

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2021.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dirección General.

ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con fundamento en lo establecido en los artículos 1, 3, fracción I, y 45, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 5 y 59, fracción XIV, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 214 a 217, 250 A, 250 B, 268, fracción IX y 277 C de la Ley del Seguro Social; 75 y 77, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 66, fracción XVI, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; 176 a 181, del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 27 y 28 en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2021, y

CONSIDERANDO

Que el Programa IMSS-BIENESTAR es administrado por el IMSS, a través de la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR, en coordinación con las Direcciones de Prestaciones Médicas, de Finanzas y de Administración, así como, con los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS, y tiene por objeto garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, mediante el otorgamiento de servicios de salud de primer y segundo nivel, considerando para ello la implementación y aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que vincula la prestación de servicios de salud con la participación activa de la comunidad para el autocuidado de su salud, en favor de la población que carece de seguridad social donde el Programa tiene presencia.

Que el "Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2020-2024", fortalece la estrategia del Gobierno Federal mediante la expansión de su capacidad operativa para atender a los mexicanos sin seguridad social, a través del Programa IMSS-BIENESTAR y converger para la creación del Sistema Único de Salud.

Que conforme a lo antes expuesto y acorde con el artículo 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, los programas a través de los cuales se otorguen subsidios y que deban sujetarse a Reglas de Operación, se señalarán en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de que se trate; por lo que tengo a bien emitir el siguiente:

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

ÚNICO.- El Instituto Mexicano del Seguro Social establece las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR aplicables durante el ejercicio fiscal 2021, las cuales se detallan en el Anexo del presente Acuerdo.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día 1 de enero del Ejercicio Fiscal 2021 con vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año.

SEGUNDO.- Los indicadores de desempeño, podrán adecuarse, en su caso, en términos de los comentarios emitidos por las instancias legalmente competentes. Los indicadores de cada Ejercicio Fiscal estarán disponibles en la página electrónica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la sección correspondiente al Programa IMSS-BIENESTAR.

TERCERO.- El lenguaje empleado en las presentes Reglas de Operación no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos. En la ejecución del Programa IMSS-BIENESTAR se incorporará la equidad y perspectiva de género, lenguaje incluyente y no sexista.

CUARTO.- Las presentes Reglas de Operación son de observancia obligatoria en todo el ámbito de operación del Programa IMSS-BIENESTAR.

QUINTO.- La operación y actividades del Programa IMSS-BIENESTAR, están sujetas a la disponibilidad presupuestal anual que autoriza la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente.

Ciudad de México, a 17 de diciembre de 2020.- El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, **Zoé Alejandro Robledo Aburto**.- Rúbrica.

ANEXO

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR APLICABLES DURANTE EL EJERCICIO FISCAL 2021

Contenido

- 1. Introducción**
 - 1.1. Glosario de términos y definiciones
- 2. Objetivos**
 - 2.1. General
 - 2.2. Específicos
- 3. Lineamientos**
 - 3.1. Cobertura
 - 3.1.1. Cobertura por Zona de Servicios Médicos
 - 3.1.2. Ampliación de cobertura
 - 3.1.3. Universo de Trabajo
 - 3.1.4. Localidad sede
 - 3.1.5. Localidad de Acción Intensiva
 - 3.1.6. Área de influencia
 - 3.2. Población
 - 3.2.1. Población Objetivo
 - 3.2.2. Población Potencial
 - 3.2.3. Población Atendida
 - 3.3. Beneficiarios
 - 3.3.1. Padrón de Población Adscrita
 - 3.3.2. Calidad y confidencialidad de la información
 - 3.4. Catálogo de servicios otorgados, apoyos y reconocimientos
 - 3.5. Calidad en la atención y derechos de los beneficiarios
 - 3.5.1. Calidad en la atención
 - 3.5.2. Derechos de los beneficiarios
 - 3.6. Instancias normativas y participantes
 - 3.6.1. Instancias normativas
 - 3.6.2. Instancias participantes
 - 3.7. Coordinación interinstitucional
- 4. Operación**
 - 4.1. Proceso
 - 4.2. Ejecución
 - 4.2.1. Gestión presupuestaria y avances financieros
 - 4.2.2. Cierre del ejercicio
 - 4.2.3. Recursos no devengados
- 5. Seguimiento, supervisión-evaluación-asesoría, inspección y auditoría**
 - 5.1. Seguimiento, supervisión-evaluación- asesoría
 - 5.2. Inspección
 - 5.3. Auditoría
- 6. Evaluación**
 - 6.1. Evaluación Interna
 - 6.2. Evaluación Externa
- 7. Indicadores**
- 8. Transparencia**
 - 8.1. Contraloría Social
- 9. Difusión**
 - 9.1. Programa Editorial
 - 9.2. Portal de internet
- 10. Quejas y Denuncias**

1. Introducción

IMSS-BIENESTAR es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el IMSS. Ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente en zonas rurales donde el Programa se constituye en el referente para la atención a la salud, desde una perspectiva comunitaria, lo que contribuye a la inclusión social y a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud.

Los recursos con los que opera provienen del Ramo 19 "Aportaciones a Seguridad Social" y constituyen un subsidio federal. Su administración se realiza con independencia en su manejo y operación, a través de la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR, en coordinación con las Direcciones de Finanzas y de Administración, así como, con los OOAD del IMSS. Así mismo, su contabilidad se realiza por las referidas Direcciones normativas y los OOAD del IMSS en las que el Programa tiene presencia, por separado de la contabilidad general del IMSS, en total apego a las disposiciones contenidas en la Ley del Seguro Social, LFPRH, Ley General de Contabilidad Gubernamental y el RLFPRH, y el PEF aprobado anualmente, así como en el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la APF, y en los Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la APF, publicados en el DOF el 10 de diciembre de 2012 y el 22 de febrero de 2016, respectivamente.

Adicionalmente, IMSS-BIENESTAR podrá recibir recursos provenientes de la suscripción de convenios o acuerdos interinstitucionales.

Como parte del Sistema Nacional de Salud, IMSS-BIENESTAR contribuye a garantizar la universalidad del derecho constitucional a la protección de la salud para la población sin seguridad social laboral en las zonas donde el Programa tiene presencia.

1.1 Glosario de términos y definiciones

Albergue Comunitario	Inmueble anexo o cercano a Hospitales Rurales, del IMSS-BIENESTAR, donde se ofrecen de forma gratuita alimentación, alojamiento y orientación en salud a mujeres embarazadas y acompañantes de personas hospitalizadas.
APF	Administración Pública Federal.
AC	Asamblea Comunitaria.
Aval Ciudadano	Mecanismo de Contraloría Social y de participación ciudadana, que busca generar capital social a través de grupos organizados de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, universidades, centros académicos, asociaciones de profesionales y otras instituciones y ciudadanos a título individual. Son el enlace entre los establecimientos médicos del Programa y los usuarios de los servicios de salud.
BS	Brigada de Salud. Equipo de salud itinerante, integrado por Médico, Enfermera y Promotor de Acción Comunitaria, destinado a proporcionar cuidados de salud y entrega de medicamentos e insumos en localidades de su área de responsabilidad.
Cama censable	Cama que genera un egreso hospitalario. Se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para el uso regular de pacientes internos), debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. Incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico.
Cama no censable	Su característica fundamental es que no genera un egreso hospitalario. Es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito.
CARA	Centro de Atención Rural al Adolescente
CARO	Centro de Atención Rural Obstétrico
Casa de Salud	Espacio físico que pertenece a la comunidad (ejido o congregación), al Municipio o a un particular, destinado exclusivamente y con carácter permanente o temporal como apoyo a las actividades de promoción a la salud de la organización comunitaria o extramuros del personal institucional de IMSS-BIENESTAR, en poblaciones beneficiarias del Programa. No son establecimientos médicos, unidades médicas o consultorios, en razón de que no cumplen con lo dispuesto en la NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Carta Compromiso	Documento que establece compromisos de mejora en los establecimientos médicos, derivado de aspectos identificados por los usuarios y el Aval Ciudadano.
Cartilla	Se refiere a la Cartilla Nacional de Salud, documento en el que se registran las acciones de salud de la línea de vida.
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 10.
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. Al comité colegiado de carácter técnico consultivo orientado al análisis de la problemática en materia de calidad de la atención de los establecimientos de salud, que propone y recomienda a los directivos, acciones de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.
COMETA	Comité Médico Técnico Administrativo de Hospital Rural. El comité está conformado por el cuerpo de gobierno y coordinadores médicos de educación y calidad y vigilancia epidemiológica y medicina preventiva, cuya función principal es identificar las áreas de oportunidad desde el punto de vista médico-administrativo, establecer soluciones inmediatas diariamente o en su caso derivarlas a otro nivel con el objetivo de mantener la funcionalidad de los servicios, procesos y protocolos de atención del HR. Interactúa con COMETAZ y COCASEP.
COMETAZ	Comité Médico Técnico Administrativo de la Zona de Servicios.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
CODECIN	Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales. Al organismo conformado por enfermeras, epidemiólogos, administradores de servicios en salud y de otras áreas pertinentes como farmacia, etc., que coordinan las actividades de detección, investigación, registro, notificación y análisis de información, además de la capacitación para la detección, manejo y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
CEyC	<p>Coordinador de Educación y Calidad. Apoya al Director del HR en la evaluación del personal becario y médicos residentes.</p> <p>Coordina todas las actividades de capacitación y educación en salud de la zona de servicios médicos.</p> <p>Evalúa y coordina la funcionalidad y la calidad de la atención en consulta externa y los servicios de laboratorio, rayos X, puesto de sangrado y transfusión sanguínea.</p> <p>Apoya al Director del HR en la elaboración del plan de trabajo de la Unidad y vigila su aplicación.</p> <p>Reporta avances y resultados.</p>
CVEyMP	<p>Coordinador de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva.</p> <p>Apoya al Director del HR en todas las actividades de vigilancia epidemiológica del hospital y la zona de servicios médicos.</p> <p>Planea, dirige y supervisa las funciones, objetivos, procesos, programas y recursos de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva, así como de los temas relacionados en el ámbito de la competencia técnica.</p> <p>Imparte y apoya en ponencias, conferencias, pláticas y otras actividades de los temas del programa de capacitación e inducción intra y extramuros, referente a los procesos de vigilancia epidemiológica y programas preventivos del HR y la ZSM.</p> <p>Conduce los procesos de atención y control de brotes relacionados a las enfermedades sujetas a vigilancia, así como la asesoría y participación en la detección y notificación de alertas, emergencias y situaciones de trascendencia epidemiológica.</p>
Contingencia	Situaciones o eventos extraordinarios que entrañan riesgos para la salud de las poblaciones.
Consultoría de Enfermería	Es la identificación de riesgos potenciales y necesidades reales del paciente para otorgar cuidados específicos, acciones médico preventivas e impartir promoción y educación para la salud, todo ello con el fin de promover el autocuidado y prevención de complicaciones.
CS	Comité de Salud.

Cuerpo de Gobierno de Hospital Rural	Responsable de la operación del Hospital Rural. Se integra por: el Director del HR, Jefe de Enfermería, Administrador de HR y Residente de Conservación.
CURP	Clave Única de Registro de Población.
OOAD	Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y Regionales.
Día Comunitario	Día en el cual integrantes de los equipos de salud de HR y UMR, asisten a alguna Localidad de Atención Intensiva(LAI) de su universo de trabajo, con mayor riesgo epidemiológico para desarrollar acciones asistenciales y estrategias de promoción en prioridades de salud, conforme al panorama epidemiológico y con enfoque de riesgo, en coordinación con la organización comunitaria.
DOF	Diario Oficial de la Federación.
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS.
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas.
EGAS	Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento. Responsable de la operación del Programa en el OOAD. Se integra por un Supervisor Médico y un Supervisor Administrativo. En los casos de los OOAD Estatales Chiapas y Oaxaca se integra por un Supervisor Médico, un Supervisor de Enfermería, un Supervisor Administrativo y un Supervisor de Acción Comunitaria;
EMS	Equipo Multidisciplinario de Supervisión. Responsable de la operación regional. Se integra por un Supervisor Médico, un Supervisor de Enfermería, un Supervisor Administrativo y un Supervisor de Acción Comunitaria.
Enfoque Intercultural en Salud	Es una práctica y un proceso de relación que se establece entre personal de salud (médicos, enfermeras, administración, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que las partes pertenecen a culturas diferentes, y en el que se requiere de un entendimiento recíproco, respetuoso, para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas partes. Implica aspectos de mediación social, negociación, adecuación y resolución de conflictos.
ESAZ	Equipo de Supervisión y Asesoría Zonal. Se integra por un Supervisor Médico, un Promotor de Acción Comunitaria y un Chofer Polivalente que son responsables del proceso de supervisión y asesoría a todas las Unidades de primer nivel de atención bajo su responsabilidad.
Expediente comunitario	Conjunto de documentos que contiene información relacionada con datos demográficos, ubicación geográfica, medios de comunicación, listados de organización comunitaria, condiciones de la vivienda, actas de asamblea y otros relacionados con el trabajo comunitario.
HR	Hospital Rural. Establecimiento médico del Programa que presta servicios de primero y segundo niveles de atención.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas.
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
LFTAIP	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
LGTAIP	Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
LGS	Ley General de Salud.
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud.
MECIC	Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad incorporado como Anexo a la NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico.
Migrante	Persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia y demanda atención médica.
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados.
NOM	Norma Oficial Mexicana.

Organización Comunitaria para la Salud	Son personas de la comunidad que participan de forma voluntaria y solidaria en la implementación de estrategias que el Programa desarrolla a favor de la salud de las personas y de la comunidad y que pertenecen al Comité de Salud, VRS, Parteras Voluntarias Rurales, VSF, Médicos Tradicionales y Avaes Ciudadanos.
PAC	Promotor de Acción Comunitaria. Personal integrante del ESAZ, UMM, BS o asignado al universo de trabajo del HR, que se encarga de operar el componente comunitario en su ámbito de responsabilidad. Informa, coordina, dinamiza y asesora a la organización comunitaria en materia de promoción a la salud.
PASH	Portal Aplicativo de la SHCP.
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación.
Perspectiva de Género	Distribución de los recursos que facilitan el acceso al sistema de acuerdo a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.
PPA	Padrón de Población Adscrita al Programa IMSS-BIENESTAR.
Protocolos de atención	Es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud basados en la capacidad instalada de acuerdo a la infraestructura del Hospital, Prioridades en Salud, Guías de Práctica Clínica, Normas Oficiales Mexicanas, Lineamientos Nacionales e Internacionales, favoreciendo la atención con calidad.
Programa	Programa IMSS-BIENESTAR.
PROVAC	Programa de Vacunación Universal.
PVR	Partera Voluntaria Rural.
RS	Red Social.
ROP	Reglas de Operación. Instrumento jurídico que contiene un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar un programa, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.
RIIMSS	Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
SAC	Supervisor de Acción Comunitaria. Integrante del EGAS o EMS, que se encarga de operar el componente comunitario a nivel de los OOAD. Les corresponde, informar, coordinar, asesorar y supervisar las estrategias que el Programa desarrolle a nivel nacional, en materia de organización comunitaria y promoción a la salud, a los PAC y en su caso a la organización comunitaria.
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño.
SEBI	Secretaría de Bienestar.
SFP	Secretaría de la Función Pública.
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
SISPA	Sistema de Información en Salud para Población Adscrita: Instrumento administrado por la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR que registra las acciones del Programa, tales como consultas entre otra productividad médica y de acciones comunitarias.
Sistema de Atención Ciudadana	Conjunto de actividades relativas a la captación, trámite, atención, investigación, respuesta y resolución de expresiones ciudadanas; así como para el establecimiento de acciones encaminadas a la mejora de los servicios de salud y la prevención de la corrupción e impunidad.
SSA	Secretaría de Salud Federal.
UMM	Unidad Médica Móvil. Vehículo que contiene el equipo médico para diagnóstico y tratamiento, con diversos niveles de capacidad resolutoria. Es operado por un equipo de salud, que presta servicios de promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades. Recorre, bajo una programación determinada por la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR, una ruta conformada por localidades donde tiene presencia el Programa. Es operado por un equipo de salud integrado por: un médico, una enfermera y un promotor de acción comunitaria.

UMR	Unidad Médica Rural. Establecimiento médico que cuenta con capital humano y recursos materiales y tecnológicos destinados a realizar acciones integrales correspondientes al primer nivel de atención. Es operado por un equipo de salud integrado por: un médico (base o 08 sustituto o confianza o pasante en servicio social), una auxiliar de enfermería (base y 08 sustituto).
V	Son personas de la localidad electas en asamblea comunal, que aceptan voluntariamente el cargo de promover el cuidado de la salud de entre 10 y 15 familias de su localidad, incluida la propia; cuentan con capacitación y reconocimiento en su localidad.
VES	La Vigilancia Epidemiológica Simplificada. Es un conjunto de técnicas y procedimientos sencillos, con participación activa de integrantes de la organización comunitaria, a través del cual se registra, notifica, procesa y analiza la información básica sobre daños a la salud y situaciones de importancia epidemiológica de las comunidades, principalmente donde no hay servicios de salud instalados.
VRS	Voluntario Rural de Salud.

2. Objetivos

2.1 General

Contribuir al bienestar social e igualdad, otorgando atención a población sin seguridad social, mediante un MAIS que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en las entidades donde el Programa tiene cobertura.

El Programa desarrollará estos objetivos mediante los componentes de: Atención a la Salud y Acciones Comunitarias (Cuadro 1). Lo anterior, en un marco de respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y con Enfoque Intercultural en Salud a la población usuaria

Cuadro 1. Componentes del Programa



2.2. Específicos

2.2.1 Realizar las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y salud pública de acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

2.2.2 Otorgar servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, así como los medicamentos asociados, a la población del ámbito de responsabilidad del Programa, en las unidades de primer nivel (UMR, UMM, CARO y BS) y segundo nivel de atención (HR), con Enfoque Intercultural en Salud.

2.2.3 Desplegar iniciativas comunitarias para la mejora de la salud de las personas y de la comunidad en el universo de trabajo presente del Programa, a través de la Organización Comunitaria. Con la vigilancia epidemiológica simplificada identificar y derivar oportunamente a las personas sanas o enfermas a la unidad médica para las diferentes necesidades de atención, o vayan a ser hospitalizadas con la estancia en Albergues Comunitarios tutelados por IMSS-BIENESTAR.

2.2.4 Fomentar la participación ciudadana y la contraloría social, a través del Aval Ciudadano, con la finalidad de dar seguimiento a la calidad en la prestación de los servicios médicos, conocer la satisfacción de los usuarios, sus inconformidades y quejas y formular propuestas para la mejora continua de los establecimientos médicos del Programa.

3. Lineamientos

3.1 Cobertura

La distribución por OOAD y nivel de atención de los 4,071 establecimientos médicos con que cuenta el Programa se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Distribución de establecimientos médicos del Programa IMSS-BIENESTAR

OOAD	Total	Nivel de Atención IMSS-BIENESTAR				
		HR	UMR	CARO	UMM	BS
Nacional	4,071	80	3,622	45	140	184
Baja California	16	1	11		4	
Campeche	45	2	39		4	
Coahuila	84	3	78			3
Chiapas	604	10	561	8	18	7
Chihuahua	161	3	144	2	3	9
Durango	175	3	165		2	5
Guerrero	49	1	19	3	26	
Hidalgo	243	4	217	1	10	11
Estado de México Poniente	32	2	29		1	
Michoacán	387	7	337	3	12	28
Nayarit	91	1	82	2	2	4
Oaxaca	526	9	473	10	14	20
Puebla	338	7	309	2	12	8
San Luis Potosí	250	6	208	5	9	22
Sinaloa	119	2	103		2	12
Tamaulipas	117	4	103			10
Veracruz Norte	324	3	291	3	7	20
Veracruz Sur	259	3	229	6	8	13
Yucatán	93	4	83		6	
Zacatecas	158	5	141			12

Fuente: Catálogo de unidades médicas del Programa IMSS-BIENESTAR con corte a octubre 2020. Adicionalmente, incorpora unidades médicas en proceso de registro.

El número de unidades médicas reportado puede presentar variaciones en el transcurso del año 2021, en virtud de la dinámica operativa (baja de unidades médicas, incorporación de nueva infraestructura, y, en algunos casos, modificaciones en su denominación).

El primer nivel de atención lo integran las UMR, UMM, CARO y BS, mientras que el segundo nivel los HR.

El número de camas censables (incluidas incubadoras) y no censables con las que cuenta la oferta de atención mediante internamiento en Hospitales Rurales del Programa, por considerarse clave en la asignación de capital humano, recursos para medicamentos, insumos, reparaciones, medición regular de la ocupación hospitalaria y registro en el sistema de información de la Secretaría de Salud, requiere la autorización anual de la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR.

Adicionalmente, el Programa IMSS-BIENESTAR despliega actividades o acciones encaminadas a la promoción de la salud, complementarias de salud pública o de índole comunitario.

3.1.1. Cobertura por Zona de Servicios Médicos

La Zona de Servicios Médicos está conformada por un HR y una o más zonas de supervisión (UMR, UMM, CARO y/o BS), la cual constituye la red fundamental para prestar los servicios de salud con el objetivo de vincular los procesos de atención integral entre el primer y segundo nivel.

Cada Zona de Servicios Médicos tiene una cobertura poblacional de 113,000.

En promedio, la cobertura de atención por cada tipo de unidad es: HR-24,000; UMR-3,000; UMM-2,500 y BS-1,500 beneficiarios; para el caso de las UMM y BS estas prestan servicios de salud de manera itinerante mediante rutas establecidas a poblaciones rurales.

Corresponde al personal de salud del Programa estabilizar, derivar y orientar a los pacientes y sus familias para acceder a servicios de salud de mayor complejidad, cuando se rebase la capacidad resolutive de la oferta de servicios que proporciona el Programa.

3.1.2 Ampliación de cobertura

El Programa IMSS-BIENESTAR se suma a la política pública del Sector Salud implementada por el Gobierno Federal, para lo cual podrá expandir su capacidad operativa a otros estados de la República para otorgar servicios de salud conforme a su modelo de atención, a favor de la población sin seguridad social y sin acceso a los servicios de salud, lo que permitirá coadyuvar en la construcción del Sistema Único de Salud.

3.1.3 Universo de trabajo

Localidades del ámbito de responsabilidad del Programa y comprende la localidad sede de la unidad médica y las localidades de acción intensiva (LAI).

3.1.4 Localidad sede

Es aquélla en la que opera una unidad médica del Programa IMSS-BIENESTAR. Cuando las localidades cuentan con infraestructura de más de una institución de salud, el área geográfica se divide en sectores de responsabilidad por acuerdo interinstitucional.

3.1.5 Localidad de Acción Intensiva (LAI)

Localidad aledaña a un establecimiento médico del Programa, perteneciente al universo de trabajo, cuyos habitantes reciben servicios a través de alguno de sus componentes, apoyados principalmente por los grupos voluntarios de la organización comunitaria para la salud.

3.1.6 Área de influencia

Localidades que no pertenecen al universo de trabajo del Programa IMSS-BIENESTAR, cuyos habitantes demandan servicios a través de alguno de sus componentes.

3.2 Población

3.2.1 Población objetivo

Aquella no cubierta por ningún sistema de seguridad social, en su mayoría residente de localidades de alta y muy alta marginación, en las que el Programa proporciona sus servicios. Esta población se encuentra inscrita en el PPA del Programa.

3.2.2 Población potencial

Aquella que no tiene acceso a los servicios de salud y no es atendida por alguna institución del Sistema Nacional de Salud y habita prioritariamente en localidades rurales.

3.2.3 Población atendida

Aquella que está registrada en el PPA y es beneficiada por alguna de las acciones en salud del Programa.

3.3 Beneficiarios

Es aquella persona que ha recibido algún servicio derivado de las atenciones que proporciona el Programa IMSS-BIENESTAR. Los datos personales de los beneficiarios deben registrarse en el Padrón de Población Adscrita.

Los servicios del Programa son abiertos a la población dentro del ámbito de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, es decir, cualquier persona recibe la prestación del servicio en forma inmediata, siendo necesaria la presentación de su CURP o de su acta de nacimiento para su registro en el Padrón de Beneficiarios. Para recibir atención del primer nivel, la población dispone de UMR, CARO y UMM, así como de BS; para acceder a la atención de segundo nivel, cuenta con HR; y, para recibir atención de tercer nivel de alta especialidad, se cuenta eventualmente con la estrategia de las Jornadas Quirúrgicas Bienestar.

Dentro de la población beneficiaria están consideradas las personas o familias que sin importar su condición de aseguramiento a otros sistemas, reciben los servicios que otorga el Programa. Cuando por razones de cercanía, nivel de resolución o Convenio signado al efecto el establecimiento médico del Programa resulte ser su centro de referencia habitual para la atención a la salud, se estará a lo dispuesto en el numeral 3.7 de estas Reglas de Operación.

Así mismo, dentro de los beneficiarios también se incluye a los migrantes que demandan atención a la salud durante su tránsito por el territorio nacional y a quienes el Programa otorga servicios de salud mediante la estrategia de Atención a la Salud de los Migrantes.

3.3.1 Padrón de Población Adscrita

La Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR cuenta con un Padrón de Población Adscrita que es una base de información construida a partir del levantamiento de información de la población beneficiaria, la cual se actualiza de manera permanente en términos de lo dispuesto en el procedimiento normativo institucional; y es sometida a revisiones periódicas de acuerdo con la disponibilidad presupuestal del Programa.

El Padrón incorpora una lista nominal de la población que cumple alguna de las siguientes condiciones:

- i) Habita en el universo de trabajo y carece de seguridad social.
- ii) Habita en el universo de trabajo, cuenta con acceso a algún sistema de seguridad social y se le han otorgado servicios a través de algún componente del Programa.
- iii) Habita en el área de influencia y sin importar su condición de aseguramiento se le otorga servicio recurrente a través de algún componente del Programa.

Es preciso señalar que el Padrón se ajusta al modelo de estructura de datos del domicilio geográfico establecido en la "Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos, emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía y publicada en el DOF del 12 de noviembre de 2010; y se homologa a los criterios normativos que al respecto se establezcan por parte de las dependencias competentes.

Dicho padrón incorpora variables de identificación personal, sociodemográficas de los beneficiarios (anexo único). Entre las variables requeridas, destacan la CURP y datos de afiliación a otros sistemas de aseguramiento o programas sociales, información que permite confrontar sus datos con los registros de distintas instituciones (Registro Nacional de Población, IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado, etc.), a efecto de verificar la identidad de cada persona beneficiaria, evitar duplicidades promover el intercambio de recursos y la universalidad de los servicios.

Con el objeto de dar cumplimiento al artículo 12 del Acuerdo para la adopción y uso por la Administración Pública Federal de la Clave Única del Registro de Población, publicado en el DOF el 23 de octubre de 1996, anualmente la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR continuará estableciendo metas nacionales y en el OOAD de integración de la CURP.

Las cifras del PPA del Programa para el año 2021 se aprobaron por la Unidad del Programa durante el último bimestre del 2020, para permitir la planeación y cobertura de servicios, y servirán de referente oficial para todo el ejercicio presupuestal.

3.3.2 Calidad y confidencialidad de la Información

El Programa adopta las medidas necesarias para asegurar que el manejo, calidad y resguardo de los datos personales y estadísticos contenidos en el Padrón de Población Adscrita y otros sistemas de información, se lleve a cabo en estricto cumplimiento a las políticas en materia de seguridad, confidencialidad, integridad y disponibilidad, mandatadas en la legislación aplicable.

3.4 Catálogo de servicios otorgados, apoyos y reconocimientos.

El catálogo de servicios, apoyos y reconocimientos que otorga el Programa en sus dos componentes, es el siguiente:

Tipo de Componente	Servicios otorgados	Apoyos	Reconocimientos
Atención a la Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia Epidemiológica. • Vacunación Universal. • Acciones para la prevención, detección y control de enfermedades durante la línea de vida. • Atención de urgencias epidemiológicas, ante la ocurrencia de contingencias y desastres. • Identificación, atención y derivación del abuso infantil. 		
	<p><u>Atención Ambulatoria (Primer nivel de atención: UMR y HR).</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina Preventiva. • Promoción y educación para la salud. • Consulta de medicina general (UMR). • Consulta externa de medicina familiar, y especialidades de Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia (HR). • Estomatología. • Psicología (HR). • Atención de Enfermería. • Atención de urgencias. • Control prenatal a embarazadas de bajo y alto riesgo y vigilancia del puerperio. • Desarrollo Infantil Temprano (DIT). • Atención integral a la salud de los adolescentes en CARA y escuelas a través de la estrategia educativa; integrada por cuatro ejes: prevención del embarazo no planeado, adicciones, violencia, sobrepeso y obesidad. • Servicio de Atención Integral a la Salud (SAIS). • Atención a enfermedades crónicas: diabetes e hipertensión. • Planificación familiar y Consejería. 		<ul style="list-style-type: none"> • Premio al Mérito Médico y Enfermería del Programa de IMSS-BIENESTAR.

	<ul style="list-style-type: none">• Manejo de IRAS y EDAS.• Atención de urgencias y lesiones.• Atención a la salud de los migrantes.• Atención a la salud de los pueblos indígenas con enfoque intercultural.• Entrega gratuita de medicamentos asociados a las intervenciones en salud. <p><u>Atención Hospitalaria (HR)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Planificación familiar y consejería. Salud sexual y reproductiva.• Atención de parto y puerperio.• Atención y cuidados del recién nacido.• Servicio de urgencias.• Hospitalización pediátrica y adultos (medicina interna, cirugía general y gineco-obstetricia).• Servicios auxiliares de diagnóstico (Laboratorio, Rayos "X" y ultrasonido).• Servicio de transfusión sanguínea y/o puesto de sangrado.• Trabajo Social.• Servicio de Nutrición y Dietética.• Entrega gratuita de medicamentos asociados a las intervenciones en salud.• Jornadas Quirúrgicas Bienestar.• Estomatología.<ul style="list-style-type: none">• Servicio de alimentación, orientación alimentaria y nutricional para el primer y segundo nivel de atención.• Prevención, detección, atención y derivación de violencia de género en mujeres mayores de 15 años.• Identificación, atención y derivación del abuso infantil.• Hospedaje, alimentación y educación en salud a usuarios de los servicios de hospital, y acompañantes, que viven en localidades lejanas o de difícil acceso y están temporalmente en los albergues en tanto el paciente recibe la atención necesaria.		
--	--	--	--

Comunitario.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a la salud de los pueblos indígenas desde una perspectiva intercultural. • Promoción a la salud y orientación comunitaria en salud. • Orientación a la organización comunitaria del Programa. • Vinculación institucional con los municipios y otras instituciones y órdenes de gobierno, para el fomento a la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo básico, medicamentos, material de curación e insumos para Parteras Voluntarias Rurales y VRS. • Apoyo económico para el traslado a sus unidades médicas para Parteras Voluntarias Rurales y Voluntarios Rurales de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Premio Nacional de Acciones Comunitarias en Salud.
	<ul style="list-style-type: none"> • Saneamiento básico: vigilancia y cuidado del agua, disposición de excretas, basura y desechos, control de fauna nociva y transmisora, etc. Atención de riesgos para la salud y promoción del rescate de alimentos locales. • Enfoque de género y prevención de la violencia a las mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material educativo y didáctico como folletos, manuales, rotafolios, entre otros para los Voluntarios para la Salud Familiar. • Reforzar y facilitar acciones interculturales para la atención del parto acompañado por partera en Unidades Médicas del Programa como actividades explícitas y garantías de la prevención y disminución de la Violencia Obstétrica. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Contraloría Social y Ciudadanía en Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material impreso para el trabajo del Aval Ciudadano. • Capacitación a los Avaes Ciudadanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Premio Nacional de Acciones Comunitarias en Salud.
	<ul style="list-style-type: none"> • Atención Ciudadana 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Atención Ciudadana • Guía Operativa • Formatos e Impresos para reporte y registro de expresiones ciudadanas • Carteles Buzones 	

El Programa fundamenta su operación en el MAIS, siendo sus características:

- a) Se basa en el refuerzo y capacidad de resolución de la Atención Primaria a la Salud como puerta de entrada al componente de salud y de acciones comunitarias del Programa.

- b) Busca proporcionar atención integral y oportuna, médica y cuidados de enfermería en el primer y segundo nivel, con un enfoque preventivo a los principales daños a la salud.
- c) Parte de un diagnóstico de salud local que analiza y jerarquiza los riesgos y daños más frecuentes a la salud, para que con apoyo del sistema de vigilancia epidemiológica, se realicen acciones de prevención y educación para la salud, en conjunto con la Organización Comunitaria y la población.
- d) Propicia el aprovechamiento de los conocimientos y recursos de salud disponibles, incluidos los de la medicina tradicional y la promoción del rescate de alimentos locales comestibles, las nuevas tecnologías de la salud y la atención basada en la evidencia.
- e) Basa sus intervenciones en salud en un sistema integral de calidad que se enfoca a la seguridad de los pacientes, el trato digno y exigibilidad de los derechos de los pacientes, planes de mejora continua y socialización de las experiencias exitosas en calidad.
- f) Promueve la participación individual, familiar y colectiva en las acciones de salud, prácticas saludables, y saneamiento ambiental y promoción del rescate de alimentos locales comestibles, a través de la Organización Comunitaria.
- g) Persigue la eficiencia y la efectividad, mediante un sistema de información, desempeño, seguimiento, supervisión y evaluación, basado en metas para los diferentes niveles del Programa, que busca la adecuada gestión de los procesos, las ganancias en salud, las mejoras de la calidad de vida y las acciones de mejora continua.
- h) Establece alianzas estratégicas con otras instituciones de salud y de asistencia social, con órdenes de gobierno municipal, estatal y federal; así como con la iniciativa social y privada para optimizar recursos.
- i) Promueve la contraloría social y la participación ciudadana, mediante la medición de la satisfacción, la promoción de canales de comunicación y la atención a las expresiones ciudadanas, por áreas de competencia.
- j) Facilita una atención integral a la salud mediante el irrestricto respeto a los derechos humanos, Igualdad de Género y la no discriminación con Enfoque Intercultural en Salud.

Los servicios y medicamentos que otorga el Programa, en primero y segundo nivel, tendrán como referencia la nomenclatura, descripción, medicamentos asociados y clasificación diagnóstica (CIE-10).

La Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR aprobará anualmente, el listado de Medicamentos y Material de Curación referidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, que se aplicará en los establecimientos médicos del Programa, considerando los niveles y modalidades de atención, así también los criterios de efectividad, seguridad y costo,

Para el caso de vacunas y otros productos biológicos, se atenderán las recomendaciones de inclusión y uso establecidas por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y su adquisición se realizará ajustándose a la descripción establecida en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

3.5. Calidad de la atención y derechos de los beneficiarios

3.5.1. Calidad de la atención

En los establecimientos médicos del Programa, además del respeto y la promoción de los derechos de los pacientes, se cuenta con un sistema de calidad integral que garantiza un trato digno, atención basada en la evidencia científica, protección a la seguridad de los pacientes y la escucha de los usuarios y sus familias. Dicho sistema se articula a través del Coordinador de Educación en Salud y el COCASEP.

Para garantizar la calidad del Componente de Atención a la Salud del Programa, la práctica de los profesionales de salud en los establecimientos médicos de IMSS-BIENESTAR estará basada en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables, así como las Guías de Práctica Clínica del Catálogo Maestro del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de la SSA.

Atendiendo a las posibilidades presupuestarias y de organización del Programa, se dará continuidad con la estrategia destinada a la certificación gradual de los HR del Programa, ante el Consejo de Salubridad General.

Con el fin de proteger la seguridad de los pacientes atendidos en los establecimientos médicos del Programa, se desarrollarán programas de capacitación en cultura de la seguridad de los pacientes y serán objeto de seguimiento las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, en primer y segundo nivel de atención en términos de lo dispuesto en el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado en el DOF el 8 de septiembre de 2017.

Los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en los establecimientos médicos del Programa se ajustarán a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Los establecimientos médicos velarán por la calidad de los mismos, y se aplicará de manera regular el MECIC y realizarán el archivo y custodia de los expedientes en la forma reglamentariamente establecida.

Para promover el uso racional de medicamentos, el Programa desarrollará temas de capacitación para los profesionales de la salud en relación a transcripción, prescripción, preparación, administración de medicamentos y almacenamiento; adicionalmente en esta materia, se informará a los pacientes, familiares o acompañantes sobre las indicaciones, posología, forma de administración y contraindicaciones, si las hubiere, de los medicamentos prescritos, así como los riesgos inherentes a su manejo y uso inadecuado. Además se realizarán acciones para el uso adecuado de antibióticos, contribuyendo a la disminución de la resistencia antimicrobiana como lo señala la normatividad a través del Comité de Farmacia y Terapéutica.

Con el propósito de incidir en la mejora continua de la calidad de los servicios que presta el Programa, se realizarán anualmente y a partir de los recursos presupuestales disponibles, estudios de satisfacción de sus beneficiarios con los servicios recibidos.

3.5.2. Derechos de los beneficiarios

Los beneficiarios del Programa tendrán derecho en los establecimientos médicos a:

- Recibir atención médica gratuita, con igualdad y sin discriminación.
- Recibir un trato digno y respetuoso.
- Recibir información sobre su proceso de atención, suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un Expediente Clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme con los servicios recibidos.

Para hacer efectivos estos derechos, los establecimientos médicos del Programa contarán con un Sistema de Atención Ciudadana, para captar las quejas, sugerencias y felicitaciones, así como con procedimientos que incluyan su análisis regular por los Equipos de Conducción y el COCASEP, con la participación del Aval Ciudadano, y siendo turnadas y atendidas por las distintas áreas en el ámbito de sus responsabilidades y competencias.

3.6 Instancias normativas y participantes

La operación del Programa está regulada por la legislación federal aplicable, las presentes Reglas de Operación, Normas Oficiales Mexicanas (NOM) concernientes al Catálogo de Servicios del Programa, los Procedimientos del Programa, los boletines de instrucción emitidos por la Unidad del Programa y los documentos normativos del IMSS que le resulten aplicables.

3.6.1 Instancia Normativa

Corresponde a la Unidad del Programa la definición de los aspectos que regulan su ejecución. Tendrá las siguientes facultades:

I. Organizar la administración y operación de los dos componentes del Programa IMSS-BIENESTAR en sus diferentes niveles de conducción y operación;

II. Someter los asuntos de su competencia a consideración del H. Consejo Técnico, Director General y Órganos Normativos del IMSS, según sea el caso, para el eficaz desempeño de las atribuciones que les confieren las Leyes, el RIIMSS y demás disposiciones reglamentarias y administrativas;

III. Someter al Director General, el Acuerdo mediante el cual se establecen Reglas de Operación del Programa, acorde a lo establecido con disposiciones legales y reglamentarias aplicables en la materia, así como con el PEF anual;

IV. Suscribir convenios o acuerdos para el cumplimiento de sus objetivos;

V. Planear y organizar la participación del Programa, en aquellos programas o estrategias federales de desarrollo social y en salud;

VI. Organizar el Componente de Atención a la Salud del Programa, de acuerdo con el Programa Sectorial de Salud y el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social vigentes;

VII. Designar a los integrantes de la estructura de conducción del Programa.

VIII. Someter al Director de Prestaciones Médicas, las estrategias, cobertura, desarrollo y evaluación de los pasantes de medicina que realizan su servicio social y médicos residentes en periodo de adiestramiento, dentro de las unidades médicas del Programa;

IX. Aprobar y resolver las Becas y Reconocimientos a la Calidad al Desempeño de los establecimientos médicos del Programa.

X. Planear y organizar la certificación ante la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, respectivamente, de los establecimientos médicos del Programa;

XI. Determinar y alinear las acciones del componente comunitario del Programa y de su Organización Comunitaria al Programa Sectorial de Salud.

XII. Aprobar las acciones para la integración y operación del componente de Contraloría Social y ciudadanía en salud del Programa;

XIII. Aprobar los montos asignados para el otorgamiento del apoyo económico y en especie a los integrantes de la Organización Comunitaria del Programa;

XIV. Determinar y aprobar los Sistemas de Información del Programa y la aplicación del PPA;

XV. Administrar, en coordinación con las Direcciones de Finanzas y de Administración y los OOAD, los recursos para la operación del Programa, asignados al IMSS en el PEF anual;

XVI. Coordinar con las Direcciones Normativas y los OOAD las sinergias necesarias para que, a través de la infraestructura, estructura organizacional y sistemas de información del IMSS, se lleve a cabo la ejecución del Programa;

XVII. Proponer, y en su caso, aprobar el anteproyecto de Presupuesto de operación e inversión del Programa, correspondiente al ejercicio fiscal siguiente;

XVIII. Proponer, y en su caso, aprobar los proyectos en materia de obra pública para la infraestructura médica en el ámbito de operación del Programa;

XIX. Acordar conjuntamente con los órganos normativos, las condiciones de trabajo del personal del Programa con tipo de contratación base y confianza, así como al que alude el Estatuto a que se refiere el artículo 286 I, de la Ley del Seguro Social.

XX. Aprobar las estrategias para la formación, capacitación y educación permanente del personal del Programa; y

XXI. Las demás que le señalen las leyes, sus reglamentos y las que le encomiende el Director General del IMSS o el Director de Prestaciones Médicas.

3.6.2 Instancias participantes

Con el propósito de garantizar la aplicación del MAIS a la población beneficiaria del Programa y verificar la aplicación de las estrategias, proyectos y líneas de acción que el personal de salud realiza con base en los componentes del Programa, los diferentes niveles de conducción son: central, OOAD, regional, hospitalario y zonal, de acuerdo con la distribución que se indica en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Niveles de Conducción del Programa

Nivel de conducción del Programa	Ámbito	Funciones esenciales
Unidad Central Oficina de la Unidad y Coordinaciones	Nacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planeación y metas. ✓ Definición de estrategias y proyectos. ✓ Asignación de recursos. ✓ Apoyo y sistema de información. ✓ Seguimiento, evaluación-asesoría e inspección. ✓ Concertación y alianzas.
Titular de OOAD	Responsable de la administración del Programa en los OOAD del IMSS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Responsable de la administración del Programa en los OOAD.
Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas del OOAD	OOAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Responsable de coordinar la operación del Programa con el apoyo del Supervisor Médico del OOAD del Programa, o en su caso, con el (los) Supervisor(es) Médico(s) Regional(es).
Supervisor Médico del OOAD del Programa	OOAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordina e integra la gestión de los diferentes componentes del Programa, para capacitación, seguimiento, supervisión y evaluación en el ámbito OOAD. ✓ Se apoya en el resto de los integrantes del EGAS y en el o los EMS.
Supervisor Médico Regional	Regional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordina e integra la gestión y operación de los diferentes componentes del Programa para capacitación, seguimiento, supervisión y evaluación en el ámbito regional. ✓ Se apoya en el resto de los integrantes del EMS.
Director de Hospital Rural	Hospital y zona de servicios médicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Responsable de la gestión, administración, conservación, operación, información y resultados en salud del Hospital a su cargo con apoyo de los integrantes del Cuerpo de Gobierno. ✓ Responsable de coordinar y supervisar el cumplimiento de las funciones y actividades de los integrantes del cuerpo de gobierno, coordinadores médicos y promotor de acción comunitaria.
Supervisor Médico Zonal	Zona de supervisión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Responsable de la gestión, administración y operación de los componentes del Programa, así como de la supervisión, información y resultados en salud de las UMR, CARO, BS y UMM en su ámbito de responsabilidad. ✓ Se apoya de ESAZ. ✓ Supervisa y asesora, planea, ejecuta, da seguimiento y ejerce control en la zona de supervisión a su cargo. ✓ Responsable de la prestación de servicios y resultados en salud de las UMR, CARO, BS y UMM. ✓ El Equipo de Supervisión Asesoría Zonal dependiendo del ámbito de responsabilidad que le sea asignado, será también responsable de UMM o BS, si así se requiere. ✓ Responsable de la conservación en trabajo conjunto con el Residente de Conservación del HR.

3.6.2.1. Instancias que operan el componente comunitario

El componente comunitario del Programa es operado por el SAC y PAC, quienes realizan el programa de trabajo de sus respectivos ámbitos de competencia, mismo que el área normativa de la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR asesora y da seguimiento, lo cual permite a su vez informar, coordinar, dinamizar, asesorar a la Organización Comunitaria en las localidades del universo de trabajo, con relación a las estrategias de promoción a la salud.

3.6.2.2. Organización Comunitaria para la Salud

Para llevar a cabo las acciones del componente comunitario, el Programa se apoya en una Organización Comunitaria, para la Salud; cada uno de sus integrantes realiza acciones específicas, las cuales se describen a continuación:

La AC es el órgano interno y representativo de los miembros de la localidad y la Organización Comunitaria para la Salud. Asume la responsabilidad de apoyar y vigilar el cumplimiento de actividades. Cuando la población es convocada a AC, se discuten temas relacionados con la salud y el bienestar a nivel individual, familiar y comunitario.

El CS es un conjunto de personas de la comunidad interesadas en la salud individual y colectiva de su comunidad; son electas en AC, quienes aceptan voluntariamente el cargo. El CS se compone por el presidente y siete vocales, de: salud; saneamiento; nutrición; educación para la salud; contingencias y desastres; contraloría social y/o aval ciudadano; y desarrollo sustentable.

Su principal colaboración voluntaria con IMSS-BIENESTAR es llevar a cabo actividades de promoción de la salud, en coordinación con los demás integrantes la organización comunitaria; así también, fungir como gestor de apoyos para el mejoramiento de las condiciones de vida de su comunidad.

Los VRS son personas de la comunidad, electas en AC, que realizan actividades voluntarias sin tener algún vínculo laboral con el Programa; son orientados y asesorados por personal institucional de acción comunitaria y equipos de salud; apoyan en la promoción de la salud y la aplicación de la vigilancia epidemiológica simplificada y realizan acciones de mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental en conjunto con los grupos voluntarios en sus localidades; atienden problemas de baja complejidad y entregan información al equipo de salud sobre la situación epidemiológica de su comunidad.

Los V son personas de la comunidad, electas en AC. Realizan visitas domiciliarias a 10 y 15 familias a su cargo para orientarles sobre las prioridades de salud y mejorar las condiciones de salubridad general y ambiental, verificando diferentes acciones de salud y personas en riesgo ante la falta de saneamiento, vigilancia y cuidado del agua, disposición de excretas y basura, control de la fauna nociva. En conjunto con los VRS identifican y derivan a las UM a personas con riesgos de salud y sin vacunar y/o con esquemas incompletos y promueven la lactancia materna. Participan también en la RS disminuir la muerte materna y neonatal; apoyan las actividades de promoción de la salud a través de Estrategias de Acciones de Información Educación y Comunicación.

Las PVR son personas que reúnen condiciones de liderazgo en su comunidad, así como conocimientos, experiencia y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio, que voluntariamente aceptan formar parte de la Organización Comunitaria del Programa sin tener algún vínculo laboral con el mismo. Reciben orientación regular en salud sexual, reproductiva, ginecológica, materno infantil y lactancia materna.

Aval Ciudadano son personas de la comunidad, que forman parte de la organización comunitaria y que, a título individual o en grupo, de forma voluntaria, evalúan la percepción de los usuarios sobre la atención médica y el trato brindado por los establecimientos médicos, promueve la participación ciudadana contribuyendo a la mejora de la calidad de los servicios prestados.

Médicos Tradicionales son personas en interrelación, que forman parte de los sistemas locales y comunitarios de salud, mismos que tienen los conocimientos, prácticas, creencias y experiencia en el manejo de padecimientos de filiación cultural.

Las personas integrantes de la Organización Comunitaria del Programa arriba mencionadas, lo son a título individual y voluntario, sin que en ningún caso exista otra vinculación con el Programa que presuma vínculo jurídico alguno.

Los VRS y las PVR únicamente recibirán por su participación comunitaria un apoyo económico para costear el traslado a sus unidades médicas. Los V e integrantes del CS, Aval Ciudadano y Médicos Tradicionales, por su participación en la estructura comunitaria, no recibirán retribución alguna.

De acuerdo con la disponibilidad presupuestal, anualmente se concederá el Premio Nacional de Acciones Comunitarias en Salud, que reconocerá el compromiso y la dedicación altruista y solidaria de los integrantes de la Organización Comunitaria del Programa.

La participación de la Organización Comunitaria para la Salud es fundamental para el logro de objetivos y cumplimiento de metas del Programa, muestra de ellos es su participación activa en la RS. La RS que es una estrategia orientada a la disminución de la mortalidad materna, donde participan el equipo de salud, autoridades locales, integrantes de la organización comunitaria y comunidad, principalmente con apoyo de traslado oportuno de embarazadas y puérperas a las unidades de salud, tanto en el control prenatal como para la atención del parto y puerperio.

3.7 Coordinación Interinstitucional

Con el fin de favorecer la continuidad de cuidados en la atención a la salud, el Programa establecerá la adecuada vinculación con las redes de salud de los Servicios Estatales de Salud para la referencia de pacientes. Asimismo, el Programa desplegará su componente de salud pública en coordinación con las Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios Estatales de Salud.

Para dar cumplimiento a sus objetivos y componentes, IMSS-BIENESTAR, en sus diferentes niveles de conducción y operativos, promoverá la gestión de apoyos ante instancias de los tres órdenes de gobierno, así como de la sociedad civil, en materia de infraestructura, servicios, equipamiento, salud pública, comunitarios, entre otros; que de manera directa o indirecta potencien las acciones que se realizan en beneficio de la salud y calidad de vida de las comunidades amparadas por el Programa.

Para el logro de sus objetivos, el Programa podrá formalizar Acuerdos con Organizaciones Internacionales, Sociedades Científicas, Instituciones Académicas y Organizaciones de la Sociedad Civil para la asesoría, formación y evaluación de sus componentes; y en ningún caso duplicarán las acciones de otros Programas del Gobierno Federal.

4. Operación

4.1. Proceso

La operación del Programa se realiza acorde al MAIS, a través de los dos componentes del Programa y en seguimiento a las estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

Para el desarrollo de dichos componentes, IMSS-BIENESTAR se estructura con base en prioridades en salud, para lo cual se establecen metas e indicadores por la Unidad Central del Programa, y son operados en los ámbitos de los OOAD, regional, hospitalario y zonal correspondiente.

Para el componente de salud pública y atención a la salud, los beneficiarios del Programa se encuentran adscritos a uno de sus establecimientos médicos, para garantizar el acceso efectivo a la salud. Corresponde al establecimiento médico proporcionar estos componentes mediante acciones de prevención, educación para la salud y atención médica y cuidados de enfermería, de carácter ambulatorio o mediante internamiento en un HR.

Los equipos de salud registrarán las acciones realizadas en la Cartilla Nacional de Salud correspondiente.

El componente comunitario es operado por el personal de acción comunitaria y la Organización Comunitaria, a través de Estrategias de Información, Educación, Comunicación y otras técnicas de participación; apoya al componente de atención a la salud, favoreciendo el autocuidado, la vigilancia epidemiológica simplificada y el compromiso de la comunidad y sus autoridades por la mejora de sus condiciones de salud.

El Programa opera Albergues Comunitarios, como un servicio más de los Hospitales Rurales, para brindar de forma gratuita alimentación, alojamiento y orientación en salud a pacientes y acompañantes, procedentes de localidades lejanas y de difícil acceso, que carecen de recursos económicos para pagar estos servicios, en tanto el paciente recibe atención médica. Particularmente se brinda este servicio a mujeres con embarazos complicados o en situación de riesgo.

Los Albergues Comunitarios son administrados, y operan bajo la responsabilidad del Director del HR, con la participación multidisciplinaria de otras áreas, incluido el Componente Comunitario.

En el marco de lo dispuesto en las presentes ROP y del profesiograma del Contrato Colectivo del Trabajo vigentes, IMSS-BIENESTAR fortalece las actividades extramuros que los equipos de salud deben llevar a cabo a través del "Día Comunitario", como una actividad continua para complementar el trabajo del personal de acción comunitaria en las localidades sede y LAI del universo de trabajo, conforme a los lineamientos establecidos para su difusión, instrumentación y seguimiento en el primer y Segundo nivel de atención.

Con base en el MAIS, los Expedientes Comunitarios han sido, desde el inicio del Programa, una fuente de información comunitaria relacionada con aspectos sociales, culturales, demográficos y de acciones de la organización comunitaria que los equipos de salud elaboran e integran.

Es por ello que los Expedientes Comunitarios se deberán integrar en todas las localidades sede y LAI de las unidades médicas de primer nivel y en los consultorios de medicina familiar de los HR donde tiene presencia el Programa, conforme a la normativa y formatos vigentes para este fin.

La contraloría social se articula en torno a la figura del Aval Ciudadano, quien escucha las opiniones de los usuarios y sus familias, formula propuestas y hace seguimiento de las mismas por parte de la representación ciudadana. Este proceso permite retroalimentar a los establecimientos de salud mediante las Cartas Compromiso y Planes de Mejora y adecuar los servicios a las necesidades expresadas por los usuarios.

Para la incorporación de personal y atendiendo a las fuentes de financiamiento del Programa y a las necesidades de atención a la salud, el Programa podrá contratar personal de acuerdo con los diversos tipos de contratación legal y civil (confianza, base, sustitución, honorarios, entre otros), tanto para los responsables de la conducción del Programa como para el personal operativo en los diferentes niveles de atención del ámbito de los OOAD.

El personal contratado para laborar en el Programa en el ámbito de los OOAD desarrollará sus actividades en estricta observancia a las presentes ROP y la evaluación de su desempeño lo será en exclusiva respecto al Programa.

4.2. Ejecución

4.2.1. Gestión presupuestaria y Avances Financieros

Anualmente, la Unidad del Programa elabora el anteproyecto de presupuesto, el cual toma en consideración los objetivos del PND, el PROSESA y el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2020-2024, mismos que se alinean a través de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), con objeto de orientar el proceso presupuestario al logro de resultados de manera integral y enfocado a las prioridades en salud con base en la disponibilidad presupuestal.

Este documento se envía a la Dirección de Finanzas del IMSS para que, por su conducto, sea remitido a la SHCP, con el fin de que dicha dependencia lo contemple dentro del proyecto del PEF que el Ejecutivo Federal pone a consideración de la H. Cámara de Diputados.

Con objeto de garantizar la continuidad en la operación de las unidades médicas al inicio del siguiente ejercicio fiscal y obtener mejores condiciones en las contrataciones de adquisiciones, arrendamientos, servicios y obra pública, el IMSS, en su carácter de administrador del Programa, conforme a lo señalado en el artículo décimo sexto transitorio del Decreto de reforma a la Ley General de Salud, publicado en el DOF el 15 de mayo de 2003, incorporará a sus procesos licitatorios las necesidades que la Unidad le comunique, con base en el presupuesto autorizado al Programa en el PEF para el ejercicio fiscal en curso.

Asimismo, para dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 35 de la LFPRH, 146 de su Reglamento, 25 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 24 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, las presentes ROP serán consideradas como la autorización especial para convocar, adjudicar y, en su caso, formalizar contratos cuya vigencia inicie en el ejercicio fiscal siguiente, para lo cual el Programa, a través de la Dirección de Finanzas del IMSS, comunicará el monto a licitar.

Una vez publicado el PEF en el DOF, la Unidad del Programa, en apego a las disposiciones legales aplicables, propone el calendario de ministraciones que es validado por la SHCP, y realiza la programación del gasto del Ramo 19.

Aunado a lo anterior, la Unidad del Programa notifica al H. Consejo Técnico del IMSS, la distribución total de los recursos con los que contará y las modificaciones que llegase a efectuar al mismo durante el ejercicio fiscal.

La Unidad del Programa asigna los recursos a los OOAD en función de la cobertura y actividad que éste tiene en cada una de ellas, siendo éstas las responsables de la ejecución y, en su caso, comprobación del gasto de los recursos asignados.

El manejo de tesorería, se encuentra a cargo de la Dirección de Finanzas del IMSS, en los términos de lo dispuesto en el RIIMSS y en el Manual de Organización de la referida Dirección.

Los recursos provenientes de fuentes de financiamiento distintas al Ramo 19, derivados de la suscripción de convenios de colaboración con entidades o dependencias de la Administración Pública, serán administrados en una sola cuenta bancaria concentradora, misma que contará con el servicio de pago referenciado con objeto de poder identificar el origen de los recursos, conforme a las disposiciones normativas que el IMSS emita para los efectos.

Los recursos provenientes del Ramo 19, así como aquellos derivados de la suscripción de convenios para el cumplimiento del Programa y, en su caso, sus productos financieros, serán asignados de acuerdo con sus objetivos y componentes; la contabilidad que lleven las Direcciones de Finanzas y de Administración y los OOAD del IMSS en las que el Programa tiene presencia, se hará de forma separada y pormenorizada del presupuesto del IMSS en su régimen obligatorio

El Programa considerará recursos financieros para el componente comunitario, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal; anualmente, podrá destinar y proporcionar, en concepto de apoyo, equipo e instrumental básico, medicamentos y material de curación a los VRS Y PVR. Además de dicho apoyo, el presupuesto podrá asignar una ayuda económica mensual cuando requieran:

- a. Entregar información sobre la situación epidemiológica de su comunidad.
- b. Abastecerse de medicamentos e insumos.
- c. Recibir asesoría y orientación continua.
- d. Acompañar a personas a la unidad médica cuando sea necesario.

El Programa podrá intervenir en situaciones de desastres naturales y contingencias que afecten la salud de las poblaciones donde está presente IMSS-BIENESTAR, desplazando en comisión temporal a su personal para proporcionar el apoyo operativo requerido y apoyando con carácter excepcional en la adquisición de bienes y/o servicios para su atención. En tal caso, podrá observarse lo dispuesto por el artículo 41, fracciones II, III y V, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, sujetándose a la disponibilidad presupuestal con la que cuente el Programa.

Los recursos y las acciones destinadas a solventar los efectos ocasionados por desastres naturales, se apegarán a los lineamientos y mecanismos que determinen la Secretaría de Gobernación y SHCP.

El Programa, a través de los sistemas institucionales de registro y control del IMSS, dará seguimiento, en el ámbito nacional y por OOAD, a los gastos realizados por cuenta y capítulo de gasto, incluidos los recursos provenientes de otros ingresos derivados de la suscripción de convenios.

Los costos derivados de la atención a la población afiliada al IMSS, serán cubiertos por el propio Instituto, tomando como base la lista de costos unitarios establecidos anualmente de manera conjunta entre la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR y la Dirección de Finanzas del IMSS, para lo cual se efectuarán en los OOAD los registros contables correspondientes, de manera que el subsidio que se reciba para la atención de las personas beneficiarias del Programa se canalice exclusivamente a la población. Dicho listado de costos podrá actualizarse en el primer trimestre del año.

Asimismo, mediante el Acuerdo número 126/2006, el H. Consejo Técnico del IMSS autorizó que los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del régimen obligatorio del IMSS, otorgarán atención médica (incluida la atención del parto y del recién nacido) a las embarazadas que se identifiquen como beneficiarias del Programa, o bien, que sean referidas por las unidades médicas del Programa, con embarazo de alto riesgo; así como las urgencias médico-quirúrgicas derivadas de complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio, que pongan en riesgo su vida y la del recién nacido, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio.

El Programa continuará refiriendo a los neonatos (de 0 a 28 días) a los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del régimen obligatorio del IMSS, conforme al Acuerdo número ACDO.SA1.HCT.300119/81.P.DPM, del H. Consejo Técnico del Instituto, para que otorguen atención médica que requiera de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales así como las urgencias médico quirúrgicas derivadas de las complicaciones del recién nacido durante la atención del parto y/o puerperio, que pongan en riesgo la vida de los neonatos identificados como beneficiarios del Programa, o bien, sean referidos por sus establecimientos médicos.

Los costos causados al régimen obligatorio por la atención brindada a las beneficiarias del Programa serán cubiertos con cargo al presupuesto asignado a éste, con base en los Costos Unitarios por Nivel de Atención, aplicables al cobro de servicios a pacientes no derechohabientes, efectuándose en los OOAD los registros contables correspondientes, de manera que no se afecten las finanzas del IMSS, ni las aportaciones obrero-patronales.

Sin menoscabo del mencionado Acuerdo, los hospitales acreditados del Programa se sujetarán a las disposiciones jurídicas vigentes, así como a los compromisos pactados en materia de Emergencia Obstétrica, resultando de aplicación los procedimientos y tarifas que se enuncian en aquéllos para los supuestos de derivación de las pacientes embarazadas a otras instituciones o de la recepción de las mismas en establecimientos médicos del Programa.

Adicionalmente, en apego a lo establecido en el artículo 75 fracción VII, de la LFPRH, 178 y 179 del RLFPRH y 26 de la LGS, el Programa participa en convenios de colaboración, con el fin de fortalecer la coordinación y evitar duplicidades. Ello, encaminado al logro de los objetivos en materia de salud de las dependencias involucradas. Por lo que el programa no se contrapone, afecta ni presenta duplicidades con otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a su diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo.

En razón de que los recursos del Ramo 19 del Programa constituyen un subsidio federal, los programas y/o instituciones a quienes el Programa brinde apoyo (mediante el otorgamiento de servicios médicos a sus beneficiarios) deberán pagar la contraprestación correspondiente; de acuerdo con lo estipulado en el convenio que para tal fin se haya suscrito, dichos recursos deberán identificarse como ingresos diferentes a los del Ramo 19 y registrarse como una ampliación al presupuesto.

La Unidad del Programa observará lo dispuesto en la LFPRH, el RLFPRH, el PEF 2021, el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la APF, y los Lineamientos para la aplicación y seguimiento de dichas medidas, estos dos últimos ordenamientos, publicados en el DOF el 10 de diciembre de 2012 y el 30 de enero de 2013, respectivamente, así como a las disposiciones aplicables respecto a la transferencia en la aplicación de los recursos y en materia de rendición de cuentas ante la SHCP, o bien, a solicitud de las diversas dependencias del Gobierno Federal.

En lo referente a las medidas de ahorro, austeridad y/o disciplina presupuestal, el Programa deberá acatar las disposiciones que para tal fin emitan el Ejecutivo Federal o la SHCP.

4.2.2 Cierre del Ejercicio

Al finalizar el ejercicio, el IMSS en su carácter de administrador de los recursos asignados al Programa, integra el Estado de Cuenta al Gobierno Federal, el cual incorpora los recursos que son ministrados para la operación del Programa, así como los resultados obtenidos en los estados financieros presupuestales.

La Unidad del Programa será responsable de integrar la información de los niveles operacionales, zonales, regionales y en los OOAD respecto del logro de metas.

4.2.3 Recursos no Devengados

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 54, de la LFPRH y 176 del RLFPRH y conforme a lo previsto en el PEF anual, los recursos del Ramo 19 que no se destinen a los fines autorizados y aquellos que no se hayan devengado al cierre del ejercicio, se reintegran a la Tesorería de la Federación de manera íntegra y puntual.

En lo referente a los recursos no devengados provenientes de los convenios que suscriba el IMSS con la participación de la Unidad del Programa, se estará a lo dispuesto en éstos.

5. Seguimiento, Supervisión-Evaluación-Asesoría, Inspección y Auditoría.

5.1. Supervisión-evaluación-asesoría

El Programa establecerá su propio mecanismo de Supervisión-Evaluación-Asesoría de Nivel Central y en cada Equipo de Conducción a Nivel OOAD, estableciendo compromisos y acuerdos con base en resultados, a los cuales dará seguimiento. Esta Supervisión-Evaluación-Asesoría deberá tener carácter multidisciplinario, optimizando tiempo y recursos. Así mismo, colaborará en las acciones de seguimiento y supervisión de la aplicación de los recursos y el cumplimiento de los objetivos, indicadores y metas para los cuales fueron asignados, de manera directa y a través de acciones convenidas con la Unidad de Evaluación de Delegaciones del IMSS o con los OOAD en donde el Programa opera, con el propósito de facilitar la toma de decisiones, detectar oportunamente desviaciones operativas y adoptar, en su caso, medidas correctivas e implementar acciones de mejora continua, a efecto de dar seguimiento y ponderar los avances en relación con los objetivos planteados.

Las acciones de seguimiento, supervisión-evaluación-asesoría, que en su caso se desarrollen por el Programa adoptarán obligatoriamente las siguientes modalidades:

Seguimiento regular de los procesos en los que se estructuran los componentes del Programa, a través de medios escritos y/o electrónicos, video conferencias, solicitudes de información y, en su caso, visitas, para brindar asesoría, comprobar, instruir y apoyar el desarrollo y ejecución de las prioridades en salud, así como valorar su grado de avance y el cumplimiento de los objetivos de estas ROP, los indicadores y las metas establecidas por la Unidad del Programa.

Plan de supervisión-evaluación-asesoría del Nivel Central del Programa, el cual se realizará con apoyo de instrumentos diseñados para tal fin, de manera multidisciplinaria e integral, conformándose Equipos de Seguimiento-Evaluación-Asesoría de Nivel Central, e incluirá los diferentes componentes del Programa y los aspectos administrativo-financieros. Se establecerá un Programa Anual, elaborado de acuerdo con el

desempeño y prioridades de los OOAD y, al término del ejercicio de cada seguimiento-evaluación-asesoría, se presentarán resultados y se formularán compromisos, recomendaciones o sugerencias. El Titular del OOAD coordinará, con el apoyo de sus diferentes Jefaturas de Servicios, según sea el caso, la implementación de las acciones de mejora que permitan alcanzar los objetivos planteados. La periodicidad de las visitas de seguimiento dependerá de la problemática identificada.

Plan de supervisión del Nivel Operativo del Programa, en relación con el cual los integrantes de los EGAS, EMS, Cuerpos de Gobierno y ESAZ realizarán visitas de supervisión y asesoría integral, de manera multidisciplinaria, a los establecimientos médicos de primer y segundo nivel de atención a su cargo, incluyendo Prioridades en Salud, los diferentes componentes del Programa y los aspectos técnico médico administrativos. Este tipo de supervisión se realizará mediante las cédulas de supervisión de desempeño directivo y evaluación de la calidad de la atención médica, con la periodicidad que para tal fin determine la Unidad del Programa. Se elaborarán compromisos específicos utilizando los formatos emitidos por la Unidad del Programa, así como minutas de trabajo con registro en las bitácoras de cada unidad médica supervisada. Dentro del proceso de supervisión en los HR se programarán visitas conjuntas al 100% de los servicios del HR por el cuerpo de gobierno durante los bimestres febrero-marzo y julio-agosto, independientemente de la supervisión individual.

5.2 Inspección.

La Unidad del Programa podrá designar en casos de queja, denuncia, presunta mala praxis, incumplimiento sistemático de metas o supuestas irregularidades en la gestión, a uno o varios servidores públicos del Programa, para que lleven a cabo la investigación correspondiente y propuesta de dictamen en relación con los hechos consignados.

5.3. Auditoría

Considerando que los recursos del Programa son de carácter federal, su ejercicio está sujeto a las disposiciones federales aplicables y podrá ser revisado en todo momento por la SFP, la SHCP, la Auditoría Superior de la Federación, el Órgano Interno de Control en el IMSS (OIC) y/o los auditores independientes contratados para tal efecto y, en su caso, el Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del IMSS en los OOAD donde el Programa opera; además de las instancias que, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, resulten competentes.

Asimismo, sin menoscabo de lo establecido en el RIIMSS, como resultado de las acciones de auditoría que se lleven a cabo, la Unidad del Programa, en coordinación con las áreas normativas institucionales y/o los OOAD que en cada caso resulten involucradas, así como con la instancia de control que las realice, dará seguimiento interno y emitirá informes sobre las recomendaciones formuladas, dando prioridad a la atención de las observaciones recibidas hasta solventarlas en tiempo y forma.

En caso de que las observaciones y recomendaciones que determinen los órganos fiscalizadores en relación con el Programa hayan tenido su origen en los OOAD, las mismas serán atendidas directamente por los servidores públicos adscritos a los OOAD, debiendo hacerlo del conocimiento de la Unidad del Programa.

6. Evaluación

Con el fin de analizar la operación, avances e impacto del Programa y la contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población, el Programa será evaluado en sus dos componentes para fortalecer la rendición de cuentas. La evaluación proporcionará elementos para la mejora en el diseño, operación y estructura del Programa.

La evaluación será responsabilidad de la Unidad del Programa, en apego al Sistema de Evaluación del Desempeño mediante el monitoreo y valoración sistemática de los componentes e indicadores de IMSS-BIENESTAR incluidos en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).

6.1. Evaluación interna

La Unidad del Programa dará seguimiento a los indicadores de estas ROP a través de un tablero de control semaforizado, así como a las metas internas por líneas de acción. Dichos resultados serán remitidos a los OOAD y a los niveles de conducción del Programa para apoyo en la toma de decisiones.

6.2. Evaluación externa

La evaluación externa, realizada, de acuerdo con los criterios del Programa Anual de Evaluación (PAE) emitido por el CONEVAL y la SHCP, contribuye a la identificación y análisis de áreas de oportunidad en la operación del Programa, lo que permite mejorar los procesos de planeación y toma de decisiones. Dicha evaluación es asignada a especialistas, instituciones académicas u organismos de carácter nacional o internacional, con reconocimiento y experiencia en la materia. Su coordinación y contratación se realizará de acuerdo con lo señalado en el PAE.

Los resultados de la evaluación externa deberán hacerse públicos y enviados a la H. Cámara de Diputados, a la Comisión de Desarrollo Social de la H. Cámara de Senadores, a la Auditoría Superior de la Federación, a la SHCP y al CONEVAL. La evaluación externa será seguida de acciones de mejora a desarrollar en los diferentes niveles de conducción del Programa.

7. Indicadores

Los indicadores del Programa IMSS-BIENESTAR, cuyo nivel de desagregación es nacional, son los siguientes:

Matriz de Indicadores para resultados (MIR)	Número de Indicadores	Indicador 2020
Fin	1	1. Tasa de mortalidad infantil.
Propósito	5	2. Razón de mortalidad materna. 3. Tasa de mortalidad neonatal. 4. Tasa de hospitalización por diabetes no controlada. 5. Porcentaje de población atendida respecto a la población objetivo. 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares.
Componente de Atención a la Salud	6	7. Porcentaje de menores de un año que cuentan con esquema completo de vacunación. 8. Porcentaje de personas con diagnóstico reciente de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento. 9. Porcentaje de personas con diagnóstico reciente de diabetes mellitus que ingresan a tratamiento. 10. Porcentaje de casos de diarrea aguda que son monitoreados para la búsqueda de Vibrio Cholerae. 11. Porcentaje de pacientes mayores de 20 años con diabetes mellitus tipo 2 en control con hemoglobina glucosilada. 12. Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas.
Componente Comunitario	2	13. Porcentaje de atención a quejas de los beneficiarios del Programa. 14. Porcentaje de familias que aplican acciones de saneamiento básico.
Actividades de Atención a la Salud	5	15. Porcentaje de seguimiento a personas con presión arterial de detección anormal. 16. Porcentaje de seguimiento a personas con glucemia de detección anormal. 17. Porcentaje de detección de diabetes mellitus. 18. Porcentaje de detección de hipertensión. 19. Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.
Actividades de Acción Comunitaria	2	20. Porcentaje de personas asesoradas y derivadas a la unidad médica por Voluntarios de Salud y Voluntarios Rurales, en relación con el número de personas identificadas. 21. Porcentaje de personas derivadas por Parteras Voluntarias Rurales para atención y consulta.
TOTAL	21	

En el marco de la rendición de cuentas, la Unidad del Programa informa en el PASH sobre el avance en el cumplimiento de los indicadores de desempeño asociados a la MIR, conforme a la frecuencia de medición de cada indicador y al cierre del ejercicio en el Módulo de Cuenta Pública de dicha Plataforma en apego a la normatividad aplicable en la materia.

8. Transparencia

Con la finalidad de propiciar una cultura de la transparencia, rendición de cuentas y uso correcto del Programa, la Unidad del Programa, en coordinación con los OOAD, lleva a cabo las acciones necesarias para transparentar su operación, en estricto cumplimiento a lo dispuesto por la LGTAIP y LFTAIP.

En términos de lo establecido en el Título Quinto de la LGTAIP, el Programa publica las obligaciones del artículo 70 de dicha ley que le son aplicables, las cuales se integran al Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia de la Plataforma Nacional de Transparencia.

De Conformidad con el Decreto de PEF vigente, la papelería y documentación oficial para el Programa deberá incluir la siguiente leyenda: *“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”*.

8.1 Contraloría Social

Las personas beneficiarias del Programa, de manera libre y voluntaria, podrán llevar a cabo actividades de contraloría social de manera individual o colectiva.

La Contraloría Social implica actividades de monitoreo y vigilancia sobre el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados.

Se reconoce y fomenta la participación de las comunidades indígenas y afromexicanas, a través de sus autoridades tradicionales, para llevar a cabo acciones de contraloría social en IMSS-BIENESTAR.

Este Programa se sujeta a los lineamientos vigentes emitidos por la SFP y a los documentos normativos validados por la misma.

El procedimiento para el registro de los Comités de Contraloría Social queda establecido en la Guía Operativa de Contraloría Social de IMSS-BIENESTAR. La SFP asistirá y orientará a las personas interesadas en conformar Comités a través de la cuenta: contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx

La Unidad IMSS-BIENESTAR, otorgará el registro de Contraloría Social en un plazo no mayor a 15 días hábiles, contados a partir de la recepción de solicitud de las instancias ejecutoras (OOAD) y conjuntamente, brindarán la información pública necesaria para llevar a cabo sus actividades, así como asesoría, capacitación, y orientación sobre los medios para presentar quejas, denuncias y/o felicitaciones.

La SFP dará seguimiento a los procedimientos anteriormente descritos, asesorará y resolverá cualquier duda o situación imprevista para garantizar el derecho de las personas beneficiarias a llevar a cabo actividades de Contraloría Social.

El objetivo de la Contraloría Social consiste en establecer un canal de comunicación entre los servidores públicos del Programa y sus beneficiarios para fomentar una cultura de transparencia y rendición de cuentas.

Se promoverá la participación de la población beneficiaria del programa. Lo anterior será a través de la integración, operación y vinculación de contralorías sociales, para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas en el programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo.

La contraloría social contribuye a que la gestión gubernamental y el manejo de los recursos públicos se realicen con transparencia, eficacia, legalidad y honradez, promueve la rendición de cuentas por parte de los servidores públicos; además, permite conocer la percepción de la población sobre el trato recibido y los servicios y apoyos que otorga el Programa, para mejorar su calidad.

El Programa se sujetará a los lineamientos vigentes emitidos por la SFP, para promover las acciones necesarias que permitan la efectividad de la vigilancia ciudadana, bajo el esquema o esquemas validados por la propia Secretaría.

En IMSS-BIENESTAR el Aval Ciudadano se constituye como un Comité de Contraloría Social, vinculando a la Contraloría Social y la Participación Ciudadana en Salud, con el propósito de mejorar la calidad de la atención que se otorga a los usuarios. Los Avaes Ciudadanos son consultados en relación con el trato, información, principales quejas y condiciones con que se prestan los servicios en las unidades médicas del Programa y realizarán las siguientes actividades en los establecimientos de salud:

- a) Participar en las encuestas sectoriales y las que organice el Programa, para conocer la opinión de los usuarios en relación con la calidad de la atención recibida. Su misión es escuchar a los pacientes y sus familias.
- b) Formular propuestas de mejora y recibir la Carta Compromiso de los responsables de la unidad médica y su personal para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud, así como dar seguimiento a tales compromisos.
- c) Participar en el COCASEP cuando se incluyan en el orden del día aspectos que afecten la participación ciudadana en salud y/o las principales quejas y sugerencias que se hayan formulado por los usuarios.
- d) Asistir con el personal de salud de los establecimientos médicos del Programa a la apertura del Buzón de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones.
- e) Orientar a los usuarios, sus familias y acompañantes sobre los medios y procedimientos para comunicar quejas, sugerencias o felicitaciones, así como promover los derechos de los pacientes.
- f) Ser informado sobre las acciones de mejora adoptadas por los establecimientos médicos en los que participan, relacionados con la infraestructura, equipamiento y resultados en salud y, en su caso, sobre el financiamiento asignado a las acciones de mejora.
- g) Como Comités de Contraloría Social, llevarán a cabo las actividades previstas en la Guía Operativa de Contraloría Social.

La SFP y el OIC en el IMSS, verificarán en lo conducente, sobre la realización de dichas acciones.

9. Difusión

9.1. Programa Editorial

Como parte de las acciones de difusión, la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR integra, edita y difunde el Programa Editorial anual, el cual está constituido de diversos materiales con la finalidad de fortalecer las labores médicas, de enfermería, educación para la salud y prevención de enfermedades.

Todos los materiales se vinculan con los servicios de salud y acciones comunitarias en apego a los lineamientos y normatividad de imagen establecidos por el Gobierno Federal y el IMSS.

Con base en lo dispuesto por el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación, los materiales impresos y electrónicos del Programa enfatizan su carácter público, ajeno a cualquier partido político.

9.2. Portal de internet

La Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR publicará en su micrositio alojado en el sitio web del IMSS, aspectos específicos del Programa, tales como su historia, componentes, infraestructura y marco jurídico de actuación. Los contenidos se publicarán de conformidad a lo dispuesto en los lineamientos emitidos por el IMSS y el Gobierno Federal en materia de política social y operación de programas sociales, así como, en la LFTAIP.

10. Quejas y Denuncias

Las quejas y denuncias vinculadas con la operación del Programa serán canalizadas a las instancias competentes, en términos de las disposiciones jurídicas, administrativas y reglamentarias aplicables a cada caso.

La Unidad del Programa vigilará que los lineamientos establecidos para su operación garanticen la atención oportuna y eficiente de las quejas, denuncias, peticiones o sugerencias que presenten los beneficiarios del Programa y el público en general.

