransfusión; y gracias a la intervención médica oportuna y quirúrgica, así como a la buena comunicación y trabajo de equipo con IMSS Ordinario, se logró salvar su vida. Con todo eso, señor presidente de la República, todos los integrantes del programa IMSS-Bienestar de Nayarit nos encontramos comprometidos con la gran responsabilidad que la sociedad deposita en nuestras manos para cuidar de su salud. Le reitero a nombre de todos nuestros compañeros de la delegación que seguiremos trabajando con esfuerzo, dedicación, vocación de servicio, pasión, humanismo, pero sobre todo, con amor para el bienestar de nuestra población del estado de Nayarit. Señor presidente: Tenemos confianza en su persona, confiamos en su honestidad, en su congruencia de sus palabras y sus acciones, y confiamos en su gobierno para mejorar nuestro hospital y el programa de IMSS-Bienestar. Muchas gracias.

9.- HOSPITAL RURAL DE VILLAMAR (MICHOACÁN)¹²

ULISES CAMACHO MAYA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL VILLAMAR: Buenos días, señor presidente, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Distinguidas personalidades que nos acompañan, compañeras, compañeros, público en general. Bienvenidos sean ustedes al Hospital Rural de Villamar, Michoacán, tierra del doctor y poeta Rubén Leñero, quien además fue el médico de cabecera de nuestro ilustre presidente don Lázaro Cárdenas del Río. Soy michoacano, orgullosamente egresado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, pero también tuve la fortuna de estudiar mi especialidad en cirugía general en el Hospital Central Militar. Al egresar, tuve la invitación de participar en el Hospital de Guadalupe Tepeyac, el que acaba de conocer usted la semana pasada. Durante mi formación en el Ejército me inculcaron el espíritu de servicio al pueblo de México, por lo cual decidí acudir hasta esa tierra tan lejana de nuestra patria. Conocí el modelo de atención integral a la salud, la mística del IMSS-Bienestar y me quedé enamorado del programa. Soy el doctor Ulises Camacho Maya, tengo ya 14 años de antigüedad en el programa y quisiera comentarle, señor presidente, una experiencia muy importante que tuve en aquel lejano hospital de Guadalupe. Tuve el honor de encabezar y organizar el primer Encuentro Médico Quirúrgico de Oftalmología, con lo complejo que es llegar hasta aquel lugar, mover el personal médico que iba, los pacientes, toda la logística, pero lleno de satisfacción porque se logró devolver la vista a los pacientes de la tercera edad que padecían de catarata y que no podían tener un acceso a la salud por encontrarse en plena Selva Lacandona.

En el hospital que nos encontramos el día de hoy, Villamar, es de los afortunados que contamos con médicos de base de las especialidades desde el inicio de operaciones. Actualmente contamos con una plantilla de 162 trabajadores de las diferentes categorías, médicos residentes, personal becario de medicina y de enfermería, quienes constituyen el alma y el funcionamiento de mi hospital. En esta unidad he encontrado un reto importante en mi labor institucional: inculcar en el personal de nuevo ingreso la mística y el espíritu de servicio del IMSS-Bienestar, todo esto para ofrecer atención digna y humana a los pacientes, y que ellos puedan recuperar ese bien preciado que es la salud y la de su familia. Aquí atendemos a gente de nuestro estado, pero también del estado de Jalisco, ya que nos encontramos muy cercanos y, como le comento a nuestro personal, somos víctimas de nuestro éxito, ya que personas de ciudades grandes, como Zamora, Jacona, Sahuayo, La Barca, inclusive Mazamitla, vienen a atenderse con nosotros. Déjeme platicarle, señor presidente, una situación personal: Como el resto de los trabajadores, tengo seguridad social, conozco muchos médicos de clínicas particulares donde pude haber llevado el embarazo mi esposa; sin embargo, decidí que mi hijo naciera aquí, en casa, en este hospital, porque sé y conozco la capacidad de mi equipo y confío plenamente en ellos. Quiero presumirle además que desde el inicio de operaciones no hemos tenido un solo caso de defunción materna, todo ello gracias a

¹² Presidencia de la República. Publicado el 13 de julio de 2019.

compromiso de todo mi equipo. Hemos enfrentado retos tan grandes como es el atender dos urgencias obstétricas de manera simultánea, con resultados satisfactorios, logramos salvar la vida de las madres de nuestros derechohabientes.

No obstante, le comento que también necesitamos de su apoyo porque ya es una década de operación, necesitamos renovar equipo instrumental, equipos electromédicos, ampliar nuestra plantilla, como le comentaba en el recorrido. Necesitamos ampliar el horario de servicios de laboratorio y rayos X, y sobre todo lo más importante, la construcción de nuestro albergue comunitario, ya que somos de los pocos hospitales que no cuentan con este servicio. Señor director general. Señor presidente: Le agradecemos profundamente el interés que tiene por conocer los hospitales del programa IMSS-Bienestar, conocer de primera mano nuestras necesidades. Esperamos contar con todo su apoyo para fortalecer este noble programa que constituye el brazo solidario del Instituto Mexicano del Seguro Social. Le ratificamos el compromiso que tenemos con la población que más requiere de nuestro apoyo y estamos con usted, listos para ayudarlo a construir un mejor sistema de salud. Muchas gracias.

10.- HOSPITAL RURAL DE PARACHO (MICHOACÁN)¹³

JOSÉ MANUEL VILLAFUERTE GARCÍA, DIRECTOR DEL HOSPITAL PARACHO:

Buenas tardes señor presidente de la República. Señor director general del Seguro Social, señor gobernador, autoridades aquí presentes, público en general. Bienvenidos a Paracho, al corazón de la Meseta Purépecha, una cultura indómita que no se doblegó ni ante el gran imperio azteca. Una población orgullosamente de corazón indígena. Mi nombre es José Manuel Villafuerte García, médico cirujano ortopedista, soy egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Inicié mi carrera institucional en la Unidad Médica Rural de Zicuicho, en donde presté mis servicios como médico pasante y de servicio social. Actualmente soy director de hospital desde hace 21 años. He sido director de tres hospitales como son Coalcomán, Tuxpan y desde hace siete años soy director de este hospital de Paracho. En dos semanas más cumpliré mi ciclo institucional con 28 años de servicio.

Como usted sabe señor presidente, el programa IMSS-Bienestar otorga los servicios de cuatro especialidades básicas, pero en este hospital, además otorgamos la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología, siendo este el único hospital de IMSS-Bienestar en el país que cuenta con un director con mi especialidad. Esto me permite realizar casi todos los días intervenciones quirúrgicas de alto grado de complejidad y de alto de impacto, y que me ha permitido ayudar a cambiar la vida de muchas personas, de muchos niños que nacen con alguna deformidad y que tenemos la bendición de poder contribuir a que ahora sean niños, jóvenes o adultos con igualdad de condiciones físicas para enfrentar los retos de la vida. Este hospital cumple este mes 39 años, 39 años que han sido testigos de muchas

¹³ Presidencia de la República. Publicado el 13 de julio de 2019.

historias de éxito, de vida de salud, de prevención, por lo que este hospital forma ya parte de la vida cotidiana de los habitantes de la población. Es un honor ser portador de la voz de todos mis compañeros de trabajo de este hospital, de las zonas de servicios médicos y de nuestro querido y valorado equipo de voluntarios de salud.

Actualmente atendemos en nuestro hospital como zona de servicios médicos a más de 200,000 personas, pero en realidad somos el principal proveedor de la salud para muchísimos otros miles de las localidades cercanas a Paracho. Hemos tenido carencias y necesidades, pero déjeme decirle, señor presidente, que en Paracho, Michoacán, se cuenta con una plantilla de médicos, enfermeras y auxiliares de todas las áreas que realizan un trabajo de excelencia, que las carencias de insumos se suplen con ingenio y habilidad, pero sobre todo, con muchísimo amor a la profesión. Reconocemos en esta mención a nuestros compañeros trabajadores jubilados, quienes iniciaron la historia de éxito que el programa ha tenido a través de los años, maestros de la generación actual a la cual heredaron la mística de servicios del programa IMSS-Bienestar. No dejaré de mencionar el trabajo fundamental y desinteresado que realizan nuestros voluntarios de salud, los héroes silenciosos que identifican situaciones de riesgo en su comunidad y trabajan para abatirlas de forma inmediata.

Déjeme decirle que yo también casi me siento personal voluntario, porque cuando he tenido oportunidad de acudir a alguna localidad, se me juntan pacientes de ortopedia para revisión y los atiendo con el corazón puesto en las manos. No obstante, como acabamos de platicar, señor presidente, son evidentes las necesidades de: ampliación física de las áreas de urgencias, tococirugía, quirófano y cuidados especiales del neonato; la necesidad de renovación de ambulancias y del parque vehicular; la necesidad de ampliación de la red del albergue comunitario que cada año da alojamiento a 14,000 personas; y, la necesidad de actualización de equipos médicos y de materiales de curación que nos ayuda a mejorar la calidad de la atención de los enfermos. No es una casualidad, sino una causalidad, por la calidad de atención que se otorga en nuestras unidades, que este hospital tiene una gran convocatoria y desde hace seis años contamos con una ocupación hospitalaria superior al 100 por ciento de forma permanente, como usted lo acaba de ver.

Señor presidente: Le solicitamos nos permita continuar realizando nuestro trabajo bajo las alas que nos cubre al IMSS, porque hoy como nunca valoramos ese refugio. Es un orgullo trabajar para el IMSS, el más grande instituto de salud en el país y América Latina, y desde nuestras comunidades más alejadas del país somos soldados que combatimos los flagelos que padece nuestra población más necesitada. Queremos manifestarle nuestro agradecimiento por su histórica visita. Decirle que continuaremos trabajando como desde hace 40 años lo venimos haciendo, porque podrán faltarnos insumos, pero no ganas. Finalmente, señor presidente, déjeme decirle que de forma personal me siento bendecido por estar siempre en el lugar que se me necesita y es increíble, créame, recibir un salario por hacer lo que más me gusta. Muchas gracias.

11.- HOSPITAL RURAL DE ARIO DE ROSALES (MICHOACÁN)¹⁴

VÍCTOR HUGO SUÁREZ SANDOVAL, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL ARIO DE ROSALES: ‘Tenemos que garantizar el derecho a la salud, no solo pensando en los derechohabientes, sino pensando en todo el pueblo. El derecho a la salud de todos los mexicanos, ese es el objetivo, ese es el propósito.’ Palabras del licenciado Andrés Manuel López Obrador, el día 3 de enero del 2019 en Morelia, Michoacán. Buenas tardes y bienvenidos sean a Ario de Rosales, cuna del primer Tribunal de Justicia de la Nación en 1815, en donde participó el generalísimo José María Morelos y Pavón. Señor presidente. Autoridades del presidium. Público en general. Bienvenidos al hospital rural IMSS-Bienestar, Ario de Rosales. Soy Víctor Hugo Suárez Sandoval, con una experiencia laboral en IMSS-Bienestar de 16 años, actualmente director de este hospital desde hace tres años. Nicolaíta de corazón, egresado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, de la Facultad de Medicina doctor Ignacio Chávez, actualmente egresado de la segunda especialidad, segunda generación de especialidad de medicina del niño y adulto para los servicios rurales de salud. Nuestro hospital es uno de los más antiguos del programa, tiene casi 44 años sirviendo a esta región de Uruapan, conformada por cinco zonas de servicios, 86 unidades médicas rurales, cuatro unidades médicas móviles, siete brigadas de salud y tenemos para atención una población estimada de 272,000 personas. También tenemos un albergue en el cual, hasta la fecha de enero, hemos atendido 3,600 personas con énfasis a embarazadas y en periodo de puerperio. Nuestro equipo está listo para trabajar diariamente para aportar y engrandecer la salud de nuestro entorno y de nuestro país enfocado en las prioridades del programa IMSS-Bienestar, entre ellas disminuir la mortalidad materna y, ya casi durante tres años, no hemos presentado defunciones en este hospital. Asimismo, a la atención de pacientes prematuros y patologías neonatales disminuyendo la mortalidad neonatal y en donde en coordinación con otras instituciones pudimos salvar la vida de varios pequeñitos a través de traslados aéreos.

Tenemos 40 camas censables, plantilla completa y como productividad puedo mencionar que atendemos, hasta junio, 2,070 egresos, 1,400 intervenciones quirúrgicas, un promedio de cuatro partos por día y, hasta el momento, 701 recién nacidos. El modelo de atención, como usted sabe señor presidente, acerca los servicios de alta especialidad en jornadas quirúrgicas: Aquí en mayo realizamos una de ginecología oncológica, donde se beneficiaron 1,377 mujeres de más de 10 municipios y de las cuales 347 mujeres se les detectó cáncer cervicouterino y cáncer de mama, y con ello pudieron salvar sus vidas. Por todo lo anterior, agradecer a mi familia y a mi segunda familia, y a cada uno de ustedes compañeros de este hospital, porque están dispuestos a trabajar en equipo para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes que confían su salud y la ponen en nuestras manos. Quiero agradecer su visita, director general Zoé Robledo; a nuestra titular de IMSS-Bien-

¹⁴ Presidencia de la República. Publicado el 13 de julio de 2019.

tar, doctora Gisela Saldaña; y muy en especial a usted, señor presidente, porque creemos en usted, tenemos fe de que nos apoyará con mayores recursos para mejorar nuestros servicios. Finalmente, y de forma muy personal, le deseo un gran éxito en su ardua labor a favor de todos los mexicanos. Muchas gracias.

12.- HOSPITAL RURAL BUENAVISTA (MICHOACÁN)¹⁵

JOSÉ MARÍA ÁVILA ÁVALOS, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL BUENAVISTA:

Buenos días. Autoridades aquí presentes y al público en general. Señor presidente: Saludos y bienvenido a Buenavista Tomatlán, lugar por excelencia donde abunda la tierra fértil y nos brinda abundantes frutos de la región. Y como buena tierra fértil, desde hace nueve años aquí nació y floreció el Hospital Rural de Buenavista Tomatlán para darle servicios de salud a la población que más lo necesita. Yo soy el doctor José María Ávila Avalos, tengo 15 años de antigüedad en el programa, iniciando mis labores como médico general durante cinco años en la Unidad Médica Rural de Gallineros, municipio de Cotija, posteriormente realicé la especialidad en cirugía general y después, desde hace seis años, como director del hospital. El hospital otorga atención médica a casi 120,000 usuarios de los diferentes municipios de Tierra Caliente y somos un hospital de referencia de las diferentes unidades médicas rurales; sin embargo, quiero decirle que no contamos con pediatra, siendo de suma importancia para la atención materno-infantil.

Con mucho orgullo le comunico, señor presidente, que casi durante esta primera década de vida del hospital nos han otorgado diversos reconocimientos durante tres años consecutivos del 2015 al 2017, fuimos acreedores al Premio IMSS a la Competitividad. En el 2014 nuestros adolescentes del CARA fueron ganadores nacionales, quedando en primer lugar en el concurso 10 en Prevención del Instituto Nacional de las Mujeres, recibiendo el premio por parte de la Presidencia de la República. También se logró en el 2014 la acreditación de establecimientos de atención médica por parte del Consejo de Salubridad General. Los anteriores reconocimientos fueron producto del esfuerzo de mi cuerpo de gobierno y de todo el personal de aquí del hospital, por lo que aprovecho este foro para darles mis más sentidas gracias. Por lo que respecta a la productividad, le quiero decir que en lo que va del año hemos otorgado más de 16,000 consultas, 4,316 urgencias, más de 400 nacimientos, 474 procedimientos quirúrgicos y 1,128 egresos. Además de lo anterior hemos otorgado atención de alta especialidad mediante cinco jornadas médico quirúrgicas y que hace apenas tres meses se realizó la jornada de ginecología, beneficiando a 1,300 mujeres, de las cuales a más de 200 se les pudo prevenir el cáncer cervicouterino y cáncer de mama, y con ello salvarles la vida.

Le quiero destacar algo muy importante. Hay 80 hospitales del IMSS-Bienestar, de los cuales solo 15 de ellos cuentan con un laboratorio de citologías, y uno de ellos se encuentra aquí en este hospital, con el cual se dan lectura a las muestras de las mujeres que

¹⁵ Presidencia de la República. Publicado el 14 de julio de 2019.

podieran tener cáncer. Quiero comentar una atención médica muy especial de un caso de un adolescente de 15 años que presentó convulsiones por presentar hipertensión arterial y que gracias a un traslado aéreo oportuno pudimos salvarle la vida. Finalmente, quiero decirle de nuestras necesidades más importantes: la falta de personal de laboratorio y rayos X, pero sobre todo nos hace falta el albergue para la atención de las pacientes embarazadas y sus familiares. Me despido, agradezco su histórica visita, sobre todo a usted, presidente, porque no obstante el cúmulo de actividades como presidente de la nación, se ha dedicado durante los fines de semana a seguir recorriendo el país y ahora nos visita a los hospitales rurales. Sepa usted que en esta región de Michoacán reconocemos su esfuerzo y queremos que nos siga apoyando siempre como IMSS. Muchas gracias.

13.- HOSPITAL RURAL COALCOMÁN DE VÁZQUEZ PALLARES (MICHOCÁN)¹⁶

MARÍA SANDRA ZARAGOZA CARREÓN, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL DE COALCOMÁN: Buenas tardes. Bienvenidos a nuestro hospital IMSS-Bienestar de Coalcomán, que en lengua náhuatl significa lugar de culebras. Señores del presidium, amigas y amigos. La que les habla es su servidora María Sandra Zaragoza Carrión, médica pediatra con seis años de experiencia en esta institución como gestora de calidad y cinco años de directora. Me siento muy honrada y muy contenta de ser la primera mujer directora que tomen voz dentro de sus giras, señor presidente y poder darle mi mensaje como servidora de la salud. Con el alma y el corazón puestos y dispuestos para hacer mi labor por mi población. Soy orgullosamente nicolaíta y quiero decirles que cuando cursaba mi especialidad, me imaginé únicamente atendiendo pequeñitos pero, como se dice por ahí, uno propone y Dios dispone. Y el día de hoy estoy aquí, comandando un grupo de 127 trabajadores que conforman la plantilla de mi hospital, entregados a nuestro trabajo cotidiano, que es brindar alivio y apoyar a la gente de Michoacán. Ser directora de un hospital me ha llenado de grandes satisfacciones y ahora sé que más allá de la clínica, existe un mar de situaciones administrativas que tenemos que enfrentar para resolver todo tipo de situaciones en la unidad hospitalaria.

IMSS-Bienestar se ha convertido en mi hogar, en él he encontrado más que compañeros, hermanos. Y todos mis pacientes se han transformado como en mis propios hijos, los cuales como una buena madre veo feliz cuando recuperan su salud. Este hospital es pequeño, contamos con apenas 18 camas censables, pero siempre están atentas a brindar su confort a quien más lo necesita. Atendemos por día dos partos, cinco personas son egresadas por mejoría, realizamos cuatro cirugías y atendemos urgencias las 24 horas los 365 días del año. Si ustedes me lo permiten, ahora tomaré la voz de mi propio hospital. Como hospital, ya cumplí la mayoría de edad, es más, voy llegando a mi primer cuarto de siglo, pero me

¹⁶ Presidencia de la República. Publicado el 14 de julio de 2019.

mantengo joven como un adolescente, con mucho ánimo y energía para seguir otorgando mis servicios. No obstante mi juventud, ya sufro mis primeras dolencias, me hace falta y a gritos pido que me renueven mi quirófano, incluyendo las máquinas de anestesia. Necesito con urgencia un ultrasonido y necesito un tocardiógrafo para continuar garantizando la salud a la mujer embarazada y a su hijo, pues sé que la mortalidad materna constituye la más grande muestra de inequidad de género. Tengo un año sin poder dar radiografías y necesito desde hace década una nutrióloga que me diga cómo debo alimentarme y cómo debo alimentar a mis pacientes.

Ahora, les contaré dos de mis anécdotas. En el año 2003 sufrimos daños por un sismo en la estructura de la consulta externa; sin embargo, no dejamos de trabajar, me construyeron consultorio de tabla roca improvisados en el patio del CARA y continué dando la consulta de medicina familiar y de especialidades. Este reto lo repetí con éxito cuando modernizaron todos mis consultorios, con aire acondicionado para mejor atención de calidad de nuestros pacientes y confort de nuestros médicos, esto en el año de 2016. Como una muestra del entrega y dedicación de los que me integran como hospital, le cuento que en el año 2015 recibí un pacientito de apenas 850 gramos, un prematuro, y en ese momento no contábamos con el acuerdo 81 del IMSS para la atención neonatal. Lamentablemente todas las unidades de cuidados intensivos estaban llenas en otros hospitales; así que, motivados por el humanismo, lo atendimos con mucho amor y dedicación durante más de dos meses. Y ahora lo vemos crecer feliz y lleno de vida a sus cuatro años en la chichigua. Por todo lo anterior, señores y señoras, autoridades presentes, quiero decirles que yo, el hospital de Coalcomán, tengo toda la vida por delante, con todo mi personal dispuesto para atender a la gente que más requiere de nuestro apoyo. Quiero destacar que no estoy solo, que trabajo con mis hospitales hermanos, con el Centro Regulador de Urgencias Médicas de Michoacán, con el Hospital Universitario Materno Infantil de Colima y de Ciudad Guzmán, que nos brindan siempre su apoyo para sacar adelante a los pacientes más graves.

Yo atiendo alrededor de 50,000 personas, incluyendo algunos pueblos originarios de los náhuatl, como Ostula y Maruata, que forman parte de las 17 unidades médicas rurales que nos integran como zonas de servicios. También quiero decirles que mi cuerpo tiene un pequeño retoño, un albergue para la atención de mujeres embarazadas en puerperio y sus familiares, cuenta con 24 camas y les ofrece hospedaje y también alimentación a su gusto, y todo en forma absolutamente gratuita. Señor presidente: Me siento muy feliz con su visita. Me da gusto saber que por fin un presidente llega recorriendo sin descanso las carreteras de nuestra patria hasta estos lugares tan apartados, que viene para escucharnos, que viene para atendernos y que seguramente viene para darnos más recursos para resolver nuestras dolencias. Lo recibimos con el corazón y los brazos abiertos. Se lleva usted nuestro cariño y la esperanza de salud de nuestra comunidad entre sus manos. Atentamente el hospital de Coalcomán. Muchas gracias.

14.- HOSPITAL RURAL CERRITOS (SAN LUIS POTOSÍ)¹⁷

MARGARITA GARCÍA MUÑOZ, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL CERRITOS: Señor presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Es un honor recibirlo en este Hospital Rural Cerritos. Autoridades y personalidades que nos acompañan. Señoras y señores: Muy buenas tardes. Para todos los que trabajamos en este hospital rural hoy es un día de júbilo por tener la oportunidad de recibir a tantas personalidades que nos acompañan. El Hospital Rural Cerritos se encuentra ubicado en el corazón del estado de San Luis Potosí y fue inaugurado hace 36 años. En él han nacido gran parte de las personas que hoy viven [en] cada uno de los 15 municipios que atendemos. La zona de servicios médicos está conformada por 61 unidades médicas rurales, abarcando una población de más 163,000 pacientes; contamos con un gran equipo de trabajo conformado por 145 trabajadores entre médicos, enfermeras, administrativos, servicios generales y becarios. Este personal es apoyado por una gran y solidaria organización comunitaria formada por más de 5,384 personas, los cuales son nuestro vínculo con cada una de las personas que habitan en las localidades que atendemos. Desde la localidad de Montaña hasta la localidad de Santa María Acapulco recibimos población que tiene un común denominador: ser de muy escasos recursos.

El Hospital Rural Cerritos tiene sus orígenes en 1986 y, como en todos los hospitales de IMSS-Bienestar, nuestro trabajo lo enfocamos primordialmente en la prevención, proceso clave para disminuir los daños a la salud en las diferentes etapas de la vida desde antes de nacer hasta la vejez. Maestro Zoé: Uno de nuestros más grandes éxitos a nivel nacional ha sido la disminución de la mortalidad materna, reforzada por un excelente trabajo de nuestros compañeros de acción comunitaria para acercar por medio de la organización comunitaria a las embarazadas de alto y bajo riesgo en tiempo al albergue comunitario para que estemos listos para atenderlas ante cualquier eventualidad que se presenta. Posterior al evento obstétrico, ofrecemos un seguimiento puntual al puerperio y a la atención integral del menor de cinco años, detectando de manera oportuna alternaciones en el estado de nutrición y prevenir las muertes por infecciones de vías respiratorias y diarreas, así como llevar a cabo un seguimiento puntual en el esquema de vacunación, programa que orgulloosamente se lleva de manera impecable en nuestras localidades. Este seguimiento se ve reforzado por un programa integral de atención a la infancia y la adolescencia, donde no solamente vigilamos el estado de salud, sino también nos enfocamos en la prevención de las adicciones, el embarazo no planeado y la violencia o abuso infantil, a través de nuestros Centros de Atención Rural al Adolescente, fundados en 1998 y que a la fecha se han convertido en referentes para otras instituciones de salud en México.

Asimismo, se lleva a cabo un seguimiento de las mujeres en edad fértil, detectando de manera temprana factores de riesgo reproductivo. Día a día realizamos acciones para la

¹⁷ Presidencia de la República. Publicado el 19 de julio de 2019.

detección oportuna del cáncer cervicouterino y mamario, además de proporcionar tratamientos especializados a todas aquellas mujeres que presentan una alteración en el cérvix uterino. Los pacientes con enfermedades crónicas cuentan con un consultorio de acuerdo a su localidad y son atendidos mensualmente por nuestro equipo de enfermería y médicos, residentes de la especialidad de medicina familiar; contamos además con áreas de apoyo como el Servicio de Atención Integral a la Salud, el SAIS, y el servicio de nutrición, reforzando la atención con grupos de autoayuda que de manera semanal son capacitados por el personal médico de enfermería, trabajo social, nutrición y dental. Contamos [con] 30 camas censables y atendemos urgencias médicas de cualquier tipo, desde una infección respiratoria aguda, una diarrea, hasta un infarto agudo al miocardio, una tromboembolia pulmonar y pacientes politraumatizados. La tarea de atender oportuna y dignamente a toda la población no es fácil. Uno de los grandes retos es brindar nuestros servicios de calidad y cada día entregamos, no solo nuestros conocimientos, sino también un pedazo de nuestro corazón a cada uno de nuestros pacientes.

Señor presidente: Todo esto suena fácil; sin embargo, dadas las carencias que enfrentamos, necesitamos su invaluable apoyo a fin de contar con más recursos que nos permitan mejorar y fortalecer nuestra plantilla de personal, mejorar la conservación y modernizar el equipo e incrementar los medicamentos y material de curación. Señor presidente: A pesar de todas estas dificultades cotidianas, todo el personal de este hospital y de las unidades médicas rurales estamos firmemente comprometidos en seguir trabajando y esforzándonos diariamente por el bienestar de nuestra población, anteponiendo muchas veces nuestra familia. A pesar de [que] nuestro querido hospital ha sido rebasado por el tiempo y la tecnología, nuestro orgullo de pertenecer a este gran programa, mantiene viva nuestra mística y actitud por servir, y queremos continuar formando parte de su historia, contribuyendo a dejar huella en la salud y en la vida de muchos mexicanos. Señor presidente: Quiero finalizar diciendo que estoy segura de que no nos olvidará, y que con su ayuda tendremos más y mejor equipamiento, mayor personal y más presupuesto para continuar trabajando incansablemente otros 40 años, contribuyendo al bienestar de los mexicanos que menos tienen y al desarrollo de nuestro gran y hermoso México. Muchas gracias

15.- HOSPITAL RURAL DE TAMAZUNCHALE (SAN LUIS POTOSÍ)¹⁸

LEONARDO BEN HUR MOLINA GARCÍA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL DE ZACATIPÁN: Señor presidente, licenciado Manuel López Obrador: Quiero decirle que para todos los que trabajamos en este hospital es un día de fiesta por tener el honor de contar con su presencia, ya que es la primera vez que un presidente de la República nos visita. Distinguidas personalidades del presídium, autoridades que nos acompañan, personal del hospital y de las unidades médicas rurales de la zona de servicios médicos, voluntarios de salud y personas en general. Muy buenas tardes. Soy médico ginecobstetra y tengo la

¹⁸ Presidencia de la República. Publicado el 20 de julio de 2019.

fortuna de trabajar como director de hospital del IMSS-Bienestar desde 2012, pero debo decirles que mi admiración y gusto por el programa nació en 2005, cuando realicé mi año de servicio social en el Hospital Rural Ario de Rosales, en Michoacán, el cual usted conoció, señor presidente, la semana pasada que anduvo por allá. El próximo 3 de noviembre el Hospital Rural Zacatipan cumple 38 años de proporcionar atención médica y medicamentos gratuitos a la población rural e indígena de la región Huasteca, de los municipios de Matlapa, San Martín, Tampacan y Tamazunchale, en San Luis Potosí, por mencionar algunos, así como Pisaflores, Chapulhuacán, Tlanchinol y Tepehuacán del estado de Hidalgo.

En este hospital tenemos el privilegio de atender a 43,680 personas que pertenecen a nuestra área de responsabilidad y a más de 262,000 de toda la zona de servicios médicos, que está conformada por 79 unidades entre unidades médicas rurales, centros de atención rural obstétrico, unidades médicas móviles y brigadas de salud que se ubican desde Ciudad Valles hasta Tamazunchale. Desde su inauguración, el hospital se caracteriza por ser el más resolutivo de la región, teniendo una ocupación hospitalaria por arriba del 95%, contando con 50 camas censables y 21 no censables, siendo la capacidad instalada más grande del programa en el estado de San Luis Potosí. Quiero destacar que en promedio cada día otorgamos 233 consultas de medicina familiar, especialidades y urgencias; realizamos de 8 a 10 cirugías, y se atienden de 8 a 12 partos todos los días. Un dato destacable del impacto de la atención que proporcionamos es que en los últimos siete años no ha habido o no ha ocurrido una muerte materna aquí en el hospital. Señor presidente: Como usted bien sabe, el esquema de operación del programa se basa en el modelo atención integral a la salud, que vincula la atención médica con la atención comunitaria. En este sentido, quiero decirle que en esta zona de servicios médicos contamos con el vínculo y apoyo de un ejército de voluntarios de 6,687 personas, algunas de ellas aquí en este momento, entre voluntarios rurales, integrantes de comité de salud y médicos tradicionales.

Una de las fortalezas de los hospitales rurales son los albergues comunitarios, que técnicamente están ubicados en todos y cada uno de nuestros hospitales, como el de Axtla de Terrazas que ya por ahí 'radio pasillo', como dirían en los hospitales y ya también me comentó usted que no alcanzó a pasar, pero la intención y debido a los servicios que este proporciona, queríamos pedirle un albergue igualito que el de allá, pero como no pasó a verlo, ya ahora no va a saber cómo va a quedar. Estos albergues, señor presidente proporcionan alimentación y hospedaje de manera gratuita a toda la población que acuden a ellos y que muchas veces provienen de localidades ubicadas a dos horas o más de traslado, y que para su atención deben acudir al albergue días o incluso semanas antes, como en el caso de las embarazadas, con la finalidad de evitar complicaciones maternas y perinatales. En este sentido, me permito comentarle que, lamentablemente, en el mes de mayo de este año, Protección Civil municipal dictaminó que nuestro albergue, el cual tiene 36 años de funcionamiento, presenta daños estructurales en algunas áreas, por lo que es necesario la construcción de uno nuevo, además de reubicarlo, ya que se encuentra muy próximo a un arroyo, lo cual condiciona mayores riesgos. A raíz de este dictamen gestionamos el apoyo de los municipios de Tamazunchale, Matlapa, San Martín y Tampacan en San Luis Potosí; y de Pisaflores, San Felipe Orizatlán, Chapulhuacán, Tlanchinol y Tepehuacán del estado

de Hidalgo, la adquisición de un terreno para la construcción de un nuevo albergue. Sin embargo, le pedimos atentamente su apoyo para la construcción y equipamiento de un albergue como el de Axtla de Terrazas, que esperaba que lo viera, pero bueno, tan siquiera de afuera. Que nos permita otorgar un mejor descanso y bienestar a los familiares y pacientes que acuden a este hospital, ya que las temperaturas en ocasiones son hasta de 40 grados centígrados.

Señor presidente: El cuerpo de gobierno del Hospital Rural Zacatipan, junto con el personal médico, enfermería, administrativos, servicios generales y conservación, estamos firmemente comprometidos a brindar atención y salud a la población con la mayor calidad, calidez y respeto a los derechos humanos para seguir siendo uno de los hospitales rurales más resolutivos y referentes en esta región. Sin embargo, necesitamos de su apoyo, como con mayores recursos para mejorar el mantenimiento y conservación de la infraestructura, renovar el mobiliario y equipos de los aires acondicionados, fortalecer la plantilla de personal con más médicos especialistas y enfermeras, así como más medicamentos y material de curación que mucha falta nos hace. Me despido reiterando nuestro agradecimiento por su visita, señor presidente. Siéntase seguro que cuenta con todo el apoyo del personal del Hospital Rural Zacatipan para que el modelo de atención integral de la salud de IMSS-Bienestar sea aplicado en los proyectos de salud que tiene usted contemplados y así mejorar el bienestar de todos los mexicanos. Muchas gracias.

16.-HOSPITAL RURAL AXTLA DE TERRAZAS (SAN LUIS POTOSÍ)¹⁹

EDGAR SALVADOR MENDOZA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL DE AXTLA DE TERRAZAS: Buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de la República; licenciado Zoé Robledo Aburto, director general del IMSS, licenciado Juan Manuel Carreras López, gobernador de nuestro estado de San Luis Potosí; doctora Gisela Lara Saldaña, titular de la unidad IMSS-Bienestar; personalidades que nos acompañan, compañeros y compañeras: Soy el doctor Edgar Salvador Mendoza, director de este hospital. Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México y médico especialista en cirugía por el Instituto Politécnico Nacional. Durante más de 20 años he sido testigo del gran impacto en la salud que IMSS-Bienestar ha tenido en la población rural, indígena y campesina de nuestro país. Población que no cuenta con algún tipo de seguridad social y que dadas las condiciones de marginación y dispersión geográfica donde habitan, no encuentran manera de acceder a atención médica especializada. Quiero comentarles que el Hospital Rural Axtla de Terrazas fue inaugurado el 6 de julio del 2016, por lo que en este año cumplimos tres años en operación. La población adscrita del hospital es de 16,640 personas que residen en los municipios de Axtla de Terrazas y Tampamolón Corona. En total, el Hospital Axtla de Terrazas atiende a 23,045 personas de las diferentes unidades médicas rurales y centros de salud de los municipios de Matlapa, Tancanhuitz,

¹⁹ Presidencia de la República. Publicado el 20 de julio de 2019.

Xilitla, San Antonio, San Vicente Tancuayalab, Tampamolón, Tampacán, Coxcatlán, Tanlajas, Tanquian, Huehuetlán, San Martín y Aquismón. La población beneficiaria de este hospital es diversa y dentro de esto se encuentra población de los grupos originarios de las etnias náhuatl y tének.

Señor presidente: Quiero decirle que en IMSS-Bienestar tenemos claro nuestros objetivos y nuestras metas, por ello trabajamos decididamente en ocho prioridades que están enfocadas en atender no solo las necesidades en salud de la población, sino también son acorde al panorama epidemiológico prevalente en el área rural. Por ello nos enfocamos a trabajar, entre otros aspectos, en la prevención y atención integral de la diabetes mellitus e hipertensión arterial, las cuales, como usted sabe, señor presidente, son de las dos principales enfermedades que aquejan a los mexicanos. En este sentido, efectuamos 462 detecciones de estos padecimientos para el fortalecimiento y prevención de este padecimiento. También realizamos acciones de fortalecimiento a la salud materna e infantil. En el programa IMSS-Bienestar los adolescentes también son un grupo especial que requieren atención a través de los CARA, que usted ya conoce y donde abordamos temas cruciales como la prevención del embarazo no planeado y de las adicciones, entre otros. La presencia del hospital de Axtla en la región Huasteca ha venido a representar un invaluable apoyo y a contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población. Ejemplo de ello es la significativa reducción de la mortalidad materna en el municipio de Aquismón, donde el Hospital Axtla de Terrazas ha contribuido para que no se den más muertes maternas. Esto gracias a las diversas estrategias que se han implementado para la reducción de la mortalidad materna, entre las que destaco el control prenatal de calidad, tanto por el personal institucional, como el personal comunitario, la atención del parto y el puerperio por personal calificado.

En este sentido, es importante destacar la disponibilidad de nuestro albergue comunitario, que se ubica a unos pasos del hospital y que cuenta con 80 camas, que ofrecen alimentación y hospedaje totalmente gratuitos a un poco más de 22,000 usuarios en promedio al año, y fue construido con el apoyo del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. Estas acciones, señor presidente, han contribuido que desde su apertura en el hospital no se han presentado defunciones maternas y mantenemos un promedio de 12 consultas prenatales por embarazada. Señor presidente: Nuestro hospital cuenta con una plantilla de 202 trabajadores, siendo la mayoría de ellos originarios de la región, incluso, contamos con compañeros bilingües que dominan los idiomas náhuatl y tének, y constituyen el enlace entre el personal de salud y la población, lo que además mejora la relación médico paciente. Aunado a este gran equipo de trabajo institucional, señor presidente, contamos con el apoyo de 486 voluntarios en nuestras diferentes localidades de responsabilidad, quienes se encargan de derivar pacientes o notificar oportunamente aspectos relevantes a la salud, así como la orientación y promoción en diferentes temas de salud, para el autocuidado de la salud de la población, con lo que se cristaliza la operación del modelo de atención integral a la salud.

Señor presidente: Nuestro hospital cuenta con 27 camas censables y registra una ocupación superior al 100%. En lo que va del año ha registrado 1,698 egresos, siendo la atención obstétrica la de mayor demanda. En este hospital, señor presidente, nacen cinco

nuevos potosinos al día. Cabe señalar que, dado el enfoque integral de la atención que brinda el programa, estos cinco niños que nacen en nuestro hospital se les proporcionan cuidados y acciones médicas inmediatas, preventivas y asistenciales, que van desde la vacunación hasta la detección de enfermedades metabólicas mediante el tamiz neonatal. En el hospital Axtla de Terrazas se otorgan 221 consultas diariamente y se realizan seis cirugías por día. Señor presidente: Como usted sabe, y lo ha constatado, nuestro hospital cuenta con los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios destinados para proporcionar acciones integrales de primer y segundo nivel de atención. Sin embargo, es importante que nos fortalezca con mayores recursos humanos, modernización del equipo electromédico y una ambulancia para poder seguir respondiendo a las necesidades de la población. Señor presidente: A nombre de mis compañeros y mío, agradezco su visita a este hospital, no sin antes decirle que trabajar para el IMSS es un orgullo, pero trabajar para IMSS-Bienestar es un privilegio.

17.- HOSPITAL RURAL HUEJUTLA DE REYES (HIDALGO)²⁰

ANAMIN SANDRA GUZMÁN TORRES, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL DE HUEJUTLA: Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; licenciado Zoé Robledo Aburto, director general del IMSS; doctora Gisela Lara Saldaña, titular de la unidad del programa IMSS-Bienestar; autoridades, compañeros y voluntarios de salud. Buenos días y gracias por su presencia. Tengo el privilegio de representar al Hospital 21 Huejutla de Reyes, Hidalgo, mismo que me honra ser su directora desde hace tres años con seis meses. Todo este tiempo no es nada, si vemos que en realidad el hospital tiene una antigüedad de 43 años, inaugurado el 1 de junio 1976. Es un establecimiento médico que cuenta con un cuerpo de gobierno y personal operativo, recursos materiales y tecnológicos destinados a proporcionar acciones integrales de primer y segundo nivel de atención. Brinda servicios a la salud a población abierta y su universo de trabajo está integrado por población campesina e indígena. Fundamenta su esquema de atención en el modelo de atención integral a la salud, que tiene como base la atención primaria a la salud, basándose en dos ejes estratégicos: atención médica y acción comunitaria, para lo cual, tenemos metas y objetivos bien trazados, que trascienden el enfoque meramente asistencial mediante una visión integral, con actividades anticipatorias y preventivas, que abarcan toda la línea de vida, conceptualizada en ocho prioridades: atención integral a la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, fortalecimiento de la salud materna, reducción de la mortalidad neonatal, atención integral a la infancia y a la adolescencia, vacunación, vigilancia epidemiológica, y fortalecimiento del primero y segundo nivel.

IMSS-Bienestar en esta región está presente en 11 municipios. La población beneficiaria es de 65,029, que forman parte de su población adscrita. La población que atiende como zona de servicios está conformada por 49 puntos de servicios, que son 43 unidades

²⁰ Presidencia de la República. Publicado el 21 de julio de 2019.

médico rurales, un Caro, tres unidades móviles y dos brigadas de salud, haciendo un total de 196,866 personas, compartiendo con usted, por poner un ejemplo, a Canoa, que está ubicada a cinco horas de distancia de esta unidad hospitalaria. El tiempo ha pasado y los escenarios han cambiado, ya que este hospital hoy de 58 camas censables, para poder subsanar la demanda de atención, ha tenido cuatro ampliaciones, resaltando, señor presidente, que las últimas tres corresponden, como usted pudo ver, al área de consulta externa, urgencias y el albergue. Es importante no dejar de mencionar que desde su inicio la plantilla personal-operativo no ha tenido la actualización que se apegue a nuestras necesidades, sin dejar a un lado todas las jubilaciones a las que este hospital se ha y se sigue enfrentando. Comento a usted que hoy somos 228 personas que trabajamos hombro a hombro, siendo nuestra misión brindar atención oportuna con mayor calidez, trato digno, con un concepto de interculturalidad en el quehacer diario. Asimismo, es importante que sepa que, derivado del tiempo de vida de este hospital, es necesaria la sustitución de equipos médicos, equipos electromecánicos, mobiliario cuya vida útil ya concluyó, ya que incluso algunos de ellos están desde el inicio del hospital hace 43 años; asimismo, la rehabilitación integral de las áreas de pediatría y de consulta externa. Sin embargo, puedo decirle que, a pesar de que es necesario renovar este equipo y actualizar la plantilla operativa, estamos firmemente comprometidos en atender a nuestra población, siendo importante resaltar que lo que va del año se tienen 1,602 egresos hospitalarios, diariamente 161 consultas de medicina familiar, especialidad, urgencias, 724 estudios de laboratorio por día y se atienden seis partos al día en promedio.

En la parte de acción comunitaria trabajamos de la mano con 3,838 voluntarios participando de manera regular en la promoción y educación para la salud, vigilancia epidemiológica simplificada, derivación de pacientes y mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental en los municipios donde está presente el programa. Nuestro albergue comunitario de 45 camas es propiedad del IMSS, cuya ampliación fue financiada por el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas. Su objetivo es ofrecer atención mediante alojamiento, alimentación a la población indígena de las comunidades de bajos recursos y a todos los acompañantes enfermos que requieren de los servicios de este albergue, con ello, incrementando el acercamiento poblacional, rural e indígena a las unidades médicas del segundo nivel.

Este hospital, señor presidente, en su desarrollo se ha ido acomodando a las necesidades de la población y en ese tiempo ha cambiado para responder a nuevos retos hasta ser un hospital de mediana complejidad con una alta capacidad resolutive. En este sentido, podemos decir que los pacientes que se trasladan son como los que requieren otra especialidad como traumatología y ortopedia o una subespecialidad, desde luego sin perder el vínculo con la comunidad. Ha sido sede de encuentros médicos quirúrgicos, de situaciones de atención epidemiológica emergente, como fue el brote de cólera en el 2013, por mencionarle algunos. Esta su casa agradece su visita, sabiendo que no despegará sus ojos ante nuestras necesidades. Ratificamos en cada momento nuestro compromiso al trabajo continuo, porque es un honor pertenecer al IMSS y un orgullo ser parte de la familia de IMSS-Bienestar. Gracias.

18.- HOSPITAL RURAL DE CHICONTEPEC (VERACRUZ)²¹

MARÍA DEL CARMEN VEGA ROSAS, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL CHICONTEPEC: Buenas tardes señor presidente Andrés Manuel López Obrador. Distinguidas personalidades que nos acompañan, personal hospitalario, público en general. Es un gran honor contar con su presencia en nuestro hospital, el cual tiene una antigüedad de 38 años brindando servicios médicos de primer y segundo nivel de atención. Señor presidente: Le comento a usted que tenemos una población beneficiada de 10,845 personas como población adscrita; sin embargo, atendemos a 351,927 personas a través de ocho zonas de supervisión médica con 161 puntos de atención que incluyen 144 unidades médicas, 10 brigadas de salud, cuatro unidades médicas móviles y tres centros de atención rural obstétrica, todas ellas distribuidas en 34 municipios con cinco etnias indígenas de los grupos nahuas, totonaco, otomí, tepehua y tének o huasteco. No podemos dejar de mencionar que también brindamos atención a población con seguridad social como IMSS, ISSSTE, Sedena y, por nuestra situación geográfica, somos hospital de referencia y atención a población del estado de Hidalgo. Nuestro hospital también brinda atención a pacientes referidos de centros de salud y de los hospitales de Tantoyuca, Llano en medio, Álamo, Tempoal, Pánuco, Platón Sánchez, Cerro Azul y Naranjos. Todos los servicios que brindamos como consultas de medicina familiar, de especialidades, estudios de laboratorio, procedimientos quirúrgicos y traslados, entre otros, todos son totalmente gratuitos. Como complementan el proceso de atención de nuestros pacientes, se cuenta con albergue comunitario, el cual tiene una capacidad de 43 camas que la mayoría de las veces resulta insuficiente al tener una ocupación de más del 100%, por lo cual requiere ser ampliado, siendo la mayor demanda de atención para pacientes embarazadas, quienes ante cursar con un embarazo de alto riesgo se les garantiza su atención en forma oportuna.

Asimismo, no podemos dejar pasar por alto la participación activa de nuestra organización comunitaria, integrada por más de 8,000 personas entre voluntarios rurales de salud, comités de salud, voluntarios, parteras voluntarias y médicos tradicionales. Hoy es un día histórico para nuestro hospital, el cual, con toda la problemática existente, como lo es falta de personal, equipo biomédico insuficiente, necesidades de ambulancia, necesidades de ampliación de la unidad de cuidados especiales, de residencias médicas y de albergue comunitario, no es limitante para que nuestro personal brinde día a día su mayor esfuerzo para garantizar una atención con gran sentido de responsabilidad, eficiencia y sentido humano. También resulta importante reconocer la labor de aquellos compañeros que con su trabajo contribuyeron y dejaron huella en esta institución de salud, me refiero a nuestro personal jubilado del programa IMSS-Bienestar aquí presente. Señor presidente: Este hospital cuenta con 42 camas censables. En un día típico brindamos 145 consultas, se realizan 580 análisis clínicos, se atienden cinco partos, se generan 11 egresos y se realizan cinco

²¹ Presidencia de la República. Publicado el 21 de julio de 2019.

procedimientos quirúrgicos de las especialidades de cirugía y ginecoobstetricia. También es cierto que cuando la atención de un paciente sobrepasa nuestra capacidad resolutive es necesario realizar un traslado hasta la ciudad de Poza Rica, que se encuentra a tres horas de distancia vía terrestre o bien hasta la ciudad de Xalapa o Veracruz, que se encuentra a ocho horas de distancia con todas las dificultades que implica.

Expuesto lo anterior, solicitamos de su apoyo para mejorar nuestros servicios hospitalarios; estamos convencidos de la trascendental importancia de otorgar servicios con calidad. Todos los que conformamos el programa asumimos con optimismo y gran responsabilidad el privilegio de hacer tangible el derecho constitucional a la atención de la salud. Aprovecho la oportunidad para hacer un reconocimiento al personal del hospital y de las unidades médicas por su esfuerzo diario. Y decirle a usted que estamos comprometidos en la aplicación de las prioridades del Programa IMSS-Bienestar, así como en dar cumplimiento a todas las políticas de salud de su gobierno, porque juntos, de manera solidaria y decidida, contribuiremos al bienestar de todos y cada uno de los mexicanos en apoyo de los que menos tienen. Muchas gracias.

19.- HOSPITAL RURAL BOCHIL (CHIAPAS)²²

GUADALUPE HERNÁNDEZ VAQUERIZO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL DE BOCHIL: Buenas tardes, estimado señor presidente. Es un honor recibirlo en Bochil, que en tzotzil significa jícara de grillos. Distinguidas personalidades que nos acompañan, apreciables compañeros, público en general. Soy el doctor Guadalupe Inocencio Hernández Vaquerizo, especialista en cirugía para los servicios rurales. Soy orgullosamente egresado de la primera generación de la estrategia del programa IMSS-Bienestar para la formación de especialistas y así progresivamente poder lograr la cobertura en nuestros hospitales rurales. Tengo una antigüedad de 19 años. He sido desde responsable de primer nivel de atención hasta llegar a ser el director desde hace cinco años y, al igual que la mayoría de mis compañeros, hemos encontrado aquí nuestro desarrollo personal y profesional. Señor presidente: Expreso mi gratitud por la visita que el día de hoy realiza. No existe antecedente de ningún primer mandatario que acudiera hasta nuestro lugar de trabajo, por lo que reconocemos su gran interés por saber de nuestra labor. Quiero decirle que, por la ubicación geográfica, el Hospital de Bochil constituye por excelencia la unidad de referencia en la región norte. Recientemente cumplió 33 años y actualmente atendemos a una población de más de 23,000 habitantes. Nuestra zona de servicios comprende 77 unidades médicas rurales, con lo que logramos atender a más de 305,000 usuarios de 32 municipios y tenemos localidades que están a más de seis horas de acá. Nuestro hospital dispone de 38 camas, está constituido con una plantilla de 205 trabajadores, incluyendo personal becario, quienes constituyen parte del personal y son un aporte invaluable para el desempeño del hospital.

²² Presidencia de la República. Publicado el 26 de julio de 2019.

Por su parte, el programa IMSS-Bienestar, como una gran escuela, les da a conocer las necesidades del medio rural y de nuestra población, que es principalmente tzotzil. Señor presidente: De los 10 hospitales rurales que existen en el estado de Chiapas, Bochil es el tercero en productividad y el segundo en la atención de pueblos originarios, por lo que acorde a su mandato de primero los pobres, de manera respetuosa le solicitamos beneficiar a la población con la ampliación de los servicios de urgencias, de quirófano, de pediatría, así como diverso equipo médico; necesitamos monitores de signos vitales, ultrasonido, camillas, incubadora de traslado, una ambulancia de alta especialidad. Esto sin duda contribuirá a mejorar la calidad de la atención, nos permitirá atender a un mayor número de pacientes y así dar cumplimiento a su objetivo de brindar más atención médica y medicamentos a la población. Una de las principales prioridades para IMSS-Bienestar es la disminución de la morbimortalidad y para ello consideramos importante las acciones de planificación familiar. Durante el 2018, el 73% de los egresos fueron obstétricos, con un total de 2,699 nacimientos. Además, realizamos 861 cirugías de salpingoplastia, logro que fue en buena medida por la promoción en primer nivel de los equipos de salud y equipos zonales aquí presentes, señor presidente. También, realizamos jornadas extramuros para poder acercar los servicios a la comunidad. El hospital de Bochil se ha constituido en la región como un pilar en la atención de emergencias obstétricas, trabajando de manera coordinada con los servicios estatales de salud y con el régimen ordinario, hemos podido salvar muchas vidas.

Finalmente, quiero comentarle que, con respecto a las Jornadas Quirúrgicas para el Bienestar, le informo que se realizará una jornada de oftalmología del 15 al 18 de agosto, donde estaremos beneficiando principalmente a adultos mayores a recuperar la vista. Gracias señor director por su visita. Señor gobernador por su apoyo. Señor presidente: Ha sido un honor recibirlo en este hospital. Estamos seguros de que su gran labor por conocer IMSS-Bienestar nos brindará buenos frutos. A nombre del personal que integra la región del Hospital de Bochil, le reiteramos nuestro compromiso en su esfuerzo por mejorar la salud de nuestro país. Muchas gracias.

20.- HOSPITAL RURAL OCOZOCUATLA DE ESPINOSA (CHIAPAS)²³

JORGE LUIS COELLO ORTIZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL DE OCOZOCOAUTLA: Gracias, gracias a todos. Muy buenas tardes. Bienvenidos a Ocozocoautla, Chiapas. Bienvenidas distinguidas autoridades que nos acompañan, público en general y en especial a usted, señor presidente. Señor director general, maestro Zoé Robledo. Bienvenido a su tierra. Sabemos que es de su especial aprecio ‘Coita’, Ocozocoautla. En primer lugar, quiero decirle, señor presidente, que es un hombre de palabra, porque dijo que regresaría a Chiapas y aquí lo tenemos con nosotros nuevamente. Gracias, señor presidente. Soy el doctor Jorge Luis Coello Ortiz, médico cirujano y especialista en cirugía general, egresado de la Universidad Autónoma de Chiapas, tengo nueve años de haber ingresado a la familia

²³ Presidencia de la República. Publicado el 26 de julio de 2019.

IMSS-Bienestar. Todos los años han sido de experiencia como director, cuatro años en el Hospital de Venustiano Carranza, cuatro años más en el Hospital de San Felipe Ecatepec y este año aquí en Ocozocoautla. Nuestro hospital tiene ya casi cuatro décadas de antigüedad, ya que está cumpliendo 36 años de atención médica. Nuestra población pertenece a esta región centro, atendemos a 329,000 personas, como zonas de servicios médicos, pero además 34,000 como población adscrita. Contamos con 95 unidades médicas rurales, abarcando desde la costa hasta la fraileasca del estado de Chiapas, y comprende zonas como Toniná, Cintalapa, Ocozocoautla, Tuxtla y Copainalá. Quiero decirle que hoy está usted en el hospital más grande IMSS-Bienestar, 69 camas censables. Aquí en un día promedio atendemos un total de 169 consultas de medicina familiar, 14 de especialidades. Atendemos ocho partos y egresamos a 13 pacientes, por mencionar solo algunas de nuestras actividades.

Debido a que tenemos una importante afectación a la población, casi siempre tenemos la ocupación hospitalaria entre el 94 y 100%. Señor presidente: Frente a usted se encuentra la base trabajadora del hospital de la región y también algunos jubilados que por acá están. Señor presidente: Contamos con una plantilla de 277 trabajadores, la cual está incompleta, nos hacen falta, ¿qué nos hace falta, señor presidente?, personal de enfermería, servicios generales, conservación, químicos y algunos médicos especialistas. También quiero decir que nos hace falta ropa hospitalaria y equipamiento médico, como ventiladores, monitores de signos vitales, incubadoras, lámparas de quirófano y camas de hospitalización, como le comenté en el recorrido. Quiero comentarle que hace aproximadamente 10 meses tuvimos un evento extraordinario, atendimos un parto de trillizas, era una embarazada tzotzil de 28 años que nos mandaron de otra unidad médica que no tenía los recursos para atenderlos. Nosotros teníamos al neonatólogo y teníamos sangre O-, decidimos entrarle agarrar al toro por los cuernos, y decidimos intervenirla, y la paciente se fue muy bien con sus tres trillizos a su casa. Este suceso que comento ha sido uno de los casos más exitosos de nuestro hospital. Antes de terminar, quiero agradecer a todas las autoridades aquí presentes por venir recorriendo incansablemente en todo el país nuestros hospitales IMSS-Bienestar, para conocer cómo opera nuestro programa, pero sobre todo conocer de nuestras necesidades. Le ratifico, señor presidente, nuestro compromiso de marchar juntos hacia un sistema de salud universal. Muchas gracias.

21.- HOSPITAL RURAL DE MATÍAS ROMERO (OAXACA)²⁴

VÍCTOR ÁNGEL CRUZ VILLALOBOS, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL MATÍAS ROMERO: Señor presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Es un honor recibirlo en este hospital IMSS-Bienestar. Autoridades y personalidades que nos acompañan. Estimados compañeros médicos, enfermeras, compañeros de servicios generales, conservación y de servicios administrativos. Señoras y señores, muy buenos días. Soy el doctor Víctor Ángel Cruz Villalobos, médico cirujano por

²⁴ Presidencia de la República. Publicado el 27 de julio de 2019.

la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, con especialidad de cirugía por el Instituto Politécnico Nacional. Durante 40 años hemos sido testigos del gran impacto en la salud que ha tenido el Programa IMSS-Bienestar, atendiendo a la población rural de nuestro país, población que no cuenta con algún tipo de seguridad social. Para todos los que trabajamos en este hospital es un día de gozo por tener la oportunidad de recibir a tan distinguidas personalidades que nos acompañan. El hospital de Matías Romero se encuentra ubicado en el Istmo de Tehuantepec, perteneciente al distrito de Juchitán de Zaragoza, Oaxaca y ha otorgado a sus servicios de salud durante 34 años. En él han nacido gran parte de las personas de las 370 localidades de los 56 municipios que atendemos. Y como todos los hospitales de nuestro programa, nuestro trabajo lo enfocamos principalmente en la prevención, proceso clave para disminuir los daños a la salud en las diferentes etapas de la vida antes de nacer hasta la vejez. La atención se otorga en un marco de respeto a los derechos humanos con perspectiva de género y con enfoque intercultural en salud.

La población de responsabilidad como zona de servicios es de más de 315,000 habitantes y comprenden 107 unidades médicas rurales, cuatro brigadas de salud, tres unidades médicas móvil y un centro de atención rural obstétrico. Nuestro hospital atiende principalmente a la población indígena de las etnias mixe, mixteco, zapoteco, mazateco, chinanteco, huave, zoque y chontal. El Hospital Rural Matías Romero cuenta con un gran equipo de trabajo, compuesto por 212 trabajadores entre médicos, enfermeras, compañeros administrativos, servicios generales, servicios de conservación y personal becario, el cual es apoyado por una gran y solidaria organización comunitaria, conformada por más de 7,000 personas, que como usted bien sabe, tienen en común denominador ser de muy escasos recursos. Queremos decirles que uno de nuestros más grandes logros a nivel nacional ha sido la disminución de la mortalidad materna, resultado de la participación de un excelente equipo de trabajo, entre médicos, enfermeras y la participación de la acción comunitaria que facilita el traslado de las embarazadas de alto riesgo y de bajo riesgo al albergue comunitario para tener la accesibilidad de la atención médica. Y desde hace dos años en este hospital no hemos registrado ninguna defunción materna. Queremos destacar, en la atención integral a la salud en la adolescencia, los CARA, que se han convertido en un referente en salud en México, donde no solamente vigilamos el estado de salud, sino que también nos enfocamos a la prevención, al embarazo no planeado, a las adicciones y a la violencia de género. Así, existen otras prioridades como el cuidado de la salud en la mujer y los pacientes con enfermedades crónicas.

El Hospital Rural Matías Romero cuenta con 39 camas censables y atendemos urgencias de cualquier tipo, desde una infección de vías respiratorias bajas y agudas, hasta un infarto agudo al miocardio y pacientes politraumatizados. Es importante mencionar que se atiende a la población del estado vecino de Veracruz, como es el caso de la localidad de Uxpanapa. Sepa usted, señor presidente, la tarea de atender oportunamente a la población no es sencilla, ya que el gran reto es otorgar nuestros servicios con calidad y calidez. Señor presidente: Todo esto suena fácil, sin embargo, no quiero dejar de mencionar todo lo que nos hace falta en nuestro hospital y que necesitamos de su invaluable apoyo a fin de contar con más recursos

y modernizar los equipos médicos y de conservación, entre ellos la máquina de anestesia, ventiladores volumétricos, incubadoras, ultrasonidos, colposcopios, equipos dentales y de aire acondicionado y además contar con una mayor suficiencia de medicamentos, material de curación y diversos, así como ampliar la plantilla de personal médico y enfermería.

Señor presidente: A pesar de todas esas limitantes para brindar la atención, todo el personal de este hospital y de las unidades médicas rurales estamos firmemente comprometidos en seguir trabajando y esforzándonos diariamente por el bienestar de nuestra población, anteponiendo muchas veces a nuestra propia familia. Estamos ciertos que nuestro querido hospital ha sido rebasado por el tiempo y la tecnología, pero el orgullo permanece al pertenecer a este gran programa, por lo que se mantiene viva nuestra mística y actitud por servir, siendo parte de la historia del IMSS, pero sobre todo del programa IMSS-Bienestar. Señor presidente: Quiero finalizar diciendo que estoy seguro de que, con su ayuda, continuaremos trabajando incansablemente más décadas y que tendremos mayor equipamiento y un mayor presupuesto para continuar trabajando incansablemente otros 40 años, contribuyendo de esta manera al bienestar de los mexicanos que menos tienen y al desarrollo de esta gran nación. Por esto, y más, muchas gracias.

22.- HOSPITAL RURAL JÁLTIPAN (VERACRUZ)²⁵

ALBERTO AZOTLA CANO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL JÁLTIPAN: Buenas tardes. Distinguidas autoridades que nos acompañan, compañeros del IMSS, público en general: Sean ustedes bienvenidos al Hospital Rural de Jáltipan de IMSS-Bienestar. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, señor presidente de los Estados Unidos Mexicanos: Quiero agradecer su presencia y hacer patente el honor con que nos distingue porque es usted el primer presidente que nos visita en los 31 años de este hospital. Soy Alberto Azotla Cano, médico cirujano, director de este hospital rural, tengo 24 años laborando en el programa. Inicié mi trayectoria como médico pasante en una unidad médica rural en el municipio de Juan Rodríguez Clara, posteriormente tuve la oportunidad de formar parte del cuerpo de gobierno y finalmente como director, cargo que ostentó con mucho gusto desde hace más de un año. Tiene 47 camas censables y una ocupación hospitalaria por arriba del 70%, principalmente debido a la carencia de médicos de la especialidad de pediatría y medicina interna. No obstante, con una plantilla de 197 trabajadores en un día promedio de trabajo en este hospital, se otorgan 129 consultas, 37 atenciones de urgencias, se realizan cinco intervenciones quirúrgicas, cinco partos y nueve egresos, así como 282 análisis de laboratorio y 15 estudios de rayos X diarios. Por lo anterior, le solicitamos atentamente su gestión para mejorar nuestra cobertura de especialistas y enfermeras, así como de insumos médicos y de conservación que nos permitirá mejorar la atención que se otorga a los veracruzanos. Se necesita la sustitución de máquinas de anestesiología, lámparas quirúrgicas, equipos de aire acondicionado, compresora, refrigeradores, lavadoras y tómbolas secadoras.

²⁵ Presidencia de la República. Publicado el 27 de julio de 2019.

Con dichos recursos estamos seguros de que mejoraremos la atención de nuestra población en las prioridades que nos marca el programa IMSS-Bienestar. El cuidado de la salud materna, el cuidado integral a los niños y a los adolescentes, el cuidado de las enfermedades crónicas degenerativas y del adulto mayor. Al respecto, en cuanto a la atención a la mujer, queremos platicarle de dos casos especiales atendidos en esta unidad y que a mí en forma personal me llena de satisfacción como médico capacitado en el módulo de salud ginecológica. Estos casos son el diagnóstico de dos tumores gigantes de ovarios, siendo el más emblemático el ocurrido hace dos años. El caso de una paciente adolescente de 18 años de edad que fue traída por sospechar de un embarazo, el cual fue descartado en esta unidad por nuestro cirujano para los servicios rurales de salud, quien identificó y dio seguimiento a su padecimiento, hasta su resolución quirúrgica, encontrando un quiste gigante de ovario de más de 15 kilogramos de peso, lo cual demostró la confianza que tuvimos para realizar dicha intervención, y que fue de conocimiento y reconocimiento a nivel nacional. Es importante mencionar que, por nuestra situación geográfica, atendemos a pacientes de los hermanos estados de Tabasco, Chiapas y Oaxaca, con un trato digno con pleno respeto de todos sus derechos humanos y sus usos y costumbres.

Este hospital también cuenta con un albergue comunitario con 25 camas instaladas, donde se les proporciona cobijo y comida a los familiares de los pacientes que se encuentran aquí hospitalizados, quienes tienen que viajar en varias ocasiones de cuatro a seis horas por la lejanía y difícil acceso desde sus comunidades, situación relevante debido a que esta región por sus condiciones geográficas y sociales, es crítica para la muerte materna, habiéndose registrado dos defunciones durante el 2018. Finalizo diciendo que en este hospital contamos con gente responsable y comprometida, por lo que tenga la seguridad que con la ayuda de nuestros voluntarios saldremos adelante para realizar la misión que nos ha sido encomendada y, con nuestras armas de prevención y promoción a la salud, atacaremos las causas antes que las consecuencias, porque en eso estriba la grandeza de nuestro programa. Señor presidente: Quiero decirle que me veo reflejado en la mirada y el sentir de la gente trabajadora de este hospital, y también de la gente que demanda nuestros servicios. Créame que hacemos con mucho gusto nuestro trabajo con los recursos que tenemos, pero tenga usted la seguridad y la confianza que podremos hacer más si usted nos fortalece con mayores recursos y, de esta manera, trabajar en los ideales que usted ha mencionado a favor del mejoramiento y la transformación de los servicios de salud de nuestra gran nación. Muchas gracias.

23.- HOSPITAL RURAL DE ZONGOLICA (VERACRUZ)²⁶

JOSÉ MANUEL GRAJALES POLITO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL ZONGOLICA: Buenos días a todos. Distinguidas autoridades que nos acompañan. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de México: Es un honor y un privilegio contar en este día con su presencia en el municipio de Zongolica y especialmente en el Hospital

²⁶ Presidencia de la República. Publicado el 28 de julio de 2019.

Rural IMSS-Bienestar. Quiero agradecerle a nombre propio y de todos los que trabajamos en este hospital, su presencia, lo que demuestra el compromiso que tiene con la salud de la población rural y de los pueblos originarios de nuestro país, y principalmente con la salud de los habitantes de la sierra indígena de Zongolica. Bienvenidos todos a Zongolica, vocablo náhuatl que significa cabellera retorcida. Aprovecho también para agradecer la presencia de nuestro personal de la zona de servicios médicos, así como jubilados de este hospital. El Hospital Rural Zongolica inició funciones un 22 de agosto de 1980, en ese entonces, llamado Clínica Hospital de Campo IMSS-Coplamar. Desde entonces y a la fecha beneficia a 14 municipios de la Sierra de Zongolica y que en población equivale a un total de 150,000 habitantes, en su mayoría indígenas. Contamos con una zona de servicios médicos conformada por dos regiones, 40 unidades médicas rurales, dos Caro, una organización comunitaria integrada por 20 voluntarios rurales, 19 parteras quienes han realizado una labor muy importante, como es el cuidado, vigilancia y acompañamiento de la mujer embarazada, lo que ha contribuido a la disminución de forma significativa de la muerte materna, una de las prioridades del programa. Y al respecto le digo, señor presidente, que en los últimos cinco años solo hemos tenido una muerte materna ocurrida en el 2017.

Estamos próximos a cumplir 39 años. Y como dato muy especial contamos con la presencia de la señora Evangelina García Amador, a quien pido amablemente se ponga de pie ya que fue el primer parto atendido en este hospital; asimismo, nos acompaña su hijo Emmanuel García García, quien también nació en este hospital hace nueve años. Con mucho orgullo quiero darles a conocer el impacto social en materia de salud que hemos logrado: Desde el 22 de agosto de 1980 hasta el 22 de agosto del 2018, se han atendido casi un total de 32,000 partos, se han otorgado un millón y medio de consultas, tanto [de] medicina familiar como de especialidad y un total de 35,000 intervenciones quirúrgicas. Queremos destacar que, acorde a nuestro modelo preventivo, se han realizado más de 16,000 talleres comunitarios para el autocuidado de la salud. Traducido lo anterior a un día normal se resume en 148 consultas, cuatro partos, siete egresos, 32 consultas de urgencias, cuatro intervenciones quirúrgicas y casi 400 estudios de laboratorio, lo que evidencia la alta demanda de los servicios por la población, contando con solo 25 camas censables. Lo anterior corresponde a nuestro primer y segundo nivel de atención; pero en lo que respecta a tercer nivel se han llevado a cabo en nuestro hospital ocho jornadas quirúrgicas de alta especialidad, siendo la última en septiembre del 2018, que fue de cirugía plástica y reconstructiva. Todo esto ha beneficiado en forma general a más de tres millones de pacientes que han puesto su confianza y su salud en nuestras manos desde hace más de 38 años. ¿Por qué? Porque todos los que trabajamos en el programa IMSS-Bienestar de la Delegación Veracruz Sur entendemos que uno de los pilares para el crecimiento y desarrollo de la sociedad es contar con una población sana.

Quiero mencionar que no todo son logros, tenemos carencias y necesidades, señor presidente, como todos los hospitales. Aquí uno de los principales es el estiaje que sufrimos durante aproximadamente cuatro meses al año y nos deja sin desabasto de agua, por lo que tenemos que tomar medidas extremas para continuar con el funcionamiento del hospital,

por lo cual agradecería su amable gestión para que contemos con una toma exclusiva para el hospital y que nos suministre de agua las 24 horas del día los 365 días del año. Tenemos equipo médico que sustituir, porque terminó su vida útil y también contar con más y mejor equipo médico, que es necesario para dar una mejor atención médica a nuestros pacientes. También quiero comentarle, señor presidente, que el personal del hospital ya no es suficiente debido al crecimiento demográfico, lo que se demuestra con el porcentaje de ocupación hospitalaria que supera el 160%. Tengo 19 años de antigüedad como médico especialista en cirugía general y he enfrentado muchos retos en el quirófano; ahora como director de este hospital desde hace casi tres años los retos han cambiado, pero la disposición y la actitud para hacerles frente y salir adelante ha sido la misma. Ejemplo de lo anterior son todas las adversidades a las que nos enfrentamos saliendo victoriosos, pues el 30 de abril de este año hubo un brote de intoxicación alimentaria y atendimos a más de 400 niños de la Sierra de Zongolica, con participación del personal que se encontraba laborando y hasta los que estaban de descanso acudieron a la contingencia de manera solidaria. Fueron personal de las diferentes categorías, a las que agradezco infinitamente su apoyo, porque esta contingencia se resolvió adecuadamente. Muchas gracias. Por todo lo anterior, quiero agradecer a nuestro director general, maestro Zoé Robledo, por la permanencia de los hospitales rurales de IMSS-Bienestar, porque son un verdadero refugio para la población más necesitada del país. Pero sobre todo le agradezco a usted, licenciado Andrés Manuel López Obrador, porque los hechos dicen más que mil palabras, y el que usted aquí mirándonos de frente para conocer nuestras necesidades nos muestra que verdaderamente las cosas pueden cambiar en materia de salud en este gran país que es México. Muchas gracias.

24.- HOSPITAL RURAL DE COSOMATEPEC (VERACRUZ)²⁷

RICARDO SEGURA JIMÉNEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL COSCOMATEPEC: Buenas tardes a todos. Distinguidas autoridades. Sean todos bienvenidos a Coscomatepec de Bravo, lugar en donde en la época prehispánica se almacenaban todas las semillas del imperio azteca, por lo que era conocido como el granero de Moctezuma, lugar también donde nuestro general Nicolás Bravo rompió el sitio durante la gesta de Independencia defendiendo a nuestra población de los españoles. Sean bienvenidos los integrantes del presidium. A todos mis compañeros, en especial los de la estructura comunitaria y el público en general: Gracias por estar en este evento, es un acto histórico para nuestro hospital. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de México. Me permito ponerme a sus órdenes. Soy el doctor Ricardo Segura Jiménez, médico cirujano con especialidad en anestesiología. Tengo 18 años en este insustituible y bendito Programa IMSS-Bienestar, de los cuales 12 he trabajado en la dirección de este hospital como director. Tengo el privilegio de que, a nombre de todos y cada uno de los 218 trabajadores de este hospital, le demos la más cordial bienvenida, señor presidente. En primera instancia quiero decirle en una forma

²⁷ Presidencia de la República. Publicado el 28 de julio de 2019.

personal: le reconozco y admiro esa gran vitalidad y pasión que tiene usted al realizar su trabajo en favor de nuestro país. Sepa usted que esa actitud para nosotros es un gran ejemplo que vamos a tratar de imitar.

Nuestro hospital próximamente cumplirá 27 años de atender a la población de las altas montañas de Coscomatepec a través de sus cuatro zonas de servicios de supervisión, 86 unidades médicas rurales, seis brigadas y una unidad médica móvil, con lo que beneficiamos a más de 275,000 personas. Quiero destacar que en el año 2014 este hospital fue acreditado ante el Consejo de Salubridad con una calificación sobresaliente de 92.5, siendo una calificación a nivel nacional y a nivel delegacional. Nuestro hospital cuenta con 42 camas censables y en un día promedio atendemos y otorgamos 122 consultas, 24 de especialidad, 28 de urgencias, se atienden seis partos, se otorgan nueve egresos hospitalarios y se realizan 229 estudios de laboratorio y tres de rayos X. Lo anterior, señor presidente, es la atención que brindamos de primero y segundo nivel. Pero en cuanto a la atención de tercer nivel quiero destacar que una de las estrategias más exitosas, desde mi punto de vista como médico quirúrgico, han sido las Jornadas de Bienestar. Yo como médico anestesiólogo me siento muy orgulloso y satisfecho de haber sido invitado por nuestras autoridades de nivel central a participar en diversas jornadas en todo el país y por supuesto aquí, en Coscomatepec. Ha sido una gran oportunidad para beneficiar a la gente y mejorar su calidad de vida, porque IMSS-Bienestar les acercó los servicios de alta especialidad con el solidario apoyo del régimen IMSS Ordinario.

Aquí en Coscomatepec se han llevado a cabo cuatro jornadas quirúrgicas de las especialidades de ginecología, cirugía pediátrica, traumatología y urología. Es importante mencionar que nuestro personal ha contribuido de forma entusiasta y han sido un éxito con la participación y apoyo de los compañeros de Acción Comunitaria que aquí están presentes. Asimismo, le comento que el 95% de la atención médica que brindamos es obstétrica, por lo que una problemática relevante de nuestro hospital es que no tenemos cobertura del servicio de laboratorio en los turnos nocturnos, que es donde más se atienden partos y cesáreas, quedando desprotegidos ante una eminente hemorragia obstétrica que, como ya lo he mencionado, es una de las tres principales causas de muerte materna en México. Y para tener una idea de la atención que brindamos quiero informarle que del último trienio a la fecha en este hospital han nacido 9,000 nuevos mexicanos. Al respecto no quiero dejar de mencionar que, gracias a la gestión de nuestra actual titular, por primera vez en los 26 años hemos sido favorecidos con la rotación de dos médicos residentes de ginecología y obstetricia. Muchas gracias, doctora Gisela. No obstante lo anterior, quiero decirle que al igual que en los otros hospitales rurales, estamos abiertos a la atención de los pacientes, incluso de otras instituciones y otros estados vecinos, lo que nos genera muchas veces insuficiencia de insumos y, por tal motivo, insatisfacción de los usuarios. [Debido a ello] le solicitamos de la manera más atenta la cobertura de los servicios de apoyo para todos los turnos, la renovación de nuestro electromédico y parque vehicular, así como los equipos de esterilización, pero sobre todo mayor suficiente de medicamentos e insumos.

Por ello, señor presidente, le solicito a nombre de todos los trabajadores del Hospital de Coscomatepec, pero sobre todo a nombre de la población que atendemos, que por favor

nos apoye, porque algunos pacientes, para ellos somos su primera, su única y su última oportunidad para recuperar su salud. Maestro Zoé Robledo Aburto, director general del IMSS: Nos da mucho gusto ver que en el poco tiempo que lleva de gestión nos ha demostrado mucho interés por nuestro hermoso programa. Señor gobernador: Muchas gracias por su apoyo. Señor presidente: Porque conozco la entrega y mística de trabajo de todos mis compañeros del hospital y de la región, me comprometo y estoy totalmente seguro de que si el gobierno federal nos brinda más apoyo, todos los hospitales IMSS-Bienestar y, por supuesto el nuestro, seguirán siendo el pilar para la atención a la población que más los necesita. Me despido diciendo que al igual que el alto espíritu de nuestro general Nicolás Bravo, el de usted, señor presidente, y el de todo el personal de Hospital Rural de Coscomatepec, estaremos listos para defender a nuestra población de los riesgos que amenazan su salud y bienestar. Muchas gracias y bienvenidos todos.

25.- HOSPITAL RURAL DE XICOTEPEC (PUEBLA)²⁸

XÓCHITL PALMAS DELGADO, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL LA CEIBA: Buenas tardes, licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; autoridades que nos acompañan, personal de este hospital, compañeros de unidades médicas, voluntarios de salud, público en general: Soy la doctora Xóchitl Palmas Delgado, directora del hospital. Señor presidente: Es un gran honor que nos haya considerado el día de hoy, ya que en la historia de este hospital es la primera vez que tenemos la dicha de contar con la presencia de un presidente de la República. El programa IMSS-Bienestar en Villa Ávila Camacho, mejor conocido como La Ceiba, nació en 1979 con una unidad médica de primer nivel que pertenecía al llamado Coplamar, por gestión de un grupo de pobladores de este lugar aquí presentes se logró sustituir a este hospital y este año estamos cumpliendo 25 años. No puedo pasar por alto la presencia de nuestra estructura comunitaria, quienes participan de manera muy activa y solidaria en las distintas prioridades del programa, 238 voluntarios, 13 asistentes rurales, ocho parteras, nueve comités de salud. Todos ellos pilares fundamentales para el modelo de atención integral a la salud. El hospital inició con 120 trabajadores; sin embargo, las mismas necesidades han hecho crecer esta plantilla a 191 trabajadores, incluyendo el personal becario. Dentro de esta plantilla estaban incluidos médicos residentes de las especialidades troncales, medicina familiar y anestesiología como los únicos especialistas para la atención de segundo nivel. El día de hoy contamos con médicos especialistas de base, principalmente del área quirúrgica y anestesiología, sin dejar de mencionar a los del área a los del área clínica para la gestión del niño y del adulto, todo esto con el afán de incidir positivamente en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En este hospital, al igual que en los otros 79 del país, otorgamos atención a todo aquél que lo solicite, con base a la atención primaria a la salud en dos ejes estratégicos:

²⁸ Presidencia de la República. Publicado el 2 de agosto de 2019.

atención médica y acción comunitaria. Señor presidente: Le comento que tenemos una población beneficiaria de 16,385 personas; sin embargo, atendemos a 147,590 que corresponden a nuestra zona de servicios médicos a través de dos zonas de supervisión, 36 unidades médicas, dos brigadas de salud, dos unidades médicas móviles, distribuidas en 13 municipios, con dos etnias indígenas, náhuatl y totonaco. Por ubicación geográfica también brindamos atención a pacientes sin seguridad social de cuatro hospitales integrales de la Secretaría de Salud del estado de Puebla y Veracruz. En el hospital en un día típico se otorgan 101 consultas de medicina familiar, 70 consultas de especialidades, 36 consultas de urgencias, siete egresos hospitalarios, cinco intervenciones quirúrgicas, cuatro partos y 198 estudios de laboratorio. Como apoyo a las familias de los pacientes, se cuenta con un albergue comunitario con 15 camas, abierto las 24 horas del día los 365 días del año, donde además de ser un lugar de descanso, también les ofrecemos alimentos. Cabe mencionar que actualmente es insuficiente para la demanda de atención de los 13 municipios que acuden a solicitar atención a este hospital.

Señor presidente: El tiempo ha pasado y a pesar de haber crecido y tener muchos éxitos en la atención de nuestros pueblos, dentro de los que destaca el reconocimiento nacional que recibió una de nuestras adolescentes del CARA, por obtener el primer lugar en el 2018 en el Concurso Nacional de Niños y Niñas Consejeros de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. También tenemos que hablar de cosas tristes, como el deterioro que los años han ocasionado a nuestros equipos, que, aunque funcionan, ya necesitamos sustituirlos. Requerimos mobiliario, ampliación de algunas áreas, un espacio adecuado para los cuidados especiales del neonato, un CARA, un Centro de Atención Integral y más consultorios, todos ellos climatizados dadas las condiciones que todos pueden darse cuenta de que existen en este lugar. Para finalizar, señor presidente, déjeme le digo que en este hospital con gente comprometida que realiza su trabajo con los recursos que tenemos y que la fortaleza más grande es el deseo de seguir cumpliendo con nuestra misión y dando lugar a nuestro pueblo, de nosotros mismos, independientemente de su origen, credo o condición social, siguiendo sus políticas. Sabemos que la tarea es grande, pero le aseguramos, señor presidente, que de su mano alcanzaremos -un día no muy lejano- el mejor nivel de salud que se haya visto en esta región de la sierra norte de Puebla. Gracias.

26.- HOSPITAL RURAL DE METEPEC (HIDALGO)²⁹

ALBERTO SANTILLÁN ARROYO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL DE METEPEC: Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; licenciado Zoé Robledo, director general del IMSS; doctora Gisela Lara, Saldaña, titular del programa IMSS-Bienestar; autoridades; compañeros; voluntarios de salud; personas en general: Muy buenas tardes. El Hospital de Metepec les da la más cordial bienvenida. Señor presidente: Es para nosotros, los que trabajamos en este hospital,

²⁹ Presidencia de la República. Publicado el 2 de agosto de 2019.

muy grato contar con su presencia, admiramos su pasión y preocupación por la salud de la gente más necesitada. El Hospital de Metepec inició sus actividades el 1° de mayo de 1980, contando con una antigüedad de 39 años y es uno de los cuatro hospitales rurales del programa IMSS-Bienestar en la delegación de Hidalgo. Debo decirles con profunda satisfacción que somos un hospital acreditado ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, somos hospital amigo del niño y de la niña, avalado por la Unicef, en 2018 logramos la certificación por el Consejo de Salubridad General y ese mismo año fuimos ganadores del Premio IMSS del Modelo de Competitividad. Es importante decir que todo esto no hubiera sido posible sin el invaluable trabajo y apoyo de cada una y cada uno de los trabajadores del hospital aquí presentes. La plantilla del hospital lo conforman 211 trabajadores, incluyendo al personal becario, de base y sustitución, de las distintas áreas, como son administradores, servicios generales, conservación, área médica y área de enfermería.

Basamos nuestro trabajo en el modelo de atención integral a la salud, en el cual la parte fundamental la constituye la atención en salud que brindamos en el primero y segundo nivel de atención, la cual está estrecha y permanentemente vinculada con la organización comunitaria, que de manera voluntaria y altruista son nuestros ojos y brazos en cada una de las localidades que atendemos para realizar actividades con un enfoque netamente preventivo. En este hospital contamos con una población adscrita de 28,933 personas que, junto con las zonas de servicios médicos, la cual consta de 61 unidades médicas rurales, tres brigadas de salud y tres unidades médicas móviles, atiende a una población de más 175,000 personas, que residen en los 21 municipios de nuestros alrededores, donde incluso contamos con población indígena que habita en la región otomí-tepehua. Señor presidente: Quiero comentarle que también atendemos a la población proveniente de las zonas más marginadas del estado de Veracruz y Puebla, por lo que de cierta forma actuamos como un hospital de concentración, ya que para ellos somos su hospital más cercano y su única opción. Al respecto, es importante mencionar que gracias al albergue con el que contamos, el cual consta de un total de 33 camas, la población puede acudir y hospedarse asegurando su estancia mientras son atendidos sus familiares. El hospital cuenta con 50 camas censables y 15 no censables. En un día típico se da un total de 148 consultas. Tenemos 10 egresos, cuatro partos que a veces son hasta más, 484 análisis clínicos, cuatro intervenciones quirúrgicas y 30 estudios radiológicos.

Señor presidente: Quiero externarle que todo el personal que tiene usted enfrente son trabajadores comprometidos, la mayoría de nosotros hemos trabajado en las localidades más lejanas, por lo que valoramos y sabemos las necesidades de la gente en cuanto a salud. Y ténganlo por seguro que seguiremos trabajando a favor de esos pacientes que más lo necesitan. No puedo dejar de mencionar que el hospital requiere de su apoyo para poder seguir dando una atención de gran calidad, si bien ya en otros hospitales le han externado las diferentes necesidades de nuestros hospitales, quiero mencionarle que es muy necesario que contemos con el total de todas las categorías del personal y en todos los turnos. Asimismo, como ya pudo ver durante el recorrido, contamos con un equipo, mobiliario e instrumental muy deteriorado y obsoleto, por lo que es necesario su renovación a fin de

continuar brindando una atención oportuna y de calidad. Maestro Zoé Robledo: A pesar de nuestras necesidades, debe estar seguro de que todos los días trabajamos con un gran compromiso, pasión y vocación por servir a los que menos tienen, con la premisa que como trabajadores de salud nuestra misión es y seguirá siendo el de preservar la salud y la vida de la población a quien nos debemos. Ejemplo de ello son aquellos pacientes que frecuentemente requieren de una terapia intensiva y que por estar saturados los hospitales de apoyo, aquí les proporcionamos toda la atención debida preservando su salud y su vida. Señor presidente: A nombre de todo el personal que labora en este hospital nos comprometemos a seguir trabajando arduamente en beneficio de nuestros pacientes para que podamos verlos salir del hospital con una gran sonrisa y satisfechos de la atención que recibieron en él. No me queda más que decir una frase que seguramente ya la ha escuchado en otros hospitales, pero hoy más que nunca es verdadera y es que trabajar en la familia del IMSS es un honor, pero que servir en IMSS-Bienestar es un gran privilegio. Muchas gracias.

27.- HOSPITAL RURAL DE SAN JOSÉ DEL RINCÓN (ESTADO DE MÉXICO)³⁰

JOAQUÍN RUIZ SALINAS, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL SAN JOSÉ DEL RINCÓN: Muy buenos días. Sean bienvenidas todas las autoridades aquí presentes al bello municipio de San José del Rincón, tierra mazahua y parte del santuario de la mariposa monarca. Señor presidente de la República: Mi nombre es Joaquín Ruiz Salinas, director de este hospital. Soy médico especialista en salud pública con tres años y medio de antigüedad en el programa y en este hospital. Lo recibe con júbilo todo mi equipo de trabajo, diciéndole que estamos muy orgullosos de ampararnos bajo el cobijo del IMSS. Nosotros atendemos siete municipios del Estado de México, entre ellos San José del Rincón, Atlacomulco, El Oro, Jocotitlán, San Felipe del Progreso y Villa Victoria, además de atender a la población de municipios vecinos del estado de Michoacán, como Ocampo, Tlalpujahua y Angangueo. Están ustedes en uno de los hospitales más jóvenes de IMSS-Bienestar, al igual que los otros siete que fueron creados en 2010 y, como ve usted, es muy amplio y hermoso, y lo recibe con los brazos abiertos. Este hospital cuenta con 30 camas censables y atiende una población de 45,000 personas de la región, de las cuales dos de cada 10 son de nuestros pueblos originarios mazahuas, damos atención a los mexiquenses con servicios de consulta externa, de medicina familiar, cuatro especialidades, urgencias y tococirugía.

Distinguidas autoridades: Como pueden ver, este hospital tiene al lado un hospital hermano del Instituto de Salud del Estado de México, por lo cual desde su origen hemos establecido estrategias para atender a la población, definiendo que la atención obstétrica sería atendida por el hospital materno infantil y que el IMSS-Bienestar se encargaría de las otras especialidades. Esta mancuerna es un ejemplo de la atención integrada encaminada a la universalización de los servicios de salud; sin embargo, esto no ha sido posible por la falta de recursos de ambas partes, tanto de personal, como de insumos médicos. Otra

³⁰ Presidencia de la República. Publicado el 3 de agosto de 2019.

característica que nos distingue es el énfasis que hemos puesto a la atención estomatológica, ya que contamos con servicio de odontología en siete unidades médicas rurales, lo cual ocurre solamente en esta zona de servicios de este hospital IMSS-Bienestar. Asimismo, queremos decirle que aquí tenemos una gran incidencia de traumatismo por accidentes automovilísticos y otros lesionados, por lo que nos da mucho gusto que desde hace dos años contamos con un urgenciólogo, personal clave que nos ha permitido salvar la vida de muchas personas. Sin embargo, como ve usted, ya pudo constatar durante el recorrido a nuestro hospital, es urgente el cambio o sustitución de algunos equipos, como lámparas de quirófano y camas hospitalarias, así como la construcción de nuestro albergue comunitario, porque nos conmueve hasta el alma ver a la gente enfrente del hospital en casas de campaña tiritando de frío.

Finalmente, y de manera muy personal, quiero decirle que mi familia es una asidua usuaria de los servicios del Instituto, destacando que mi padre fue intervenido quirúrgicamente en este hospital. Y con nuestros excelentes equipos de cirujanos y enfermeras le salvaron la vida. Por último, le comento sobre el más reciente avance acordado con el Instituto de Salud del Estado de México, la reciente regeneración de la población, con la cual, ahora sabremos cuántas metas o acciones podremos asignar a los beneficiarios de cada unidad médica de esta zona de servicios, además de reforzar la operación de nuestro modelo de atención integral a la salud. Me despido agradeciendo al director general del IMSS, Zoé Robledo, por iniciar su gestión conociendo y apoyando al Programa IMSS-Bienestar. Agradezco al gobernador del Estado de México por su apoyo. Pero sobre todo agradezco al presidente, porque al igual, que la asombrosa travesía de la mariposa monarca, usted recorre de la frontera norte a la frontera sur de nuestro país, en congruencia con sus principios y convencido de su labor en beneficio de los mexicanos, lucha, por la cual, estaremos listos para apoyarlo. Muchas gracias.

28.- HOSPITAL RURAL DE AMANALCO DE BECERRA (ESTADO DE MÉXICO)³¹

LUIS CARLOS MARTÍNEZ ARANDA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL AMANALCO: Muy buenas tardes. Sean bienvenidas las autoridades aquí presentes. Señor presidente, licenciado Andrés Manuel López Obrador: Bienvenido a este su Hospital Rural de Amanalco, que pertenece a IMSS-Bienestar. Amanalco, como puede ver, es un paraíso, Amanalco significa Lugar donde nace el agua. Nuestra historia inicia el 10 de julio de 2010, fecha en que entra en operación esta unidad. Como zona de servicios médicos, el Hospital Rural de Amanalco atiende a casi 20,000 usuarios de 30 localidades de siete municipios, entre ellos Almoloya de Juárez, Valle de Bravo, Donato Guerra y Villa de Allende. Mi nombre es Luis Carlos Martínez Aranda y quiero compartir con usted que los últimos cuatro años

³¹ Presidencia de la República. Publicado el 3 de agosto de 2019.

de mi ejercicio profesional los he realizado en este hospital rural, lo que me ha permitido ser parte del equipo de salud y contribuir como médico ginecobstetra a la mejora de la calidad de la atención materno infantil. Por otro lado, como directivo, uno de mis objetivos ha sido mostrar a las nuevas generaciones de médicos y enfermeras la importancia y la trascendencia de otorgar los servicios de salud a la población de la región, especialmente a la de nuestros pueblos originarios, otomí y mazahua. La aplicación de modelo de atención integral a la salud en el hospital y en las unidades médicas rurales nos han permitido acercarnos a la comunidad para juntos fomentar el autocuidado y la atención de enfermedades y sus complicaciones. Esto se ha logrado a través del trabajo de este gran equipo conformado por todos mis compañeros, quienes se merecen mi más sincero reconocimiento y se encuentran hoy aquí presentes, señor presidente.

Es importante resaltar la participación de la organización comunitaria y los avales ciudadanos, quienes promueven nuestros programas de salud y la atención oportuna a la población. Hemos trabajado por la mejora de nuestros servicios con apoyo del IMSS y las autoridades municipales. Ejemplo de lo anterior es el apoyo obtenido para el diseño del proyecto para la corrección del cauce pluvial, debido a que, como ustedes pueden ver, estamos enclavados en una cuenca que se inunda en temporadas de lluvias cuando menos de una a dos veces al año, situación que ya fue revisada por la Comisión del Agua del Estado de México, generando un proyecto para su corrección, pero sin haberse podido realizar por la falta de recursos. Otro problema urgente de resolver es el mantenimiento y sustitución del circuito eléctrico ya que, como sabemos, el estado de conservación es fundamental para el funcionamiento de un hospital. Ejemplo de lo anterior es que no contamos con un sistema de pararrayos, lo cual ha provocado afectación de la subestación eléctrica, ya que en el 2018 sufrimos la caída de dos rayos que afectaron las lavadoras y secadoras del hospital y, por ende, generaron falta de ropa hospitalaria e insuficiente atención y falta de satisfacción de la población. Asimismo, es urgente la sustitución de máquinas de anestesia, lámparas de quirófano y camas hospitalarias. También se requiere de la construcción de un albergue para dar refugio a nuestros usuarios, pero confiamos en que a través de su apoyo logremos y lograremos alcanzar los objetivos que usted nos está delineado en sus recientes visitas; es decir, otorgar más y mejor atención médica y medicamentos gratuitos, la cobertura y regularización del personal y el mejoramiento de la conservación de nuestro hospital. Tenga usted confianza en IMSS-Bienestar. Existimos miles de profesionales que día a día laboramos con el único fin de ver restablecida la salud de nuestros pacientes y, con ello, contribuir en su noble afán de lograr un México más justo y equitativo. Muchas gracias, señor presidente.

29.- HOSPITAL RURAL DE HUETAMO DE NÚÑEZ (MICHOACÁN)³²

JOSÉ FRANCISCO GÓMEZ ALCARAZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL HUETAMO: Buenas tardes, señor presidente, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Dis-

³² Presidencia de la República. Publicado el 3 de agosto de 2019.

tinguidos miembros del presidium, autoridades que nos honran con su visita, compañeros trabajadores de este hospital, de las unidades médicas rurales que nos visitan, voluntarios de salud: Sean todos bienvenidos a la capital de Tierra Caliente, Huetamo, Michoacán. Soy el doctor José Francisco Gómez Alcaraz, cirujano general, y desde hace tres años tengo el honor de ser director de este hospital. Es un gusto ser anfitriones de este evento, único en la historia del hospital, ya que hoy nos visita por primera ocasión el presidente de la República. Es un honor ser el portavoz de todo el personal que labora en este hospital, así como de los 3,196 voluntarios que integran nuestra organización comunitaria y que diariamente nos apoyan incondicionalmente para proporcionar atención a la salud en cada una de las comunidades que atendemos. Este hospital tiene una antigüedad de 36 años y cuenta con 32 camas censables. Señor presidente: Quiero que sepa y decirle que somos el único hospital en esta región melonera dando atención a la población más vulnerable de los municipios de Carácuaro, Nocupétaro, Benito Juárez, San Lucas, Susupuato, Tiquicheo, Tuzantla, Tzitzio, Churumuco y las localidades del Estado de México y de Guerrero. Solo para dar un ejemplo, nuestra UMR más lejana es la de Copuyo, perteneciente al municipio de Tzitzio, que se ubica a cuatro horas de distancia. Atendemos un total de 114,716 personas que forman parte de nuestra población adscrita, distribuida en 36 unidades médicas rurales y cuatro brigadas de salud.

Para ser más eficientes y generar mayores impactos en salud, nuestro trabajo lo dirigimos a atender ocho prioridades en salud, dentro de las cuales quiero destacar la atención de los adolescentes a través del CARA, en el cual trabajamos desde un enfoque educativo y preventivo, y temas que son de suma importancia para su crecimiento y desarrollo en su vida personal, como son la prevención del embarazo, adicciones, violencia intrafamiliar. Actualmente, le informo que tenemos tres grupos educativos en nuestro CARA con 20 integrantes cada uno, uno de 10 a 14 años, y dos de 15 a 19 años. Otra de nuestras prioridades es la atención de la infancia, por ello contamos con un área de desarrollo infantil temprano donde atendemos al menor de cinco años detectando cualquier alteración en su desarrollo psicomotriz a fin de atenderlo oportunamente si fuera el caso. El hospital cuenta con un albergue comunitario, el cual tiene 27 camas y en el que se da alojamiento, alimentación gratuitamente a pacientes y familiares que demandan este servicio en el hospital, y que por la distancia no pueden retornar a su lugar de origen. Maestro Zoé: Queremos resaltar que la última muerte materna en este hospital fue hace 12 años, pero esto no ha sido obra de la casualidad, hemos trabajado duro en la capacitación. Además, hoy tenemos un censo de las embarazadas de mayor riesgo con el cual sabemos con nombre y apellido cuántas y dónde viven, y ello nos ayuda a darles un trato y un cuidado especial. Por ejemplo, en este momento tenemos 422 embarazadas a las cuales les estamos dando especial atención.

Señor presidente: Geográficamente Huetamo está lejos de todo y cerca de nada. Esta región requiere de su apoyo. Todos los que trabajamos en este hospital estamos firmemente comprometidos en continuar dando lo que mejor de nosotros en beneficio de la población a la que nos debemos. Pero quiero decirle que para seguir mejorando, es necesario contar con algunos apoyos, como es la ampliación de urgencias, ya que solo contamos con dos

camas de observación, lo cual es insuficiente, originando que en ocasiones se demore la atención de los pacientes, además de otras necesidades en la actualización de la plantilla del personal, ya que trabajamos con la misma desde hace 36 años. También requerimos apoyo para la construcción de la barda perimetral de la parte frontal de nuestro hospital, necesaria para la seguridad del personal que trabajamos en él. Señor presidente: Creemos en usted, todos los trabajadores de este hospital tenemos las ganas y la pasión por nuestro trabajo, sabemos de su interés por la gente y queremos tomar como bandera su frase: Por el bien de México, primero los pobres. No dude en que seguiremos trabajando con todo el esfuerzo y dedicación. Sabemos que es una labor titánica, pero los trabajadores de IMSS-Bienestar nos caracteriza que siempre damos el extra, porque estamos convencidos de lo que hacemos y traemos la camiseta bien puesta. Reitero que es un honor y una motivación su visita. Me quedo con el compromiso de seguir trabajando en esta tierra que me vio nacer, ya que por mis venas corre sangre huetamense y, como ejemplo, aquí formé mi familia y aquí nacieron mis hijos. Señor presidente: Me despido diciéndole que cuente con nosotros, porque tenemos la convicción que nosotros contamos con usted. Gracias.

30.- HOSPITAL REGIONAL DE TUXPAN (MICHOACÁN)³³

MARÍA ALEJANDRA ROJAS CASTILLO, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL TUXPAN: Buenas tardes a todos. Saludo con agrado y le doy la más cordial bienvenida, señor Andrés Manuel López Obrador, presidente de la República. De igual forma, sean bienvenidos todos los integrantes del presidium, compañeros trabajadores del IMSS y voluntarios de salud que nos acompañan, público en general. Soy la doctora María Alejandra Rojas Castillo, egresada de la benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Tengo el enorme orgullo de ser parte de la gran familia IMSS desde hace 18 años, iniciando en 1995 como médico pasante en servicio social, hasta el día de hoy que tengo el honor de desempeñar como directora de este hospital. Muchos de nosotros somos provenientes de otros lugares, somos migrantes en esta tierra que nos ha recibido con los brazos abiertos. Tuxpan, lugar de campesinos, bellos paisajes y cascadas prominentes. Es productor principal de gladiola y orquídea, las cuales son llevadas a otros países para su comercialización.

Es para mí un honor recibirlo en esta su casa, que ha estado en función desde hace 37 años, en los cuales, muchas generaciones de compañeros han dejado su huella y corazón, pasando buena parte de su vida desempeñando su arduo trabajo con gran compromiso, convicción, atendiendo de bien y de buenas a toda la población a que tenemos el privilegio de atender. Con el objetivo de tener más y mejores impactos en salud, enfocamos nuestras acciones en ocho prioridades en salud, para lo cual diariamente realizamos de manera preventiva 35 detecciones de diabetes mellitus, 47 de hipertensión arterial, efectuamos 12 valoraciones de estado nutricional en menores de cinco años, 32 consultas de control prenatal, aplicamos 50 dosis de biológicos y atendemos un promedio de cinco partos al día, y

³³ Presidencia de la República. Publicado el 4 de agosto de 2019.

en el CARA realizamos dos sesiones educativas por día. Debo decirle que justo en esta semana que conmemoramos la Semana Mundial de la Lactancia Materna, el 100% de nuestros recién nacidos inician tempranamente la lactancia materna. Uno de los grandes logros que hemos tenido es que hemos podido disminuir la muerte neonatal, pasando de una tasa de 4.1 en el 2017 a uno por mil nacidos vivos en lo que va del año. Este hospital atiende una zona de servicios médicos conformado por 54 unidades médicas rurales, dos unidades médicas móviles y siete brigadas de salud, con una población total de 236,191 habitantes de los municipios de Contepec, Epitacio Huerta, Ciudad Hidalgo, Irimbo, Jungapaeo, Maravatio, Ocampo, Seguio, Tlalpujahuá, Tuxpan, Zinapécuaro y Zitácuaro.

Señor presidente: Como puede ver, durante el recorrido el hospital tiene sus propias necesidades, las cuales puedo resumir en tres: remodelación y ampliación del área de urgencias; sustitución del equipo electromédico, que ya cumplió su vida útil; y la actualización de la plantilla del hospital. Por último, quiero enfatizar que los trabajadores de este hospital tenemos la camiseta del programa IMSS-Bienestar bien puesta y para muestra quiero resaltar que, con el invaluable apoyo de todos los trabajadores del hospital, logramos con mucho orgullo en febrero del 2018 la certificación que otorga el Consejo de Salubridad General, siendo el único hospital público en el estado de Michoacán que ha obtenido esta distinción. Señor presidente: Su visita nos compromete a seguir trabajando y dando lo mejor de nosotros a favor de los que menos tienen. Y tenga la seguridad que siempre contará con nosotros. Señor presidente. Nuestra fuerza radica en nuestra razón de ser, que es la de procurar y preservar la salud de los mexicanos y, en nuestro caso, la de los michoacanos, por lo que de la mano del IMSS, y alineados en sus políticas en salud, contribuiremos a alcanzar el objetivo de ser uno de los mejores sistemas de salud que dé respuesta a las expectativas y necesidades de la población, y del cual todos los mexicanos estemos orgullosos. Muchas gracias.

31.- HOSPITAL RURAL RODEO (DURANGO)³⁴

ERÉNDIRA MERAZ LOZANO, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL RODEO:

Muy buenas tardes. Sean bienvenidos al Hospital de Rodeo distinguidas autoridades que nos acompañan. Señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador: Es un honor contar con su presencia, nuestro agrado y gratitud por no solo preocuparse, sino ocuparse de la población más necesitada de nuestro país. Me da mucho orgullo recibirlo en estas tierras norteñas, donde las mujeres tenemos fama de ser muy entronas y muchas somos jefas de familia, y quienes administramos el sustento de nuestro hogar. Soy Eréndira Meraz Lozano. Soy médica cirujana general, egresada de la Universidad de Monterrey, en donde recibí un enfoque de atención médica meramente curativo. Por ello, cuando recién egresada de la residencia que me incorporé al programa hace ocho años, conocí otro mundo: la parte preventiva y social de la medicina a través del Modelo de Atención Integral a la Sa-

³⁴ Presidencia de la República. Publicado el 8 de agosto de 2019.

lud; y me enamoré de IMSS-Bienestar, porque al trabajar de forma conjunta con toda la organización comunitaria, supe que podíamos extender nuestros largos brazos desde el hospital hasta todas las localidades más alejadas. Y sin pensarlo dos veces, les digo que este hermoso programa ha sido una escuela para mí. ¿Porque aquí se llama el Rodeo? Pensaríamos quizás que para llegar aquí habría que rodear por cerros y más cerros, pero no, recibe su nombre porque se hacen fiestas charras en donde se montan y jaripean animales.

Está usted en el hospital más joven de los tres del programa IMSS-Bienestar en Durango, con una antigüedad de 24 años. Contamos apenas con 15 camas censables y una plantilla de 125 trabajadores. Pero a la fecha tenemos poca demanda de nuestros servicios porque contamos con dos hospitales hermanos del sector salud en la región; además de que en sus orígenes este hospital iba a ser construido en el municipio de Santiago Papasquiario, sin embargo, se designó a Rodeo como la cuna del hospital rural de IMSS-Bienestar. Queremos decirle que aquí contamos con las cuatro especialidades básicas: cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna. No obstante, a la fecha carecemos de residente de cirugía y de pediatría, lo que sin duda afecta nuestros servicios. Atendemos a una población de casi 12,000 personas, y como zona de servicios médicos, considerando nuestras 34 unidades médicas rurales, abarcamos casi 50,000 beneficiarios. Contamos, además con un albergue de 20 camas en donde se otorga hospedaje y alimentación a los familiares acompañantes. Pese a que nos encontramos apenas a 159 kilómetros de la capital del estado, debido a lo sinuoso de los caminos, la falta de recursos de la población y el número limitado de corridas de camiones, nos convierte a veces en la única opción con la cuenta la población sin seguridad social para su atención. Queremos destacar que el personal directivo de Durango ha tenido a bien cambiarnos periódicamente de adscripción a los directores a fin de conocer las necesidades de los diferentes municipios. Quiero decirle que soy directora de este hospital hace apenas casi un mes; sin embargo, lo he adoptado de inmediato. Todo el personal es mi familia y estoy atenta a velar por la salud de toda la población que me ha sido encomendada, porque yo además de trabajadora de la salud, soy mamá de un pequeño de nueve años; y como mujer y madre sé que el tesoro máspreciado es conservar la salud de mi familia y de mis pacientes.

Sé que —como habrá escuchado en otros hospitales— también tenemos muchas necesidades, pero lo que más requerimos es la sustitución del equipamiento del área quirúrgica, la asignación de una ambulancia y en cuanto a conservación, la mejora del drenaje. Señor presidente: Tengo el gusto de comandar a todo mi equipo y estoy orgullosa de que con los recursos disponibles siempre estamos dispuestos a servir y enaltecer a nuestra institución caminando a paso firme, y llevando siempre como emblema la esencia del programa, da atención si hacer distinción. Casi termino. Quiero decirle que tengo la esperanza de que usted también se enamore de nuestro programa al igual como lo hice yo y nos brinde todo su apoyo como primer mandatario de la nación para dignificar los servicios que ofrecemos. Señor presidente y señor director general del IMSS: Continúen incansables con su recorrido por todo nuestro país, porque tal y como lo dice nuestro corrido del pueblo de Rodeo, por donde anden siempre llegarán a un camino donde encontrarán paz y amor, y aquí ya llegaron a donde encontraron muchos amigos, llegaron a Rodeo y San Salvador. Muchas gracias.

32.- HOSPITAL RURAL GUADALUPE VICTORIA (DURANGO)³⁵

CARLOS ARTURO VILLARREAL MEDRANO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL GUADALUPE VICTORIA: Muy buenas tardes. Reciban un cordial saludo todas las autoridades que hoy nos acompañan. Sean bienvenidos a estas tierras norteñas. Sabemos que usted recién viene de recorrer hospitales del centro y del sur del país, pero queremos decirle, como se dice aquí en Durango: también aquí en Durango hace aire. Mi nombre es Carlos Arturo Villareal Medrano. Soy cirujano general, egresado de la Universidad Autónoma de Durango, tengo 22 años en el programa. Y con mucho gusto y con mucho orgullo le digo que he estado al frente de director en los tres hospitales de esta delegación, que acabo de cumplir 12 años aquí, en Guadalupe Victoria. Este hospital tiene casi la misma edad del programa, es decir, 39 años, que da sus servicios. Y como usted ya lo ve, ya lo vimos, necesita urgentemente unos arreglos. No obstante, con los recursos que tenemos hemos logrado salir adelante, tratamos de mantenerlo muy limpio y bien conservado, porque sepa usted que si algo nos distingue en el IMSS-Bienestar es hacer mucho con poco, porque nos han enseñado a estirar todo lo que se pueda los recursos en beneficio de toda esta población que atendemos.

En este hospital se atiende a más de 30,000 personas del municipio de Guadalupe Victoria y a 127,000 beneficiarios que no tienen ninguna seguridad social, considerando a las 51 unidades médicas rurales de la región 1 y otros 16 municipios, entre ellos, como son, Canatlán, Cuencamé, Pánuco de Coronado, Peñón Blanco y Santiago Papasquiari. Contamos con 40 camas censables y, debido a que existen tres hospitales vecinos de la Secretaría de Salud en la región, la demanda de nuestra población se ha visto afectada. No obstante, le podemos decir que durante el primer trimestre del año se han otorgado más de 34,000 consultas, 800 egresos, 257 partos, más de 300 intervenciones quirúrgicas, más se 7,000 estudios de laboratorio y 364 de rayos X, lo cual lo convierte en un hospital de referencia para los duranguenses de la región norte de nuestro estado. Esto, señor presidente, significa el crecer diario de nuestro personal, de nuestros 159 trabajadores en el hospital, siempre orientados a otorgar una atención con calidad, a fin de llevar una vigilancia preventiva y un control adecuado de cada grupo prioritario, como los niños menores de cinco años, adolescentes, embarazadas, enfermos crónicos, sin olvidar además a nuestros pacientes de la edad dorada.

En Guadalupe Victoria estamos listos para atender a todas las personas, ya sea solo una consulta ambulatoria hasta una urgencia, como un infarto o como un accidente, por lo que a nombre de todo el personal que aquí labora, le digo que seguiremos su ejemplo de trabajar más de siete días de la semana, si es que así se requiere para mejorar la salud de nuestra población, sin olvidar la base y la esencia de nuestro programa, el personal voluntario de salud con sus parteras y los ciudadanos, parte fundamental en las comunidades para

³⁵ Presidencia de la República. Publicado el 8 de agosto de 2019.

el cuidado de la salud. Señor presidente: En forma respetuosa, le solicitamos su apoyo, pues mucho del equipamiento inmobiliario médico y de conservación ya cumplió su vida útil, especialmente los equipos de dental, de anestesia a fin de mejorar aún más nuestra atención. Termino diciendo que nos comprometemos ante usted a seguir brindando una atención digna y humana. Y fieles al ejemplo de nuestro paisano el gran 'Centauro del Norte', sepa que no nos daremos por vencidos, que daremos hasta la última batalla para mejorar los servicios que hoy otorgamos. Gracias por recorrer día y noche nuestro programa, casi como en una ruta revolucionaria, pero ahora enmarcada en la Cuarta Transformación a favor de los más pobres de nuestro país. Muchas gracias, señor presidente.

33.- HOSPITAL RURAL VICENTE GUERRERO (DURANGO)³⁶

EDGAR MUÑOZ CHÁVEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL VICENTE GUERRERO: Muy buenos días. Doy la más cordial bienvenida a las distinguidas personalidades que integran el presidium. Sean ustedes bienvenidos. Saludo con mucho respeto al licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos de México. Vicente Guerrero lo recibe con mucha emoción, señor presidente. Con este hospital usted concluye su visita a los hospitales de Durango y con ello cerramos, esperando sea para bien, nuestra presentación dentro de su largo recorrido por todos los hospitales de IMSS-Bienestar. Soy cirujano general, tengo 19 años de trayectoria en el programa, he sido médico pasante, médico general, después coordinador de enseñanza y desde hace 12 años me desempeño como director de hospitales rurales, y tengo un mes en este hospital. Vicente Guerrero cuenta con más de 460 años de su fundación, su nombre original en tiempos de la Colonia era Muleros, por haber sido un centro de arrieros agrícolas. Este hospital tiene 30 camas censables y su atención es evidentemente obstétrica, atiende una zona de servicios médicos de 143,000 habitantes a través de 78 unidades médicas rurales, brindando atención a los municipios En Nombre de Dios, Súchil, Poanas, Guanacevi y Tepehuanes, entre otros, así como a otros de Zacatecas. Siento importante comentar que uno de cada cuatro pacientes atendidos en este hospital es derechohabiente régimen obligatorio, porque contamos con dos consultorios específicos para tal efecto.

Como productividad general le comento, señor presidente, que en lo que va del presente año se han registrado 653 egresos, hemos atendido casi 200 partos y más de 300 intervenciones quirúrgicas. No contamos con equipo de rayos X, pero ya está en licitación y en 10 días llega el equipo. Pero también en cuanto equipo electromédico solo hay una máquina de anestesia, lo que nos hace trasladar a nuestros pacientes quirúrgicos a la única sala disponible. Tenemos un servicio de urgencias con solo tres camas para observación de pacientes, lo que resulta insuficiente en relación con las 32 urgencias atendidas por día. Como usted puede ver, hay cosas que resolver, pero también hay otras que nos enorgullecen. Y aprovecho este momento para brindarle un merecido reconocimiento a mi equipo

³⁶ Presidencia de la República. Publicado el 9 de agosto de 2019.

de trabajo aquí presente, el personal del hospital por haber logrado en el 2018 la certificación del hospital de Vicente Guerrero, logrando una nota sobresaliente de 98. Es una distinción otorgada por el Consejo de Salubridad General. También nos llena de orgullo decir que desde el 2017 no se han presentado muertes maternas, a lo que sin duda ha contribuido nuestro albergue comunitario, que cuenta con 20 camas y fue utilizado por más de 2,000 usuarios durante el año pasado. Señor director general, maestro Zoé Robledo: Tiene usted el reconocimiento de todos los que trabajamos en IMSS-Bienestar por preservar dentro del instituto el tesoro que constituyen los hospitales rurales de todo el país. Tenga la seguridad que tiene el agradecimiento más profundo de miles de personas que han podido recuperar su salud. Señor presidente: Termino diciendo que continuaremos sin desmayo con nuestra labora bajo su lema de llevar atención médica y medicamentos gratuitos a todos los mexicanos; y por nuestra parte, a los duranguenses de esta región sin olvidar a los tepehuanos y mexicaneros del Valle del Mezquital, porque sabemos que ellos requieren de todo nuestro apoyo. Muchas gracias.

34.- HOSPITAL DE RÍO GRANDE (ZACATECAS)³⁷

LILIA MARÍA BARAJAS ORTIZ, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL RÍO GRANDE: Muy buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos. El personal de IMSS-Bienestar de este hospital rural le da la más cordial bienvenida. Autoridades que lo acompañan, compañeros de este emblemático programa y público en general. Sean todos bienvenidos a Río Grande. Soy egresada de la benemérita Universidad Autónoma de Zacatecas, maestra en Administración de Hospitales y doctorante en Administración. Inicié mi trayectoria como pasante en la UMR La Pendencia y después fui coordinadora de enseñanza en este hospital. Quiero decirles que yo nací literalmente en el programa, porque el parto de mi madre fue atendido en el Hospital Rural de Coplamar Villanueva, Zacatecas hace 32 años. Y ahora la vida me vuelve a situar en este hospital de Zacatecas con el alto encargo de su dirección a partir del presente mes. Este hospital cuenta con 30 años de operación. Y durante esos mismos años muchas generaciones de compañeros dejando su enorme huella ejerciendo uno de los lemas que ya prevalecía desde ese entonces, atender bien y de buenas a nuestra población. Como zona de servicios médicos atendemos a casi 230,000 habitantes con 62 unidades médicas rurales beneficiando a la población de 22 municipios, todos ellos áreas de mayor marginación.

Quiero decirles que Río Grande es un hospital enfocado a la atención de accidentes carreteros por encontrarse paralelo a la autopista Fresnillo-Torreón, brindando 41 consultas por día en el área de urgencias y presentando dos eventos por semana en sala de shock, pero afortunadamente contamos con dos urgenciólogos altamente capacitados. Y al respecto le comento que el más reciente evento ocurrió un domingo de abril del presente año cuando muchos de nuestros compañeros acudieron en forma voluntaria a atender más

³⁷ Presidencia de la República. Publicado el 9 de agosto de 2019.

de 20 pacientes lesionados derivados de la volcadura de un autobús de pasajeros. Tenemos una plantilla autorizada de 167 trabajadores con los cuales realizamos nuestras labores cotidianas. En día promedio atendemos 150 consultas, ocho egresos, dos intervenciones quirúrgicas y dos partos. En cuanto a la atención de tercer nivel, quiero decirle que durante la historia de este hospital se han realizado cinco jornadas quirúrgicas, tres de oftalmología, una de traumatología y una de cirugía pediátrica. Todas con la solidaria participación de los especialistas de los grandes centros médicos del IMSS y que sin esta estrategia, hubieran perdido su vista por padecer cataratas y tendrían que seguir padeciendo de enfermedades, malformaciones discapacitantes por el resto de su vida. Señor presidente: He presentado a usted parte de nuestro trabajo. Y doy gracias a las autoridades del Seguro Social porque hace siete años nuestras instalaciones fueron remodeladas y ampliadas debido a la gran demanda de la atención de la población, misma que resultaría muy beneficiada si usted ahora nos diera su apoyo con la sustitución de diversos equipos médicos. Señor presidente: Por amor nací en el programa, con amor laboro en él y, como usted dice, que todos necesitamos amor para ser mejores mexicanos. Tenga la confianza de que el amor será el ingrediente principal para que todos realizamos mejor nuestra labor. Muchas gracias.

35.- HOSPITAL RURAL TLALTENANGO (ZACATECAS)³⁸

CÉSAR EMILIO OSORIO RIVAS, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL TLALTENANGO: Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Es una distinción recibirlo en nuestro Hospital Rural Número 54 de Tlaltenango. Asimismo, es un placer recibir a nuestro director general del IMSS y a las autoridades que nos acompañan en el presidium, a los invitados especiales, a los compañeros trabajadores del hospital y de las unidades médicas rurales. Señoras y señores. Muy buenas tardes. Para todos los que trabajamos en este hospital rural es un día de gozo por tener la oportunidad de recibir a tantas personalidades. El Hospital Rural Tlaltenango fue inaugurado hace 28 años iniciando operaciones el 1° de enero de 1991. En él han nacido gran parte de las personas que hoy viven en cada uno de los municipios de Zacatecas, Jalisco e incluso algunos de Nayarit. Nuestra población adscrita es de 13,343 personas, la cual se amplía hasta 47,837 como zona de servicios médicos. Atendemos personas de siete municipios de Zacatecas, Nueva de Jalisco y otros de Nayarit que pertenecen a la etnia wixárica. Para ello contamos con una plantilla de 143 trabajadores. Para realizar nuestro trabajo y acordar nuestro modelo de atención, nos apoyamos de una sólida organización comunitaria compuesta por 1,291 personas entre voluntarios rurales de salud, integrantes de comité de salud y voluntarios, los cuales son nuestro vínculo con cada una de las personas que habitan en las localidades que atendemos.

Somos el punto de referencia de 21 unidades médicas rurales y dos brigadas de salud, así como de cuatro centros de salud, e incluso del hospital comunitario de Colotlán de

³⁸ Presidencia de la República. Publicado el 10 de agosto de 2019.

la Secretaría de Salud del estado de Jalisco. Nuestro trabajo lo enfocamos en la prevención de las principales enfermedades que se presentan a lo largo de la línea de vida en el medio rural, implementando diversas estrategias acordes al esquema de operación del programa, enfocadas a responder las necesidades y expectativas en salud de la población. Ejemplo de lo anterior es uno de nuestros más grandes éxitos, que es la disminución de la mortalidad materna, la cual hemos alcanzado con el excelente trabajo de nuestros compañeros de acción comunitaria que acercan oportunamente a las embarazadas de alto y bajo riesgo a las unidades médicas previendo cualquier complicación que se presente. Señor presidente: Seguramente en sus distintas visitas ha podido conocer parte de las acciones que realizamos. Solo quisiera resaltar las acciones de los CARA, donde trabajamos con los jóvenes desde un punto de vista educativo, transformando conductas de riesgo por hábitos saludables bajo un enfoque integral, considerando no solo los aspectos biológicos, pero también lo que piensan y lo que sienten. Otras de nuestras grandes prioridades son la atención integral a la infancia y la prevención y detección oportuna de dos de las principales enfermedades que aquejan a los mexicanos, como las diabetes y la hipertensión arterial. Para ello educamos a la población para que tenga mejores hábitos alimenticios y brindemos, además una atención médica integral, incluyendo el apoyo del servicio de atención integral a la salud. Todo esto se refuerza con grupos de autoayuda que de manera semanal son capacitados por el personal médico de enfermería, trabajo social, nutrición y estomatología. Señor presidente: Todo esto se dice rápido y fácil, pero ha requerido del trabajo y esfuerzo cotidiano de cada uno de los que integramos esta gran familia IMSS-Bienestar. En esta zona de servicios debe estar seguro que nuestro compromiso de servir es mucho más grande que nuestras limitaciones, por lo que continuamos y continuaremos dando lo mejor de nosotros. Por último, quiero agradecerle su visita, señor presidente. Esta es histórica, porque nos alienta y nos motiva para continuar trabajando cada día en favor de la salud de los mexicanos que menos tienen y de esta forma contribuir a tener un país con un mejor bienestar para todos. Muchísimas gracias.

36.- HOSPITAL RURAL VILLANUEVA (ZACATECAS)³⁹

JACOBO BENJAMÍN GARCÍA LOZANO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL VILLANUEVA: Buenas tardes. Saludo con agrado y doy la más cordial bienvenida al licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de la República. Igualmente, sean bienvenidas las distinguidas personalidades que nos acompañan en el presidium. Compañeras y compañeros trabajadores, personal jubilado del programa IMSS-Bienestar, grupos voluntarios y público en general. Soy Jacobo Benjamín García Lozano, médico cirujano egresado de la Universidad Autónoma de Zacatecas y tengo el orgullo de formar parte de la familia IMSS-Bienestar desde hace 12 años, iniciando como médico pasante en la Unidad Médica Rural de Ojitos, Juan Aldama, Zacatecas y actualmente tengo el gran orgullo de

³⁹ Presidencia de la República. Publicado el 10 de agosto de 2019.

desempeñar el cargo como director de este hospital. Es para mí un honor, señor presidente, recibirlo en esta, su casa, Hospital Rural Villanueva, que ha estado en funciones desde hace 37 años, durante los cuales muchas generaciones de compañeras y compañeros han dejado gran parte de su vida, entregando lo mejor de sí, desempeñando su trabajo con gran compromiso y convicción, dejando su legado y corazón. Operamos como una zona de servicios conformada por 20 unidades médicas rurales, dos brigadas de salud que comprenden una población total de 50,363 habitantes procedentes de los municipios de Juchipila, Nochistlán, Jalpa, Tabasco, Joaquín Amaro, Zacatecas, Jerez y Villanueva, por mencionar algunos otros más. Además, otorgamos atención a 38 localidades de la Secretaría de Salud, a las cuales denominamos áreas de influencia, con el objetivo de ser más eficientes y lograr un mayor impacto en la salud de la población a la que atendemos.

Trascendemos del enfoque meramente asistencial y dirigimos nuestras acciones en ocho prioridades que están orientadas a la prevención con la plena participación de la comunidad, con ello hemos logrado buenos resultados en los últimos años, y sobre todo en salud materna, infantil y en los adolescentes. Por citar algunos ejemplos, tenemos más de tres años sin muertes maternas y dos sin muertes neonatales; además, en 2018 capacitamos a más de 1,800 adolescentes en prevención del embarazo no planeado y de las adicciones, y en lo que va del año se ha dado orientación y apoyo a más de 600 adolescentes. Informo a usted que en el año 2017 el hospital fue nominado como Hospital Amigo del Niño y de la Niña, cuya distinción fue otorgada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. El pasado mes de mayo se llevó en este hospital una jornada quirúrgica de urología del bienestar, durante la cual se valoraron a 287 pacientes, se realizaron 102 cirugías y 138 procedimientos. Estamos convencidos que el acercamiento de un tercer nivel de atención y, sobre todo en estas jornadas, les otorga a nuestros pacientes una mayor calidad de vida, pudiendo en muchos casos reincorporarse a su vida laboral y social. Señor presidente: Como pudo ver durante el recorrido, el hospital tiene sus propias necesidades, siendo las de mayor impacto el reemplazo del aire acondicionado, sustitución de equipo biomédico, instrumental quirúrgico, que han cumplido ya su vida útil. Señor presidente: Nuestra fortaleza radica en la misión del programa y en la mística de servicio de todos los que trabajamos en él, para procurar y preservar la salud de los mexicanos a quienes tenemos el privilegio de servir. Si usted me permite, concluyo mi intervención mencionando que IMSS-Bienestar Zacatecas se distingue por su buen desempeño, dedicación y disciplina, guiados por el lema plasmado en nuestro hermoso escudo del estado, que se refiere: 'El trabajo todo lo vence'. Muchas gracias.

37.- HOSPITAL CONCEPCIÓN DEL ORO (ZACATECAS)⁴⁰

ISIDRO OROZCO LÓPEZ, DIRECTOR EL HOSPITAL RURAL CONCEPCIÓN DEL ORO: Muy buenas tardes tengan todos ustedes. Licenciado Andrés Manuel López

⁴⁰ Presidencia de la República. Publicado el 11 de agosto de 2019.

Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; distinguidas autoridades que nos acompañan en el presidium, compañeros trabajadores de este hospital y de las unidades médicas rurales, voluntarios de la comunidad que nos visitan. Sean todos ustedes bienvenidos al Hospital Rural Concepción del Oro. Con el permiso de ustedes me presento: soy el doctor Isidro Orozco López, médico general con maestría en administración de hospitales. Tengo a gran satisfacción de estar laborando en este hermoso programa desde hace ya 17 años, iniciando en el 2002 como médico pasante en una unidad médica de Luis Moya, posteriormente me desempeñé como médico cubrevacaciones, supervisor médico auxiliar, gestor de calidad y educación en salud y, desde hace dos años, tengo el honor de ser director de esta unidad. Es importante decir que este hospital, que inició labores antes que se creara el programa IMSS-Coplamar, iniciando actividades el 16 de mayo de 1974, por lo que suman ya 45 años de brindar atención médica de calidad y medicamentos gratuitos a más de 35,000 personas que integran nuestra zona de servicios médicos y que tienen una característica que es ser de muy escasos recursos y habitar en localidades de alta marginación como son en los municipios de Concepción del Oro, Villa de Cos, El Salvador, Melchor Ocampo y Mazapil.

A lo largo de este tiempo, el hospital ha brindado de manera oportuna y con calidad acciones médicas de primero y segundo nivel con base en el modelo de atención integral a la salud, sin dejar a un lado la atención ante contingencias y desastres naturales. Este hospital cuenta con una plantilla de 153 trabajadores de las distintas categorías y disciplinas, tenemos 22 camas censables y somos el hospital de referencia de 19 unidades médicas rurales y cuatro unidades de medicina familiar. Todo este equipo se apoya en el invaluable trabajo de 1,184 voluntarios de las comunidades, que son nuestros ojos y nuestros brazos en cada una de las 72 localidades donde tenemos presencia como zona de servicios. Señor presidente: En nuestra búsqueda por garantizar la calidad y seguridad de nuestros pacientes, tengo el gusto de compartirle alguno de los muchos éxitos que nuestro hospital ha tenido a lo largo de dos años. En el 2017 obtuvimos la certificación por parte del Consejo de Salubridad General por haber implementado el Modelo de Seguridad del Paciente, siendo el primer hospital del programa IMSS-Bienestar en el país y el primero y único en el estado de Zacatecas que obtiene esta certificación. Además, en ese mismo año obtuvimos la certificación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña, avalada por la Secretaría de Salud y la Unicef. Estos logros nos han permitido contribuir y fortalecer la cultura de la lactancia materna, estrategia esencial para mejorar la salud de las mujeres y sus hijos. Actualmente estamos participando en la implementación del modelo de competitividad a la excelencia. Maestro Zoé: Todo esto no hubiese sido posible sin el gran compromiso, mística de servicio y entrega de cada uno de mis compañeros aquí presentes, por lo que aprovecho la ocasión para reconocerles su trabajo.

Quiero comentarles que gracias a ese compromiso, y con el ánimo de acercar los servicios de alta especialidad del IMSS a la población que tenemos el privilegio de atender, en el próximo mes de septiembre este hospital será sede de la Jornada Quirúrgica Bienestar en la especialidad de oftalmología, la cual cambiará la vida de las personas que presentan

enfermedad ocular y a quienes por su alto nivel de marginación, les es prácticamente imposible atenderse para resolver su problema de salud. Señor presidente: Quiero reiterarle nuestro compromiso de seguir trabajando cada día para brindar una mejor atención; por ello es que le pido su apoyo para contar con nuevas ambulancias que nos permitan trasladar con mejor calidad y de manera oportuna a los pacientes que requieren otro nivel de atención. Señor presidente: Reconocemos y compartimos su genuina preocupación e interés de hacer efectivo el derecho constitucional a la salud que tienen los mexicanos, en especial los más pobres. Quiero terminar con una frase del Benemérito de las Américas, que dijo: ‘Los hombres no son nada, los principios lo son todo’, que para mí es gran profundidad porque justo los principios de solidaridad, legalidad y eficiencia que rigen el trabajo de IMSS-Bienestar, son hoy más vigentes que nunca. Muchas gracias.

38.- HOSPITAL RAMOS ARIZPE (COAHUILA)⁴¹

JUAN MARTIN DE LEÓN MONTELONGO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL RAMOS ARIZPE: Buenas tardes. Señor presidente licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Distinguidas autoridades del presidium, personalidades que nos acompañan, personal de este hospital y de la zona de servicios médicos, voluntarios de la comunidad, persona en general. Este Hospital Rural Número 33 ubicado en Ramos Arizpe, cuna de don Miguel Ramírez Arizpe, padre del federalismo, los recibe con los brazos abiertos y les da más cordial de las bienvenidas. Señor presidente: Es para nosotros un día de júbilo el contar con su presencia. Admiramos y compartimos su pasión y preocupación por la gente más necesitada de nuestro país. Sepa usted que desde nuestra trinchera nos ocupamos todos los días en ofrecerles una atención en salud con la mejor calidad. El hospital de Ramos Arizpe inició sus actividades el 31 de mayo de 1974, por lo que suman ya 45 años de brindar atención médica de calidad y medicamentos gratuitos a una población de 108,000 personas que habitan en siete municipios y que pertenecen a nuestra zona de servicios médicos conformada por 28 unidades médicas rurales. Es importante mencionar que, a pesar de que Saltillo y Ramos Arizpe son zonas de una gran industrialización, también tenemos localidades, sobre todo unidades médicas rurales donde habita población de escasos recursos y en situación de vulnerabilidad.

Contamos con 37 camas censables y una plantilla de 163 trabajadores entre personal médico de base, becarios, enfermería, servicios generales, conservación, administrativo y de Acción Comunitaria. Al igual que los otros hospitales rurales, nuestras acciones en salud se basan en el Modelo de Atención Integral a la Salud, el cual además de vincular la parte médica con la comunitaria, tiene un claro enfoque preventivo. Gracias a este abordaje, en los últimos dos años no hemos tenido ni presentado muerte materna y, en lo que va del 2019, nos mantenemos en cero muertes neonatales. Nuestro trabajo también lo dirigimos a prevenir y detectar oportunamente otros daños a la salud, como lo son la diabetes mellitus,

⁴¹ Presidencia de la República. Publicado el 11 de agosto de 2019.

hipertensión, el cáncer cervicouterino y mamario, así como también el sobrepeso y la obesidad. Por definición, el personal de salud somos educadores, motivo por el cual trabajamos prioritariamente con los adolescentes en el CARA, a fin de reforzar hábitos y conductas saludables que les permitan transitar de mejor manera por esta hermosa etapa de la vida, además de contribuir a generar adultos más saludables y productivos para la nación.

Uno de nuestros grandes retos, el cual asumimos cada día con un gran compromiso, es atender a nuestra gente con la mejor calidad; y estamos convencidos que atender bien y de buenas es la mejor forma de refrendar nuestro compromiso con México. Por ello, en 2018 obtuvimos la reacreditación y la certificación ante el Consejo de Salubridad General como un establecimiento que trabaja sus procesos de atención cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad del paciente. Además de esto, en el 2014 obtuvimos la presea don Miguel Ramos Arizpe, otorgada por el ayuntamiento municipal como reconocimiento a la institución que otorga atención asistencial en beneficio de la población más vulnerable. En 2018, y gracias al trabajo para fortalecer la práctica de la lactancia materna en las mujeres que atendemos, logramos la certificación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña. Maestro Zoé Robledo: Todos estos logros no hubieran sido posible sin el empeño, profesionalismo y amor a la camiseta que día a día todos y cada uno de nuestros compañeros trabajadores y voluntarios aquí presentes le imprimen a su trabajo, sin dejar de lado a todos esos compañeros que plasmaron su semilla, me refiero a nuestros jubilados y pensionados. Señor presidente: Quiero nuevamente agradecer su visita este hospital, el cual nos motiva y ratificamos nuestro compromiso a brindar cada día servicios de salud con calidad y calidez, seguros que con nuestro trabajo cotidiano y tomados de su mano, lograremos un país con mayor igualdad. Muchas gracias.

39.- HOSPITAL RURAL HUATLA DE JIMÉNEZ (OAXACA)⁴²

JULIO CÉSAR VELÁZQUEZ MÁRQUEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL HUATLA: Muy buenas tardes señor presidente. Señor presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Andrés Manuel López Obrador, y distinguidas personalidades que nos acompañan. Es para nosotros motivo de enorme regocijo contar con su presencia en Huautla de Jiménez, tierra de la gran María Sabina, que mostró al mundo parte mágica y mística de nuestra cultura mazateca, y que aún perdura entre sus habitantes. Bienvenido a Huautla de Jiménez, lugar donde en náhuatl significa Lugar de nido, Lugar o nido de las águilas, por ubicarse hasta lo más alto de esta cordillera. Donde aquí en este nido hace 33 años nació este hermoso hospital, cuya construcción, como ustedes pueden ver, fue una proeza. Y ahora pienso que fue muy afortunado que el IMSS-Bienestar lo hiciera en su afán de acercar los servicios de salud para la atención de la población que radica en los lugares más lejanos de nuestra patria. Huautla nació para atender a la población mazateca, mixteca, cuiclateca y chinanteca, que radica en el corazón de la sierra mazateca, siendo el único hos-

⁴² Presidencia de la República. Publicado el 16 de agosto de 2019.

pital ubicado a más de 100 kilómetros a la redonda, por lo que es muy valioso y reconocido para toda la población quienes no cuentan con otra opción para recuperar su salud, siendo necesario en mucho de los casos efectuar traslados de pacientes graves por vía aérea.

Soy oriundo de Santo Domingo Tehuantepec. Soy médico anestesiólogo con ocho años en el IMSS-Bienestar, inicié en la UMR de Zapotitlán Salinas en plena Mixteca; y quiero decirles que este programa me dio la oportunidad de convertirme en especialista a través de los servicios rurales en salud. Ahora con mucho gusto desde hace dos meses, soy el director de este hospital. La región de Huautla está conformada por 45 unidades médicas rurales, un centro de atención rural de obstetricia, tres unidades médicas móviles y tres brigadas de salud con los que se atiende casi 138,000 personas que radican en 29 municipios aledaños, además de población derechohabiente de otros servicios de salud e incluso a otros pacientes procedentes de la Sierra Negra de Puebla y de la Cuenca del Papaloapan. Nuestro hospital cuenta con 24 camas censables y tenemos una gran demanda de los servicios, superando en un 123% de ocupación, realizando en un día cotidiano 136 consultas, cuatro cirugías, 10 egresos hospitalarios, cinco partos, como resultado de la labor de todo nuestro equipo de salud conformado por 180 trabajadores, de los cuales, además de los voluntarios que se encuentran aquí, quienes forman el vínculo más fuerte con nuestra gente atendiéndonos hasta sus domicilios, comunicándose en su lengua materna y realizando una búsqueda exhaustiva hasta los lugares de más difícil acceso de embarazadas, diabéticos, hipertensos y niños desnutridos, a fin de derivarlos oportunamente y evitar daños a su salud.

Señor presidente: A pesar de que usted ve un paisaje muy bonito y lleno de árboles, y en donde pareciera que hay agua en abundancia, no todo en este paraíso es real, porque también queremos decirle que tenemos limitantes y necesidades que día con día tratamos de solventar. Por ejemplo, a veces tenemos carencias de este vital líquido y periódicamente nos reaprovisionan con pipas, además de que ya existe obsolescencia de gran parte del equipo médico y electromédico, lo que sin duda compromete la calidad de atención y satisfacción del usuario. Asimismo, le comento que ya tenemos la necesidad de ampliar el área de tococirugía y nuestro albergue materno. ¿Por qué? Porque en este albergue, en 2018 hicieron uso de más de 20 mil usuarios con ese... este albergue materno tiene 30 camas.

Señor director general, maestro Zoé Robledo: Le agradecemos su gran interés por IMSS-Bienestar desde que inició su gestión, y damos gracias por estar acudiendo a todos nuestros hospitales por más lejanos que estén como este, porque como usted ve, constituyen pilares reales para salvaguardar la vida de esta gente, la gente mazateca. Señor presidente: Terminó diciéndole que nuestro personal está altamente comprometido con las políticas de salud planteadas en su administración, ya que se apegan totalmente al espíritu y sensibilidad de nuestro noble programa, el cual desde hace más de 40 años tiene el objetivo de beneficiar a los pueblos indígenas y originarios de todo nuestro país. Muchas gracias, presidente. Muchas gracias, Huautla.

40.- HOSPITAL RURAL VILLA ALTA (OAXACA)⁴³

YANET RAMÍREZ CARBAJAL, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL VILLA ALTA: Muy buenas tardes. Nos llena de júbilo darles la bienvenida al corazón de la Sierra Norte de Oaxaca, tierras cafetaleras que colindan con San Pablo Guelatao, lugar de nacimiento de nuestro Benemérito de las Américas, don Benito Juárez García. Licenciado Andrés Manuel López Obrador: Es muy grato recibirlo en este hospital de IMSS-Bienestar. Distinguidas autoridades que nos acompañan, compañeros y público en general. Soy orgullosamente oaxaqueña, nací en San Juan Cacahuatpec, Jamiltepec, Oaxaca. Soy médica cirujana egresada de la Universidad Autónoma Benito Juárez, con especialidad en anestesiología. Tengo ocho años en el programa IMSS-Bienestar, primero como médico general y después como anesestióloga, y ahora desde hace dos meses como directora de este hospital. Están ustedes en el Hospital Rural San Ildefonso Villa Alta, en uno de los nueve hospitales rurales de nuestro estado, el cual, aunque apenas lo separan 172 kilómetros de la ciudad de Oaxaca, debido a lo sinuoso del camino y lo accidentado del trayecto, se hacen más de cinco horas de recorrido.

Este hospital ha brindado sus servicios de salud durante casi un cuarto de siglo a la población mixe, zapoteca y chinanteca de esta región; y como creo que ya le han mencionado en otros hospitales, nuestro esquema de operación es fundamentalmente preventivo. Este modelo nos ha permitido disminuir los daños a la salud en las diferentes etapas de la vida de nuestra población: desde antes de nacer hasta la vejez, en un marco de respeto a los derechos humanos, perspectiva de género y usos y costumbres de nuestros pueblos originarios. Como zona de servicios médicos incluye 13 unidades médicas rurales, una unidad médica móvil y un Centro de Atención Rural Obstétrico o Caro, ubicado en Santiago Choápam, uno de los lugares más alejados de nuestra región para la atención de nuestras pacientes embarazadas mixes. Contamos con 12 camas censables y ocho no censables, atendemos a una población de más de 28,000 habitantes de 14 municipios, siendo los de más difícil acceso, además de Santiago Choápam, San Juan Petlapa y Santiago Camotlán. Durante el transcurso del presente año hemos atendido más de 7,000 consultas, 1,214 de especialidad, 500 egresos, 96 intervenciones quirúrgicas y 142 partos, por lo que orgullosamente le comento que mi hospital se ha convertido en un referente para el cuidado de la salud y la población en esta región. Este hospital cuenta con un gran equipo de trabajo compuesto por 148 trabajadores, el cual me honro de dirigir. Aprovecho este momento para brindarles un merecido reconocimiento por su labor, además de reconocer a nuestro personal de Acción Comunitaria, voluntarios y voluntarias, quienes son nuestros vínculos con cada una de las localidades que atendemos.

Señor presidente: Uno de nuestros más grandes logros a nivel nacional ha sido la disminución de la mortalidad materna, por lo que con mucho gusto le digo que en los últimos

⁴³ Presidencia de la República. Publicado el 17 de agosto de 2019.

tres años no hemos registrado defunciones, a lo que sin duda ha contribuido el albergue comunitario, que cuenta con 24 camas para brindar techo y comida a los pacientes y familiares. Posterior al evento obstétrico, otorgamos un seguimiento puntual al puerperio y a la atención al menor de cinco años, detectando de manera oportuna enfermedades metabólicas congénitas, alteraciones en el estado de nutrición, además de llevar a cabo en forma eficiente el programa de vacunación, acciones que nos han permitido la nominación del hospital del niño y de la niña. Sabemos que la tarea de atender oportunamente a la población no es sencilla y tenemos el gran reto de otorgar nuestros servicios con calidad y calidez, por lo que cada día con renovado entusiasmo aplicamos nuestros conocimientos y ofrecemos una gran sonrisa a cada uno de nuestros pacientes. Señor presidente: Por último, le comento que necesitamos de su invaluable apoyo para mejorar nuestros equipos médicos y de conservación que ya han cumplido su vida útil, el reforzamiento de la plantilla de especialistas de cirugía general y ginecología, y la suficiencia de medicamentos. Licenciado Andrés Manuel López Obrador: Le ratifico nuestro esfuerzo para seguir trabajando por el bienestar de nuestra población. Tenga la seguridad de que tal y como usted admira a nuestro prócer oaxaqueño, nosotros lo admiramos a usted por su perseverancia y entrega a su trabajo de mejorar las condiciones de vida de los mexicanos que menos tienen. Muchas gracias.

41.- HOSPITAL RURAL DE MIAHUATLÁN (OAXACA)⁴⁴

JOSÉ IVÁN HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL MIAHUATLÁN: Señor presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Andrés Manuel López Obrador: Es un gusto recibirlo en este hospital de IMSS-Bienestar. Autoridades, personalidades que nos acompañan, estimados compañeros, señoras y señores: Muy buenos días. El Hospital Rural Miahuatlán de Porfirio Díaz, que recientemente cumplió 44 años de vida, ha sido testigo fiel del gran impacto que ha tenido el programa IMSS-Bienestar en la salud de la población que no cuenta con ninguna seguridad social. Se encuentra ubicado entre la Sierra Azul y los valles centrales de Oaxaca, siendo el único hospital a más de 100 kilómetros a la redonda, y por ello, de gran valor para la población, siendo los hospitales más próximos el Hospital de Pochutla en la costa y el Hospital Aurelio Valdivieso en la capital oaxaqueña. Me presento: soy cirujano general egresado de la sexta generación de los servicios rurales, estrategia instrumentada por IMSS-Bienestar para cubrir con especialidades los lugares más alejados del país; cuento con nueve años de trayectoria como médico de unidad médica rural y ahora tengo el gusto de ser director de este gran hospital. Nuestro hospital, como región, otorga servicios de salud a 38 municipios en donde radican más de 187,000 habitantes, principalmente indígenas de etnias zapotecos y chatinos. Estamos integrados por 45 unidades médicas, dos brigadas de salud, una unidad móvil y un Centro de Salud de Atención Rural Obstétrico, Caro.

⁴⁴ Presidencia de la República. Publicado el 18 de agosto de 2019.

Miahuatlán es uno de los hospitales con más alta productividad obstétrica en el país, con un promedio de 3,400 partos al año, por lo cual es indispensable nuestro albergue comunitario, que actualmente presenta una ocupación del más del 200%, habiendo registrado en el 2018 más de 13,700 usuarios. Destaca en este rubro uno de nuestros logros del último año, en donde no tuvimos ninguna defunción materna; asimismo, en cuanto a productividad atendemos un promedio diario de 205 consultas, de las cuales 31 son de especialidad, se dan de alta tres egresos y se registran de cuatro a cinco cirugías. Contamos con 38 camas censables y, si algo distingue a nuestro hospital, es que atendemos urgencias de cualquier tipo, teniendo experiencias exitosas, como fue el caso de una paciente obstétrica a la que se le realizó cesárea encontrándose una placenta percreta con invasión a vejiga. Otro caso fue el de un paciente masculino que recibió dos impactos de bala en tórax, al que se le realizó una toracotomía de urgencias; ambos casos salvándoles la vida. Como ustedes saben, estas cirugías para tercer nivel de atención $\frac{3}{4}$ por la urgencia que presentaban en el momento $\frac{3}{4}$ los atendimos debido a que contamos con un gran equipo de médicos y enfermeras.

Otra prioridad a la que nos hemos abocado es a la atención integral al adolescente a través de nuestros centros de atención rural adolescente CARA, en donde no solamente vigilamos su estado de salud, sino que también nos enfocamos a la prevención del embarazo no planeado y la prevención de adicciones. Aquí destaco la participación de dos jóvenes de Miahuatlán a nivel nacional. Uno de ellos, porque obtuvo el primer lugar en el tema de niñas y niños consejeros de la CNDH en el 2018; y el otro obtuvo un tercer lugar en el concurso de Inmujeres en el tema de prevención del embarazo en adolescentes. Dos jóvenes aquí presentes que hoy ya tuvo, señor presidente, la oportunidad de conocer en el CARA. Licenciado Andrés Manuel López Obrador: Para continuar con nuestros logros y nuestra labor requerimos de insumos, porque nuestro hospital ya ha sido rebasado por el crecimiento de la población, el tiempo y la tecnología, por lo que le solicitamos muy atentamente su apoyo para aumentar el número de camas en urgencias, la creación de una Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos (UCIN) y la ampliación de un albergue comunitario, entre otros equipos médicos y de conservación. A pesar de todas estas limitantes para brindar la atención, todo el personal de este hospital refrendamos nuestro compromiso para seguir trabajando, para mejorar la salud de nuestra población con la convicción y el orgullo de seguir siendo parte del IMSS. Señor presidente: Oaxaca es un estado prioritario que requiere de toda su atención. Muchas gracias por haber volteado la mirada a este gran abanico conformado de tantas etnias y culturas que, sin duda, requieren y merecen de todo nuestro apoyo, pero en especial la de nuestro primer mandatario, que se ha distinguido por su congruencia para favorecer a los más desposeídos de nuestro país. Muchas gracias.

42.- HOSPITAL RURAL TLACOLULA (OAXACA)⁴⁵

ERÉNDIRA CITLALI LÓPEZ MARTÍNEZ, GESTORA DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL RURAL TLACOLULA: Buenas tardes. Con gran

⁴⁵ Presidencia de la República. Publicado el 18 de agosto de 2019.

alegría damos la bienvenida en este maravilloso lugar de tradiciones y riqueza cultural a nuestro presidente de la República, el licenciado Andrés Manuel López Obrador. A las personalidades que lo acompañan, compañeros trabajadores de este honorable Instituto y público en general: Tlacolula de Matamoros es una población perteneciente a los valles centrales, aquí confluyen los descendientes de una de las culturas más representativas de Oaxaca, la zapoteca. Tlacolula se caracteriza por sus costumbres y tradiciones ancestrales. En su tianguis dominical es común ver la práctica del trueque, y qué decir de sus mayordomías y festividades que lo hacen único; es un lugar estratégico y comercial ubicado entre el Istmo de Tehuantepec, la sierra mixe, la Sierra Juárez y la ciudad de Oaxaca. Soy la doctora Eréndira Citlalli López Martínez, gestora de Calidad y Educación en Salud y tengo el honor de representar al Hospital de Tlacolula. Soy especialista en medicina familiar con ocho años de antigüedad en el IMSS y tres años en este hospital rural, orgullosamente oaxaqueña, lo que me ha llevado a trabajar incansablemente por la salud y el bienestar de mi gente. El Hospital Rural de Tlacolula se siente honrado y jubiloso de contar con distinguidas personalidades que han abierto su agenda de trabajo para conocer y saludar al personal que labora en esta institución.

Somos un hospital hecho para la atención de la población rural e indígena de esta región y también somos un hospital de apoyo para los hospitales de los servicios de salud de Oaxaca como son: el hospital de Tamazulapam del Espíritu Santo y el hospital de Nejapa de Madero, así como otros hospitales lejanos que en su paso a la ciudad de Oaxaca se les brinda el apoyo requerido. ¿Qué hace diferente al Hospital de Tlacolula? La diferencia la hace el personal que labora en esta institución, cuya dedicación y esfuerzo lo fortalece y lo enaltece como uno de los hospitales con mayor productividad a nivel nacional. Recientemente recibimos la nominación como Hospital Amigo del Niño y la Niña por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, con una calificación de 98.6%. Se tiene un incontable número de casos exitosos de recién nacidos con prematuridad, mujeres con complicaciones del embarazo, parto o puerperio, niños, hombres y adultos mayores, quienes han estado en peligro y en este hospital se logró que pudieran salvar su vida para reunirse una vez más con sus seres queridos. En el Hospital Rural de Tlacolula, durante el transcurso del año se han atendido 900 partos, 774 cirugías, más de 26,000 consultas, beneficiando con 82 unidades médicas rurales de primer nivel a casi 236,000 personas que radican en 69 municipios. Señor presidente: Apoyamos completamente las políticas de austeridad nacional que ha implementado su gobierno; sin embargo, hoy que usted se ha percatado de nuestras carencias y necesidades, le solicitamos atentamente que nos apoye con la sustitución de equipos médicos y de conservación, entre los que destacan máquinas de anestesiología, lámparas, mesa quirúrgica, entre otros. Por otra parte, quiero agradecer al maestro Zoé Robledo, director general del Seguro Social, por su decidido apoyo por conservar los 80 hospitales rurales del programa IMSS-Bienestar como parte del Instituto, los cuales son una bendición para la población que atendemos al ofrecer atención médica de calidad, así como medicamentos gratuitos. Sobre todo agradecemos la visita a nuestro presidente de la República, el licenciado Andrés Manuel López Obrador, y le decimos que

estamos de acuerdo y celebramos su discurso de que no debe haber mexicanos de primera ni de segunda, por lo que nosotros también le decimos que no debe haber trabajadores de la salud de primera y de segunda, porque somos un solo IMSS, somos mexicanos, somos personal altamente capacitado y preparado, estamos listos y comprometidos para seguir sirviendo a nuestra nación. Muchas gracias.

43.- HOSPITAL RURAL BENEMÉRITO DE LAS AMÉRICAS (CHIAPAS)⁴⁶

SAÚL MELÉNDEZ CRUZ, ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL RURAL BENEMÉRITO DE LAS AMÉRICAS: Buenas tardes, muy buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, distinguidas personalidades que nos acompañan, estimados compañeros, amigos y amigas: Es un honor recibirlos en Benemérito de las Américas, sean bienvenidos a la frontera sur. Tal como lo dice el nombre que orgullosamente porta este hospital rural, y acorde al marco de respeto a las personas y a las naciones proclamadas por nuestro héroe nacional, don Benito Juárez García, queremos decirle que aquí se atiende a toda la población, sin discriminación ni distinción de banderas, raza, nacionalidad o credo, brindando atención médica y medicamentos gratuitos a más de 116,000 chiapanecos, pero también dando atención a cientos de hermanos guatemaltecos, salvadoreños y hondureños que así lo solicitan durante su trayecto hacia nuestro país. Soy médico cirujano especialista en medicina familiar con más de 14 años en el IMSS. Fui coordinador de vigilancia epidemiológica por dos años en este hospital y ahora tengo el enorme gusto y responsabilidad de haber sido nombrado como encargado de la dirección de este hospital.

Señor presidente: Sabemos que usted llega aquí después de visitar hospitales que son la única opción de atención a la población en un radio de 100 kilómetros, pero ahora usted se encuentra en una unidad hospitalaria que es la única existente en 200 kilómetros a la redonda con esta capacidad resolutive. Estamos ubicados en pleno corazón de la Selva Lacandona otorgando servicios de salud a otros seis municipios, además de Benemérito, Marqués de Comillas, Ocosingo, Palenque, Chilón, Salto de Agua y Tumbalá. Tenemos a nuestro cargo 34 unidades médicas de primer nivel con las que atendemos a población chol, tzeltal, maya, lacandón y zoque; y por la gran demanda de los servicios, Benemérito se ha convertido en un pilar para la atención de la salud de esta región. Muestra de lo anterior es que en el transcurso del año hemos atendido más de 12,500 consultas, 1,000 de ellas de especialidad, 1,000 de ingresos hospitalarios, casi 3,000 de urgencias, más de 400 cirugías e igual número de partos. No obstante, también quiero decirle que este hospital acaba de cumplir 28 años, ya rebasamos el cuarto de siglo de operaciones bajo la premisa de hacer lo más que se pueda con el mínimo de recursos. Pero ahora solicitamos atentamente de su apoyo para la ampliación de los servicios de urgencias, ya que solo cuenta con tres camas y aquí se atiende un promedio mensual de 600 urgencias, es decir, 20 diarias, área en la que afortunadamente ya contamos ahorita con una urgencióloga. Al respecto quiero destacar

⁴⁶ Presidencia de la República. Publicado el 22 de agosto de 2019.

que, debido al lugar en donde nos encontramos, frecuentemente tenemos accidentes ofídicos, es decir, ataques por mordedura de serpientes y otros animales salvajes y silvestres como lagartos y murciélagos, por lo que procuramos siempre tener con suero antiviperino e inmunoglobulina antirrábica humana y otros antídotos, además de aplicar nuestro Modelo de Atención Integral a la Salud con el personal de Acción Comunitaria y los más de 3,000 mil voluntarios de salud de la región, a fin de prevenir la rabia y otras enfermedades propias de la región.

Asimismo y debido a que ya se cumplió el tiempo de vida útil de varios de los equipos médicos y electromecánicos, es necesaria la sustitución del sistema del aire acondicionado de diferentes áreas hospitalarias, además del reemplazo del sistema eléctrico, a fin de solucionar las constantes variaciones que afectan el funcionamiento de los equipos. Autoridades que nos acompañan: La operación de este hospital es posible a través de mi equipo de trabajo integrado por 139 personas, y aprovechar este momento para brindarles un reconocimiento por laborar hasta en los últimos confines de nuestra patria, comprometiéndonos con usted a mejorar aún más nuestro trabajo. Termino diciendo que nos sentimos muy orgullosos de ser parte del IMSS y partícipes de este momento histórico en que se recorren todos los hospitales del IMSS-Bienestar. Y nos da mucho gusto saber que, a punto de cumplir con su primer año de gestión, usted nos ha demostrado a todos los mexicanos su gran empeño por cambiar para bien las cosas, recorriendo con afán brechas y caminos hasta los lugares más distantes como este, a fin de conocer verdaderamente nuestra situación. Señor presidente: Es un honor conocerlo y también es una gran responsabilidad ser parte de la transformación que usted encabeza. Sepa que nos da mucho gusto saber que, al igual que todos nosotros, ya está convencido del gran valor que tiene el IMSS-Bienestar para la población más pobre de nuestro país, porque como usted siempre dice, por el bien de todos, primero los pobres. Muchas gracias.

44.- HOSPITAL RURAL PLAN DE ARROYOS (VERACRUZ)⁴⁷

JUAN GAUDENCIO CONDE LÓPEZ, ENCARGADO DEL HOSPITAL RURAL PLAN ARROYOS: Buenas tardes distinguidas personalidades que nos acompañan, estimados compañeros y público en general. Señor presidente Andrés Manuel López Obrador: Bienvenido a Veracruz. Aquí desde el norte hasta el sur se le quiere mucho, porque tal como lo hace ahora con nuestros hospitales, usted ha recorrido y conoce perfectamente todos sus municipios. Plan de Arroyos lo recibe en estas tierras cafetaleras con la alegría y la jovialidad jarocha que nos caracteriza. Ustedes se encuentran en uno de los hospitales más jóvenes y bonitos de IMSS-Bienestar, construido hace nueve años en esta región serrana para la atención de los habitantes que por razones de accesibilidad se les dificultaba llegar con oportunidad a los hospitales de la Secretaría de Salud más cercanos como Tlapacoyan, Martínez o Altotonga, conformando al día de hoy un eje muy importante de atención para

⁴⁷ Presidencia de la República. Publicado el 30 de agosto de 2019.

la población, porque tal y como usted lo ha mencionado, la clave de los servicios de salud es otorgar atención médica y medicamentos gratuitos a toda la población sin importar adscripción, a fin de resolver entre todos sus problemas de salud. No obstante, y cuando la atención de un paciente así lo requiere, se realizan traslados hasta la Ciudad de Xalapa con un traslado de más de dos horas y media. Este hospital cuenta con 30 camas censables y otorga atención de primer y segundo nivel a más de 300,000 personas, procedentes de 37 municipios. Nuestro equipo de trabajo está integrado por 191 trabajadores, que en forma responsable y comprometida, y de acuerdo con el Modelo de Atención Integral de la Salud, realizan acciones eminentemente preventivas y se caracteriza por su disponibilidad y respeto a los derechos humanos e interculturalidad.

Plan de Arroyos otorga en un día típico más de 100 consultas, 18 urgencias, dos partos, se generan seis egresos, se realizan tres procedimientos quirúrgicos y 262 análisis clínicos. Como ya le han dicho en otros hospitales hermanos, trabajamos de la mano de una organización comunitaria integrada por más de 10,000 voluntarios de salud, quienes a través de la vigilancia epidemiológica simplificada, identifican y refieren personas en riesgo de salud para su atención a las unidades médicas rurales y a este hospital. Mencionando en especial, en el marco de la estrategia de prevención de la muerte materna, a nuestras 115 parteras de la región. Asimismo, en esta misma estrategia también es fundamental nuestro albergue comunitario, el cual tiene 10 camas, pero a diferencia del resto de los albergues del programa, el nuestro se ubica a un kilómetro del hospital, representando una desventaja para el acceso y oportunidad en la atención, por lo que le solicitamos atentamente pudiera ser reubicado en terrenos de este hospital. De igual manera, y en cuanto a nuestras necesidades, le comento que aquí enfrentamos un serio problema de abastecimiento de agua y variaciones de la energía eléctrica que provocan afectación a nuestros equipos de sostén vital y de diagnóstico, así como a los equipos de conservación; por lo cual también le solicitamos su apoyo para dar solución a estos problemas que afectan a la calidad de la atención. Señor presidente: Soy un veracruzano de pura cepa, médico cirujano especialista en salud pública, con 19 años de trayectoria en IMSS-Bienestar, y ahora soy el encargado de comandar este gran equipo de salud. Aprovecho para hacerles un reconocimiento por su esfuerzo diario y decirle que hoy más que nunca, y derivado del ejemplo de trabajo que usted nos demuestra, estamos comprometidos a dar cumplimiento a todas las políticas de salud que usted nos señale, porque no nos cabe la menor duda de que son y estarán siempre encaminadas al bienestar del pueblo de México. Muchas gracias.

45.- HOSPITAL RURAL DE PAPANTLA (VERACRUZ)⁴⁸

CELESTINO PINO GUEVARA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL PAPANTLA: Muy buenas tardes, señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Buenas tardes a todo el distinguido presidium que le acompaña, a mis compa-

⁴⁸ Presidencia de la República. Publicado el 30 de agosto de 2019.

ñeros y compañeras jubiladas activos de este Hospital Rural Papantla, a las autoridades locales, y, por supuesto, a nuestro brazo fuerte: la estructura social comunitaria. Tengan todos muy buena tarde. Sean todos bienvenidos a este rincón veracruzano, al hospital de IMSS-Bienestar en la ciudad que perfuma al mundo con su aroma a vainilla: Papantla de Olarte. Veracruz, lugar de historia, cultura y muchísima tradición, con su centro ceremonial a kilómetro y medio de acá, el Tajín, y por supuesto con la persistencia de sus costumbres y su lengua, que es un orgullo para México y para el mundo. Hoy, señor presidente, es un día especial, lleno de alegría y júbilo para los que aquí trabajamos, porque por primera vez un presidente de la República nos visita. Papantla inició funciones hace 33 años, 17 de febrero de 1986, y no cabe duda de que la ubicación de este hospital fue, ha sido y será una de las mejores inversiones en salud para nuestra población. Por la atención, primero, que distingue a la población indígena, que es lo que hacemos muy de cerca, por la atención que damos a 150,000 personas en los 11 municipios que conforman esta región del Totona-capan, en donde se ubican nuestras unidades médicas de primer nivel. Contamos con 45 camas censables y la dimensión de nuestras acciones se demuestra que se otorgan al día 136 consultas, tres intervenciones quirúrgicas, cuatro nacimientos, 10 egresos hospitalarios, más de 400 estudios de laboratorio y 20 estudios de rayos X, alcanzando al día de hoy una ocupación hospitalaria del 94%, señor presidente.

Papantla es un hospital altamente obstétrico, donde casi el 40% de los egresos tienen razón entre parto y cesárea; es por eso que tenemos actualmente una existencia de embarazadas de 1,076 de alto riesgo, lo que nos hace altamente susceptibles de presentar muerte materna, pero al mismo tiempo nos da mucho gusto decirle que por las estrategias implementadas, no hemos registrado muerte materna en los últimos cinco años de ninguna embarazada. A lo cual sin duda ha contribuido el relevante papel que juega nuestro albergue comunitario que presenta una ocupación superior al 100%, 42 camas aquí, atrás de este hospital, aquí lo tenemos y ahí llegan nuestras embarazadas de la región. Lo anterior gracias al excelente trabajo del equipo de respuesta inmediata en emergencia obstétrica, instaurado desde el nivel central. Doctora Gisela, muchas gracias, por esa estrategia. Es importante que actualmente tenemos un sistema de alarma que se dispara a través de una estrategia donde nos dice que una paciente de riesgo llegó y la atendemos de manera inmediata como si estuviéramos ante un sismo. Así lo hacemos aquí. Decimos lo anterior porque sabemos del gran valor que tienen todas y cada una de las acciones que realizamos con nuestro personal, porque cuando se habla de salud en IMSS-Bienestar no solo se piensa en médicos, enfermeras, en técnicos laboratoristas y radiólogos, sino que también porque sabemos del gran valor de la labor que realizan nuestros compañeros de servicios generales, que nos abastecen de ropa, que nos garantizan áreas limpias y desinfectadas. El de la nutrióloga y personal de servicios generales que preparan y otorgan una dieta adecuada desde la cocina, del papel de una trabajadora social asistiendo, asesorando a una familia en momentos de crisis, del operador de una ambulancia ante una emergencia que sale a los traslados arriesgándose en la carretera con todo lo que pueda suceder, el apoyo de un operador de mantenimiento ante una emergencia y, por supuesto también muy importante el personal administrativo,

que desde el anonimato garantiza los insumos desde la farmacia y el almacén para hacer que esto sea posible. Por lo que hoy, en este memorable día de su visita, señor presidente, le reitero a todo este gran equipo mi más sincero agradecimiento y reconocimiento por su trabajo en favor de nuestra gente, por el quehacer que hacen para salvaguardar la salud y la vida de tanta gente que necesita de nosotros. Muchas gracias, compañeros.

También quiero mencionar como relevante el trabajo incansable de los equipos de salud de las unidades médicas rurales, porque muchos de nosotros nos formamos desde esa trinchera y sabemos del gran valor que tienen las acciones preventivas, de la mano siempre de la organización comunitaria por supuesto. Hoy muchos como yo —con cerca de 27 años de labor— estamos a punto de terminar nuestra trayectoria institucional. Nos iremos muy satisfechos por haber contribuido con nuestro granito de arena a consolidar el modelo de este hermoso programa, pero también nos iremos con la ilusión y esperanza del nuevo auge e inyección de recursos que usted destinará al sector salud, con lo cual mejoraremos aún más nuestras unidades y la calidad de atención que otorgamos a la población. Durante el recorrido le manifesté nuestras necesidades, por lo que ahora solo le reitero la importancia de contar con suficiencia de personal para todos los turnos, así como una nueva ambulancia, espacios adecuados para el área de pediatría, para el área de cuidados especiales del neonato, para el área del CARA, y además la reposición de los equipos biomédicos y equipos de conservación. Señor presidente: Tenga la seguridad que cada vez que usted exhorta al personal de sector salud a mejorar los servicios que se otorgan a los mexicanos, recuerde que en el IMSS-Bienestar tiene su principal apoyo, porque desde hace ya más de 40 años ese es también nuestro objetivo, por lo que respaldamos totalmente su palabra y estaremos muy atentos a cumplir con ese compromiso, porque sabemos que usted está transformando para bien las instituciones del Estado mexicano a fin de conseguir un México más fuerte, más justo y más favorable para la población que menos tiene. Muchas gracias, señor.

46.- HOSPITAL RURAL DE CHIGNAHUAPAN (PUEBLA)⁴⁹

MARIO SIERRA PINEDA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL CHIGNAHUAPAN: ‘Si pude asomarme al universo fue porque estuve apoyado en los hombros de gigantes’. Esto lo dijo un gran filósofo y matemático en algún momento, y yo lo asimilo plenamente, reconociendo que estamos para aprender de los grandes que han forjado y formado al IMSS-Bienestar, en un legado de generaciones bajo el lema de poder servir a la gente, como un privilegio arraigado desde las entrañas de nuestro programa. Muy buenos días, licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, y autoridades que nos acompañan. Sean todos bienvenidos. Colegas médicos, enfermeras, personal becario, administrativo, Acción Comunitaria, servicios generales y personal de conservación. Me complace representar hoy. Público en general, amigas y amigos. Están ustedes en Chignahuapan, lugar que significa ‘sobre los nueve ojos de agua’

⁴⁹ Presidencia de la República. Publicado el 31 de agosto de 2019.

estamos ubicados en la sierra norte del estado a 98 kilómetros de la ciudad de Puebla; aquí es la capital mundial de la esfera en donde, además, la apicultura y la agricultura son las principales fuentes de ingresos de la región.

Soy médico cirujano por licenciatura y con especialidad en ginecología y obstetricia, formado en el IMSS Centro Médico Nacional Siglo XXI, licenciado Manuel Ávila Camacho de la ciudad de Puebla, como operativo en el mismo durante cuatro años y como directivo orgullosamente desde hace dos años. Hace 33 años este hospital inició operaciones con el principal objetivo de atender a la población más necesitada, inclusive población indígena náhuatl y totonaca. Desde entonces, estas instalaciones han sido fiel testigo del nacimiento, además, de una cuarta parte de la población. Aquí hemos tenido el privilegio de ser visitados por personal de salud internacional de países como Japón, Bélgica, Holanda y Suiza para conocer el modelo de atención integral a la salud en donde la Acción Comunitaria juega un papel fundamental para tal efecto. En el Hospital Rural de Chignahuapan atendemos a 15 municipios en esta región del norte del estado con una población estimada de 165,000 personas, contamos con 45 camas censables, ofreciendo consultas de medicina general y especialidades, cirugías, servicio de urgencias y laboratorio, todo esto con una plantilla de 177 colaboradores. Señor presidente: Tenemos al corte en lo que va del año 30,000 consultas atendidas, 826 partos y 1,836 egresos hospitalarios, lo que se traduce que en un día típico atendemos 184 valoraciones en consulta externa, 28 en urgencias, siete intervenciones quirúrgicas, 300 análisis clínicos, la atención de cuatro partos y nueve pacientes egresados. Además, quiero decirle que como logro destacado, recientemente obtuvimos la reacreditación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña, otorgado por el Centro Nacional de Género y Salud Reproductiva, con una calificación sobresaliente de 99.8%. Con todo esto, señor presidente, no desaprovecho esta gran oportunidad para solicitar su apoyo como primer mandatario para mejorar la infraestructura del hospital, finiquitar los procesos de contratación para el personal de diferentes servicios y turnos. Y no dejo de mencionar puntualmente algunos procesos necesarios, como la ampliación y remodelación del servicio de urgencias y unidad tocoquirúrgica, remodelación de la unidad de cuidados especiales neonatales, el cambio de la ambulancia y, por término de vida útil, las máquinas de anestesia, mesas de lámparas quirúrgicas, mismos que son indispensables para combatir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal presentes en la región.

Debo reconocer, señor presidente, que tener como una de sus grandes prioridades, mejorar los servicios de salud del país y en donde usted ha tenido a bien destinar un mayor presupuesto, alude esperanza para todos nosotros, los trabajadores de la salud, pero en especial para todas las personas y familias que en el día a día son beneficiarias de lo más noble que tenemos, que es la salud. Y la salud, señor presidente, la salud es bienestar. Me queda agradecerles a ustedes el simbólico hecho de su presencia en este nuestro hospital, en donde todos los que laboran en él dejan tiempo de vida orgullosos de pertenecer a nuestro gran Instituto, por lo cual sirva la presente ocasión para brindarles mi más merecido reconocimiento por atender a los usuarios en el modelo de, como usted lo ha dicho, es el mejor Modelo de Atención a la Salud del sector, el de nuestro IMSS-Bienestar.

Concluyo mi participación diciendo que por todo lo aquí expresado estoy seguro de que el Hospital Rural Chignahuapan va bien, estoy seguro de que IMSS-Bienestar va bien, que al IMSS le irá bien, pero sobre todo estamos convencidos de que con usted al país le irá mejor. Muchas gracias.

47.- HOSPITAL RURAL DE SAN SALVADOR EL SECO (PUEBLA)⁵⁰

LUIS CUITLÁHUAC GALEANA AGATÓN, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL SAN SALVADOR EL SECO: Muy buenas tardes a todos. Soy el doctor Luis Cuitláhuac Galeana Agatón. Buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos; autoridades que nos acompañan, de los niveles federal, estatal y municipal; compañeros todos, amigas y amigos. Sean bienvenidos a San Salvador El Seco, en la región centro del estado de Puebla. En sus orígenes esta población fue conocida como Cuayehualulco, que significa en voz náhuatl ‘Lugar rodeado de arboleda’ y al paso del tiempo encontramos lo que hoy tenemos. Hoy se ha convertido en una zona generadora de cantera en donde tenemos verdaderos artistas de piedra, cuyas manos han labrado y recubierto las fachadas del centro histórico de la Ciudad de Puebla, además que de aquí procede el piso que se encuentra en el magnífico Museo de Antropología e Historia de la Ciudad de México. Soy cirujano, especialista en cirugía general, egresado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y del Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, orgullosamente IMSS. Cuento con 23 años de antigüedad en el Instituto, primero como pasante, como responsable de unidad médica rural, supervisor de zona y cirujano, ahora, con ocho años, como director de esta unidad. Nuestra historia inicia hace 43 años, cuando aquí era una clínica hospital de campo, a beneficio de los campesinos. Ahora este hospital cumple con su cuarta década de vida, siendo el más antiguo de los siete hospitales de la delegación Puebla, cuenta con 44 camas censables, se atienden a más de 370,000 personas de 52 municipios que reflejan la magnitud de la atención de la población.

Como región tenemos 73 unidades médicas rurales, tres urbanas, dos brigadas de salud y una unidad médica móvil, pero lo más importante es que San Salvador El Seco constituye un hospital de referencia formado por un anillo de atención junto a otros cinco hospitales de la Secretaría de Salud del estado de Puebla: Acatzingo, Ciudad Serdán, Guadalupe Victoria, Libres y Quimixtlán, enlazando una red de servicios de salud que trabaje en forma corresponsable compartiendo insumos como vacunas y derivando a nuestro hospital pacientes ante la falta de cobertura de especialistas en los mismos, constituyendo un ejemplo de la universalización de los servicios que el señor presidente, usted ha nombrado en los ejes de sus políticas. Como productividad semestral tenemos que se atiendan 28,000 consultas, 5,000 de especialidad, más de 6,000 urgencias, 1,000 cirugías, 1,000 partos y casi 2,000 egresos hospitalarios. Cabe mencionar que El Seco, al ser un hospital eminentemente obstétrico, ha sido escuela de 17 generaciones de médicos responsables de módulo de salud

⁵⁰ Presidencia de la República. Publicado el 31 de agosto de 2019.

ginecológica de los diferentes hospitales de IMSS-Bienestar, en donde se realizan acciones preventivas para detectar cáncer cervicouterino, además de ser el único hospital que cuenta con un mastógrafo digital para la detección de cáncer de mama. Lo anterior no podría ser posible si no fuera gracias al esfuerzo de nuestro gran equipo de trabajo, quien día a día da lo mejor de sí para proporcionar una atención digna y humana a la población que tenemos a nuestro cargo, por lo que les brindo mi reconocimiento a los 177 trabajadores adscritos al hospital de El Seco y que están en la zona de servicios.

Asimismo, destaco la participación activa y decidida de más de 6,000 voluntarios que nos apoyan en la vigilancia de sus comunidades que representan el largo brazo del hospital, que lleva las acciones hasta las comunidades más lejanas y dispersas. No quiero dejar de mencionar lo que hoy constituye nuestro principal reto: abatir la muerte materna, por lo cual estamos en constante alerta para la identificación de riesgos de nuestras embarazadas, así como la realización de acciones de capacitación al personal de salud. Señor presidente: Derivado de la alta demanda de los servicios y el uso continuo de los equipos, ya tenemos deterioro por el cumplimiento de su vida útil, por lo que, de la manera más respetuosa, le solicitamos nos apoye en la ampliación de la consulta externa, en la renovación de ambulancia, en la sustitución de equipos electromédicos, además de la ampliación del albergue, que actualmente cuenta con 15 camas y que ya resulta insuficiente porque anualmente se atienden a más de 4,000 pacientes y familiares. Señor director del IMSS: Desde el inicio de su gestión hemos estado bajo su atención diaria, lo cual le agradecemos profundamente. Señor presidente: Es un privilegio que haya acudido hasta esta comunidad a visitar el hospital y que escuche personalmente las voces de los trabajadores que conformamos el activo humano del Instituto, para hacerle patente nuestras necesidades, pero también por tener la oportunidad de expresarle la confianza que hemos depositado en usted, porque sabemos que estamos viviendo una transformación para bien de todo el pueblo de México. Muchas gracias.

48.- HOSPITAL RURAL CHARCAS (SAN LUIS POTOSÍ)⁵¹

LUIS CHÁVEZ HERNÁNDEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL CHARCAS: Buenas tardes. Con gran alegría y júbilo doy la bienvenida a este maravilloso lugar de tradiciones y acervo cultural de nuestro estado al señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Es un gusto tenerlo aquí. Igualmente doy la bienvenida a los distinguidos miembros del presidium, a las personalidades que nos acompañan. Saludo también a mis compañeros trabajadores del IMSS, al personal voluntario de esta zona de servicios médicos y al público en general que el día de hoy nos favorecen con su presencia. El municipio de Charcas se localiza al norte del estado de San Luis Potosí y pertenece a la región del Altiplano conocida por su gran herencia minera y producción de agave, que además en 1811 sirvió de paso a don Miguel Hidalgo y Costilla en su camino al norte del país formando parte de lo que hoy conocemos como Ruta de Hidalgo. Incluso en el centro

⁵¹ Presidencia de la República. Publicado el 6 de septiembre de 2019.

de la comunidad existe una casa donde pernoctó dos noches. En mayo de 1974 se puso en operación este hospital, sirviendo para la atención en su momento de 45,000 habitantes de las localidades aledañas que formaban parte del plan nixtlero; posteriormente, en 1979 se integra como parte del programa IMSS-Coplamar, por lo que este año cumplimos 45 años de otorgar atención médica y de medicamentos gratuitos a nuestra población.

Nuestro hospital cuenta con 25 camas censables y 13 no censables, y tal como lo pudo ver en su recorrido, señor presidente, buena parte de la infraestructura, equipo inmobiliario en general es el mismo con el que se inició operaciones hace 45 años. Tenemos una población beneficiaria de 25,000 personas adscritas a este hospital, pero también atendemos más de 240,000 personas que integran nuestra zona de servicios, conformada por 68 unidades médicas rurales, un centro de atención rural obstétrico, 10 brigadas de salud, todas ellas ubicadas en 20 municipios que van desde Charcas y Venado hasta Santa María del Río, que se localiza a tres horas de camino. Es importante decir que somos la única opción de salud en toda esta región, que ya no se cuenta con servicios de segundo nivel a más de 100 kilómetros a la redonda. Tenemos una ocupación hospitalaria prácticamente del 90% y en un año otorgamos un promedio de poco más de 24,000 consultas de medicina familiar y especialidad, atendemos 361 partos, y de acuerdo con Nuestro Modelo de Atención Integral la Salud, realizamos acciones preventivas, como lo es 276 detecciones de cáncer cervicouterino, 1,232 valoraciones del estado nutricional del menor de cinco años y más de 10,000 detecciones de diabetes mellitus e hipertensión. Señor presidente: Para brindar todas estas atenciones contamos con una plantilla de 139 trabajadores entre personal médico, enfermería, administrativo, servicios generales y Acción Comunitaria, quienes día a día refrendan su compromiso de brindar lo mejor de sí a la población que tenemos el honor de servir. También contamos con un ejército de 7,275 voluntarios entre integrantes de comités de salud, voluntarios de salud y parteras rurales voluntarias que conforman la organización comunitaria como un pilar fundamental que contribuye a la realización de acciones preventivas y de promoción a la salud. Todos estos voluntarios, más allá de un interés económico, los mueve su gran compromiso de mejorar la salud de su comunidad. Señor presidente: Quiero refrendarle nuestro compromiso para seguir trabajando con todo nuestro ahínco, poniendo en todo lo alto el nombre de IMSS-Bienestar, pero requerimos su apoyo a fin de mejorar la infraestructura del hospital, su equipo y su mobiliario, así como la plantilla de personal, lo que nos permitirá hacer frente a la nueva realidad demográfica y epidemiológica que vivimos hoy en día, y de esta manera, satisfacer las necesidades y expectativas en salud que tiene la población.

Señor presidente: Sabemos que como servidores públicos y como mexicanos nuestra máxima responsabilidad es brindarnos a los que menos tienen. Por ello y sumados a su llamado de por el bien de todos primero los pobres, es que continuaremos trabajando incansablemente por mejorar la salud y la calidad de vida de los miles de potosinos a quienes nos debemos y, de esta manera, contribuir a engrandecer a nuestra noble institución. Hago patente en este foro mi reconocimiento a todo mi equipo de trabajo, desde mis compañeros de servicios generales, enfermeras, médicos, hasta el personal administrativo y de conser-

vación por el gran compromiso que día a día afrontan las adversidades poniendo su mejor esfuerzo para resolver situaciones que de no contar con la experiencia y las habilidades necesarias difícilmente saldrían adelante, más aún en un campo en donde lo que está en juego es la salud. Compañeros. Amigos: Debemos sentirnos profundamente orgullosos de pertenecer a la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica: el IMSS y sobre todo a IMSS-Bienestar. Señor presidente: Gracias, gracias por voltear a ver a la población más desprotegida que es a quienes nos debemos. Gracias por visitar y tomarse el tiempo de venir a este rinconcito de México, nuestro México querido. Este no es un adiós, es un hasta pronto, señor presidente, y esperamos vuelva a visitarnos pronto. Muchas gracias.

49.- HOSPITAL RURAL MATEHUALA (SAN LUSI POTOSÍ)⁵²

CELESTE SOTO GARCÍA, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL MATEHUALA:

Señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador: Es un gusto saludarlo y recibirlo en esta su casa, el Hospital Rural de Matehuala. Maestro Zoé Robledo, director general del IMSS; autoridades que nos acompañan en el presidium; personalidades; compañeros trabajadores del hospital y de las unidades médicas rurales que asisten a este importante evento; voluntarios de la comunidad; público en general. Tengan todos ustedes una excelente tarde y sean bienvenidos a este, su Hospital Rural de Matehuala. Soy médico anesthesióloga, veracruzana de nacimiento, pero desde 28 años potosina de corazón. Este año cumplí 27 años de trabajar en IMSS-Bienestar. A finales del 2016 tengo el orgullo de dirigir esta unidad, representando a 173 trabajadores de las distintas disciplinas y categorías. Señor presidente: En mayo de este año el hospital cumplió 45 años de haber sido inaugurado como parte del plan ixtlero, que posteriormente formó parte del programa IMSS-Coplamar, evolucionando al actual IMSS-Bienestar. Atendemos a una población adscrita de 16,725 personas y de poco más de 48,000 como zona de servicios médicos, que incluyen 19 unidades médicas rurales y dos brigadas de salud, que se ubican en cinco municipios.

Maestro Zoé: A pesar del avance de la modernidad y la construcción de algunos hospitales cercanos, el Hospital Rural Matehuala se caracteriza por tener una alta productividad, con una ocupación hospitalaria superior al 100%, proporcionando hasta este mes de julio del presente año más de 34,000 consultas, con 78,293 estudios de laboratorio realizados, 710 partos atendidos y 3,789 estudios de rayos X. Alguno de los padecimientos que atendemos son las infecciones respiratorias y diarreicas agudas, así como los accidentes de transporte. Contamos con un albergue comunitario, con 20 camas y una ocupación anual de 5,000 personas, lo que traduce a un promedio de 14 personas al día, que se ven beneficiadas en alimentación y hospedaje completamente gratuitos. Sin embargo, su ubicación dificulta el acceso de pacientes ante una urgencia, por lo que sería ideal construir uno dentro del terreno del hospital. Señor presidente: Seguramente como ya lo ha podido constatar en sus distintas visitas, una característica del IMSS-Bienestar es la mística, el compromiso

⁵² Presidencia de la República. Publicado el 6 de septiembre de 2019.

de servicio de todos los que laboramos en él, lo que ha permitido mantenernos como un referente en los servicios de salud en nuestro país, alcanzando grandes logros a pesar de los limitantes y la adversidad. Y para muestra quiero presumirle los siguientes logros de este hospital: Obtuvimos el premio de calidad de conservación en 1994. Fuimos una unidad acreditada en capacidad, calidad y seguridad en la atención médica en el año 2013. En junio 2017 nos certificamos ante el Consejo de Salubridad General, siendo el primer hospital público del estado de San Luis Potosí en lograrlo. Y en el 2018 logramos la certificación en la iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña. Sin duda estos reconocimientos no hubieran sido posible sin el apoyo y el trabajo del personal de este hospital, el cual reconozco públicamente porque siempre se ha caracterizado por su enorme sentido de pertenencia y solidaridad.

Señor presidente: Reiteramos ante usted nuestro compromiso de servicio y entrega a la población que menos recursos tiene y debe estar seguro de que con su apoyo lograremos forjar de los mejores sistemas de salud. Lleve usted en su corazón nuestro sentir, que estoy segura de que en su momento usted sabrá tomar las decisiones más sabias y sensatas para el beneficio de este hospital, su personal, la población que nos demanda nuestros servicios y en general de todos los mexicanos que confiamos en sumarnos el rumbo de nuestra gran nación. Su visita representa para nosotros un aliciente para seguir trabajando incansablemente brindando día a día lo mejor de nosotros. Esperamos que su estancia en esta tierra potosina haya sido de su agrado y tenga por seguro que esta es y será siempre su casa. Quiero despedirme con una frase de Henry Ford que dice: ‘Llegar juntos es el principio, mantenernos juntos es el progreso, trabajar juntos es el éxito’. Muchas gracias.

50.- HOSPITAL RURAL TULA (TAMAULIPAS)⁵³

JAIME VIVIANO BENAVIDES MANZANARES, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL TULA: Muy buenos días a todos. Tamaulipas los recibe con los brazos abiertos. Señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador; director general del Seguro Social y autoridades que nos acompañan. Sean todos bienvenidos a Ciudad Tula y reciban un cariñoso saludo de parte del personal institucional y de nuestros grupos de voluntarios. Doctora Gisela Lara Saldaña, bienvenida a su casa. Soy Jaime Viviano Benavides Manzanares, cirujano general, con 25 años de experiencia en el Instituto, 20 como director. Antes que nada, quiero iniciar la presentación de mi hospital con unas anécdotas que casi, casi, son una confesión. Señor presidente: Cuando iniciaron sus giras por nuestros hospitales y veía que darían un discurso sus directores, yo tuve la esperanza secreta de que ojalá se les escaparan algunos y entre ellos el mío. No obstante, fueron pasando los hospitales y usted declaró en algún momento: ‘Visitaré todos, no me va a faltar ninguno de los 80 hospitales de IMSS-Bienestar’, y entonces, mi esperanza se derrumbó. Porque déjenme decirles que los cirujanos nos formamos académicamente acostumbrados a las urgencias quirúrgi-

⁵³ Presidencia de la República. Publicado el 7 de septiembre de 2019.

cas, y después como directores nos enfrentamos a las urgencias administrativas, pero cuál sería mi sorpresa a que a estas alturas de mi vida me enfrentaría con una urgencia en forma de discurso, ni nada más ni nada menos que ante mi presidente de la República.

Como médicos, nos enseñaron a estar listos para identificar urgencias quirúrgicas, un paciente con sangrado activo, un herido de bala, un paciente quemado o algo muy frecuente por acá: las mordeduras de serpiente de cascabel. Después, ya en la dirección de este hospital aprendí a enfrentarme a urgencias administrativas y resolví en plena madrugada la falta de una ambulancia para el traslado de un paciente, a resolver la falta de insulina con hospital repleto de diabéticos, a tener equipos electromédicos sin funcionar e ir yo mismo a revisar el caso de máquinas, queriéndome volver ingeniero para encontrar la falla. Y otras situaciones como las que vivimos durante el huracán Alex en 2010, donde vimos transformarse las calles en ríos, por lo que junto con el personal de conservación estuvimos llenando costales de arena en plena lluvia para evitar que el agua entrara al hospital. Ese día tuve que cambiar el bisturí por una pala. Por último, decirles que durante los trabajos para la acreditación de este hospital en 2015 me puse a pintar unas paredes, pero tan mal que casi nos hacen perder la acreditación, el ingeniero las tuvo que volver a pintar. Por lo anterior, quiero decirles que ustedes han oído que aplicamos el Modelo de Atención Integral a la Salud con compañeros polivalentes, pero lo que no saben es que en IMSS-Bienestar todos somos polivalentes, porque todos le entramos a todo. Yo he sido ginecólogo, administrador, jefe de enfermeras, secretario de mí mismo, ingeniero, pintor y hasta camillero. En fin, tantas cosas que pudiera contarles, pero en mis largas cavilaciones antes de llegar hasta este momento llegué a esta conclusión: Si el señor presidente se ve tan amable y afable con todos nosotros, y se nota que él quiere a su pueblo y yo soy del pueblo, pues entonces no me podrá ir mal. Por lo tanto, aquí estoy dando inicio a mi presentación, diciéndoles que Tula es el hospital más antiguo de los cuatro de Tamaulipas, nacido hace 45 años en el seno del Plan Ixtlero, en el cual atendemos a personas de varios municipios, como Tula, Ocampo, Palmillas y municipios del vecino y hermano estado de San Luis Potosí, como Ciudad del Maíz y Guadalcázar. Pero también este hospital es uno de los que tiene mayor población, atendiendo como región a 112,000 personas y el que más productividad tiene, habiendo otorgado de enero a julio un total de más 23,000 consultas, 1,095 egresos hospitalarios, más de 700 cirugías y casi 500 partos.

La mística del programa nos hace otorgar atención a cualquier persona, privilegiando por supuesto a la población rural y campesina, teniendo como único pago ver un rostro satisfecho después de recibir su atención. Por todo esto, señor presidente, le comento que el personal de esta región está con usted, porque sabemos que usted está con nosotros, no solo físicamente hoy, sino que está con nosotros en forma de recursos, en cada atención que generamos, en cada vacuna que aplicamos, en cada cirugía que realizamos, lo necesitamos cada día en nuestro trabajo en forma de plantillas más completas, mejor equipamiento de soporte de vida, nuevo instrumental; porque eso es todo lo que pedimos, señor presidente, mejores condiciones para seguir trabajando, porque sabemos que nos apoyará y estamos seguros de que no dejará caer nuestro programa IMSS-Bienestar. Señor presidente: Como director —con

el honor que eso me da— de este gran equipo de profesionales de la salud, le aseguro a usted que cada peso invertido en el programa está bien justificado, y lo digo no solo a nombre de enfermeras y médicos, que son los que finalmente atendemos el paciente, sino a ese equipo que día a día —en mi caso por más de 15 años— han estado día a día, hombro con hombro conmigo, y nos hacen posible nuestro trabajo. Me refiero a médicos, enfermeras, pero también, químicas, trabajadoras sociales, odontólogos, nutriólogos, servicios generales, administrativos, conservación, Acción Comunitaria y nuestros grupos de voluntarios. Quiero terminar diciendo que usted es el segundo presidente que nos visita en Ciudad Tula, porque en 1937, aquí acudió nuestro presidente, el general Lázaro Cárdenas del Río, con motivo del apoyo para la Expropiación Petrolera, por lo cual ahora contaremos en nuestra historia con la visita de dos grandes mandatarios de nuestro país, lo cual nos llena de orgullo. Muchas gracias.

51.- HOSPITAL RURAL HIDALGO (TAMAULIPAS)⁵⁴

JOSÉ GUADALUPE PIZANA RODRÍGUEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL HIDALGO: Muy buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos; autoridades que integran el presidium; habitantes de los diferentes municipios que nos acompañan, compañeros, público en general. Sean bienvenidos a Hidalgo, tierra fértil, productora de cítricos de la zona centro de nuestro estado. Tierra de héroes nacionales orgullo de Tamaulipas, que demostraron su amor a la patria, su lealtad al presidente Benito Juárez y gran respeto a la Constitución, componentes todos de la Cuarta Transformación. En primer lugar quiero comentarles que este hospital desde hace 11 años representa un gran apoyo para todas las familias de la región. Muestra de ello es que en él se atienden más de 13,000 consultas en lo que va del año de medicina familiar y de especialidades. Aquí laboran 122 trabajadores de los diferentes turnos, día a día se desplazan desde la capital, no obstante los riesgos, a fin de brindar sus acciones de salud. Soy orgullosamente tamaulipeco de Ciudad Mante, médico cirujano especialista en cirugía digestiva y endócrina, con más de 25 años de experiencia laboral, de los cuales han sido como director 18 años de ellos. Y durante ese lapso he podido constatar el impacto de IMSS-Bienestar en la salud y la calidad de la vida de la población de la región, siendo nuestro hospital una excepción, porque en toda la historia del hospital no hemos tenido ninguna muerte materna, no obstante atender un promedio anual de 200 partos.

Lo anterior no hubiera sido posible sin el apoyo de nuestros casi 2,000 voluntarios, quienes derivan pacientes y notifican oportunamente aspectos relevantes de salud, a través de la vigilancia epidemiológica simplificada, muy atentos al autocuidado de la salud y en total apego a nuestro modelo de atención. Nuestro hospital atiende a más de 52,000 personas de la región, a través de 21 unidades médicas rurales y dos brigadas de salud que recorren las localidades más lejanas de los municipios de Villagrán, Mainero, Güémez y Victoria; y de los cuales, señor presidente, nos da mucho gusto que ya tienen su promesa de ser regu-

⁵⁴ Presidencia de la República. Publicado el 7 de septiembre de 2019.

larizados para contar con un contrato fijo y prestaciones, ya que actualmente laboran por honorarios y muchos de ellos desde hace más de 10 o 15 años. En IMSS-Bienestar tenemos claros nuestros objetivos y metas, por ello trabajamos decididamente en ocho prioridades en salud con respeto a los derechos humanos. De ellos quiero comentarle que aquí nos hemos enfocado a trabajar en la salud de los adolescentes atendidos en el CARA, que usted ya conoce y donde abordamos temas como la prevención del embarazo no planeado, la nutrición, la violencia y especialmente la prevención de adicciones para mantenerlos alejados de las drogas y evitar que caigan en manos de la delincuencia, porque como usted dice, los jóvenes mejor becarios que sicarios.

Señor presidente: Nuestro hospital cuenta con recursos humanos, materiales y tecnológicos que nos permiten proporcionar acciones integrales de primero y segundo nivel de atención, pero también tenemos carencias y necesidades, que no nos impiden seguir trabajando con el gusto y la vocación que nos caracterizan, lo cual se suma a una de las prioridades de su gobierno: la política social y el bienestar para todos. Hidalgo cuenta con 32 camas censables, pero no quiero dejar de mencionar que tenemos una baja demanda de los servicios de hospitalización por la población debido a la falta de médicos especialistas en nuestra plantilla, pero también principalmente a los motivos de inseguridad ya referidos. Señor presidente: Casi termino, pero no dejo de mencionar que cuando escuchamos su mensaje sobre el incremento salarial al sector salud ofrecido a los médicos especialistas nos llenó de júbilo, porque sabemos que rendirá buenos frutos para mejorar la cobertura de médicos en los hospitales de IMSS-Bienestar y, por ende, la mejora de la calidad de la atención. Finalmente, quiero aprovechar la oportunidad para solicitarle muy respetuosamente la construcción del albergue comunitario, la ampliación del laboratorio y las residencias médicas, la remodelación de quirófano y la sustitución de nuestra ambulancia. Señor presidente: Nuestro compromiso es con usted y con el pueblo de Tamaulipas, y le ofrecemos cero rechazos a nuestros beneficiarios, brindando una atención digna y humana, porque es la población a la que nos debemos y la que más merece de todo nuestro apoyo. Muchas gracias.

52.- HOSPITAL RURAL SAN CARLOS (TAMAULIPAS)⁵⁵

JUANA DELIA SALAZAR SERNA, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL SAN CARLOS: Muy buenos días. Bienvenidos a la Sierra Chiquita tamaulipeca y, como dice una estrofa en su corrido: 'Tiene su rayo al oriente porque es cuna de los hombres más valientes'. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de la República de México; personalidades que nos acompañan, compañeros y público en general. Soy la directora del Hospital Rural San Carlos, médica cirujana y partera con especialidad en salud pública. Tengo el orgullo de ser la única mujer directora de los cuatro hospitales de Tamaulipas; y como buena mujer norteña, durante más de 19 años he aceptado con valentía el alto riesgo y hoy estamos aquí llevando el timón como directora desde hace cinco años oficiales,

⁵⁵ Presidencia de la República. Publicado el 8 de septiembre de 2019.

enfrentando las múltiples adversidades que afectan a nuestra región. El Hospital Rural San Carlos ofrece sus servicios a más de 22,000 personas de la Sierra Chiquita, ubicada al lado de la Sierra Madre Oriental. Tiene más de 36 años de antigüedad, pero durante dos décadas solo ofreció servicios de consulta externa, terminándose de concluir como hospital rural hace apenas ocho años. Señor presidente: Quiero decirle que en IMSS-Bienestar tenemos muy claros nuestros objetivos y metas. Por ello trabajamos en prioridades enfocadas en atender, no solo las necesidades de salud de la población, sino también el panorama epidemiológico. Por ello nos enfocamos, entre otros aspectos, a la prevención y atención integral de la diabetes mellitus e hipertensión arterial, las cuales $\frac{3}{4}$ como usted sabe $\frac{3}{4}$ son dos de las principales enfermedades que padecemos los mexicanos, lo anterior con un enfoque multidisciplinario a través del servicio de atención integral a la salud, donde se orienta y capacita en cómo prevenir y vivir con estas dos enfermedades que nos aquejan, no solo en esta región, sino también a nivel estatal y nacional.

La presencia del Hospital Rural San Carlos representa un gran apoyo y contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida de la población, lo que se demuestra que en lo que va del año se han otorgado más de 8,000 consultas y se tenga una ocupación hospitalaria arriba del 100%, aunque únicamente contamos con 11 camas censables. Asimismo, desde el nivel central se han implementado diversas estrategias para la reducción de la muerte materna, desde hace cinco años no registramos muertes. En este sentido, es importante destacar ahora la disponibilidad de nuestro albergue comunitario, que desde hace cinco años de gestión por fin se ha logrado poner al servicio de la población, en donde se ofrece alimentación y hospedaje totalmente gratuito para pacientes y sus familiares, evitando ponerlos a exposición por motivos de inseguridad. Señor presidente: Nuestro hospital cuenta con una plantilla de 90 trabajadores y ocho de cada 10 son foráneos, por lo que continuamente se trasladan, incluso por las noches, con el riesgo que esto representa para su seguridad. El plus del programa sin duda lo contribuye la participación comunitaria, contando con casi 1,000 elementos en la región, quienes apoyan a los equipos de salud sin recibir remuneración económica alguna, haciendo una realidad la esencia de operación del Modelo de Atención Integral a la Salud. Como usted lo ha constatado, nuestro hospital, de acuerdo con su tiempo de operación, requiere de diversos apoyos como es la cobertura de algunos especialistas, así como la dotación de un equipo de ultrasonido y la modernización de nuestra ambulancia. Señor presidente: Sabemos que es usted un hombre de palabra y está muy atento a cumplir con sus compromisos, por lo que nos comprometemos a seguir trabajando con igual pasión y calidad por el tesoro más preciado que tenemos en la vida: la salud. Muchas gracias.

53.- HOSPITAL RURAL SOTO LA MARINA (TAMAULIPAS)⁵⁶

JESÚS VELAZCO MURATALLA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL SOTO LA MARINA: Buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados

⁵⁶ Presidencia de la República. Publicado el 8 de septiembre de 2019.

Unidos Mexicanos; distinguidas autoridades federales, estatales y municipales que hoy nos honran con su presencia; compañeros de los medios del hospital y de las unidades médicas rurales; voluntarios y población en general. Bienvenidos a la tierra de María Soto la Marina, valiente mexicana que ayudó a las tropas del general Francisco Javier Mina cuando los españoles sitiaron a los insurgentes, y sin importar el peligro de las balas enemigas, acarrió agua en cántaros para mitigar su sed. Hoy, 8 de septiembre de 2019, quedará grabado en la memoria de los que aquí laboramos, así como la de nuestra población, porque hoy nos visitó el primer mandatario de la nación. Soy médico cirujano con especialidad en anestesiología. Gracias al programa IMSS-Bienestar por haber instituido la estrategia de las especialidades rurales de salud. Tengo 21 años de trayectoria y he sido pasante, supervisor médico zonal y ahora como director de hospital rural desde hace dos años. Soy originario de Poza Rica, Veracruz, pero gracias al programa hoy estoy consciente de las necesidades de salud que aquejan a nuestra población más desprotegida; por lo cual, sin frontera alguna, trabajo con mucho gusto en cualquier rincón de nuestro país. Nuestro hospital, como parte de IMSS-Bienestar, tiene el objetivo de garantizar el derecho constitucional a la salud mediante acciones de protección, promoción y prevención a la población, lo cual desde hace más de 40 años coincide con su premisa en salud: otorgar atención médica y medicamentos gratuitos a la población sin seguridad social.

Señor presidente: Aunque la capacidad resolutive de nuestro hospital es buena, existen casos que la superan, teniendo la necesidad de trasladar a nuestros pacientes a los hospitales civil, general e infantil de Ciudad Victoria, para lo cual contamos con una ambulancia, pero debido a sus frecuentes fallas le solicitamos muy atentamente su sustitución. Todo el personal de Soto la Marina, médicos, de enfermería, servicios generales, conservación, Acción Comunitaria, auxiliares administrativos y servicios de apoyo tenemos la camiseta muy bien puesta y el águila del IMSS tatuada en el corazón, por lo que realizamos nuestras labores cotidianas en beneficio de nuestros pacientes, dejando de lado los riesgos de seguridad que padecemos, por lo cual nos da mucho gusto escuchar que van a ser considerados esos riesgos, además de la accesibilidad para mejorar los salarios del personal en un futuro próximo. Señor presidente: Quiero decirle que también nos aqueja el constante hundimiento del hospital por la antigüedad de su construcción que data de hace 37 años y por el tipo de suelo, ocasionando gritas en muros y desniveles en el piso, además de que padecemos la falla en el sistema de aire acondicionado y requerimos el reemplazo del equipo de rayos X. Licenciado López Obrador: Como usted bien sabe, el programa se compone de 80 hospitales rurales, correspondiendo al de Soto la Marina ser el número 80; pero por el personal que labora en este hospital le aseguro que somos el número uno, porque queremos al programa, porque trabajamos día a día para cumplir con sus prioridades, porque para nosotros significa todo, porque todo nos ha dado para sacar adelante a nuestras familias, por lo que usted y al director general del Seguro Social les agradecemos que digan que IMSS-Bienestar continuará con todas nuestras prestaciones. Señor presidente: Estamos con usted, creemos en usted y su visita nos ilusiona y nos compromete a dar lo mejor de nosotros mismos para seguir poniendo muy en alto el nombre del programa IMSS-Bienestar. Muchas gracias.

54- HOSPITAL RURAL IXMIQUILPAN (HIDALGO)⁵⁷

VÍCTOR IGNACIO BAUTISTA GARCÍA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL IXMIQUILPAN: Muy buenas tardes. Hoy estamos de fiesta. Licenciado Andrés Manuel López Obrador y autoridades que lo acompañan. Sean bienvenidos a Ixmiquilpan, Hidalgo, corazón del valle del mezquital, tierra originaria de guerreros hñähñu [otomíes], tierra generosa, bendecida por la naturaleza, por haberla colmado de aguas termales y medicinales. Estimados compañeros, público en general. Están ustedes en el hospital escuela del programa IMSS-Bienestar, lugar por excelencia donde se ha mostrado la operación de nuestro Modelo de Atención Integral a la Salud, a funcionarios de muchos países, además de ser la unidad donde acuden periódicamente a capacitarse el personal del Ministerio de Salud de Chile y de enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina de Bogotá, Colombia, y del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ixmiquilpan es un hospital acreditado y reacreditado por la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud y nominado por la Organización Mundial de la Salud como Hospital Amigo del Niño y de la Niña con una calificación sobresaliente del 98.5%.

Con su permiso, señor presidente, quiero iniciar mi presentación como cuando les contábamos historias a nuestros hijos, con el obligado: ‘Había una vez...’, por lo que, sin mayores preámbulos, les digo: Había una vez un niño hidalguense llamado Víctor, que siempre quiso ser médico, y no solo un médico, sino cirujano; con la ilusión de operar a las personas para devolverles rápidamente su salud. Y gracias a la vida y al apoyo de sus padres tuvo la oportunidad de cumplir con su anhelo. Posteriormente, el niño se convirtió en un joven que fue un hijo absoluto de IMSS-Bienestar, porque a sus escasos 24 años inició como médico en el Hospital Rural Metepec y después, como cirujano, regresó como director a ese mismo hospital, sumando a la fecha 23 años de comandar a dos hospitales de Hidalgo, 10 de ellos en este hospital. Ese antiguo joven era yo. Y ahora, después de 27 años, he tenido la fortuna de servir a mis semejantes, cumpliendo con creces mi sueño, porque en mi bitácora personal cuento con la realización de alrededor de 2,500 cirugías y más de 5,000 salpingoclasias. El Seguro Social me ha dado todo y esa es la magnitud de mi compromiso. He tenido techo y sustento, y una vida digna, lo que me hace un hombre feliz, porque tengo la dicha de tener una familia a la cual procuro día con día sin descuidar mi enorme responsabilidad como director de este hospital y de este gran equipo de salud. Mi equipo está conformado por 192 colaboradores, quienes se han convertido en mi segunda familia, colegas todos ellos, que siempre están listos para atender a nuestros pacientes, enfermeras que además de prestar cuidados a los enfermos, les brindan una sonrisa y, como ellas mismas dicen, un pedazo de su corazón. Al personal de trabajo social y, en fin, a todos aquellos que sin su labor sería imposible dar atención a nuestros beneficiarios, trabajo que ha hecho posible que en el primer semestre de este año se hayan otorgado más de 33,000 consultas, 4,000 de ellas de especia-

⁵⁷ Presidencia de la República. Publicado el 12 de septiembre de 2019.

lidades, 2,000 egresos hospitalarios, 1,000 cirugías y partos. También con la colaboración de mi equipo y en atención a una de las máximas prioridades del programa IMSS-Bienestar, le quiero decir que en el último trienio no hemos registrado ninguna muerte materna, a lo cual ha contribuido la existencia de nuestro albergue, que da alojamiento a usuarios de 28 municipios, algunos muy lejanos de hasta ocho horas de camino, Chapulhuacán, Tlahuiltepa y Pisaflores. Nuestra unidad tiene 46 camas censables, atendiendo como región a casi 190,000 personas, de las cuales 20% son hñähñu. Y una situación que nos distingue es que contamos con un médico radiólogo especialista en patología mamaria, además de tener un mastógrafo para fortalecer la salud de las mujeres.

No quiero desaprovechar este momento, y aunque sé que usted durante su visita a más de 50 hospitales tiene muy claro lo que nos hace falta, le quiero decir que aquí requerimos ampliar el área de urgencias, ya que cuenta solo con tres camas, la remodelación del servicio de partos y expulsión, y renovar nuestra plantilla vehicular, ya que las dos ambulancias que existen actualmente, por sus años de servicio, un día hacen un traslado y al otro día ya no caminan. Señor presidente. Como toda historia tiene un final, quiero decirle que la mía tiene un final feliz porque, en primer lugar, la vida me ha premiado con tres hijos, Dania, David y Víctor, que son mi máximo orgullo, dos de ellos también son médicos y próximamente uno será internista y la otra, médica familiar, a quienes por supuesto ya los involucré en la filosofía de nuestro programa, es decir, a tener la conciencia generosa de ayudar a los que más lo necesitan. En segundo lugar, comentarle que estoy a punto de terminar mi ciclo laboral en este maravilloso programa IMSS-Bienestar y qué mejor broche de oro que tener la oportunidad de contar mi historia ante mi presidente de la República. Me despedido sabiendo de su alto sentido de compromiso con las personas más vulnerables y porque sabemos de la congruencia entre su hacer y su decir. Seguramente en un plazo muy cercano tendremos mayores recursos para mejorar nuestros servicios, lo anterior para que en un futuro el hospital de Ixmiquilpan reciba con los brazos abiertos a otros jóvenes que, como yo, vengán convencidos a cumplir sus sueños. Muchas gracias.

55.- HOSPITAL RURAL ZACUALTIPÁN (HIDALGO)⁵⁸

JUAN DE DIOS PEÑA GONZÁLEZ, ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL RURAL ZACUALTIPÁN: Muy buenas tardes. Señor presidente, licenciado Andrés Manuel López Obrador, y autoridades que nos acompañan: Sean bienvenidos a Zacualtipán de Ángeles, tierra pródiga, donde nació el general Felipe Ángeles, estratega militar de ‘el Centauro del Norte’, Francisco Villa, y destacado por ser el único con estudios de guerra realizados en tierras francesas. Sean bienvenidos al hospital de mayor altura del programa IMSS-Bienestar porque, como ustedes ven, aquí vivimos entre las nubes, en la cima de la majestuosa Sierra Hidalguense, teniendo muy cerca otro de nuestros orgullos, como es la comunidad de Tlahuelompa o Valle de las Campanas, cuyos artesanos de antiquísima tradi-

ción forjan las campanas destinadas a repicar en lo más alto de las catedrales, y la que ocupa el lugar de honor de nuestro país, la del Palacio Nacional, esa misma que usted mismo hizo sonar para recordar a nuestros héroes, dando voz al regocijo y lucha de todo un pueblo. Soy Juan de Dios Peña González, médico cirujano con especialidad de pediatría, egresado del Centro Médico Nacional La Raza, con 19 años de experiencia en el Instituto, iniciando mis servicios como responsable de la unidad médica rural en la Sierra Norte de Puebla, y ya como especialista como coordinador de vigilancia epidemiológica en este hospital, y ahora con el alto honor de haber sido nombrado encargado de Subdirección desde hace dos meses. Me encuentro aquí por una historia de amor, de amor al programa IMSS-Bienestar, pero también por una de amor por una mujer hermosa que conocí hace 15 años, cuando mi hice mi rotación de campo en pediatría en esta unidad. Ella es enfermera, ahora es mi esposa, y con ella formé mi propio equipo de salud, del cual han nacido dos pequeños que son el fruto de nuestra unión: Naomi y Juan Daniel, quienes vieron a luz en este hospital donde orgullosamente yo los atendí hace 13 y 11 años. Nací en Puebla, no soy de esta región, pero como dice la canción: 'Aquél que conoce la Huasteca, regresa y se queda acá, en sus sierras llenas de neblina y laderas de ilusión'. Y eso precisamente me pasó a mí, porque aquí inicia la Huasteca Hidalguense, y ya no sigo diciendo más porque hay otro verso que dice: 'Las mujeres hermosas de Zacualtipán son tan coloraditas que hasta calentura dan'.

Ya entrando en materia, les diré que el hospital constituye el corazón de la Sierra Hidalguense, porque somos la única opción de atención médica para las 100,000 personas que radican en los 14 municipios de alta marginación y de difícil acceso, entre ellos, Xochicuatlán, Tepehuacán de Guerrero; pero también atendemos a otros municipios de Veracruz, como son Huayacocotla en Ilamatlán, a través de 41 unidades médicas rurales, una unidad móvil y dos brigadas de salud. En el hospital tenemos 40 camas censables y un equipo integrado por 209 personas, entre médicos, enfermeras, personal de apoyo, servicios generales, conservación y Acción Comunitaria, a quienes les doy las más sentidas gracias por su diaria labor. Pero también quiero decirles que atendemos a 97,000 derechohabientes de las maquiladoras de ropa. Este hospital cuenta con la certificación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña, acreditación y reacreditación por la Secretaría de Salud y la certificación como Hospital Seguro. También hemos sido sede de varias jornadas quirúrgicas, teniendo una próxima en el mes de octubre de ginecología y oncología para la prevención del cáncer cervicouterino y de mama. Respecto a la productividad, en los primeros siete meses del año hemos atendido a más de 30,000 consultas, 7,600 urgencias, casi 2,000 egresos, 766 cirugías, 845 partos y sin haber tenido defunciones maternas en los últimos tres años. Y nos sentimos muy contentos porque recientemente el albergue comunitario creció al doble, pasando de 14 a 28 camas, con lo cual mejoramos la atención de la población que acude de los lugares más lejanos.

Aprovecho para comentarle que requerimos, ahora sí, de urgencia, de varias ampliaciones y remodelaciones, tales como en el servicio de urgencias, consulta externa por la demanda de los derechohabientes. El CARA, porque tenemos más de 140 adolescentes, que a veces hemos tenido que capacitar en los jardines por falta de espacio, una unidad de

cuidados neonatales, residencias médicas y la sustitución de diversos equipos médicos y electromecánicos, ya que han cumplido su vida útil por los casi 43 años de servicio que han prestado a esta unidad. Señor presidente. Muy a tono en esta época que festejamos la Independencia de nuestra nación y que constituye una de las cuatro transformaciones de nuestro país, y así como nuestro general Felipe Ángeles participó en una de ellas, la Revolución, sepa que nosotros estamos listos para apoyarlo en esta Cuarta Transformación que usted encabeza, porque estamos de acuerdo con su objetivo de mejorar el nivel de vida y salud de la gente más pobre de nuestro país, porque también ese es el objetivo de IMSS-Bienestar. Muchas gracias

56.- HOSPITAL RURAL IZAMAL (YUCATÁN)⁵⁹

EDER CAMILO YAM DUARTE, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL IZAMAL: (Saluda en lengua indígena) Muy buenos días a todos. Es de verdad un gusto tenerlo aquí, señor presidente de la República, licenciado Andrés Manuel López Obrador. Sea usted bienvenido al corazón de la zona maya de aquí de Yucatán. Bienvenidos también las distinguidas autoridades que nos acompañan. Yucatán es una tierra de luchadores y transformadores sociales, como Felipe Carrillo Puerto, el benemérito del estado, líder campesino y obrero, y gran luchador social que hizo suyos los ideales del caudillo del sur, Emiliano Zapata, y que instituyó y reconoció los derechos políticos de la mujer. Desde sus orígenes Izamal —en maya, rocío de la mañana— fue un lugar estratégico por su ubicación geográfica cercana a Chichén Itzá, que cuenta con una red ancestral de caminos blancos, o sacbé, que se han conservado hasta la fecha. Actualmente conocida como la “Ciudad de las tres culturas”, cuenta con cinco pirámides mayas, además del convento de San Antonio de Padua, que se ha distinguido por haber recibido en 1993 al papa. Soy yucateco con raíces mayas, médico maestro en salud pública y tengo el honor de ser el encargado de la dirección de esta unidad desde hace un año, comandando a un gran equipo de 187 personas, que todos los días hacen posible el funcionamiento de este hospital. Inicié como pasante en la Unidad Médica Rural de Abalá, y aún tengo muy presente en la memoria las palabras que me dijo mi supervisor zonal: ‘Aquí se atienden a todas las personas que soliciten nuestros servicios, sin distinción ni discriminación.’ Y ahora reflexiono que desde entonces IMSS-Bienestar era lo más cercano a un concepto de hoy, la universalización de los servicios de salud, porque aquí todos son nuestros pacientes, todos son beneficiarios, incluso personas de países hermanos, como Guatemala y Belice, que hemos atendido en nuestro hospital.

Tuve la oportunidad laborar en diferentes trincheras, incluso como médico de brigada, con la cual recorrí poblaciones alejadas del estado como Xtobil, Dzonot Carretero y Kanxoc, a más de cuatro horas de la capital. El hospital de Izamal tiene 47 años de ofrecer atención médica y medicamentos gratuitos, desde los tiempos de los trabajadores henequeneros, y hoy su población, junto con las zonas de servicios supera las 192,000 personas. Es

⁵⁹ Presidencia de la República. Publicado el 20 de septiembre de 2019.

un hospital predominantemente obstétrico para la atención del embarazo y parto, así como del recién nacido. Muestra de lo anterior es que en lo que va del año, con corte a agosto, se han atendido en el hospital 633 nacimientos entre tres y cuatro al día, y a la fecha se tienen en control a 585 embarazadas en la región, lo que hace más meritorio que desde hace más de cuatro años no hemos registrado ninguna muerte materna. Contamos con 30 camas censables y un día típico se otorgan 160 consultas, se atienden 36 urgencias y se realizan tres cirugías, acciones que, como usted sabe, corresponden al primer y segundo niveles de atención. Y por lo que respecta al tercer nivel, aprovecho para hacer mención que la próxima semana tendremos una jornada quirúrgica de ortopedia, por lo que muy emocionados esperamos una semana de trabajo intenso, que tiene como objetivo resolver problemas de salud, muchas veces discapacitantes que limitan la calidad de vida de las personas, como menores con luxación congénita de cadera y personas con defectos en manos y pies.

Nuestro hospital ha sido reconocido por la calidad de sus servicios y hemos recibido la acreditación por parte de la Secretaría de la Salud, así como la nominación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña por las acciones de atención a las embarazadas, parto humanizado y promoción de la lactancia materna. Estos logros no hubieran sido posibles sin nuestro equipo médico de enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, administrativos, de servicios generales y de conservación que, con gran compromiso y profesionalismo, y apoyados con nuestros voluntarios de salud y parteras, realizan actividades eminentemente preventivas y curativas enmarcadas en nuestro Modelo de Atención Integral a la Salud. No obstante, y a fin de mejorar la atención que otorgamos a los usuarios, requerimos un pediatra, personal de enfermería para cubrir los diferentes turnos, renovar el equipo médico y electromecánico, el sistema de aire acondicionado en quirófano, la sustitución de la ambulancia, entre otros. Para los que portamos con nuestras raíces, con mucho orgullo, nuestras raíces en la comunidad y cultura maya, y tenemos el compromiso de servir a nuestra gente en este hospital rural y en sus 48 unidades médicas, esta visita es invaluable señor presidente, porque nos da la oportunidad de decir a viva voz nuestros logros, pero también nuestras necesidades. Señor presidente. Señor director del Seguro Social: El personal de la zona de servicios de Izamal y del hospital rural refrenda su compromiso con el pueblo yucateco, porque el bienestar de nuestra gente es una tarea de la que todos somos partícipes. Por ello, con responsabilidad y compromiso, garanticemos juntos la seguridad y la solidaridad social, estandarte de nuestro IMSS. MUCHAS GRACIAS.

57.- HOSPITAL RURAL ACANCEH (YUCATÁN)⁶⁰

MÓNICA PORTILLA GREGORIO, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL ACANCEH: Muy buenas tardes licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de México, y personalidades que nos acompañan. Es un honor recibirlos en este hospital. Bienvenidos a Acanceh, hermosa voz maya que significa ‘bramido de venado’, lugar caracterizado por

⁶⁰ Presidencia de la República. Publicado el 20 de septiembre de 2019.

pertenecer a la ruta de los conventos y sitio donde se conjugan las culturas prehispánicas, colonial y contemporánea. Además de contar aquí con tesoros como el Templo de los Estucos, en donde podemos apreciar interesantes jeroglíficos. Soy médica cirujana, especialista en salud pública. Nací en Veracruz y fui adoptada por estas lindas tierras yucatecas desde hace ya 17 años. Cuando llegué aquí como médica general para apoyar los estragos ocasionados por el huracán Isidoro, recuerdo que fue devastador. Sus avenidas y calles inundadas eran como ríos que arrastraban toda clase de troncos y animales. Había cientos de damnificados y sin energía eléctrica, grave situación que tocó hondamente mi corazón, por lo que desde entonces puse todo mi empeño para realizar mi trabajo, principalmente con acciones preventivas para evitar brotes epidemiológicos, entre los que destaco la lucha contra el dengue y las enfermedades diarreicas. Ya en IMSS-Bienestar formé parte de la brigada en Dzemul, Yucatán, y después fui médica de unidad médica rural y supervisora zonal, y posteriormente en mi afán de superación estudié administración y gerencia hospitalaria, dando como resultado que desde hace ya 12 años me he desempeñado como directora de hospital, cuatro de ellos en este hospital de Acanceh.

Acanceh tiene una antigüedad de 47 años, dando inicio como hospital del IMSS régimen ordinario para dar servicio a los trabajadores del henequén y, posteriormente, se transforma en un hospital rural de COPLAMAR. Atiende a más de 120,000 habitantes que radican en 14 municipios, incluyendo a la población sin seguridad social del municipio de Mérida y tiene una productividad promedio al semestre de 24,000 consultas, 1,500 egresos hospitalarios, 664 cirugías y 370 partos, siendo nuestra mayor frecuencia de atención pacientes ginecobstetricias y diabéticos, e hipertensos descontrolados o con complicaciones. Cuenta con 30 camas censables y una plantilla de 195 trabajadores, la mayoría de ellos bilingües hablantes de maya, quienes constituyen el enlace entre el personal de salud y la población. Y como región contamos con la participación de 13 equipos de salud de las unidades médicas rurales, además de la participación de más de 2,300 personajes de la estructura comunitaria de la región que trabajan incansablemente en la realización de acciones preventivas para el autocuidado de la salud, esencia de nuestro modelo. Señor presidente. Aunque estoy consciente de que ya le han dicho más de 50 veces nuestras necesidades hospitalarias, no quiero aburrirlo, pero no puedo dejar de decir que para Acanceh es prioritaria la dotación de instrumental quirúrgico, remodelación del área de rayos X, la instalación de tomas de gases medicinales en hospitalización, la sustitución de lavadoras, estofón y refrigeradores, la actualización de los equipos de cómputo y la construcción de la barda perimetral, además de la necesidad de cubrir la plaza de pediatría. Licenciado Andrés Manuel López Obrador: Usted nos ha dado muestra de su gran capacidad de trabajo y compromiso con la población más necesitada, por lo que tomamos su ejemplo, y estamos seguros de que contaremos con todo su apoyo para mejorar nuestra atención. Finalmente, aprovecho la ocasión para hacer un merecido reconocimiento a todo mi equipo, a quienes les digo que juntos trabajando hombro con hombro, haremos factible el cumplimiento de nuestras metas y prioridades, por lo que en este sentido, y si usted me lo permite, quiero terminar con una alegoría que quisiera que quizá le guste en términos beisboleros: Así como en Leones de Yucatán, que

esta semana se convirtieron en campeones de la serie de la Zona Sur, nosotros queremos ser los líderes del sector, por lo cual anotaremos todas las carreras que sean necesarias, nos barreremos hasta llegar a home y no daremos base por bolas para conseguir nuestra ansiada meta: brindar la mejor atención médica a nuestra población. Muchas gracias.

58.- HOSPITAL RURAL OXKUTZCAB (YUCATÁN)⁶¹

ALEXA GABRIELA CASTILLO PACHECO, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL OXKUTZCAB: Buenos días. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos; autoridades que integran el presidium; compañeros y público en general. Sean bienvenidos a Oxkutzcab, en maya: ‘lugar del ramón, tabaco y miel’, también conocido como ‘la huerta del estado’, por ser uno de los puntos comerciales frutícolas más importantes. Soy médica cirujana, especialista en salud pública. Yucateca, orgullosa de mis raíces, porque la importancia que tiene la cultura maya a nivel mundial, por el desarrollo alcanzado en matemáticas y astronomía, alcanzando los más altos niveles de su época. Por ello, trabajar atendiendo a los indígenas de esta región constituye un honor y un privilegio. En IMSS-Bienestar la prevención y la salud integral de las comunidades es nuestra misión, porque fieles a nuestros orígenes ancestrales, la medicina maya era entonces integral, porque buscaba la salud a través del equilibrio del cuerpo, la mente y el espíritu, principio del cual emerge la noción del hombre y su relación con Dios y con la naturaleza. Yucatán también es tierra de grandes líderes sociales, como Jacinto Canek, líder maya indígena, protagonista de la rebelión en contra de los españoles; así como la destacada presencia de mujeres mayas como María Petrona Uicab, patrona de Tulum, gran lideresa de su época. Al respecto y en relación con el relevante papel de las mujeres, cabe mencionar que en la historia de IMSS-Bienestar, nuestro programa ha estado comandado por cuatro mujeres, siendo la última nuestra titular actual, la doctora Gisela Lara Saldaña.

Además, aquí nos hemos distinguido por ser una delegación dirigida por mujeres a nivel delegacional, regional y en cuerpo de gobierno, como en mi caso directora desde hace tres años. Oxkutzcab cumplió 36 años de operación y actualmente cuenta con 40 camas censables, siendo el hospital rural más grande con mayor ocupación hospitalaria y mayor número de nacimientos de Yucatán, atendiendo a una población total de casi 91,000 personas que radican en 15 localidades como Akil, Mayapán y Tixméhueac, así como otras de la periferia del sur como Ticul, Tekax y Maní, siendo el único hospital en su categoría en el sur del estado. Este hospital cuenta con una plantilla de 164 trabajadores, casi todos originarios de la región y muchos bilingües, constituyendo un enlace personal entre el personal de salud y la población, mejorando el entorno intercultural. La salud integral es la base de nuestro modelo para atender las prioridades de salud, entre ellas, la diabetes; y al respecto, les comento que aquí somos los pioneros en la implementación del proyecto de las unidades médicas rurales, con el cual ya se dotaron de importantes equipos para la detección de

⁶¹ Presidencia de la República. Publicado el 21 de septiembre de 2019.

hemoglobina glucosilada, fundamental para el control de personas que viven con diabetes. Otra prioridad a la que nos abocamos es la implementación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en donde es importante destacar la disponibilidad de nuestro albergue comunitario, que, a diferencia de otros hospitales de nuestro país, el nuestro cuenta con 20 hamacas, de acuerdo con los usos y costumbres de esta población.

Aunado a este gran equipo institucional, contamos con el apoyo de 1,800 personajes de la organización comunitaria, entre ellos voluntarios de salud y parteras, encargados de derivar a los pacientes y notificar oportunamente riesgos para la salud. Señor presidente: Como usted lo ha constatado y al igual a los 79 hospitales restantes, los trabajadores estamos comprometidos con su labor diaria, por lo a aquí les doy las gracias a todos ustedes; sin embargo, nuestra operación se vería fortalecida si contara con el total de plantilla de médicos generales y especialistas en los diferentes turnos, así como la modernización de los equipos médicos y nuevas ambulancias. Licenciado López Obrador: Por todo lo aquí expresado, los trabajadores del IMSS-Bienestar le presentamos nuestro apoyo en su mandato para privilegiar la atención de la población más pobre de nuestro país y contribuir a saldar el rezago histórico con la población indígena, porque sabemos que estamos en el camino correcto para conseguir un país más justo con los que menos tienen. Muchas gracias.

59.- HOSPITAL RURAL MAXCANÚ (YUCATÁN)⁶²

ERIKA GALEANO SANDOVAL, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL MAXCANÚ: Muy buenas tardes tengan todos. Señor presidente; señor gobernador; distinguidos miembros del presidium y público en general; compañeras y compañeros. Hoy es un día muy especial para el Hospital Rural Maxcanú y los recibimos con un gran honor. Soy Erika, médico cirujano de especialidad de ginecobstetricia y me enorgullece ser la directora de este hospital desde hace tres años. Como dice Facundo Cabral, ya no soy de aquí, ni soy de allá, pero sí tengo edad y tengo porvenir, porque soy originaria de Puebla, pero me enamoré del área rural desde que fui pasante en la sierra de Zacapoaxtla, donde tenía que derivar a mis pacientes a un hospital como este, y puedo constatar la enorme confianza que los habitantes de la comunidad brindaban a los médicos del programa; y desde entonces me propuse lograr una trayectoria aquí en IMSS-Bienestar. Así han pasado 10 años, y fui recorriendo mi camino dentro del Instituto hasta culminar mi especialidad. Y como dicen por acá, creo que me dieron a beber agua de cenote, porque aquí me quedé. Mi formación es clínica, pero estoy maravillada de conocer y aplicar el aspecto social de la medicina, lo que sin duda ha sido un reto. Y ahora veo el impacto que tiene la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud, ya que trasciende a la atención asistencial hacia el enfoque preventivo para mejorar la salud de todos. Y sigo sorprendida de ver cómo la organización comunitaria con la que contamos, que son voluntarias, parteras, promotores y promotoras de Acción Comunitaria, son el punto clave y diferente. Desde lo más sencillo realizan como localizar a un paciente hasta la

vigilancia de un embarazo para que llegue a un feliz término, porque ya no queremos hablar de muertes maternas, ya no queremos hablar de enfermedades, queremos hablar de recién nacidos sanos, de embarazos no complicados, queremos trabajar para que la pobreza deje de ser un determinante para la salud, y esto no sería posible sin el apoyo comunitario; y claro que por supuesto que no se lograría sin el compromiso de los trabajadores, que conservan a toda la costa la esencia y la mística de nuestro programa.

Aquí quiero expresar mi más profundo respeto hacia la cultura maya por la gran dignidad y presencia que tiene la población indígena, a toda la que atendemos. Es una cultura madre, de gran conocimiento, con su población noble y trabajadora en Maxcanú, que Maxcanú significa 'Lugar de cuatro monos'. El hospital de Maxcanú tiene 22 años y beneficia a más de 85,000 personas que radican en los otros municipios, entre los que destacan Halachó, Kinchil, Tetz. Tenemos 20 camas censables y 170 trabajadores, todos ellos se caracterizan por su compromiso con su gente siendo cooperadores, incluso dando el extra para dar lo mejor de ellos al prójimo, siendo la mayoría de las veces su recompensa ver reflejada una mejor salud y la satisfacción en la cara de los pacientes. Es un privilegio ser la portavoz de mis compañeros. Señor presidente: Desde que nos enteramos de las visitas presidenciales nos preguntamos cuándo llegaría, cuándo nos tocaría, para que pudiéramos expresarle nuestras necesidades; pero la respuesta ya estaba en mi cabeza, porque sé que usted es un presidente diferente, que ya sabe nuestras carencias y solo nos está dando la oportunidad de mostrarle nuestra realidad. Porque no es lo mismo leerlo en la oficina que verlo en vivo, caminando por todo nuestro país para vernos y escucharlo. Por ello, señor presidente, muchas gracias. El hospital de Maxcanú es el que cuenta con menos espacio de los cuatro hospitales aquí en Yucatán, por lo que requerimos respetuosamente de su apoyo para la ampliación de los servicios de urgencia, tococirugía, unidad de cuidados neonatales, pediatría y residencias médicas, así como completar nuestra plantilla de especialistas para el turno nocturno y reforzar el servicio de laboratorio, rayos X y poder cubrirlo las 24 horas.

No obstante, también voy a destacar lo bueno, la enorme disposición del personal médico y de enfermería para hacer las labores hasta de especialidad; [del] personal de apoyo como trabajo social, nutrición, sicología, laboratorio y rayos X, además de todo el trabajo de conservación y servicios generales, que siempre están dispuestos a darnos todo su apoyo cuando se necesita, porque aquí sabemos que es tan importante la limpieza y el mantenimiento de las instalaciones, como la misma atención al paciente para que este barco siga a flote. Como resultado de este trabajo de este gran equipo, podemos decirle que en lo que va del año se han otorgado 24,000 consultas, más de 6,000 urgencias atendidas, 346 partos y más de 600 intervenciones quirúrgicas. Señor presidente: Aquí en Maxcanú damos el sprint final cuando nos rebasa la capacidad de atención, porque aquí hemos aprendido que con poco hacemos mucho, porque así somos en IMSS-Bienestar, todos somos polivalentes. Señor presidente: Estamos comprometidos a seguir y mantener la atención que se ha brindado a la población, pero esta vez nos entusiasma saber que contamos con todo su apoyo y saber que a corto plazo contaremos con mayores recursos. Terminó diciendo que estoy orgullosa de continuar en la administración y dirección de mujeres médicas en Yucatán, que se han caracterizado por el

liderazgo y la presencia, siempre al lado de sus cuerpos de gobierno y equipos de salud en las unidades médicas rurales, no arriba, no abajo, todos trabajando en equipo. Licenciado Andrés Manuel López Obrador: Las nuevas generaciones tenemos el honor y la gran responsabilidad de ser los herederos de este programa, por lo que asumimos el reto con su ejemplo, que nos ha mostrado con ánimo y fortalece, y con la plena disposición de seguir trabajando para que en IMSS-Bienestar siga siendo el mejor programa de todo México. Muchas gracias.

60.- HOSPITAL RURAL HECELCHAKÁN (CAMPECHE)⁶³

RICARDO ARTURO SILVA ALCÁNTARA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL HECELCHAKÁN: Buenas tardes, compañeros. Es cierto, es un honor recibir en nuestra casa al presidente de la República, al licenciado Andrés Manuel López Obrador. Es un gran honor. Buenas tardes, licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Antes que nada, un gusto saludarle y darle la más cordial de las bienvenidas a este bello municipio de Hecelchakán, Campeche, conocido como la sabana del descanso. Maestro Zoé Robledo, director general del IMSS. ES UN HONOR RECIBIRLO EN ESTE HOSPITAL. Doctora Lara Saldaña Gisela, titular de la unidad IMSS-Bienestar, bienvenida nuevamente a esta su casa. Autoridades, personalidades y compañeros trabajadores del IMSS-Bienestar. Voluntarios, público en general. Tengan una excelente tarde y sean bienvenidos al Hospital Rural Número 7 de Hecelchakán. Con ocho años de antigüedad en el Instituto y un año al frente de la dirección de este hospital rural, he podido palpar las crecientes necesidades y demandas de salud de la población, a quienes tenemos el privilegio de atender, donde todo este gran equipo de trabajo aquí presente, trabajamos día a día con la emoción, profesionalismo, entrega, y sobre todo con una enorme pasión para dar la mejor atención a cada uno de los pacientes. Como personal de salud nos educamos y capacitamos para el servicio del bien común a través del conocimiento de la medicina, rompiendo paradigmas, superando vicios, exaltando la virtud, el amor al prójimo y a la humanidad.

En marzo de este año cumplimos 39 años de haber brindado servicios de salud a un poco más de 81,000 personas mayoritariamente mayas que habitan los cuatro municipios. Nuestra zona de servicios está integrada por 20 unidades médicas rurales, y dos unidades médicas móviles. Contamos con el invaluable apoyo de una red comunitaria conformada por 1,745 voluntarios que de manera altruista, solidaria, constituye nuestros ojos, nuestros oídos, nuestras manos en cada una de las comunidades donde tenemos presencia. Tomando como base las ocho prioridades en salud y de acuerdo con nuestro Modelo de Atención Integral en la Salud, el trabajo lo enfocamos preferentemente en la prevención y en la promoción de la salud desde antes de nacer hasta la vejez, porque estamos convencidos que siempre será mejor que prevenir, que lamentar. Pero el paso del tiempo, señor presidente, no perdona, 39 años de operación del hospital. Es indispensable realizar una renovación de la gran parte del equipamiento inmobiliario, así como de mejorar la plantilla del personal, a fin de enfrentar

⁶³ Presidencia de la República. Publicado el 21 de septiembre de 2019.

las nuevas condiciones que nos imponen los cambios demográficos y epidemiológicos de las comunidades rurales. Otro es la gran necesidad de contar con un albergue, la construcción del albergue comunitario, que por un dictamen de protección civil en el 2010 fue cerrado; y de contar con él, los pacientes más lejanos tendrían dónde resguardarse.

Señor presidente: Debo decirle que más allá de la profunda emoción que nos da el tenerlo aquí hoy, su visita es un acicate que nos motiva para continuar trabajando con la camiseta bien puesta, enfrentando con inteligencia y venciendo con la creatividad que siempre nos ha caracterizado las adversidades, tal y como lo hiciera la cultura ancestral maya que se asentó hace cientos de años en esta región. Nuestra visión como hospital no es ser la única opción para la atención de la población, sino la mejor posibilidad para brindar servicios de salud que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población marginada rural de este país, mediante la presentación de servicios integrales de salud de alta calidad, humanismo y con la participación activa y voluntaria de la población con el autocuidado de la salud. Quiero reconocer y agradecer a todo este gran equipo de trabajo del hospital que estamos hermanados, por su entrega absoluta e incondicional, que continúan dando lo mejor de sí, siendo el corazón sensible y vigoroso de nuestro hospital, entregado en cuerpo y alma, dando su vida a ustedes. Mil gracias. Pero también quiero agradecer a aquellos que han dejado un legado, a aquellos que son parte de su vida de este hospital aún, me refiero a los compañeros jubilados, que muchos de ustedes aun desde fuera continúan apoyándonos y sobre todo exaltando los valores institucionales. A ustedes, gracias también. En lo personal, doctora Lara, quiero agradecer por esta gran oportunidad de crecimiento y confianza, y permitirme ser parte de esta gran familia IMSS-Bienestar, junto con todos ustedes continuar impulsando nuestro programa de todo corazón. Por último, quiero agradecer al señor presidente por su visita y decirle que debe estar seguro de que de su mano y alineado con sus políticas continuaremos trabajando para tener el sistema de salud que se merecen todos los mexicanos y en especial los que menos tienen. Me despido de ustedes con una frase que dice en maya: (habla en maya), que quiere decir: ‘Yo soy otro tú, tú eres otro yo’, que nos habla de la empatía, de la importancia de ponernos en los zapatos de la gente y que nos invita a reflexionar sobre la atención que todos deseamos recibir. Muchas gracias.

61.- HOSPITAL RURAL MAMANTEL (CAMPECHE)⁶⁴

ISABEL MARTÍNEZ PEÑA, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL MAMANTEL: Buenos días a todos. Saludo con respeto y le doy la más cordial bienvenida al licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Es un honor tener por primera vez en la historia del hospital al presidente de México en este rincón del bello estado de Campeche. Asimismo, hago extensivo el saludo y la bienvenida al maestro Zoé Robledo, director general del IMSS; y a las distinguidas personalidades que nos acompañan en el presidium; saludo con aprecio a todos mis compañeros del programa

⁶⁴ Presidencia de la República. Publicado el 22 de septiembre de 2019.

IMSS-Bienestar, aquí presentes, tanto a los que laboran en este hospital, como los que vienen de las unidades médicas rurales; de igual manera a los voluntarios que integran la valiosa red humanitaria de esta zona de servicios. Señoras y señores, sean bienvenidos todos. Sin duda hoy es un día de fiesta para el Hospital Rural de Mamantel por recibir a tantas y tan distinguidas personalidades. Para los que trabajamos aquí, el hospital representa nuestra segunda casa, ya que no solo pasamos la mayor parte de nuestro tiempo, sino porque aquí tenemos la fortuna de aprender, crecer y compartir experiencias personales y profesionales que le dan más sentido y rumbo a nuestras vidas. Hace 39 años vi la luz del mundo en una pequeña comunidad oaxaqueña llamada San Juan Cacahuatepec, y fue precisamente ahí en Oaxaca que tomé una de las decisiones que más han marcado mi vida, que fue la de ingresar en 2008 al programa IMSS-Bienestar; primero, como médico general a la unidad médica rural de Santiago Ixtayutla, donde posteriormente y gracias a la capacitación que el programa me proporcionó, fui la responsable del centro de atención rural obstétrico por dos años en esa comunidad, dicho sea de paso, este municipio está considerado en Oaxaca como uno de los de mayor índice de marginación. Posteriormente, en 2015 tuve la invaluable oportunidad de iniciar la especialidad de anestesiología para los servicios rurales de salud, y desde hace dos meses tengo el orgullo de ser directora de esta unidad hospitalaria.

El Hospital Rural Mamantel es uno de los más nuevos del programa, fue inaugurado el 11 de agosto del 2010 y cuenta con una plantilla de 168 trabajadores con los que atendemos, junto a las 19 UMR y dos unidades médicas, a una población de más de 73,000 personas que residen en ocho de los 11 municipios que integran el estado de Campeche. Señor presidente. Quiero decirle que del 6 al 10 de septiembre del presente año tuvimos una jornada de cirugía de ortopedia pediátrica, con la cual se vieron beneficiados 185 pacientes, provenientes de todos los rincones del estado. Le comento que una jornada quirúrgica es un evento en el cual el imss acerca, de manera gratuita, hasta las comunidades más apartadas y marginadas del país los servicios del tercer nivel de atención. Le comento que en esta jornada la acertada coordinación de la Red de Acción Comunitaria con las diversas autoridades municipales hizo posible el traslado de los pacientes a esta unidad hospitalaria, donde el grupo de especialistas determinaron el plan terapéutico para cada uno de ellos. Quiero informarle que en total se hicieron 150 procedimientos quirúrgicos a 37 pacientes, atendándose padecimientos como malformaciones congénitas, secuelas de fracturas, quemaduras, entre otros. Este tipo de jornada representa para la población que atendemos la única opción para resolver sus problemas de salud, que la mayoría de las veces les resulta incapacitantes, afectando en gran medida su autoestima y desarrollo sicosocial. Señor presidente: Sabemos que uno de los objetivos al visitar nuestros hospitales es identificar nuestras principales necesidades. Al respecto, me permito informar que, aunque somos una unidad hospitalaria relativamente joven con solo nueve años en funcionamiento, hay equipo médico que ya cumplió con su vida media útil y es necesario renovarlo, de igual manera, el hospital necesita de un pozo para solventar las necesidades del vital líquido, ya que a la fecha dependemos de la red municipal y en eso en ocasiones origina desbaste en la comunidad.

A pesar de estas limitaciones, todos los que trabajamos en este hospital estamos

convencidos que nuestra principal misión como servidores públicos de la salud es atender a la población más desprotegida del país, con calidad y calidez. Por ello, día a día, nos ponemos la camiseta y damos lo mejor de nosotros sin importar ninguna circunstancia, porque sabemos que nuestra mayor recompensa es escuchar de nuestros pacientes un: ‘Gracias.’ Señor presidente, maestro Zoé: Agradezco infinitamente su presencia el día de hoy, que nos motiva a seguir trabajando incansablemente en favor de la salud de los campechanos, y tengan la seguridad que cada día continuaremos enaltecendo el nombre IMSS-Bienestar. Quiero finalizar con la siguiente frase que para mí representa parte de la esencia del programa: ‘La vida te pondrá obstáculos, pero los límites los ponemos nosotros.’ Gracias.

62.- HOSPITAL RURAL DE MATAMOROS (COAHUILA)⁶⁵

MARÍA DE LOS ÁNGELES AMARO LOZANO, ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL RURAL MATAMOROS: Muy buenos días a todos. Es un honor recibir en este hospital al licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Saludo con respeto y admiración a las distintas autoridades que nos acompañan en el presidium y a las personalidades presentes, personal de este hospital y de la zona de servicios médicos, voluntarios de la comunidad, público en general. Sean todos ustedes bienvenidos al Hospital Rural Matamoros. Este hospital rural está ubicado en el municipio de Matamoros, que forma parte de la Comarca Lagunera de Coahuila. Como ya se mencionó, esta es una localidad histórica, porque en 1864 Benito Juárez, en su huida del ejército francés, llegó al rancho El Gatuño, hoy conocido como Congregación Hidalgo, y pidió a Juan de la Cruz Borrego que resguardara los archivos de la nación, el cual junto con otros campesinos los escondieron a costa de su vida en la Cueva del Tabaco. Soy médico especialista en medicina interna. Tengo el enorme privilegio de trabajar en este hospital desde hace 11 años, primero como médico de contrato y desde hace seis años como gestor de calidad; actualmente, por la reciente jubilación del único director que ha tenido este hospital, el doctor Ricardo Muñoz Pánames aquí presente, me encuentro como encargada de la dirección desde el 16 de septiembre. Durante este tiempo he tenido el ofrecimiento en varias ocasiones de trabajar en un hospital de régimen ordinario; sin embargo, mi estancia en este hospital y el contacto directo con gente en situación de vulnerabilidad como la que atendemos aquí ha hecho crecer en mí un gran sentimiento de compromiso y pertenencia a este noble e incomparable programa, por lo que siempre mi decisión ha sido y será el quedarme aquí y contribuir con mi granito de arena para que IMSS-Bienestar siga siendo, no la única opción en salud que tienen los mexicanos que menos tienen, sino la mejor.

Este hospital fue inaugurado en 1975 como parte de la infraestructura de imss Régimen Ordinario. El 16 de abril de 1994 la unidad inició funciones como hospital rural, una vez que régimen ordinario realizara el traspaso parcial del inmueble en comodato al entonces programa imss-Solidaridad. Es así que este hospital otorga atención médica gra-

⁶⁵ Presidencia de la República. Publicado el 27 de septiembre de 2019.

tuita y de calidad desde hace 25 años a una población de poco más de 125,000 personas adscritas a la zona de servicios médicos, que está conformada por 36 unidades médicas rurales, una unidad médica urbana y una brigada de salud, que están ubicadas en ocho de los 38 municipios del estado. Señor presidente. Al igual que el resto de los hospitales rurales que ya conoció, nuestro trabajo lo enfocamos primordialmente a la prevención. Por ello trabajamos hombro con hombro con los voluntarios de la comunidad en acciones de promoción y educación para la salud, a fin de modificar los principales factores de riesgo que predisponen a problemas de salud, como el embarazo no planeado, el consumo de sustancias adictivas en los jóvenes o el desarrollo de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, en cáncer cérvico-uterino y mamario e incluso la muerte materna e infantil, entre otros. En este sentido, es muy satisfactorio, señor presidente, compartirle parte de los logros que hemos alcanzado, producto del gran trabajo que realiza cada uno de los trabajadores de este hospital: El hospital fue acreditado en el año 2013, en 2016 fuimos nominados como Hospital Amigo del Niño y de la Niña, siendo el primer hospital del programa y del estado que alcanza dicha nominación. En el 2018 el hospital es reacreditado como garantía de calidad y recientemente el 23 de septiembre Luis Alberto Pérez Ibarra, adolescente del cara, fue uno de los 10 ganadores del segundo concurso nacional Niñas y Niños Consejeros de la cndh, aquí presente.

Todo esto ha sido posible gracias a la entrega y el compromiso de todo el personal que aquí labora que, a pesar de las limitaciones, jamás baja la guardia. Por ello, quiero hacer un reconocimiento público a su labor, ya que como ellos mismos dicen, en este hospital se trabaja con el corazón. Como dije al principio, uno de los objetivos de su visita es poder conocer de propia voz nuestras principales necesidades. En este sentido, y como pudo ver durante el recorrido, es de suma importancia poder renovar gran parte del equipo y mobiliario que en varios casos está en operación desde el inicio del hospital. Otra de nuestras necesidades es la de ampliar el hospital; sin embargo, es poco factible dado que no existen los espacios necesarios para ello, por lo que una alternativa sería la de construir uno nuevo. Señor presidente: Su presencia hoy aquí es una muestra del gran interés que tiene usted por la salud de los mexicanos, y debe estar seguro de que seguiremos incansablemente para que, de manera coordinada con el resto de instituciones del sector salud, alcancemos el objetivo que claramente usted ha marcado: ser uno de los mejores sistemas de salud. Señor presidente: Muchas gracias por su visita a este hospital, pero doblemente gracias por todo el apoyo que le está brindando al sector salud, lo que sin duda permitirá hacer realidad el derecho a la salud de todos los mexicanos, en especial los que menos tienen. Muchas gracias.

63.- HOSPITAL RURAL SAN BUENAVENTURA (COAHUILA)⁶⁶

FEDERICO GÓMEZ IMPERIAL, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL SAN BUENAVENTURA: Buenas tardes. Señor presidente, licenciado Andrés Manuel López Obra-

⁶⁶ Presidencia de la República. Publicado el 27 de septiembre de 2019.

dor, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; distinguidas autoridades del presidium; autoridades, compañeros, voluntarios de la comunidad y público en general. Todos los que trabajamos en este hospital rural lo recibimos con los brazos abiertos y le damos la más cordial bienvenida a esta tierra del nogal, cabrito y el queso, el cual está ubicado en el semidesierto de Coahuila. Soy médico ginecobstetra, nacido hace 54 años en Culiacán, Sinaloa, tierra del tomate, pero hace 26 años soy coahuilense de corazón, puro norteño. Tengo la gran fortuna que desde hace 23 años formo parte de esta gran familia IMSS-Bienestar, ocho como director de este hospital. El Hospital Rural San Buenaventura inició su operación el 23 de noviembre de 1976; es decir, este año cumplimos 43 años de brindar atención médica y medicamentos gratuitos a poco más de 44,000 coahuilenses que habitan en las comunidades que conforman nuestra zona de servicios médicos en 12 municipios. Nuestro trabajo lo realizamos con base en el Modelo de Atención Integral a la Salud, el cual aplicamos en cada una de las 14 unidades médicas rurales y una brigada de salud que nos refieren pacientes de este hospital y que en su mayoría son de escasos recursos, lo que les condiciona una alta vulnerabilidad en materia de salud. Contamos con 30 camas censables, con una ocupación hospitalaria del 82%. Uno de nuestros grandes retos, el cual asumimos con gran compromiso, es atender a nuestra gente con la mejor calidad, enfocados a mejorar los procesos de atención, cumpliendo con los más altos estándares de calidad y seguridad del paciente. Este compromiso nos permitió que en diciembre del 2013 obtuviéramos la acreditación como Garantía de Calidad, expedido por la Secretaría de Salud. Otro de los logros que hemos obtenido es la Certificación en Lactancia Materna como Hospital Amigo del Niño y de la Niña que alcanzamos el 2016.

Estos reconocimientos han sido posibles gracias al esfuerzo y trabajo de cada uno de mis compañeros trabajadores y voluntarios aquí presentes, sin olvidar a los jubilados y pensionados que hasta en situaciones de emergencia han estado presentes, como lo sucedido en septiembre 2007, en la explosión de Celemania. El principal motor que nos mueve a trabajar dando lo mejor de nosotros es la propia gente que acude día con día a este hospital; por ello estamos convencidos que atender bien y de buena calidad es la mejor forma de refrendar nuestro compromiso con México y con los mexicanos. Señor presidente: Admiramos y compartimos su compromiso con los menos tienen, lo cual nos motiva a brindar servicios de salud con calidad y calidez a la gente más necesitada de nuestro país; sin embargo, no podemos negar que tenemos grandes necesidades que requieren ser atendidas de manera prioritaria. Entre ellas, y las más apremiantes: la reparación de la losa en las áreas de farmacia, archivo clínico, consulta externa de especialidades y medicina familiar, que como pudo observar, presenta diversos daños, por lo cual solicitamos atentamente su invaluable apoyo para que puedan ser reparadas a la brevedad posible y estemos en condiciones de continuar propiciando de manera habitual todos los servicios que la población requiere. Ante esta eminente emergencia, nuestra titular del programa IMSS-Bienestar, doctora Gisela Lara Saldaña, nos instruyó para que cinco unidades médicas móviles sean ya habilitadas a la brevedad para dar continuidad en atención médica a nuestros pacientes. Otra de nuestras necesidades es la ampliación y cobertura de plantilla de personal, así como la renovación de buena parte del equipo inmobiliario del hospital que han concluido su vida

útil. Señor presidente: Quiero decirle que a pesar de esta problemática y limitantes, todos los que trabajamos en este hospital, día a día entregamos lo mejor de nosotros con actitud y compromiso, y empeño ante usted mi palabra y la de mis compañeros que no bajaremos la guardia y continuaremos trabajando en la mejora continua de nuestra atención. Dejamos en usted, señor presidente, la confianza de que nos apoyará en nuestras necesidades, lo que sin duda nos permitirá atender más y mejor a la población que menos tiene, y contribuir en esta forma a un mejor bienestar para todos. Muchas gracias.

64.- HOSPITAL RURAL VALLE DE ALLENDE (CHIHUAHUA)⁶⁷

FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ HINOJOS, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL VALLE DE ALLENDE: Buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; distinguidas autoridades que hoy nos acompañan; damas y caballeros. Sean ustedes bienvenidos al estado más grande y al poblado más antiguo de Chihuahua, que data de 1563, nombrado Valle de San Bartolomé y que hasta 1825 cambió su nombre en honor a nuestro caudillo insurgente Ignacio Allende. Es un privilegio contar con su presencia después de haber recorrido muchos de nuestros hospitales por todo lo ancho y largo de nuestro país, dando fe de las bondades y resultados que brinda nuestro programa a la población más pobre de México. Soy especialista en cirugía general. Ingresé a IMSS-Bienestar hace 17 años en el Hospital Rural San Juanito en una plaza que pensé que correspondía a régimen ordinario, y esa confusión dio un giro a mi vida personal y profesional, tanto así que después hasta abandoné la medicina privada. Soy chihuahuense de pura cepa, oriundo de Valle de Allende, y actualmente tengo 11 años al frente de esta unidad; y como pocos, tuve la oportunidad de regresar a la tierra que me vio nacer para servir a mi gente, a mi estado, a mi país. Este hospital, señor presidente, inició sus actividades hace 39 años y atiende a más de 60,000 personas que radican en nueve municipios, entre ellos, Parral, Jiménez, Vallesa y Guadalupe y Calvo, a través de una infraestructura conformada por 30 unidades médicas rurales, además de otros municipios aledaños al norte de Durango. En este momento quiero tomarme un instante para agradecer infinitamente a todos mis compañeros por su esfuerzo, dedicación y entrega para cumplir en gran medida cada una de nuestras metas, destacando entre otros logros que en el 2014 alcanzamos acreditación en capacidad, calidad y seguridad del paciente; y en el 2016 obtuvimos la denominación de Hospital Amigo del Niño y de la Niña. Valle cuenta con una plantilla de 195 trabajadores, 27 camas censables y de enero a agosto del 2019 se brindaron más de 32,000 consultas, 1,101 egresos hospitalarios, 368 partos y 758 intervenciones quirúrgicas. Lo anterior es en relación con el primero y segundo nivel de atención, pero en cuanto al tercer nivel le quiero comentar sobre una de las más exitosas estrategias del Seguro Social a través de IMSS-Bienestar, que opera desde hace 23 años con los médicos especialistas más calificados de nuestros grandes centros médicos.

⁶⁷ Presidencia de la República. Publicado el 28 de septiembre de 2019.

Esta estrategia fue denominada en ese entonces Encuentros Médicos Quirúrgicos y hoy se transforma en Jornadas Quirúrgicas Bienestar, que nacieron con el objetivo de acercar los servicios de alta especialidad a la población que difícilmente puede tener acceso a los hospitales de las grandes ciudades y que a nivel privado implica un costo de cientos de miles de pesos para la población. Desde su inicio en 1996 hasta la fecha, se han realizado 438 jornadas de las especialidades de ginecología oncológica, oftalmología, cirugía reconstructiva para adultos y niños, traumatología y ortopedia y urología, con las cuales se han beneficiado casi 240,000 pacientes a través de 60,000 procedimientos quirúrgicos. Con estas intervenciones hemos logrado que cientos de mujeres hayan prevenido el cáncer cervicouterino y de mama, y con ello hayan salvado su vida; también se ha conseguido que muchos pacientes de la tercera edad hayan recuperado su vista tras haber sido intervenidos por cataratas. Niños que han dejado de tener enfermedades discapacitantes y que afectaban hondamente su autoestima, como microtías, labio y paladar hendido, manos y pies con múltiples defectos, como dedos supernumerarios y pie equino varo y valgo, además de la corrección de cicatrices hipertróficas por quemaduras y fracturas. Asimismo, con estas jornadas muchos adultos pudieron recuperar una mejor calidad de vida al haber sido operados por tumores prostáticos y problemas renales y urinarios que los mantenían atados a sondas por largos periodos de su vida. De estas jornadas le podemos decir que en Chihuahua se han realizado 18, de las cuales cinco han sido en este hospital en las especialidades de: oftalmología, cirugía pediátrica, cirugía reconstructiva y urología. Y ahora con mucha emoción le comento que el próximo mes de noviembre tendremos una jornada más de cirugía, en donde se tiene previsto beneficiar a muchas personas con los padecimientos ya mencionados. No puedo omitir que estas jornadas no podrían llevarse a cabo sin el valioso apoyo del personal voluntario y de las presidencias municipales en el traslado y asistencia de los pacientes y sus familiares.

Regresando a Valle de Allende, no cabe duda de que los resultados pueden mejorar, tenemos muchas áreas de oportunidad, para lo cual requerimos respetuosamente su apoyo para la mejora del equipo médico, la construcción del albergue, cobertura de médicos residentes, ya que no contamos con cirugía y anestesiología, de personal para laboratorio y rayos X en turnos vespertino y nocturno, ampliación de farmacia y urgencias, sustitución de cámaras, una lámpara quirúrgica y una máquina de anestesia. Nuestro equipo de rayos X tiene una antigüedad de más de 25 años y aún funciona, pero la calidad de las imágenes no son las adecuadas; por otra parte, requerimos de una ambulancia más, ya que solo contamos con una, con una antigüedad de 10 años. Señor presidente: Tenemos mucha esperanza en el futuro, porque sabemos que vendrán tiempos mejores y estamos seguros de que todo su empeño por mejorar la salud de nuestro país llegará a buen puerto. Tenga la seguridad de que estamos para apoyarlo. Y finalizo con la siguiente reflexión: El escudo municipal de Ignacio Allende tiene como escrito, como lema: 'La fe como guía y la lealtad como norma'. Dos características que sin duda posee la gente que colabora en este programa y de lo que usted, señor presidente, ha sido testigo en sus recorridos. Porque nuestro común denominador es la mística del servicio que prestamos, confiamos en usted para transformar el

rumbo hacia un mejor sistema de salud en beneficio de la población que más lo necesita, por lo que hoy sin duda volvería a ingresar a IMSS-Bienestar sin confusión alguna, tal como ocurrió hace 17 años. Muchas gracias.

65.- HOSPITAL RURAL GUACHOCHI (CHIHUAHUA)⁶⁸

OMAR TACUBA CASARRUBIAS, ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL RURAL GUACHOCHI: Muy buenas tardes a todos. Señor presidente, licenciado Andrés Manuel López Obrador; y honorable presídium; compañeros todos; público en general: Sean bienvenidos a Guachochi, capital y corazón de la Sierra Tarahumara y tierra rarámuri de mujeres y hombres de pies ligeros. Soy Omar Tacuba Casarrubias, gestor de calidad y coordinador de educación en salud. Desde hace tres tengo el honor de ser el encargado de la dirección de este hospital rural. Soy originario de Chilapa de Álvarez, Guerrero, soy médico cirujano, actualmente finalizando la maestría en Gestión Directiva en Salud. Como mi nombre lo dice, tengo el orgullo de tener raíces mexicas. Tacuba era originalmente en náhuatl Tlacopan, y en el lugar donde nací abundan estos apellidos, porque hasta esos confines de Guerrero llegó a asentarse el gran imperio azteca. Yo llegué a Chihuahua hace 17 años en respuesta a una convocatoria para trabajar en ese entonces en imss-Oportunidades, en donde resaltaban que necesitaban médicos para trabajar en comunidades muy alejadas de nuestro país, por lo que así llegué hasta estas tierras, en donde tuve la oportunidad de trabajar directamente en comunidades indígenas de la sierra de más difícil acceso, como Baborigame, Santa Anita, Ciénega Prieta, algunas situadas hasta ocho horas de ciudad capital. Pero no todo es trabajo, así que en Guachochi también encontré mi futuro, porque conocí en una de esas comunidades a la que hoy es mi esposa y desde hace 11 años y desde entonces me enamoré más de esta tierra. Durante el transcurso de tantos años he observado con mucho gusto el resultado de nuestras actividades preventivas, porque hoy es una realidad y ahora hay menos niños desnutridos, ha disminuido la mortalidad infantil y materna, por lo que estoy convencido, como usted, señor presidente, que estamos en el camino correcto de la carretera de la salud, transitando por el carril despegado de la prevención y no por el transitado y gastado carril curativo.

Ya entrando en materia, quiero decirles que este hospital tiene 36 años de atender a más de 61,000 personas como región, principalmente indígenas tepehuanos que radican en los municipios de Guachochi, Guadalupe y Calvo, Morelos y Batopilas, manteniendo una gran aceptación de la población. Cerrando al mes de agosto tenemos una ocupación hospitalaria de más de 150%. Muestra de ello es que en lo que va del año hemos atendido a más de 30,000 consultas, 2,051 egresos, 784 cirugías, 684 partos, pero he de decirles también que se atiende a un total de más de 10,000 derechohabientes del imss del régimen ordinario. Todas nuestras acciones se realizan gracias a las 189 personas que integran mi

⁶⁸ Presidencia de la República. Publicado el 28 de septiembre de 2019.

equipo de trabajo, trabajadores de base y de confianza que laboran en esta unidad, médicos, enfermeras, personal de los servicios de apoyo, administrativos, conservación, servicios generales, además de los equipos de salud de nuestras 31 unidades médicas rurales, y por supuesto con los más de 1,700 personas que integran la estructura comunitaria, todo en el marco de nuestro modelo de atención, por lo que aprovecho la ocasión para darles un merecido reconocimiento a su diaria labor, entrega y compromiso. Señor presidente: Para continuar con nuestra labor le solicitamos muy atentamente el incremento de nuestra plantilla acorde a nuestras 33 camas censables, la renovación del mobiliario y equipo electromédico, la sustitución de los vehículos de la unidad, ya que cuentan con 17 años de antigüedad, y debido a lo agreste del terreno, que está compuesto por barrancos, montañas y terracería quebrada, ya no están en condiciones de realizar trayectos a las comunidades más alejadas de la Sierra Tarahumara. Somos el hospital más alejado de un tercer nivel para derivar pacientes, necesitando hasta cuatro o cinco horas para llegar a recibir atención especializada en los hospitales (falla de audio) por todo el país, existen carreteras en un muy mal (falla de audio)...

66.- HOSPITAL RURAL SAN JUANITO (CHIHUAHUA)⁶⁹

HUGO ENRIQUE GUTIÉRREZ DON, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL SAN JUANITO: Muy buenos días. Señor presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Andrés Manuel López Obrador, y autoridades que nos acompañan, compañeros, señoras y señores. Sean bienvenidos al corazón de la Sierra Tarahumara, sean bienvenidos a Barrancas del Cobre, maravilla natural de México para el mundo. San Juanito Estación fue fundado en 1903, durante la construcción del ferrocarril para comunicar a la región tarahumara con la capital del estado; y en la construcción de estas vías férreas los obreros, en su gran mayoría tarahumaras, fabricaron los durmientes de madera para el ferrocarril a puro golpe de hacha, a veces en climas tan extremos que había que soportar grandes nevadas en la región. Por eso y por muchas otras razones, me siento muy honrado de trabajar para la población tarahumara, gente noble y trabajadora, con la cual sin duda tenemos una gran deuda histórica. Con este preámbulo me permito iniciar mi presentación, porque fue lo que viví hace ocho años, cuando tuve la oportunidad de realizar mi servicio de rotación de campo de la especialidad de ginecobstetricia en el Hospital Rural Guachochi, atendiendo a pacientes rarámuris, pimas, guarojíos y tepehuanes, quienes con su gran simpatía y sencillez se robaron mi corazón. Posteriormente, y ya trabajando como médico ginecobstetra de base en el IMSS régimen ordinario, primero en la ciudad de Saltillo, Coahuila, y después en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, me invitaron a participar como director en este Hospital Rural San Juanito; y recordando estos bellos pasajes de mi vida, sin dudarle acepté venir con todo y mi familia, y ahora tengo el honor de dirigir este gran equipo desde hace seis años. San Juanito, como región, atiende a más de 132,000 personas que radican en 32

⁶⁹ Presidencia de la República. Publicado el 29 de septiembre de 2019.

municipios, entre ellos, Bachíniva, Bocoyna, Guazapares, Urique y Uruachi, a través de 97 unidades de primer nivel que están ubicadas en nuestra zona de servicios médicos, esto es, 89 unidades médicas rurales, seis brigadas de salud, una unidad móvil, un Centro de Atención Rural Obstétrica o CARO. Es más que evidente la importancia de este hospital, que brilla como una joya en la región y que cuenta con más de 37 años de otorgar servicios médicos y medicamentos gratuitos a la población, debido a que no existe otro hospital como este en más de 150 kilómetros a la redonda, significando la única esperanza de atención para miles de personas.

San Juanito cuenta con 33 camas censables y con una alta demanda y aceptación de los servicios, registrando actualmente una ocupación hospitalaria del 100%. En lo que va del año hemos atendido 32,000 consultas, 8,500 urgencias, 1,700 egresos hospitalarios y más de 500 partos. La atención que se otorga en este hospital ha sido ampliamente reconocida, y tengo el orgullo de decir que en el 2016 este hospital fue certificado como Amigo de la Niña y el Niño a nivel nacional con una calificación perfecta de 100, siendo este el único en lograr esta nota considerando todos los hospitales de IMSS DEL RÉGIMEN ORDINARIO Y LOS DEL IMSS-Bienestar a nivel nacional. Lo anterior ha sido producto de la labor de todo mi equipo de trabajo, integrado por 189 trabajadores de base y confianza, al cual les brindo un aplauso y todo mi reconocimiento, porque sin su entrega y disposición para trabajar hasta esta apartada serranía, no pudiéramos contribuir a que la gente de esta región conserve quizá lo único mejor que tiene: su salud. Me refiero a todo el personal que labora en este hospital, pero también a las más de 4,500 personas de la estructura comunitaria, quienes nos apoyan en esta región y que en forma coordinada y sensible se mantiene siempre alerta para la identificación, derivación, control y seguimiento de los grupos de riesgo, entre ellos niños, embarazadas, pacientes crónicos degenerativos como diabetes e hipertensión arterial crónica. Ellos, nuestros voluntarios, son los largos brazos de este hospital que llegan hasta las más hondas cañadas, hasta las más profundas cuevas y barrancos, ríos y cascadas por donde la población, que es nuestra responsabilidad y tenemos la fortuna de atender.

Sin embargo, no todo puede ser como un sueño, porque hoy por hoy no tenemos cubiertas las plazas de residentes de cirugía general y de ginecobstetricia; y en cuanto a nuestros más importantes requerimientos solicitamos de su apoyo para la ampliación de urgencias y también la ampliación de consulta externa, pero además requerimos de un nuevo albergue comunitario para el alojamiento y apoyo de la gente que hace recorridos a pie desde hasta 10 a 12 horas para llegar a este hospital, y finalmente, por lo que respecta a las ambulancias, somos de los pocos afortunados que hace un año nos dotaron de una ambulancia nueva, pero la otra ya cuenta con más de 600,000 kilómetros recorridos. Señor presidente. Soy un médico tapatío, nacido en la capital del tequila y del mariachi, pero me considero un hijo adoptivo de la Sierra Tarahumara, un hijo de las entrañas de esta gran tierra mexicana, que necesita de todo nuestro apoyo. Sepa usted que su visita para nosotros es invaluable, porque sabemos de su anhelo para reformar la estructura caduca de nuestro país, entre ellas las del sector salud, lo cual será para bien de todo el personal de salud, para bien de todos los mexicanos, pero sobre todo, para la población originaria de nuestra gran nación. Muchas gracias.

67.- HOSPITAL RURAL SANTIAGO JAMILTEPEC (OAXACA)⁷⁰

MATILDE BAUTISTA MALDONADO, RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL RURAL SANTIAGO JAMILTEPEC: (Habla en lengua indígena) Significa: Que Dios lo cuide, presidente de México. Nos sentimos muy honrados por su visita. Muy buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; distinguidas personalidades que nos honran con su presencia; compañeros y público en general. Sean bienvenidos a Santiago Jamiltepec, rincón de la costa oaxaqueña. Jamiltepec fue nombrado así en honor al príncipe mixteco Jamilli, además de ser traducido como Kasandó'o o Casa de adobe, y tal pareciera que fue una profecía, porque después de 39 años este hospital pareciera una verdadera casa de adobe por el gran deterioro que sufre actualmente, ocasionado por la acometida de fenómenos sísmicos y meteorológicos. Soy oaxaqueña del mero Jamiltepec y porto con orgullo mis raíces mixtecas. He tenido la satisfacción de haber trabajado en la trinchera más operativa del IMSS-Bienestar durante 20 años como responsable de unidades médicas rurales y como supervisora zonal, y he tenido la fortuna de compartir muy de cerca con mi gente sus necesidades y sus alegrías, y hoy tengo el gran honor de haber sido [nombrada] recientemente como encargada de este hospital, por lo que me permito felicitar a este gran equipo, porque entre todos contribuimos a mejorar la salud de nuestros hermanos oaxaqueños. Lo anterior, sin omitir la participación de los más de 4,300 personajes de la estructura comunitaria, quienes vigilan y promueven la salud en cada una de sus comunidades, y que nos hace únicos y diferentes en el sector salud. Al respecto, le comento que trabajé muy de cerca con un voluntario que obtuvo un reconocimiento nacional por su espíritu de servicio y entrega apoyando a su comunidad.

Jamiltepec atiende a más de 170,000 personas, principalmente mixtecos, chatinos, amusgos y afromexicanos, que radican en 27 municipios, algunos a más de 12 horas de la capital, y cuando así lo requieren, son trasladados al Hospital General de Zona de Oaxaca y Vicente Guerrero, de Acapulco, además de los hospitales de Alta Especialidad, Hospital General y de la Niñez Oaxaqueña de los servicios estatales de salud; no obstante, en algunas ocasiones no cuentan con camas para recibir a nuestros pacientes. Señor presidente. Esta tierra oaxaqueña es un claro ejemplo de supervivencia, porque hemos resistido temblores, inundaciones, tormentas y huracanes, porque si bien es cierto que las tempestades arrasan con todos los árboles a su paso, quedan de pie solo los más fuertes, como el roble y el huanacastle; es decir, permanecen las estructuras más sólidas. Así es nuestro programa IMSS-Bienestar: un programa firme, bien plantado, con raíces bien profundas y listo para soportar todos los embates de la naturaleza. Por ello, y para continuar con la esencia del programa, se requiere con urgencia la reparación del hospital, porque tiene daños ocasionados por el sismo del 2018, encontrando fisuras, muros agrietados y plafones con filtra-

⁷⁰ Presidencia de la República. Publicado el 1 de octubre de 2019.

ciones, ocasionando múltiples goteras. Asimismo, se requiere la sustitución de diversos equipos médicos, electromecánicos, la cobertura del residente de pediatría y de personal de apoyo en todos los turnos, la renovación de nuestras ambulancias y, por último, que nos autorice recursos para construir un albergue comunitario amplio que permita que nuestros pacientes y sus familiares tengan una estancia digna.

Casi termino, pero como usted sabe, durante el fin de semana pasado sufrimos una tormenta con una inundación en el hospital que alcanzó más de 20 centímetros en diferentes áreas del hospital, pero entre todos pudimos resolverlo, porque en IMSS-Bienestar somos un gran equipo; de pronto nos encontramos brazos por todos lados, todos unidos para recuperar nuestro hospital. Licenciado Andrés Manuel López Obrador: Usted se encuentra en la tierra donde se hilan los sueños, porque nuestros ancestros usaban un pequeño instrumento llamado malacate —como los que porto— para trenzar el algodón, el cual iba a parar al telar de cintura para la creación de nuestros hermosos textiles de fama mundial. Por eso, esta vez nosotros tenemos un sueño, un sueño que ahora se está haciendo realidad con la visita que usted nos hace, porque en ese sueño vemos un hospital de Jamiltepec nuevo, recién modelo y equipado, en donde nuestra población mixteca pueda acudir feliz para mejorar su salud. Muchas gracias.

68.- HOSPITAL RURAL IXTEPEC (PUEBLA)⁷¹

ROSALÍA LUIS CUEVAS, DIRECTORA DEL HOSPITAL RURAL IXTEPEC: Hipócrates dijo: ‘Donde quiera que se ame el arte de la medicina, se ama la humanidad’. Palabras sabias de las cuales yo soy testigo al ver día a día a mis compañeros dando su mejor esfuerzo a favor de la salud de nuestra población. Muy buenas tardes. Sean bienvenidos nuevamente al estado de Puebla, a fin de completar su gira por los cuatro hospitales restantes de nuestro programa. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos, es un honor que nos acompañe en este alejado rincón de nuestra patria. Distinguidas personalidades; compañeros todos; señoras y señores; sean todos bienvenidos. Ixtepec, en su voz náhuatl significa: ‘Sobre lo más alto del cerro’. Y sobre estos cerros hace nueve años imss-Bienestar construyó este magnífico hospital a fin de atender a la población totonaca y nahual de esta región cafetalera de la Sierra Norte del estado de Puebla. Soy poblana, médica anestesióloga graduada por la Universidad Veracruzana. Inicié mi trayectoria en imss-Bienestar hace nueve años cuando cometí el error más acertado de mi vida: elegir esta plaza pensando que se trataba de una de imss régimen ordinario. Ese error cambió mi vida porque quizás hoy trabajaría como una médica quirúrgica en uno de los hospitales de nuestro instituto. En cambio, este hermoso programa me ha dado la oportunidad de ir ascendiendo, primero como gestora de calidad y ahora tengo el orgullo de ser la directora de este hospital desde hace cuatro años. Este hospital rural se ha convertido en nuestro segundo hogar, para mí y para todo mi equipo, integrado por 171 personas, conformamos una gran familia.

⁷¹ Presidencia de la República. Publicado el 4 de octubre de 2019.

Aquí hemos aprendido, crecido y compartido experiencias profesionales y personales, y, en mi caso, hizo uno de mis sueños más grandes posibles, porque hace seis años me convertí en madre de la pequeña Gabriela, por lo que hoy puedo decir que en este lugar he crecido como profesionista, pero sobre todo como jefa de familia. El Hospital Rural Ixtepec atiende a casi 73,000 personas de 13 municipios, como Huehuetla, Caxhuacan, Hueytlalpan, Olintla y algunos alrededores del estado de Veracruz, población mayoritariamente totonaca, las cuales son atendidas a través de 18 unidades médicas rurales y dos unidades médicas móviles, además del apoyo de más de 2,300 voluntarios de la organización comunitaria de la región. Los servicios que otorgamos son muy apreciados por nuestra población, contando a la fecha con una alta demanda y aceptación de nuestros usuarios. Muestra de ello es que al corte de agosto hemos otorgado más de 23,000 consultas, 3,600 de urgencias, 1,300 egresos hospitalarios, 511 cirugías y 599 partos. Pero en materia de calidad quiero destacar que hemos obtenido logros muy significativos en el Premio Imss Calidad, logrando a la fecha tres distintivos nacionales: el Premio a la Competitividad 2016, el Águila de Oro 2017, el Águila Doble Oro 2018 y nos complace anunciar que en septiembre del presente año fuimos evaluados para obtener el distintivo Águila Triple Oro, que no tenemos duda que nos será otorgado, gracias al esfuerzo y trabajo de todos mis compañeros, por lo cual aprovecho este momento para brindarles un merecido reconocimiento.

Señor presidente: Sabemos que usted ya he recorrido muchos de nuestros hospitales, conoce de sobra sus fortalezas y debilidades, pero quiero decirle que del hospital de Ixtepec tenemos requerimientos: la impermeabilización general del hospital, la sustitución de equipos médicos y electromecánicos que han sido dañados por las variaciones frecuentes del voltaje, la ampliación del almacén y las residencias médicas, la cobertura de personal de distintas áreas para los turnos hospitalarios, y finalmente, la renovación de la ambulancia, ya que por las malas condiciones de los caminos, entra y sale del taller continuamente, y no podemos prescindir de ella porque es fundamental para mantener uno de nuestros principales objetivos: cero casos de mortalidad materna, para lo cual toco madera para que no ocurra ninguno. Pero no todo es faltante, señor presidente, y quiero agradecer que en octubre del 2018 fuimos beneficiados con un nuevo albergue comunitario, el cual está hermoso, tiene 30 camas y será de gran apoyo, porque ahí las embarazadas que acuden de comunidades muy alejadas son alojadas y asistidas para evitar riesgos. Debo reconocer, señor presidente, que estamos muy contentos, esperanzados, porque ya sabemos que usted ha tenido a bien destinar un mayor presupuesto para el sector salud, lo cual nos llena de alegría a todos los trabajadores de la salud; pero en especial por todas las familias totonacas que día a día reciben beneficios de este noble programa. Señor presidente: Estamos orgullosos de pertenecer al Imss y al programa Imss-Bienestar, porque hoy más que nunca estamos seguros de que la salud es y será un bienestar para todos. Muchas gracias.

69.- HOSPITAL RURAL ZACAPOAXTLA (PUEBLA)⁷²

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL ZACAPOAXTLA: Muchas gracias. Muy buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos; autoridades que nos acompañan; compañeros todos; amigas y amigos. Sean ustedes bienvenidos a la heroica ciudad de Zacapoaxtla, tierra indómita de chichimecas y totonacos, en donde la historia registra un hecho sin precedente durante la intervención francesa en la Batalla de Puebla, en donde con un puñado de aguerridos zacapoaxtlas, comandados por el general Ignacio Zaragoza, se pudo vencer al ejército francés, considerado en esa época como el mejor del mundo. Zacapoaxtla es un lugar de tierra fértil en donde se cultiva el maíz, café, frutas tropicales y caña de azúcar, además de contar con extensas zonas maderables y con tanta riqueza natural; y tal como ocurre en muchas partes de nuestro país, no nos explicaríamos la pobreza de sus habitantes. Su nombre en náhuatl significa: 'Lugar donde se cuenta el zacate', y constituye un importante centro comercial en donde aún se realizan prácticas ancestrales como el trueque con intercambios de granos y animales como forma de pago. Soy poblano, oriundo del municipio de Cuyoaco, médico cirujano con especialidad en cirugía general por la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. Tengo ocho años como director de este hospital y déjenme decirles que acepté este cargo, teniendo plaza de director en un hospital de la Secretaría de Salud, porque ya conocía el programa IMSS-Bienestar. Yo había sido pasante en la Unidad Médica Rural de Sochiapa, en Veracruz sur, experiencia inolvidable por la atención que se otorgaba a la población más necesitada, hechos que sin duda marcaron mi existencia. Ahora, como director de este hospital, les comento que yo le llamo 'el Gigante de la Atención', porque es el hospital más grande de los siete que tiene Puebla. Es un gigante desde hace 39 años. Inició con 30 camas y actualmente tiene 52, y atiende a más de 153,000 habitantes campesinos e indígenas náhuatl, que radican en siete municipios a través de 36 unidades médicas rurales, dos brigadas de salud y una unidad médica móvil, además de atender a pacientes de Veracruz.

En la época actual, este hospital comparte la atención de la población de la región con hospitales hermanos de la Secretaría de Salud como Cuetzalan, Xalacapan y Tlatlaucquitepec, y en un día típico atendemos 177 consultas, 31 urgencias, 10 egresos, seis cirugías y de cinco a 10 partos. Aquí quiero destacar una historia de éxito, porque fuimos de los primeros en ser apoyados con la ambulancia aérea en conjunto con el centro regulador de urgencias médicas, en donde se atendió eficazmente el traslado de cuatro pacientes con quemaduras graves por la explosión de un polvorín en Xochitlán, siendo transportados primero a este hospital y posteriormente a la ciudad de Puebla, en un lapso de tan solo 24 minutos. Obvio decir que este gran trabajo no se realizaría sin el apoyo de toda la gente que da su mayor esfuerzo para preservar la salud, por lo que quiero reconocer el trabajo de mis

⁷² Presidencia de la República. Publicado el 4 de octubre de 2019.

compañeros que ponen el corazón en su diaria labor. Señor presidente: Aquí tiene usted a este ejército de 189 poblanos y nuevos aguerridos zacapoaxtlas que laboran incansablemente en este hospital a favor de la salud, mano a mano con los más de 4,500 personajes de la estructura comunitaria que representa la extensión del programa y nuestros aliados con la comunidad. No obstante, y para continuar con esta labor, le solicitamos respetuosamente su apoyo, porque necesitamos la construcción urgente del albergue, porque somos uno de los pocos hospitales de IMSS-Bienestar que no cuentan con este apoyo fundamental para la población, [así como] equipamiento nuevo por término de vida útil, ampliación de la farmacia, almacén, un consultorio de pediatría, espacio para el área de desarrollo infantil temprano y suficiencia de personal para la cobertura de todos los turnos. Señor presidente: En verdad es un gusto conocerlo y poder constatar su sencillez y don de gentes. Apreciamos verdaderamente su esfuerzo por venir a escuchar nuestra voz y las condiciones laborales del personal de IMSS-Bienestar, porque como usted lo ha mencionado, nuestro programa constituye una verdadera luz en todo el sector por dedicarse con gran pasión a atender a la gente más humilde de este país porque, como usted también lo dice, no puede haber mexicanos de segunda o de tercera, y la población que atendemos es sin duda gente de primera. Muchas gracias.

70.- HOSPITAL RURAL CHIAUTLA DE TAPIA (PUEBLA)⁷³

ADOLFO LUIS HERNÁNDEZ CABARCAS, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL CHIAUTLA DE TAPIA: Muy buenos días. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; autoridades que nos acompañan, compañeros todos, público en general. Quiero decir como dice mucha gente: Es un honor estar con Obrador. Y eso se cumple hoy, hoy estamos con usted porque usted está con nosotros. Sean bienvenidos a Chiautla de Tapia, cuyo nombre significa ‘Lugar de ciénegas’, y lleva su apellido en memoria del coronel insurgente don Mariano Antonio Tapia, perteneciente a las fuerzas independentistas del ‘Siervo de la nación’, don José María Morelos y Pavón. Soy un hijo del IMSS-Bienestar, ya tengo 21 años de prestar mis servicios en este programa, desde mis inicios como pasante en Chiapas en donde estuve como encargado de una unidad médico rural, además de trabajar en los campamentos para refugiados guatemaltecos. Soy anesthesiólogo nacido en la Ciudad de México, pero también soy hijo adoptivo de Chiapas, ya que durante 14 años trabajé en ese estado como director de los hospitales de Altamirano, Motozintla y Venustiano Carranza, y ahora este generoso programa me ha dado la oportunidad de acercarme a mi tierra, primero como director en Chignahuapan, y ahora desde hace cuatro aquí en Chiuatla. El Hospital Rural Chiuatla de Tapia está cumpliendo 40 años, está situado en la mixteca poblana, atiende como región a casi 118,000 personas que radican en 23 municipios, jornaleros agrícolas que se dedican a la siembra de la flor de la jamaica y a la caña de azúcar, además de atender población de los

⁷³ Presidencia de la República. Publicado el 5 de octubre de 2019.

estados vecinos de Guerrero y Morelos, todo ello a través de una red de 38 unidades médicas de primer nivel, una estructura comunitaria integrada por más de 2,600 voluntarios, comités de salud y parteras, quienes participan de manera activa y solidaria en las distintas prioridades del programa. El hospital cuenta con 30 camas censables y con una plantilla de 171 trabajadores, quienes día a día realizan su mejor esfuerzo en la atención de pacientes con nuestras patologías más frecuentes: picaduras de alacrán, enfermedades respiratorias, pacientes con diabetes e hipertensión, atención obstétrica.

Chiautla ha obtenido diversas distinciones, como el Premio de la Calidad Institucional y en el 2019, señor presidente, la certificación en la calidad de los servicios y la nominación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña. En materia de productividad, en lo que va de este año hemos atendido 26,000 consultas, 6,000 urgencias, 1,100 egresos, 600 cirugías, 570 partos, eso por lo que respecta al primero y segundo niveles de atención. Y en cuanto a la atención de alta especialidad, participamos en las Jornadas Quirúrgicas Bienestar, siendo la más reciente la de ginecología oncológica realizada el pasado mes de septiembre, donde se pudo beneficiar a 1,258 mujeres poblanas en la prevención del cáncer cervicouterino y mamario. También contamos con apoyo a las familias de los pacientes con un albergue comunitario de 27 camas, con un nivel de asistencia anual de más de 8,000 usuarios, lo cual nos ha permitido, señor presidente, no tener ninguna defunción materna en dos años. Señor presidente: En 40 años de funcionamiento, este hospital ha crecido y ha obtenido muchos logros, pero como dice la canción, el tiempo no perdona, y no ha perdonado a nuestros equipos médicos y electromecánicos, por lo que ya requerimos renovarlos; asimismo, necesitamos la sustitución de mobiliario, el sistema de aire acondicionado, la remodelación del área de quirófano, además de mejorar la cobertura de médicos residentes en cirugía y pediatría, y diverso personal de apoyo para cubrir todos los turnos. Para finalizar, señor presidente, le comento que en este hospital contamos con gente responsable y comprometida que realiza con mucho gusto su trabajo con los recursos que tenemos a la mano; y nuestra principal fortaleza es que tenemos el deseo de seguir cumpliendo con nuestra misión, que es proporcionar atención médica y medicamentos gratuitos sin distinción a nuestra población. Sabemos que la tarea es grande, pero le aseguramos, señor presidente, que de su mano alcanzaremos a obtener un nivel de salud y vida para las comunidades rurales de esta apartada región de nuestra patria. Muchas gracias.

71.- HOSPITAL RURAL TEPEXI DE RODRÍGUEZ (PUEBLA)⁷⁴

GUSTAVO ALEJANDRO OJEDA AYLLÓN, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL DE TEPEXI DE RODRÍGUEZ: Muy buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; estimados jefes del Seguro Social; maestro Zoé Robledo y doctora Gisela Lara; honorable presidium y público en general. En representación de los 157 trabajadores de todas las disciplinas que labora-

⁷⁴ Presidencia de la República. Publicado el 5 de octubre de 2019.

mos en este Hospital Tepexi de Rodríguez y de los 58 equipos de salud que conforman esta región, les damos la más cordial y afectuosa bienvenida. Están ustedes en el municipio de Tepexi, que en náhuatl significa: ‘Roca partida’, debido a lo accidentado de su terreno. Nos encontramos rodeados de las sierras de Acatlán y Zapotitlán, y nuestra región se distingue por su gran diversidad paleontológica, encontrando abundancia de fósiles y restos prehistóricos. Se denomina Villa de Tepexi de Rodríguez en memoria de don Prudencio Rodríguez, coronel liberal que combatió durante la guerra de Reforma con un ejército de civiles sin ningún tipo de adiestramiento militar, ganando plazas a los conservadores en el centro y sur de Puebla. Soy médico cirujano, originario del estado de Puebla, especialista en cirugía general por parte de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Tengo ocho años de trayectoria en el programa, primero como médico quirúrgico en Ixtepec, y ahora con el alto de honor de comandar este gran equipo de trabajo como director desde hace tres años. Destaco que es un gran honor porque nuestros maestros que nos antecedieron, los forjadores de este gran programa nos dejan una herencia invaluable a las nuevas generaciones, pero sin duda, también una gran responsabilidad. Por la enorme tradición que significa IMSS-Bienestar, recibimos esta herencia con mucho gusto y queda en nuestras manos mantener y mejorar la salud de todos los mexicanos que viven hasta en los lugares más lejanos y marginados de nuestro país, aplicando nuestro Modelo de Atención Integral a la Salud.

Tepexi de Rodríguez tiene más de 25 años otorgando servicios de salud de forma ininterrumpida a más de 200,000 personas de la región, campesinos, indígenas náhuatl, mazateco, mixteco y popoloca, que radican en 33 municipios, consolidando su red de servicios de salud con los municipios vecinos a través de 58 unidades médicas de primer nivel de atención. El hospital cuenta con 28 camas censables y tenemos una alta demanda de los servicios a la población, habiendo otorgado en lo que va del año más de 27,000 consultas, 1,500 egresos hospitalarios, más de 1,000 intervenciones quirúrgicas y 573 partos. En cuanto a la atención de tercer nivel, les comento que hace tres meses fuimos sede de una jornada quirúrgica de oftalmología, en la cual, con el apoyo de médicos oftalmólogos de nuestros centros de médicos de imss ordinario, se beneficiaron a 206 pacientes, principalmente de la tercera edad, que pudieron recuperar su vista tras haber sido operados de catarata. En este primer cuarto de siglo hemos logrado la acreditación y reacreditación en materia de calidad de los servicios de salud, y obtuvimos la nominación de Hospital amigo del Niño y la Niña, lo cual fue posible gracias al trabajo en equipo y al compromiso de todo mi personal: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutrición, sicóloga, cocina, apoyo administrativo, conservación, servicios generales y vigilancia, y por supuesto, a todos los equipos de salud de la región a nuestro personajes de la estructura comunitaria. Por eso en este momento y con su permiso, señor presidente, les brindo un merecido reconocimiento a su gran labor. No obstante, no olvidemos que tenemos grandes retos en todas y cada una de las prioridades que nos marca la coordinación nacional del programa, entre ellas abatir la mortalidad materna y prevenir de enfermedades a nuestros niños y adolescentes, y mejorar el diagnóstico, control y seguimiento de los pacientes con diabetes e hipertensión arterial.

Pero para continuar con nuestro trabajo tenemos algunas limitantes, por lo cual le pedimos respetuosamente su apoyo, entre ellas la cobertura de plazas vacantes y personal

de sustitución, el reemplazo de equipos médicos, de soporte vital y electromecánicos, la ampliación del servicio de urgencias, espacios dignos para el cara y para el desarrollo infantil temprano, así como la sustitución del parque vehicular por fallas continuas, principalmente ambulancia. Señor presidente: Para concluir le quiero comentar que he tenido la fortuna de haberme formado en varias instituciones del sector, es decir, conozco el fundamento operativo de muchas líneas y programas de salud, primero como médico interno del Hospital Militar, después como residente de especialidad en el Issstep, como pasante de especialidad en la Secretaría de Salud y hoy orgullosamente en imss-Bienestar. Por eso le digo, y tal y como usted lo ha expresado, que el modelo a seguir es el de nuestro programa, porque con sus acciones preventivas, todos unidos, jubilados, en activo y las nuevas generaciones trabajaremos como usted, con ánimo renovado, hasta lograr que las personas de los pueblos marginados y originarios de nuestra gran nación mejoren su nivel de vida y salud. Muchas gracias.

72.- HOSPITAL RURAL SANTIAGO JUXTLAHUACA (OAXACA)⁷⁵

ENRIQUE LÓPEZ ORTIZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL DE SANTIAGO JUXTLAHUACA: El Hospital Rural Santiago Juxtlahuaca tiene el honor de recibir a tan distinguidas personalidades el día de hoy. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos; maestro Zoé Robledo, director del Instituto Mexicano del Seguro Social; doctora Gisela Lara Saldaña, titular de la unidad del programa imss-Bienestar; respetables autoridades y personalidades que nos acompañan; estimados compañeros en activo y jubilados. Señoras y señores: Tengan ustedes muy buenos días. Santiago Juxtlahuaca fue fundada en 1633 en el corazón del gran llano verde por Fray Domingo de Santa María, por lo que esta población cuenta con 386 años de historia, siendo uno de los pueblos más antiguos de la Mixteca, que tiene una grandeza cultural, danzas y tradiciones ancestrales. Soy orgullosamente Mixteco, originario de Santiago Juxtlahuaca, y el día de mi nacimiento mi madre tuvo el apoyo de una de las parteras rurales más reconocidas en nuestra población, que el día de hoy continúa perteneciendo a nuestra invaluable estructura comunitaria. Gracias a mis padres tuve la dicha de poder alcanzar la meta de ser médico especialista en ginecología y obstetricia, y desde hace siete años tengo el enorme privilegio de ser director de esta unidad hospitalaria. El Hospital Rural Santiago Juxtlahuaca inició operaciones el 16 de noviembre de 1995, ya cuenta con 25 años de operación, está ubicado en un lugar estratégico dentro de la Mixteca oaxaqueña. Somos la única opción para la atención de 15 municipios, dentro de los cuales tres son de muy alta marginación: San Martín Peras, Coicoyán de las Flores, San Juan Mixtepec. Señor presidente: Quiero decirle que en este hospital atendemos tanto a la población mixteca como a la población triqui, incluso a habitantes que viven en comunidades de La Montaña del estado de Guerrero, siendo para todos ellos el hospital más cercano y su única opción

⁷⁵ Presidencia de la República. Publicado el 6 de octubre de 2019.

para atender sus necesidades en salud, e incluso, debo decir, que acuden con nosotros personas derechohabientes a otras instituciones. Como zona de servicios médicos, damos atención a poco más de 100,000 personas, contando con ello una estructura conformada con 38 unidades médicas rurales, dos brigadas de salud, dos unidades médicas móviles y un Centro de Atención Rural Obstétrico o CARO.

Tengo el gusto de decirles que en el 2018 recibimos la nominación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña, la cual es avalada por la Unicef, obteniendo una calificación de 98.4. La fortaleza de IMSS-Bienestar es nuestro Modelo de Atención Integral a la Salud, ya que priorizamos las necesidades de nuestra población y programamos con mayor eficiencia las acciones que vamos a realizar, desplegando todo el personal institucional y la red de voluntarios, que suman poco más de 2,000 personas de todas las comunidades en donde IMSS-Bienestar tiene presencia. El hospital cuenta con 20 camas y es importante comentar que, dada la lejanía de otras unidades hospitalarias de apoyo o saturación de las mismas, en esta unidad se atienden y se resuelven problemas que deberían atenderse en hospitales de tercer nivel. Tal es el caso de un recién nacido de 29 semanas de gestación que pesó 900 gramos, y gracias a la atención que se le proporcionó aquí, hoy es un niño sano. Por ello, hago un reconocimiento a todo el personal del Hospital Rural de Santiago Juchitán por el gran esfuerzo y el trabajo en equipo que realizan día a día. Señor presidente. Para continuar brindando servicios de calidad a los oaxaqueños requerimos su invaluable apoyo a fin de mejorar y renovar el equipo médico, electromecánico, incluyendo ambulancias, ampliar y remodelar el área de tococirugía y urgencias, el cual es el mismo desde que se inauguró el hospital; otra de nuestras necesidades es fortalecer nuestra plantilla de médicos especialistas. Señor presidente. Soy el portavoz de todo el personal de este hospital para refrendar nuestro inquebrantable compromiso de continuar trabajando y entregando nuestro corazón, con el objetivo de mejorar la salud a quien tenemos el privilegio de servir. Es por eso que el Hospital Rural de Santiago Juchitán se suma al proyecto que usted dignamente dirige: la Cuarta Transformación de nuestro México querido. Muchas gracias.

73.- HOSPITAL RURAL HUAJUAPAN DE LEÓN (OAXACA)⁷⁶

ERWIN ERNESTO JARQUÍN JARAMILLO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL HUAJUAPAN DE LEÓN: Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; maestro Zoé Robledo, director general del imss; doctora Gisela Lara Saldaña, titular de la unidad del programa imss-Bienestar; distinguidas autoridades y personalidades que nos acompañan; compañeras y compañeros; jubilados y trabajadores del hospital y sus zonas de servicio; público en general. Tengo el privilegio de ser director de este hospital rural desde hace un año y representar hoy a los 225 trabajadores que día a día ofrecen lo mejor de sí para atender a poco más de 95,000 mixtecos que viven en este rincón del bello estado de Oaxaca. Sean todos bienvenidos a la

⁷⁶ Presidencia de la República. Publicado el 6 de octubre de 2019.

región Mixteca, a la heroica ciudad de Huajuapán de León, cuna del jarabe y de la hermosa Canción mixteca, testigo del movimiento de Independencia siendo sede del sitio militar más largo del movimiento, el cual fue encabezado el 16 de junio de 1821 por el general Antonio de León, del cual esta ciudad adoptó parte de su nombre. Gracias a mis padres, soy médico especialista en cirugía para los servicios rurales de salud, orgullosamente egresado del Instituto Politécnico Nacional y profesor de tesis de posgrado de este Instituto. Señor presidente: Para responder a las necesidades de los trabajadores tejedores de palma de esta región, el 16 de junio de 1976 fue inaugurado este hospital, que en sus inicios perteneció al imss del régimen obligatorio y en 1979 fue entregado al naciente IMSS-Coplamar. A lo largo de su historia, el hospital llamado en sus inicios Clínica Hospital de Campo de Esquema Modificado, ha superado múltiples adversidades; una de las más importantes y recientes fue el sismo de 7.2 grados, ocurrido el 19 de septiembre de 2017, el cual provocó daños en diversas áreas prioritarias, como de urgencias, de quirófano, entre otras. Esta situación no fue un obstáculo para la continuidad de la atención a los pacientes que requerían alguna intervención programada o de urgencia, ya que en forma inmediata se instaló una móvil que contaba con quirófano, así como varias unidades médicas móviles para continuar otorgando la consulta médica, por lo cual fuimos el único hospital en Huajuapán que continuó brindando ininterrumpidamente la atención en salud.

Señor presidente: Nuestro hospital recibe pacientes de 40 municipios de la región mixteca y nuestra zona de servicio está conformada por 44 unidades médicas rurales, una unidad médica móvil y una brigada de salud. Quiero decirle que la zona a la cual damos atención médica es muy amplia, ya que recibimos pacientes de localidades como San Andrés Tepetlapa, que se ubica aproximadamente a cuatro horas de aquí, y otros que provienen de localidades limítrofes del estado de Puebla. Señor presidente: Es importante que sepa que el personal de este hospital trabaja con mucho compromiso y vocación de servicio hacia el pueblo, con la camiseta bien puesta y dando la cara ante la adversidad y las carencias que tenemos. El talento y la actitud del personal ha permitido llevar a nuestros pacientes de la convalecencia a un estado de bienestar. Uno de los logros que nos hace sentir más satisfechos del trabajo realizado es que desde hace más de seis años no hemos registrado en este hospital ninguna defunción materna. Es importante mencionar que la tarea de atender a la población no es sencilla, ya que no solo requiere del personal, sino también es necesario contar con los insumos y recursos necesarios para brindar atención con calidad y calidez. Es por ello, señor presidente que, sabiendo de su gran sensibilidad e importancia que le está dando con sus visitas al sector salud, que quiero pedir su invaluable apoyo para renovar el equipo médico, electromecánico y mobiliario del hospital, incluyendo todo el parque vehicular, así como realizar una ampliación y remodelación de algunas áreas, como la consulta externa, el albergue, laboratorio y las residencias de los médicos. Quiero finalizar diciendo que a pesar de todas estas limitantes, el personal que integramos este hospital y las unidades médicas rurales, estamos firmemente comprometidos en contribuir al mejoramiento del sistema de salud de México y también a través de la Cuarta Transformación que usted encabeza, señor presidente, y con el apoyo de todos y cada uno de los mexicanos consolidar un mejor país, donde todos tengamos un mejor bienestar. Muchas gracias.

74.-HOSPITAL RURAL LA UNIÓN (GUERRERO)⁷⁷

FELIPE ABARCA HERRERA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL LA UNIÓN: Muy buenas tardes a todos. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos: Es un gusto recibirlo por los caminos del sur. Como lo dice la canción: ‘Vámonos para Guerrero, tierra de hombres bravos y de acero’. Autoridades que nos acompañan y público en general: Sean ustedes bienvenidos a este rincón de la Costa Grande guerrerense. Están ustedes en el municipio de La Unión, llamado así debido a que la población de esta región fue la primera en unirse al contingente suriano al mando de don José María Morelos y Pavón en pos de la independencia de México. Y así como recordamos las páginas gloriosas de nuestra historia, ahora usted, señor presidente, también deja inscrito en la historia y en nuestra memoria su visita a esta región. Soy médico cirujano con especialidad de pediatría, egresado del Centro Médico Nacional La Raza, soy guerrerense de corazón y originario de Tecpan de Galeana. Ahora sí que conozco el programa imss-Bienestar desde su nacimiento, porque hace 40 años fui médico pasante en la Unidad Médica Rural imss-Coplamar en Nepantla de Sor Juana Inés de la Cruz, Estado de México. Esa unidad la recuerdo con mucho cariño, eran graneros, silos adaptados como clínicas y los jóvenes médicos de aquel entonces los llamábamos ‘Cucuruchos’. No cabe duda de que ese año quedó grabado en mi futuro, porque hoy, después de muchos años de ejercer como pediatra, tanto en la Secretaría de Salud como en el IMSS del régimen ordinario me invitaron a participar como director en este hospital, lo que acepté sin dudar, recordando a mi querida clínica de Nepantla, y ahora tengo el privilegio de dirigir este gran equipo de trabajo desde hace tres años. Aquí hago un paréntesis para decirle que recientemente lo escuché decir que sacaría adelante al sector salud con el apoyo de todos, incluyendo a los médicos jubilados, porque usted consideraba que las personas mayores éramos personas que todavía podíamos dar muchísimo más para ayudarlo a rescatar nuestras instituciones, lo cual aplaudo y celebro.

Este hospital es uno de los hospitales más jóvenes del programa IMSS-Bienestar, apenas tiene nueve años y atiende a casi 254,000 personas de la región y del estado, muchos de ellos afromexicanos que radican en ocho municipios, a través de una red de servicio compuesta por 52 unidades de primer nivel, además de contar con el apoyo de la valiosa estructura comunitaria integrada por 3,400 personajes, entre voluntarios, comités y parteras que trabajan con nosotros en forma completamente solidaria. Por lo anterior, agradezco el espíritu de servicio a los 135 trabajadores que integran mi plantilla, así como nuestros 52 equipos de salud. Y como una muestra de trabajo cotidiano que realizamos es que en lo que va del año hemos tenido 16,000 consultas, 5,500 urgencias, 470 egresos, 450 cirugías y 180 partos, además de destacar enfáticamente que desde el inicio de la operación, no hemos tenido muertes maternas y llevamos tres años sin muertes neonatales. El hospital de La Unión es igual que su población, fuerte y valeroso, ha soportado todo tipo de contingencias: sismos, ciclones y huracanes, y

⁷⁷ Presidencia de la República. Publicado el 8 de octubre de 2019.

aquí seguimos, de pie, firmes y bien plantados. No obstante, he de decirles que el reto no ha sido fácil, pero esperamos siempre su ayuda, señor. Poco a poco llego a mis peticiones y le digo que aquí nos hace falta la cobertura de recursos humanos pues no hemos contado con médico internista desde el principio, ni residentes de pediatría ni de cirugía, además de la reposición de equipo médico, electromédico y de cómputo, y la sustitución de la ambulancia. Destaca en forma muy importante la construcción de nuestro albergue comunitario, porque [eso] si no tenemos, ¿de qué manera podríamos dar alojamiento a las mujeres embarazadas que proceden de comunidades muy lejanas y hasta del vecino estado de Michoacán? Otra necesidad urgente es poder contar con el agua potable. Y, señor, comentarle que el señor gobernador ha ofrecido resolver el problema del agua en el hospital. Además, estamos casi aislados por los problemas de conectividad, por lo que necesitamos poder integrarnos a la red terrestre, ya que recibimos una señal muy débil vía satelital y es fundamental para enviar nuestra productividad y requerimientos al nivel correspondiente. Señor presidente: Como usted sabe este hospital es el único del programa en el estado, lo cual hace muy difícil atender a los pacientes en las regiones de La Montaña y de la Costa Chica que recorren grandes distancias algunas personas a pie. Ya le han planteado la necesidad de más. Termino diciendo que todos los aquí presentes estamos comprometidos con México y usted representa a México. Tenemos puesta en usted la esperanza para que nuestra población consiga salud y bienestar, y que sí lo vamos a lograr, porque usted se ha convertido en la esperanza de México. Muchas gracias.

75.- HOSPITAL RURAL VILLA UNIÓN (SINALOA)⁷⁸

HILARIO ISMAEL RUBIO BENÍTEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL VILLA UNIÓN: Muy buenos días. Señor presidente, licenciado Andrés Manuel López Obrador; y distinguidas autoridades que nos acompañan. Sean bienvenidos a Sinaloa, a la comunidad de Villa Unión, tierra de hombres bravos y aguerridos, llamada así por los contingentes que se unieron al paso del general Francisco Villa rumbo a Chihuahua durante la época revolucionaria. Es un honor conocer al hombre que con su perseverancia y después de tantos años, llegó a ser el primer mandatario de nuestra nación, un hombre que siempre mantuvo rumbo para ocupar el lugar donde podría ver, escuchar a su gente, donde podría ayudarla, pero sobre todo, donde podría transformar a su país. En Mazatlán recordamos cómo vivimos su campaña apoyándolo en las calles, en las esquinas, mostrando que sí se puede y que se debe estar cerca del pueblo para conocer las necesidades desde su origen, y ahora usted lo sigue demostrando al estar con nosotros, para conocer nuestros logros y necesidades. Por eso ahora estamos con usted, porque usted está con nosotros. Soy sinaloense, del mero Culiacán, y estoy muy orgulloso de ello, pero también sé que en mi entorno soy una persona muy privilegiada porque pude estudiar la carrera de medicina y no desviar mi rumbo; yo solo seguí estudiando y con el paso del tiempo se me ha permitido ser el director de este hospital.

Soy médico cirujano especialista en anestesiología, tengo 13 años de trayectoria en

⁷⁸ Presidencia de la República. Publicado el 11 de octubre de 2019.

imss-Bienestar, inicié como pasante en la unidad médica rural de El Salado y después como médico general en otras clínicas y en el hospital de Islas Marías; posteriormente realicé la especialidad y ahora tengo el orgullo de dirigir este hospital desde hace dos años. Señor presidente. Formo parte de las nuevas generaciones que llegan a IMSS-Bienestar, somos gente con empuje que queremos continuar la gran obra de los que forjaron este gran programa, somos los herederos, pero también los responsables de continuar la tradición de la atención de calidad que aquí se brinda. Y al respecto, le quiero presumir que en Villa Unión tenemos mucho que contarle en materia de calidad, porque hemos sido muy galardonados a nivel sectorial por nuestros servicios. Somos un hospital que funciona bajo la filosofía de que siempre podemos ser mejores; y con esta misión desde el 2014 iniciamos con la acreditación del modelo de competitividad del imss. En el 2018 certificamos ante el Consejo de Salubridad General por cinco años con una nota sobresaliente de 9.6, logrando ser el primer hospital público certificado en el estado, y el presente año logramos ser el primer hospital que ganó el Premio Nacional de Calidad en Salud, además de nuestra participación para obtener el Águila Triple Oro, el cual sin duda conseguiremos, lo cual nos abrirá paso para el premio Platino en el 2020. Por todo y ello, y con su permiso, señor presidente, por los logros obtenidos y por el gran esfuerzo de haber hecho sobresalir a nuestro hospital, felicito a mi equipo de trabajo, a las 137 personas de la plantilla de este hospital, a los equipos de salud de las 51 unidades médicas rurales, a la estructura comunitaria, porque sin todos ellos no habiéramos logrado nuestros objetivos. Villa Unión tiene más de 43 años de otorgar servicios desde que era Coplamar a nuestra población, compuesta por más de 154,000 personas de nueve municipios, entre ellos, Badiraguato, Culiacán, Elota, Mazatlán, campesinos sinaloenses y jornaleros agrícolas procedentes de otros estados del sur de nuestro país. Cuenta con 21 camas censables y ofrecemos atención médica y medicamentos gratuitos las 24 horas del día los 365 días del año. Muestra de ello es que aquí en un solo día se atienden 200 consultas, 65 urgencias, tres egresos hospitalarios, tres cirugías y entre uno y tres partos, por lo que este hospital es un tesoro para la gente que no cuenta con seguridad social.

También aquí hemos realizado cinco jornadas quirúrgicas en sus diferentes especialidades, a fin de acercar los servicios de tercer nivel con el apoyo de los mejores especialistas del imss del régimen ordinario. Ahora me permito a darle a conocer nuestras necesidades: Requerimos de mayor cobertura de médicos residentes en cirugía y pediatría, así como de médicos especialistas y enfermeras, que ya en su ausencia condiciona el envío de pacientes a otras unidades; sustitución del sistema del aire acondicionado, mejora del equipo electro-mecánico, sustitución del parque vehicular y, sobre todo, la construcción de un albergue, porque somos de los hospitales que no cuentan con este apoyo; y quiero decirle que ahora mismo estamos parados en el terreno que ya se nos donó para su construcción. Finalizo mirando a futuro y diciendo que lo esperamos de nuevo para inaugurar el albergue comunitario, mostrarle nuestras ambulancias, estrenar el sistema de aire acondicionado y presumir nuestro premio Platino, y entonces usted nos hablará del gran avance logrado en nuestro sistema de salud. Aquí lo esperamos con muchas ganas, trabajando de acuerdo con el ejemplo que usted nos pone, comprometidos con toda la gente que cree en IMSS-Bienestar, pero sobre todo que cree en su presidente de la República. Muchas gracias, señor presidente.

76.- HOSPITAL RURAL EL FUERTE (SINALOA)⁷⁹

LOUIS ALBERT REID ESPINOZA, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL EL FUERTE: Buenos días. Señor presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Andrés Manuel López Obrador; distinguidas autoridades que nos acompañan; compañeros del hospital y de la zona de servicios médicos; público en general. Sean todos bienvenidos a El Fuerte, maravilla natural de Sinaloa para el mundo, poseedor de grandes atractivos naturales y turísticos, como el circuito de Mar de Cortés, Barranca del Cobre y su recorrido por el Tren Chepe de Chihuahua a Pacífico, además de otros sitios históricos y culturales de arraigadas tradiciones indígenas de mayo y yoreme, como la Danza del Venado. El Fuerte tiene una historia de casi 500 años. Fue fundado como Villa de San Juan Bautista de Carapoya y la construcción de un fuerte fue necesario para defender de los colonizadores de los ataques de los nativos, llamando al nuevo asentamiento Fuerte de Marqués de Montecarlos, para luego dar origen al municipio de El Fuerte. Por eso y por muchas otras razones me siento muy afortunado de trabajar para la población de El Fuerte, gente noble, humilde, honrada y trabajadora, con la cual sin duda tenemos un gran compromiso. Con la aplicación de nuestro Modelo de Atención Integral a la Salud, hemos logrado que miles de personas construyan un mejor futuro a través de la atención completamente gratuita que se otorgan en las unidades médicas de este generoso programa. Señor presidente: Quiero decirle que nací en Perú, llegué a este hermoso país hace 30 años y mi familia es mexicana. Hace 12 años laboro en este programa y tengo dos hijos que también estudian medicina porque decidieron seguir mis pasos en esta noble carrera, lo cual me llena de orgullo. Estudié la licenciatura de medicina en Guadalajara y la especialidad de urología en mi país; regresé nuevamente a Sinaloa donde estudié la maestría en salud pública, me he desempeñado como coordinador de enseñanza y de vigilancia epidemiológica en este hospital, y actualmente tengo el gusto de ser el director desde hace un año.

Este hospital tiene 42 años de ofrecer servicios desde que era IMSS-Coplamar, y en este nuevo edificio laboramos desde hace 21 años; tiene una plantilla de 138 trabajadores y atiende a casi 162,000 personas de la región que radican en siete municipios, entre ellos Choix, Sinaloa de Leyva, Ahome, Mocorito y Salvador Alvarado; además de atender a 12,000 derechohabientes del instituto. Contamos con zona de servicios con 58 unidades médicas rurales, algunas muy distantes, como la de San José de Gracia, que queda a 12 horas de distancia. Y por último, también atendemos a pacientes de Sonora y de Chihuahua, de los municipios de Guachochi e Hidalgo del Parral, población principalmente rarámuri. El Hospital El Fuerte cuenta con 27 camas censables, es obstétrico y en un año se atienden un promedio de 1,200 partos, además de 54,000 consultas, 10,000 urgencias y casi 2,800 egresos hospitalarios y 400 cirugías. Tenemos como apoyo fundamental un albergue comunitario que tiene una capacidad de 17 personas, el cual siempre está lleno, registrándose

⁷⁹ Presidencia de la República. Publicado el 12 de octubre de 2019.

en el 2018 más de 8,000 usuarios y teniendo una ocupación de 133%. Señor presidente: En imss-Bienestar trabajamos bajo la premisa de optimizar nuestros recursos; sin embargo, necesitamos de su apoyo para la ampliación del servicio de urgencias, de un espacio físico para el cara y la ampliación del albergue. Asimismo, y por términos de vida útil, requerimos la renovación de sus equipos médicos y electromecánicos, la sustitución de la ambulancia, la cobertura de residentes de pediatría y la revisión de la plantilla del hospital para cubrir todos los turnos. No obstante estas áreas de oportunidad, le comento que el hospital logró hace cuatro años su acreditación en calidad y seguridad para la atención médica, y para el próximo noviembre tenemos programada la evaluación para obtener la nominación de Hospital Amigo del Niño y de la Niña. En relación a la atención de alta especialidad en este hospital se han realizado cinco jornadas quirúrgicas desde su creación en diferentes especialidades, pero apenas el mes pasado se realizó una en mi especialidad, de urología, en donde se pudo beneficiar a 101 pacientes, a los cuales se les realizó 141 procedimientos quirúrgicos, principalmente eran pacientes de la tercera edad, a los cuales se les pudo ayudar a recuperar un mejor nivel de vida, ya que durante largo tiempo estuvieron atados a usar sondas de Foley por padecimiento de la próstata y de las vías urinarias.

Señor presidente: Concluyo diciendo que me siento muy orgulloso porque este hospital recibe hoy su presencia. Y coincidentemente con su grata presencia, hoy es 12 de octubre, Día de la Raza, por lo que con mucho orgullo le comento que por mi sangre corre sangre afroamericana, sangre mestiza y de la milenaria cultura inca, es decir, soy de todas las sangres y de todas las razas, como muchos de mis hermanos mexicanos de esta gran nación. Hoy me uno a su gran esfuerzo por mejorar la atención de las personas que viven con las mayores carencias en los lugares más dispersos y alejados, y soy fiel testigo de cómo usted brinda su apoyo a las personas más pobres de este país, tal como necesitan muchos pueblos de Latinoamérica. Muchas gracias, señor presidente.

77- HOSPITAL RURAL SAN QUINTÍN (BAJA CALIFORNIA)⁸⁰

FRANCISCO ENRIQUE HIDALGO MORENO, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL SAN QUINTÍN: Muy buenas noches. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; distinguidas personalidades que nos acompañan; compañeros todos; público en general. Sean ustedes bienvenidos a San Quintín, un valle agrícola de gente trabajadora, donde una gran diversidad de culturas se une para hacer realidad un ejemplo de la grandeza de lo que nuestro pueblo es capaz de hacer: florecer un desierto. Señor presidente: Soy chilango de origen y formación académica, egresado como médico cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México. Y cuando terminé mi especialidad en cirugía general, me puse a pensar: ¿Y ahora dónde voy a encontrar chamba? Un amigo me dijo: ‘Ve a IMSS-Solidaridad, ahí luego luego te van a dar chamba’. Incrédulo fui, metí mis papeles, jamás pensé que me hablaran. Aún lo recuerdo muy bien, recuerdo la fecha, 28

⁸⁰ Presidencia de la República. Publicado el 12 de octubre de 2019.

de febrero de 2002 a las 14:00 horas. Recibí una llamada telefónica, me llamaron y me dijeron: 'Doctor, te vas para San Quintín.' Acudí a las oficinas de Solidaridad, me dieron mi contrato y me dieron mi boleto para poder llegar aquí a San Quintín. Realmente no lo podía creer. Yo tengo aquí 17 años y quiero decir que la presencia del programa en esta región ha sido muy importante para la salud de los jornaleros, ya que es el único hospital que otorga atención médica y medicamentos gratuitos a través de un modelo eminentemente preventivo, que ha sido determinante para la modificación positiva de hábitos y conductas de nuestra población.

Es justo agradecerle que nos visite en esta región de Baja California, la puerta más distante del noroeste del país para llegar y conocer las condiciones del hospital; pero también para conocer a los trabajadores de este lugar, en el que oriundos y migrantes nos unimos para laborar en un gran equipo, para hacer posible la atención del México que pocos conocen, el México trabajador en el que usted cree, aquel por el que usted realiza su máximo esfuerzo. Soy el portavoz de 158 personas que laboran en esta unidad médica y que día con día hacen su mejor esfuerzo en la atención de nuestros usuarios, brindando actividades preventivas y curativas a más de 24,000 personas adscritas a este hospital rural, principalmente población rural, indígena, migrante, de las etnias, mixteca, triqui y zapoteca. La población que atendemos es de poco más de 65,000 personas a través de 15 unidades médicas de primer nivel. Pero esto no queda ahí, ya que este hospital es la única opción de servicios de segundo nivel al sur del estado, estando el hospital más próximo a más de 400 kilómetros en Guerrero Negro, y al norte a 180 kilómetros, otro en la ciudad de Ensenada, considerando que somos el municipio con mayor extensión territorial en México. Este hospital está a punto de cumplir 20 años de vida laborando de manera ininterrumpida. De enero a agosto hemos atendido más de 25,000 consultas, 2,168 egresos hospitalarios, más de 1,000 intervenciones quirúrgicas, 1,295 partos. Nuestra atención se ve fortalecida por los 1,150 voluntarios que día a día hacen su esfuerzo para apoyar la salud de nuestro pueblo, por lo que a todos, personal institucional y de la estructura comunitaria, les brindo mi total reconocimiento. Sin ustedes, esto no sería posible.

Hemos sido testigos de la transición epidemiológica del Valle de San Quintín, misma que día a día se torna más compleja y demandante en conocimientos, técnicas diagnósticas y medicamentos. Pero al igual que la ciencia médica avanza a pasos agigantados, las necesidades en salud también, por lo que sabiendo de su convicción para atender la salud de la población que más lo necesita, me permito solicitarle respetuosamente el fortalecimiento de la plantilla de personal, la modernización de equipo médico y electromecánico, y sobre todo, la ampliación de nuestro hospital, a fin de mejorar la atención que prestamos a toda nuestra población. Señor presidente: Durante los últimos meses hemos sido testigos de su paso por los hospitales del programa, conociendo y escuchando de los actores principales sus necesidades y sus retos. Sepa usted que estamos muy conscientes de su esfuerzo por mejorar las condiciones del país y seguimos con asombro la extenuante gira de trabajo que realiza por todo lo ancho y largo del territorio nacional. No cabe duda, que su ejemplo es digno de admirarse e imitarse y dar cada día más por nuestro país. Solo puedo cerrar mi participación diciéndole que en el Valle de San Quintín nos unimos con gusto a su gran

esfuerzo para lograr un México más justo, estando listos para contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de nuestros compatriotas que llegan a estas lejanas tierras, con lo único que tienen: su gran capacidad de trabajo. Muchas gracias.

78.- HOSPITAL RURAL LOS HERNÁNDEZ (SAN LUIS POTOSÍ)⁸¹

JULIO SORIANO TÉLLEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL LOS HERNÁNDEZ: Buenas tardes. Con su permiso, licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos; distinguidos miembros del presídium; compañeros todos. Señoras y señores. Sean ustedes bienvenidos al Hospital Rural Los Hernández, al hospital más nuevo y joven del programa IMSS-Bienestar. Quiero iniciar simplemente diciendo: Gracias. Gracias por el esfuerzo y la suma de voluntades de los actores federales, estatales y municipales que hicieron posible la puesta en marcha de este magnífico hospital en el municipio de Villa de Ramos, una de las zonas clasificadas con mayor rezago social en la entidad y, por ende, que traerá muchos beneficios a los jornaleros agrícolas en esta región, a esta tierra de gente trabajadora que nos ha recibido con los brazos abiertos. Gracias también por permitirme formar parte del altísimo honor que representa que esta unidad sea inaugurada el día de hoy por nuestro presidente de la República y así formar parte de la familia IMSS-Bienestar, de estar en la mejor institución de primer y segundo nivel de atención de salud que existe en nuestro país. Soy veracruzano, de la hermosa ciudad de Orizaba. Desde hace 10 años tengo la fortuna de haber trabajado en la trinchera más operativa en lo más alto de la Sierra de Zongolica como encargado de unidades médicas rurales. Hace seis años IMSS-Bienestar hizo posible uno de mis sueños: convertirme en médico especialista como parte de la profesionalización que tienen para sus trabajadores, y ahora como cirujano tengo el gusto de haber sido nombrado hace apenas 15 días, director de este hospital. Por todo ello, vaya mi agradecimiento total para el Instituto.

Hoy, en este parte del suelo patrio, venimos a decir que ya no habrá más ausencia de salud, no estarán ya desprotegidos los municipios de Salinas, Villar de Ramos, Santo Domingo, Ahualulco y Mexquitic, porque hoy estará aquí este hospital ofreciendo acciones de salud a los grupos de adolescentes a través de los CARA, a las mujeres en edad fértil a través del Modelo de Salud Ginecológica, a nuestros grupos prioritarios a través del MAIS, y con atención quirúrgica especializada a través de las jornadas Bienestar. En fin, a todos, porque aquí vamos, vamos con todo, en un camino nuevo, enfocado a la prevención a la cercanía y al contacto con nuestros usuarios, y no a esperar a que aparezcan los enfermos, sino actuar antes de que se enfermen, acciones que ninguna otra institución las realiza en el sector. Es por ello que para mí es un honor formar parte del equipo de 124 personas que laboran en este hospital y que dirigen sus esfuerzos a mejorar la salud y condiciones de vida de las casi 59,000 personas que atendemos, y que radican en cinco municipios a través de 15 unidades médicas rurales y tres brigadas de salud, a quienes brindaremos, como dice nuestro nombre,

⁸¹ Presidencia de la República. Publicado el 15 de octubre de 2019.

bienestar. Con la inauguración de este hospital se apuntalan la atención de segundo nivel de toda una región; sin embargo, aunque es un hospital nuevo, no quiere decir que no tengamos necesidades, por lo que requerimos complementar la cobertura de personal para todos los turnos y un espacio físico para el CARA Y EL MAIS, por lo que solicito su amable intervención ya que, como usted podrá darse cuenta, contamos con un amplio terreno en donde se puede desarrollar un espacio físico a manera de gimnasio, canchas deportivas o áreas de recreación, porque si lo que nos interesa son los jóvenes, esta es una maravillosa oportunidad de atraerlos hacia las conductas saludables y a la prevención de adicciones. Señor presidente: Sin duda alguna sus diálogos con nuestras comunidades han sido todo un éxito. Su presencia ha venido a refrescar nuestra operación y sienta un precedente de esfuerzo, trabajo y ganas de hacer bien las cosas. Pero no podemos negar que tenemos un gran compromiso al iniciar operaciones con un hospital, equipo y personal nuevo porque sabemos que hay otros 79 hospitales que están ávidos de infraestructura, equipamiento y recurso humano. Compañeros, amigos: Terminó diciendo que ya sea uno originario de Veracruz, San Luis Potosí, Zacatecas o cualquier otro estado, estamos listos para atender a la población de México que más lo requiere. Queríamos un cambio, anhelábamos un cambio, y hoy tenemos la maravillosa oportunidad de llevarlo a cabo, porque el cambio comienza por nosotros mismos, de la mano de un hombre que está transformando para bien nuestro país. Muchas gracias.

79.- HOSPITAL RURAL PINOS (ZACATECAS)⁸²

LILIA DÍAZ MORENO, ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL RURAL PINOS: Muy buenas tardes, licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos; distinguidas autoridades que nos visitan, compañeros del instituto, público en general: Qué honor para Zacatecas es estar en la antesala del cierre definitivo de su gira nacional por los hospitales rurales de IMSS-Bienestar. Pinos lo recibe con los brazos abiertos. Pinos es tierra de guachichiles, tribu de indomables guerreros chichimecas que resistieron el asedio hasta del propio imperio azteca. Sierra de Pinos es un ancestral pueblo minero de más de 400 años de existencia donde los conquistadores extrajeron grandes cantidades de oro y plata, y su escudo de armas proclama a la tierra y al trabajo siempre fieles. Emblema que muy bien pudiera aplicarse a IMSS-Bienestar por la capacidad de trabajo y espíritu de servicio de todos sus trabajadores. Soy médica cirujana con especialidad en anestesiología, con 19 años de antigüedad en IMSS-Bienestar. Soy de la Ciudad de México y conocí el programa como pasante en la Unidad Médica Rural de Contitlán, Zacatecas. Después, estudié la especialidad en el Centro Médico Nacional Siglo XXI y, al contrario de muchos de mis compañeros que a toda costa pedían ubicarse en las grandes ciudades, yo quise realizar mi rotación de campo en el Hospital Motozintla, Chiapas, porque ya el programa había tocado mi corazón y tenía conciencia de las necesidades de la gente que vive en los lugares más alejados de nuestro

⁸² Presidencia de la República. Publicado el 15 de octubre de 2019.

país. Después fui anesthesióloga operativa, gestora de calidad y ahora tengo el honor de haber sido nombrada encargada de la dirección de este hospital desde hace tres meses.

Este año Pinos cumple 26 años de otorgar servicio a más de 300 comunidades rurales con una población beneficiaria de casi 90,000 personas de los municipios Villa Hidalgo, Villa García, Villa González Ortega y Noria de Ángeles, quienes son derivadas a través de una red conformada por 22 unidades de primer nivel y con una sólida estructura comunitaria de alrededor de 2,300 personas. Y con todo este gran equipo hemos logrado incidir en las prioridades del programa, disminuyendo las tasas de mortalidad materna-infantil, incrementando la identificación y control de hipertensión y diabetes, la cobertura de vacunación y la atención integral al adolescente. Nuestra población está compuesta principalmente por niños y mujeres, porque la mayoría de los hombres migran a campos agrícolas de los Estados Unidos. Ellos, niños y mujeres, llegan a este hospital después de caminar arduas jornadas, dos a tres horas, debido a la escasez de transporte público de la región; es decir, en ocasiones se recorren hasta 50 kilómetros de camino de terracería para poder tener el diagnóstico y tratamiento de un especialista. Pinos es el hospital que cuenta con mayor número de camas de los hospitales de IMSS-Bienestar de Zacatecas, con 36 camas censables. No obstante, quiero decir que para otorgar nuestra atención dependemos de las rotaciones de médicos residentes, quienes ya sabemos que optan por las grandes ciudades, además de influir en ello las condiciones de inseguridad. Ejemplo de lo anterior es que no tuvimos residentes en el primer semestre de este año y fue hasta septiembre que se regularizó esta situación.

Sin embargo, actualmente tenemos el gusto de decir que somos la primera opción de salud para todo el municipio, además de haber logrado obtener nuestra nominación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña. No obstante, y debido a los años de operación de nuestro hospital, le quiero decir que tenemos necesidades urgentes, como la ampliación del servicio de urgencias, debido a que solo cuenta con dos camas y se otorgan 34 atenciones por día, además de carecer de una sala de choque. También se requieren ampliar otros servicios como: medicina preventiva, atención a pacientes crónicos y neonatos, así como las residencias médicas y nuestro albergue comunitario. Señor presidente. Entendemos la transición que vive el país, sabemos que no es fácil constatar cambiar de la noche a la mañana, pero confiamos en usted y en las decisiones que habrá de tomar en su agenda política pública, pero sobre todo celebremos las mejores condiciones de los médicos que decidimos alejarnos de los grandes centros hospitalarios para brindar nuestra atención en las zonas rurales. De nuestra parte, considérenos sus aliados en la consolidación de un sistema de salud que vaya más allá de la atención curativa, porque los trabajadores de IMSS-Bienestar empeñamos nuestra palabra a favor de sus habitantes para hacer de la salud una parte de su cultura. Pinos sabe que cuenta con un presidente amigo. Creemos en usted y apreciamos su esfuerzo por mejorar el sector salud. Estamos seguros de que pronto se verán condiciones más justas para la población que más necesita de su apoyo en nuestra gran nación. Muchas gracias.

80.- HOSPITAL RURAL TLAXIACO (OAXACA)⁸³

MARCO ANTONIO MARTÍNEZ CASTELLANOS, DIRECTOR DEL HOSPITAL RURAL TLAXIACO: Gracias. Muy buenas tardes. Licenciado Andrés Manuel López Obrador, presidente de los Estados Unidos Mexicanos; respetables autoridades y personalidades que nos acompaña; estimados compañeros en activo y jubilados; señoras y señores: Sean bienvenidos a la tres veces Heroica Ciudad de Tlaxiaco, denominada así por registrar hechos históricos de la gran combatividad y resistencia de sus habitantes, pueblos ancestrales del mexicanapan, cuya toponimia mexicana significa: 'Bajo la lluvia en el juego de pelota'. Es un honor que el hospital rural 80 que usted visita, el último de su gira de IMSS-Bienestar sea el Hospital de Tlaxiaco. Y considero que no es ninguna casualidad que termine hoy aquí, porque si bien inicio por el hermano estado de Chiapas y hoy está con nosotros, es sin duda una señal de la atención que usted le ha conferido a los estados con el mayor número de pueblos originarios de nuestro país, porque en Oaxaca existen 18 etnias de las 68 que se atienden nuestro querido programa. Soy oaxaqueño de la mera capital, soy especialista en cirugía general, egresado del Hospital Civil de Oaxaca, tengo 19 años de antigüedad en IMSS-Bienestar; primero laboré tres años como médico general en el hospital de Tlacolula, 12 como cirujano en Tlaxiaco y Juchitahuaca, y ahora tengo el orgullo de ser director de este gran equipo desde hace cuatro años. Tlaxiaco cuenta con 39 años de operación y atiende a más de 132,000 personas, está ubicado en un lugar estratégico de la Mixteca porque no existe otro de su nivel en atención en 100 kilómetros a la redonda. Se atiende a población de más de 47 municipios de alta y muy alta marginación, destacando el de Santiago Amoltepec. Se otorga atención a través de una red de servicios conformada por este hospital y 61 unidades médicas rurales y dos brigadas de salud, un Centro de Atención Rural Obstétrica o CARO, en donde las acciones de nuestra estructura comunitaria, compuesta por casi 4,000 personas es fundamental.

En este hospital atendemos a población mixteca y triqui, representando muchas veces su única opción para atender sus necesidades en salud. Nos llena de orgullo decir que a lo largo de cuatro décadas hemos sido testigos del impacto de las acciones que IMSS-Bienestar desarrolla bajo su modelo preventivo, porque hoy nuestra población se enferma y muere menos por padecimientos infecciosos, han disminuido los niños desnutridos, [así como] la muerte materna y neonatal; ha mejorado la cobertura de vacunación, la atención a los adolescentes y la identificación y control de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial. Muestra de esta gran labor es que en un día promedio se otorgan 160 consultas, se atienden 37 urgencias, efectuamos cinco cirugías y generamos ocho egresos hospitalarios, además de que diariamente aquí nacen cinco oaxaqueños, casi siempre productos de embarazo de alto riesgo. En este sentido, destaco que una de nuestras grandes fortalezas es el albergue comunitario, en donde damos techo y alimento principalmente a embarazadas que vienen de comunidades muy lejanas, y quienes, debido

⁸³ Presidencia de la República. Publicado el 18 de octubre de 2019.

a lo accidentado del terreno y la falta de transporte, acuden con anticipación a fin de evitar muertes maternas o perinatales, registrando en un año promedio más de 11,000 usuarios. El hospital cuenta con 33 camas censables y es importante comentar que, dada la lejanía de otras unidades hospitalarias de apoyo, o por la saturación de las mismas, aquí se atienden y resuelven patologías que corresponden a un tercer nivel. Menciono como dos casos éxito un prematuro de 29 semanas de gestación que pesó 900 gramos y que gracias a la atención otorgada, hoy es un niño sano. El segundo caso fue muy renombrado y transmitido por televisión a nivel nacional, una mujer con acretismo placentario y sangrado masivo, que fue intervenida con el personal quirúrgico de este hospital, realizando cesárea e histerectomía con una técnica innovadora logrando el feliz egreso de la madre y su bebé. También recibimos la nominación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña, obteniendo una calificación sobresaliente de 98.6%.

Por todo lo aquí expresado, reciba un merecido reconocimiento a todo el personal de este hospital rural, y los equipos de salud de nuestras unidades médicas de primer nivel. Señor presidente: Para continuar brindando nuestros servicios a la población de Mixtecapán, requerimos de su apoyo a fin de renovar nuestro ya cansado equipo médico y electromecánico, las gastadas ambulancias y las ya muy usadas camionetas que supervisan las unidades médicas rurales, la ampliación y creación de áreas hospitalarias, fortalecer la plantilla de médicos especialistas y de personal diverso para cubrir todos los turnos. Como dice el dicho, todo lo que inicia tiene un final. Termina mi discurso y esta gira, pero para nosotros esto no es el final, porque estoy seguro de que para todo el personal de IMSS-Bienestar significa el inicio del camino para reforzar nuestras labores con el nuevo impulso que usted nos ha inyectado, tomando como ejemplo su gran capacidad de trabajo, y porque sabemos que en el futuro tendremos nuevos equipamientos, mayor cobertura de personal y la ampliación de nuestra infraestructura en los 80 hospitales de IMSS-Bienestar. Señor presidente: Sepa usted que durante estos 40 años de atención a la población, miles de bendiciones han caído sobre nuestro Instituto y sobre nuestro programa, miles de bendiciones de amusgos, chatinos, mixtecos, totonacos, tarahumaras, en fin, toda la población indígena de nuestro país que ha podido mejorar o reestablecer su salud y que, sin duda, nos ha ayudado a sobrevivir durante más de cuatro décadas. Agradezco de todo corazón que usted haya volteado a vernos, que haya venido a renovar nuestras esperanzas y celebramos oírlo decir que los tiempos que vienen para IMSS-Bienestar serán mucho mejores. Muchas gracias.

Los autores

HÉCTOR JAVIER SÁNCHEZ PÉREZ

Doctor en Medicina, Investigador Titular C con Definitividad, Departamento de Salud, El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR); coordinador ECOSUR-Red GRAAL (Grupos de Investigación para América y África Latinas); secretario técnico del Observatorio Social de Tuberculosis México. hsanchez@ecosur.mx

GUSTAVO LEAL F.

Profesor investigador adscrito a la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, estudioso de la salud y la seguridad social en México y el mundo. lealfernandezgustavo@gmail.com

DAMARIZ ESCOBAR

Candidata a Maestra en Medicina Social, Profesora Ordinaria de Asignatura “A” Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM). Correo electrónico: vdamariz.edr@hotmail.com

JORGE LEONEL LEÓN CORTÉS

Ph. D. en Ecología, Investigador Titular C, con Definitividad, Departamento de Conservación de la Biodiversidad, El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. jleon@ecosur.mx

*Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar. Visiones operativas de
"la otra historia"* se terminó de imprimir el 30 de noviembre de 2021
en los talleres de Servicios Profesionales de Impresión, SEPRIM,
Calle Siembra 1, bodega 5, Colonia San Simón Culhuacán,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09800, Tel. 5554437754.

Corrección de estilo: Julio Roldán.

Diagramación de interiores

y diseño de portada:

Patricia Carricart.

Este libro trata de la evolución a través de cuatro décadas del Programa IMSS-Bienestar. Creado en 1979 como IMSS-Coplamar, fue concebido con un fuerte componente de acción comunitaria para llevar los servicios de salud principalmente a las áreas de mayor marginación socioeconómica del país. Sin embargo, ha ido perdiendo fuerza y su eje vertebral, el Modelo de Atención Integral a la Salud, hoy vive una descomposición orgánica y desequilibrada.

Con el fin de ofrecer un panorama de la historia no oficial del programa, aquí se reúnen diversas versiones que merecen ser conocidas y que representan el propósito principal de este trabajo: los distintos puntos de vista del personal operativo sobre la construcción y desarrollo de un sistema de salud fundamental en México. También se analiza si la llegada del nuevo gobierno federal logrará devolver al IMSS-Bienestar su misión original, esto es: hallar el equilibrio entre la prevención y la curación, para ser capaz de mejorar efectivamente el estado de salud de la población.

Adicionalmente, los lectores encontrarán la transcripción oficial de los discursos que 80 directores de hospitales rurales pronunciaron ante el presidente Andrés Manuel López Obrador durante sus visitas para evaluar de primera mano al IMSS-Bienestar.

