

# SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR (IMSS-BIENESTAR)

**PROGRAMA Institucional de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) 2023-2024.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBIERNO DE MÉXICO.- Servicios de Salud.- IMSS-BIENESTAR.

**Programa Institucional de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR 2023-2024**

## **SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR (IMSS-BIENESTAR)**

### **PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ENTIDAD NO SECTORIZADA DERIVADO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024**

#### **1. ÍNDICE**

1. ÍNDICE
2. FUNDAMENTO NORMATIVO DE LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA
3. SIGLAS Y ACRÓNIMOS
4. ORIGEN DE LOS RECURSOS PARA LA INSTRUMENTACIÓN DEL PROGRAMA
5. ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL
6. OBJETIVOS PRIORITARIOS
  - 6.1.- RELEVANCIA DEL OBJETIVO PRIORITARIO 1
  - 6.2.- RELEVANCIA DEL OBJETIVO PRIORITARIO 2
  - 6.3.- RELEVANCIA DEL OBJETIVO PRIORITARIO 3
  - 6.4.- RELEVANCIA DEL OBJETIVO PRIORITARIO 4
  - 6.5.- RELEVANCIA DEL OBJETIVO PRIORITARIO 5
  - 6.6.- RELEVANCIA DEL OBJETIVO PRIORITARIO 6VINCULACIÓN DE LOS OBJETIVOS PRIORITARIOS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DEL IMSS-BIENESTAR CON EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD.
7. ESTRATEGIAS PRIORITARIAS Y ACCIONES PUNTUALES
8. METAS PARA EL BIENESTAR Y PARÁMETROS
9. EPÍLOGO: VISIÓN HACIA EL FUTURO

#### **2. Fundamento normativo de la elaboración del programa**

El Programa Institucional de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) 2023-2024 fue elaborado conforme al marco jurídico del Sistema Nacional de Planeación Democrática y bajo el principio pro persona, para garantizar la protección más amplia del derecho a la salud.

El proceso de planeación en la Administración Pública Federal (APF) tiene su fundamento en el artículo 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que otorga al Estado Mexicano la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, y en el artículo 26, apartado A de la propia Constitución, que señala la obligación del Estado de organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional.

El Programa Institucional del IMSS-BIENESTAR 2023-2024 (en adelante, también referido como programa) fue elaborado en cumplimiento a lo establecido tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de planeación, como en los artículos 17, fracción II; 21 Bis y 24 de la Ley de Planeación. Este guarda congruencia con los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 relacionados con la salud y con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

Conforme al artículo 48 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, el presente programa contiene objetivos, estrategias, prioridades y metas, así como indicadores que permiten evaluar sus resultados y responde a la obligatoriedad de las dependencias y entidades de conducir sus actividades en forma programada con base en las políticas y prioridades de la planeación nacional del desarrollo, según el artículo 9o de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

El programa contribuye a dar cumplimiento al artículo 24, fracción I de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria donde se determina que la programación y presupuestación del gasto público que realicen las entidades públicas federales deberán enfocarse en dar cumplimiento a los objetivos, políticas,

estrategias, prioridades y metas con base en indicadores de desempeño de los programas que se deriven del Plan Nacional del Desarrollo 2019-2024.

El Programa Institucional del IMSS-BIENESTAR fue elaborado conforme a los criterios y al procedimiento establecido en los *Criterios para elaborar, dictaminar, aprobar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*, observando los aspectos metodológicos contenidos en la *Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*, ambos emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

**ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS.** Conforme lo establece el artículo 1o. Constitucional, es obligación del Estado Mexicano respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos bajo el principio pro persona. Por su parte, el artículo 4o. Constitucional señala el conjunto de derechos económicos, sociales y culturales de la población, entre ellos, el derecho a la protección de la salud.

Ambos artículos hacen eco de las obligaciones internacionales contraídas por México al firmar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), que reconocen el derecho a la salud.<sup>1</sup> A través de este último, el Estado Mexicano adquirió los siguientes compromisos: reconocer la salud como un bien público; adoptar la atención primaria de la salud; extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado y satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

También es preciso señalar que México, como país signatario de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible asumió la responsabilidad de colaborar para lograr los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible y sus metas, que para el caso de la salud están contenidas en el Objetivo 3 Salud y Bienestar, en el que los Estados se comprometen a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

La Ley General de Salud, en su artículo 2o., establece que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad, entre otras, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

Con fundamento en el artículo 2o. de la Ley de Planeación y para garantizar el derecho a la protección de la salud, el Programa Institucional del IMSS-BIENESTAR fue elaborado con perspectiva de derechos humanos, de interculturalidad y de género; sus objetivos, estrategias y acciones promueven la reducción de las inequidades en salud a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas.

El IMSS-BIENESTAR será la Entidad responsable de coordinar la publicación, ejecución y seguimiento del presente Programa.

### 3. Siglas y Acrónimos

<b>APF</b>	Administración Pública Federal
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>CONEVAL</b>	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
<b>COPLAMAR</b>	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República
<b>DOF</b>	Diario Oficial de la Federación
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>IMSS-BIENESTAR</b>	Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
<b>INDICAS</b>	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>INSABI</b>	Instituto de Salud para el Bienestar
<b>ISSFAM</b>	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México

<sup>1</sup> Ver artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7\\_Cartilla\\_PIDESCyPF.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf); y artículo 10 del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: "Protocolo de San Salvador", DOF, 01-09-1998. [En línea] <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

---

<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>LGS</b>	Ley General de Salud
<b>MAIS</b>	Modelo de Atención Integral a la Salud
<b>MAS-BIENESTAR</b>	Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar
<b>MUEC</b>	Modelo Único de Evaluación de la Calidad
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>ODS</b>	Objetivos del Desarrollo Sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPD</b>	Organismo Público Descentralizado
<b>PEMEX</b>	Petróleos Mexicanos
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>PND 2019-2024</b>	Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
<b>SESTAD</b>	Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud

#### 4. Origen de los recursos para la instrumentación del programa

La totalidad de las acciones que se consideran en este programa, incluyendo aquellas correspondientes a sus Objetivos prioritarios, Estrategias prioritarias y Acciones puntuales, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación u operación de dichas acciones, y el seguimiento y reporte de las mismas, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes en el programa, mientras éste tenga vigencia.

#### 5. Análisis del estado actual

El sistema público de salud del México moderno tiene su primer hito de institucionalización en la década de los 40 del siglo XX.

La Constitución de 1917, como parte de las conquistas sociales alcanzadas en la Revolución de 1910, introdujo el acceso a los servicios de salud para los trabajadores como uno de los derechos laborales. Con la creación del IMSS el 19 de enero de 1943, fecha en la que se publica en el DOF la Ley del Seguro Social, este derecho se hace realidad, aunque sólo para un sector minoritario de la población, en tanto que el resto las personas que se encontraban fuera del régimen laboral con seguridad social careció de este derecho.<sup>2</sup>

Los primeros pasos para modificar esta situación se dan en 1973, cuando se reforma la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender sus beneficios más allá de las personas asalariadas y llegar a grupos de población sin capacidad contributiva.<sup>3</sup> Derivado de esta reforma, en 1974 se instrumenta el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, en el que se establece que, como retribución por el acceso a los servicios, los beneficiarios realizarían aportaciones en efectivo, o bien, trabajos personales en favor de sus propias comunidades. Y el 25 de mayo de 1979 se firmó el convenio de colaboración entre COPLAMAR y el IMSS, para establecer el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria "IMSS-COPLAMAR".

El 03 de febrero de 1983 se publicó en el DOF el *Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, el cual refiere al *derecho a la protección de la salud de todas las personas*.<sup>4</sup> Con ello, el Estado se convertía en garante de proteger la posibilidad de acceder, en condiciones de igualdad, a los servicios de salud. Este mandato suponía la creación de un sistema nacional de salud que diera cobertura a todos los mexicanos. El 7 de febrero de 1984 se promulgó la LGS, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, y

---

<sup>2</sup> Ley del Seguro Social, DOF, 19-01-1943. [En línea]  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?cod\\_diario=194788&pagina=1&seccion=2](https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=194788&pagina=1&seccion=2)

<sup>3</sup> Ley del Seguro Social, 12-03-1973. [En línea]  
[https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/4129\\_LSS\\_1973.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/4129_LSS_1973.pdf)

<sup>4</sup> Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 03-02-1983. [En línea]  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4794103&fecha=03/02/1983#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4794103&fecha=03/02/1983#gsc.tab=0)

establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Un paso más en este proceso fue la descentralización de los servicios de salud que atendían a la población sin seguridad social, hacia las entidades federativas. Ello formaba parte de los compromisos de la administración federal de 1982 a 1988, con los organismos internacionales acreedores, principalmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, con los que se pactaron ajustes estructurales para la reducción del gasto en educación, salud y otros a través de reformas sectoriales, bajo la premisa de que la descentralización permitiría pasar la carga financiera de los servicios de salud a los gobiernos estatales.<sup>5</sup>

Hacia 1987 solo se habían transferido las responsabilidades administrativas en salud a 14 entidades federativas; fue hasta 1997, que todos los gobiernos estatales firmaron los convenios del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud a población abierta.<sup>6</sup>

Más de tres décadas de experiencia en el proceso descentralizador dejaron un saldo negativo, el principal de ellos: que el derecho a la protección de la salud no estaba garantizado para las personas sin seguridad social.

De acuerdo con un diagnóstico de la Secretaría de Salud, a inicios del siglo XXI el sistema de salud se caracterizaba por el bajo nivel de inversión, el alto predominio del gasto de bolsillo, la distribución no equitativa de recursos entre instituciones y áreas geográficas, la falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno y el creciente destino del gasto público hacia la nómina.<sup>7</sup>

Para subsanar esta problemática se diseñó y puso en marcha un nuevo mecanismo de cobertura en salud de la población sin seguridad social. El 15 de mayo de 2003 se publicó en el DOF el *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*, con el que se formalizó la creación del Sistema de Protección Social en Salud, dirigido específicamente a la población abierta y que incluía intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En 2004 comenzó a operar este sistema bajo la denominación de *Seguro Popular*, que funcionaba como un mecanismo de financiamiento de gastos médicos para los prestadores de servicios y la infraestructura ya existente en el sector.

De acuerdo con datos de la Auditoría Superior de la Federación, entre 2004 y 2015 el Seguro Popular pasó de 5.4 a 57.1 millones de afiliados, alcanzando una cobertura cercana al 50% de la población del país.<sup>8</sup> No obstante, la meta de cobertura universal aún estaba lejana. CONEVAL señala que en 2016 el porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud ascendía a 15.5, lo que representaba 19.1 millones de personas.<sup>9</sup>

El incremento exponencial en la afiliación al Seguro Popular no estuvo acompañado de los recursos materiales, humanos y de infraestructura que garantizaran la disponibilidad, accesibilidad y calidad en la provisión de los servicios de salud para la población sin seguridad social. Varios elementos son clave para explicar el fracaso de esta experiencia:

- Se carecía de mecanismos de control eficaces para asegurar que las entidades federativas cumplieran con sus obligaciones financieras y de desempeño.
- No se desarrolló una planeación de mediano y largo plazos para disponer de los recursos financieros, materiales y humanos necesarios para atender la demanda de servicios derivada de las transiciones demográfica y epidemiológica, así como garantizar la sustentabilidad del sistema.
- No existían criterios claros para determinar el monto de los recursos a transferir a cada entidad federativa por la Aportación Solidaria Federal, incrementando el riesgo de discrecionalidad en la conformación y distribución de este apoyo.

<sup>5</sup> HOMEDES, Nuria y UGALDE, Antonio. "Descentralización de los servicios de salud: estudios de caso en seis estados mexicanos". Revista *Salud pública México* 2011, vol.53, n.6 [citado 2023-08-09], pp.493-503. [En línea] [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000600005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600005&lng=es&nrm=iso). Ver también OPS, *Salud en las Américas* 2007. Vol. I, p. 319, Washington, DC: OPS; 2007, 318-320. [En línea] <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3009/salud-americas-2007-vol-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>6</sup> Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, DOF, 25-09-1996. [En línea] [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4900841&fecha=25/09/1996#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4900841&fecha=25/09/1996#gsc.tab=0)

<sup>7</sup> Secretaría de Salud, *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, 2ª ed. 2005. [En línea] [http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/ac/SS2007\\_Ac\\_GonzalezPier.pdf](http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/ac/SS2007_Ac_GonzalezPier.pdf)

<sup>8</sup> Auditoría Superior de la Federación. Evaluación Núm 1576-DS, *Evaluación de la política pública del Sistema de Protección Social en Salud*, 2015, p. 51. [En línea] [https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015\\_1576\\_a.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_1576_a.pdf).

<sup>9</sup> CONEVAL, *Evaluación estratégica de protección social en México*. Segunda edición, 2018. [En línea] <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Evaluacion-Estrategica-Proteccion-Social-segunda-edicion.pdf>

- No se dispuso de un mecanismo efectivo para evitar la incorporación de personas con algún esquema de seguridad social al padrón de beneficiarios, lo que implicó el riesgo de duplicidad en el financiamiento de los servicios de salud para la población.
- No se realizó un diagnóstico para identificar el estado que guardan la infraestructura y el equipamiento médico y determinar la suficiencia de la capacidad instalada para atender las necesidades de salud de la población.
- No se definieron criterios claros que sustentaran las intervenciones médicas, por lo que se corría el riesgo que éstas no respondieran a las principales necesidades de salud de la población afiliada.<sup>10</sup>

Por ello, en el diagnóstico del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, publicado el 7 de septiembre de 2022 en el DOF, se afirma que “el Seguro Popular no consiguió una mejora sustancial en los indicadores básicos de salud de la población, ni que el derecho a la salud se abordara de manera integral bajo un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con consideración a los determinantes ambientales y sociales de la salud”.<sup>11</sup>

El Gobierno de la Cuarta Transformación recibió un sistema de salud debilitado en sus capacidades rectoras, fragmentado institucionalmente y con la atención médica segmentada entre varias instituciones prestadoras de servicios de salud con diferenciales en costos, servicios y calidad.<sup>12</sup> Esto generó la falta de capacidad resolutoria en la atención médica de los servicios públicos, el incremento en la demanda de servicios de salud otorgados por prestadores privados y, a la par, el creciente gasto de bolsillo y el deterioro de las condiciones de salud de la población.

Como parte de las acciones para revertir este escenario, en 2019 se publicó el *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud* con la finalidad, entre otras, de crear el Fondo de Salud para el Bienestar, cuyos recursos se destinarían a “la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos; la atención de necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social, y complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos, asociados a personas sin seguridad social”.<sup>13</sup>

En 2020, el Gobierno Federal reformó el artículo 4o. Constitucional para crear el Sistema de Salud para el Bienestar cuyo propósito es “garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”.<sup>14</sup> De manera complementaria, en agosto de 2022 se decretó la creación del IMSS-BIENESTAR, para “brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social, atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna”.<sup>15</sup>

Asimismo, el 29 de mayo de 2023 se publicó en el DOF la reforma a la LGS para normar el Sistema de Salud para el Bienestar y otorgar facultades a la Federación para asumir, de forma concurrente con las entidades federativas, las funciones de prestador de servicios de salud a la población sin seguridad social, de tal forma que debe organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios. Con ello se busca reducir la heterogeneidad en la provisión de atención médica a las personas sin afiliación a la seguridad social.<sup>16</sup>

<sup>10</sup> Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2015, *Evaluación de la Política Pública del Sistema de Protección Social en Salud*, p. 140. [En línea] [https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha\\_DS\\_a.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf).

<sup>11</sup> Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, DOF, 07-09-2022. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0).

<sup>12</sup> Los **sistemas de salud segmentados** se caracterizan “por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos ‘especializado’” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población”. Por otra parte, la **fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud** “es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados que no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo.” OPS, *Revista Salud en las Américas* 2007. Vol. 1, p. 319, Washington, DC: OPS; 2007, p. 319. [En línea] <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3009/salud-americas-2007-vol-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>13</sup> Ver artículo 77 bis 29 del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, DOF, 29-11-2019. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0)

<sup>14</sup> Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, DOF, 08-05-2020. [En Línea] [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0)

<sup>15</sup> Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), DOF, 31-08-2022. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0).

<sup>16</sup> Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar, DOF, 29-05-2023. [En Línea] [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref135\\_29may23.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref135_29may23.pdf)

El IMSS-BIENESTAR permitirá fortalecer las capacidades del Estado mexicano para ser garante efectivo del derecho a la protección de la salud de las personas sin seguridad social, atendiendo al principio rector del PND 2019-2024 de *No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera*, y contribuir al modelo de desarrollo incluyente, igualitario y sustentable que es el sello de esta administración.

La creación del IMSS-BIENESTAR va de la mano con la implementación del nuevo modelo de atención a la salud, concebido para mejorar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social, con el fin último de dar respuesta oportuna y pertinente a las necesidades en salud de personas, familias y comunidades, urbanas y rurales. El modelo, denominado MAS-BIENESTAR está definido como:

*“el esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye los servicios personales y los de la salud colectiva”<sup>17</sup>.*

El IMSS-BIENESTAR y su modelo de atención a la salud se fundan en la experiencia de más de cuatro décadas del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR (actualmente Programa IMSS-BIENESTAR) que tiene su origen en 1979, cuando se firma un convenio entre el IMSS y COPLAMAR, con el fin de hacer extensivos los servicios de salud de primer nivel a la población en zonas rurales de alta marginación.<sup>18</sup>

En 1983 el Programa IMSS-COPLAMAR puso en operación el MAIS, en el que se recuperan los principios de la APS y que tiene entre sus componentes centrales la participación comunitaria, donde las personas son agentes de cambio para la resolución de los principales problemas de salud.

La vocación fundacional con la que fue creado el Programa IMSS-COPLAMAR -ser un mecanismo redistributivo y de solidaridad social para cerrar las brechas de desigualdad en salud- es también la del IMSS-BIENESTAR.

Por ello, el diseño y primeras acciones para llevar a cabo la federalización de los servicios estatales de salud estuvieron a cargo del personal del Programa IMSS-BIENESTAR, que desde octubre de 2021 se dio a la tarea de realizar los diagnósticos para identificar el estado de la infraestructura y recursos en salud en las entidades federativas. Con esta información se desarrollaron las estrategias y acciones que fortalecen la capacidad instalada de las unidades médicas, incrementan la disponibilidad de personal en salud para dar atención continua y de calidad, mejoran el abasto de medicamentos e insumos para la salud y promueven entre la población la adopción de hábitos de vida saludables.

La federalización de los servicios de salud estatales está acompañada de la reorganización de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, para reducir la segmentación del sector salud, optimizar el uso de la capacidad instalada, ofrecer atención con calidad homogénea y reducir costos.

Con tal propósito, la reforma a la LGS, publicada el 29 de mayo de 2023 en el DOF, prevé en el Transitorio Cuarto, la transferencia de los recursos humanos, presupuestarios, financieros y materiales, así como de los inmuebles, derechos y obligaciones del INSABI al IMSS-BIENESTAR.

De la mano del nuevo modelo de atención en salud, el IMSS-BIENESTAR es el motor para orientar el sistema de salud público hacia la universalización y la gratuidad de la atención, para expandir el acceso efectivo al derecho a la salud y disminuir las desigualdades e inequidades en salud que durante décadas ha experimentado la población sin seguridad social, producto de decisiones orientadas a la privatización de los servicios públicos.

A partir del análisis del estado actual de los servicios de salud que atienden a la población sin seguridad social, se identificaron seis áreas de oportunidad prioritarias y que constituyen los ejes de atención del IMSS-BIENESTAR.

<sup>17</sup> Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), DOF, 25-10-2022. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0)

<sup>18</sup> Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. *Atención primaria en la seguridad social en México: La experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR*. s.l.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; Organización Internacional del Trabajo, 1987. [En línea] [http://biblioteca.ciess.org/adiss/r1570/atencin\\_primaria\\_en\\_la\\_seguridad\\_social\\_en\\_mxico\\_la\\_experiencia\\_del\\_programa\\_imss-coplamar](http://biblioteca.ciess.org/adiss/r1570/atencin_primaria_en_la_seguridad_social_en_mxico_la_experiencia_del_programa_imss-coplamar)

- El diseño institucional del sistema de salud de México tiene como uno de sus principales obstáculos la segmentación de los servicios de salud; esto ha tenido un efecto de exclusión del derecho a la salud que ha afectado mayormente a las personas sin seguridad social. De ahí la necesidad de dar pasos firmes en la federalización de los servicios de salud por medio de la transferencia de la infraestructura y de los recursos humanos, financieros y materiales de las entidades federativas al IMSS-BIENESTAR y así avanzar hacia la cobertura universal en salud, el otorgamiento de servicios gratuitos, oportunos y de calidad y el abasto de medicamentos y de insumos para la salud.
- La atención de la salud tiene concentrados sus esfuerzos y recursos en la fase curativa y de rehabilitación de las personas, con un uso creciente de servicios hospitalización y el decremento de los servicios ambulatorios, lo que compromete la sostenibilidad del sistema de salud. Por ello, la mejora de las condiciones de salud de la población sin seguridad social requiere un modelo de atención con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, enraizado en la APS.
- El déficit de recursos en salud-humanos, financieros, materiales y de infraestructura- es producto de decisiones que privilegiaron la noción de la salud como mercancía y no como derecho. La protección del derecho a la salud de personas sin seguridad social solo será posible con mejoras sistémicas: profesionalización de los recursos humanos y mejora de sus condiciones laborales; dignificación de las instalaciones a través del mantenimiento y conservación de los centros de salud y hospitales; dotar a las unidades médicas del equipo médico e insumos necesarios y suficientes para su operación.
- La falta de canales de comunicación efectivos entre profesionales de la salud y usuarios de los servicios de salud y la erosión de la confianza, entre otros factores, puede incidir en que las personas busquen opciones no seguras para la atención de su salud. De ahí la importancia de construir mecanismos de participación social informada, responsable y acorde con los principios y valores de la población.
- Las personas sin seguridad social enfrentan diversos obstáculos para acceder a servicios de salud. El más relevante de ellos, las restricciones de carácter económico, que entre las personas de más bajos ingresos puede representar gastos catastróficos para su economía familiar y poner en riesgo su patrimonio. Sin embargo, también la lejanía de los servicios por condiciones geográficas, que afecta principalmente a las personas que habitan en zonas de alta marginación y que tienen que hacer largos recorridos para llegar a un centro de salud, también es otro factor que puede retrasar la atención oportuna. Por ello, entre los objetivos prioritarios se plantea mejorar la accesibilidad y pertinencia de los servicios de salud para las personas sin seguridad social, sin discriminación por edad, lengua, ingresos o cualquier otra condición de vida.
- La baja calidad y seguridad en los servicios de salud es una más de las inequidades que enfrentan las personas sin seguridad social cuando acceden a la atención médica ambulatoria y hospitalaria. El retraso en consultas generales y de especialidad, en diagnósticos y tratamientos son una constante cuando se requiere atender los problemas de salud. De ahí la necesidad de contar con mecanismos de supervisión de las acciones en salud y de cumplimiento de éstas conforme a la normatividad establecida y las mejores prácticas; de plantear la prioridad de contar con de servicios de salud de calidad y seguros, es decir, eficaces, eficientes, oportunos, integrados y centrados en la persona, como un mecanismo central para mitigar las desigualdades en salud.

## 6. Objetivos prioritarios

La contribución del IMSS-BIENESTAR al PND 2019-2024 está enmarcada en **el Eje 2, “Política Social”, principio rector “No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera”** por lo que orientará su quehacer a la consecución de los siguientes objetivos:

<b>Objetivos prioritarios del Programa Institucional de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR 2023-2024</b>
1.- Fortalecer el proceso de transferencia de servicios de salud en las entidades federativas al IMSS-BIENESTAR, para otorgar de manera gratuita servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a las personas sin seguridad social.
2.- Implementar el MAS-BIENESTAR, para contribuir a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de las personas sin seguridad social.
3.- Incrementar la capacidad instalada de los servicios de salud a través de mejorar la infraestructura, el equipamiento, los recursos humanos y el abasto de medicamentos e insumos asociados, para optimizar la cobertura y la atención de las personas sin seguridad social.

<b>Objetivos prioritarios del Programa Institucional de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR 2023-2024</b>
4.- Promover la participación social de las personas, familias, comunidades y organizaciones, para incidir en los comportamientos preventivos e impulsar la corresponsabilidad en salud.
5.- Contribuir a la disminución de barreras económicas, geográficas, de información, obstáculos organizacionales y de toda forma de discriminación, a fin de mejorar la accesibilidad y pertinencia de los servicios de salud para las personas sin seguridad social.
6.- Fomentar la calidad y seguridad de los servicios de salud, por medio de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de la atención en salud, para la mejora del desempeño institucional.

### 6.1.- Relevancia del Objetivo prioritario 1

**FORTALECER EL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS AL IMSS-BIENESTAR, PARA OTORGAR DE MANERA GRATUITA SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS E INSUMOS ASOCIADOS A LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL.**

De acuerdo con las estimaciones de pobreza 2022<sup>19</sup>, el CONEVAL reportó que 39.1% de la población se encontraba en situación de carencia por acceso a los servicios de salud, lo cual equivale a 50.4 millones de personas, entendida la carencia como la afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución o programa de seguridad social o de protección social en salud.<sup>20</sup>

Son diversas las razones por las cuales el acceso efectivo a los servicios de salud en México es aún una aspiración para millones de personas. En términos estructurales, tiene que ver con el diseño original de los mecanismos de acceso a los servicios de salud, que a la fecha persisten.

Desde su origen en la primera mitad del siglo XX, el SNS en México estuvo segmentado y con el paso de los años esta segmentación sólo fue acrecentándose. De acuerdo con su Decreto de creación (1943), el IMSS otorgaba servicios de atención médica, que incluían acciones preventivas, curativas y de rehabilitación para empleados del sector privado, financiados por medio del pago de cuotas por parte del empleador, el trabajador y aportaciones del Gobierno Federal. Por otra parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, creada por Decreto presidencial el 18 de octubre de 1943,<sup>21</sup> proporcionaba servicios de salud pública (saneamiento básico, promoción y fomento de la salud) y de asistencia social orientados a cubrir las necesidades básicas (refugio, alimentación, vestido) de población en condiciones de discapacidad y/o pobreza extrema.

A partir de la década de los 60 se crearon instituciones de seguridad social para dar cobertura a grupos específicos de trabajadores: el ISSSTE, que atiende a trabajadores del sector público federal; el ISSFAM, para personal de las Fuerzas Armadas, y los servicios de salud de PEMEX.

En la década de los años 70 se implementaron programas específicos para subsanar la falta de acceso a los servicios de salud de las personas no derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Una de las principales iniciativas fue la de IMSS-COPLAMAR, que surge en 1979 con el fin de hacer extensivos los servicios de salud de primer nivel en zonas rurales con población indígena.

Posteriormente, cuando en los años 80 se inicia el proceso de descentralización de los servicios de salud, que se vuelven responsabilidad de los gobiernos estatales, la segmentación del sistema de salud se agudiza y con ella la dispersión de recursos, la heterogeneidad en la calidad de la atención y se torna aún más débil la coordinación intersectorial.

<sup>19</sup> CONEVAL, *Medición de la Pobreza 2022*. [En línea] [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP\\_2022/Pobreza\\_multidimensional\\_2022.pdf](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2022/Pobreza_multidimensional_2022.pdf)

<sup>20</sup> CONEVAL, *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*. [En línea] [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP\\_2018\\_2020/Notas\\_pobreza\\_2020/Nota\\_tecnica\\_sobre\\_la\\_carencia\\_por\\_acceso\\_a\\_los\\_servicios\\_de\\_salud\\_2018\\_2020.pdf](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf)

<sup>21</sup> Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, DOF, 18-10-1943. [En línea] [https://dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4586897&fecha=18/10/1943&cod\\_diario=196726](https://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4586897&fecha=18/10/1943&cod_diario=196726)

Con la creación del Seguro Popular el 15 de mayo de 2003,<sup>22</sup> esta problemática no fue atendida, por lo que la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud para la población sin seguridad social no tuvieron mejoras y si se profundizaron las inequidades en salud en relación con la población con derecho a la seguridad social.

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, publicado en el DOF el 07 de septiembre de 2023, señala que:

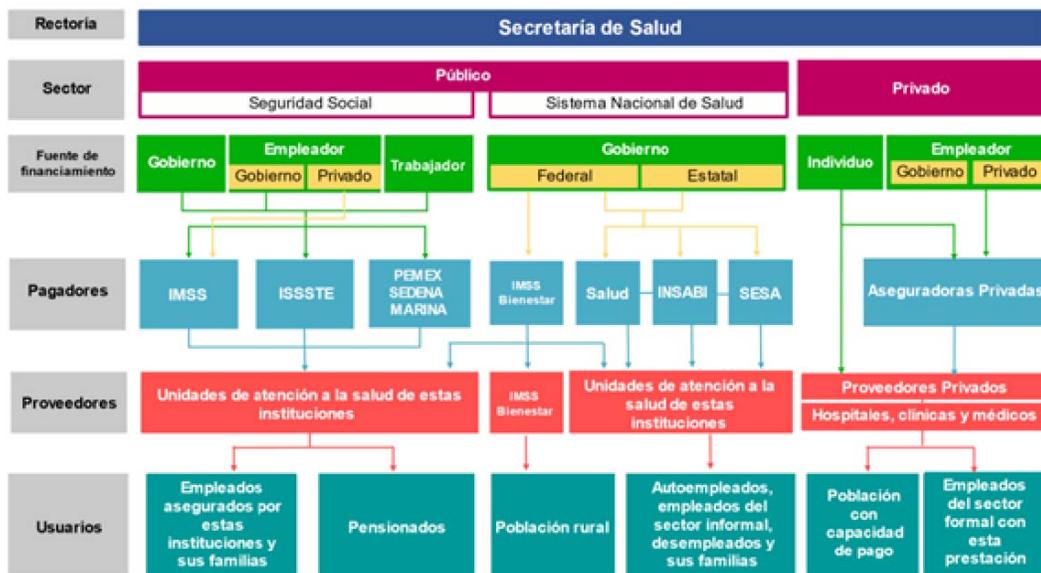
*“El proceso de desincorporación de los servicios de salud federales hacia los estados siguió una lógica neoliberal de construcción institucional, la cual fragmentó en 32 entidades federativas la responsabilidad de la organización y gestión de los servicios de salud dirigidos a la población sin seguridad social; acentuando la fragmentación del sistema de salud, que ya se encontraba dividido entre derechohabientes y personas sin acceso a las instituciones de seguridad social. Lo anterior derivó en una mayor desarticulación de las capacidades de atención a la salud del sector público, dificultando el progreso hacia la erradicación de las asimetrías sociales y la cohesión social”.*<sup>23</sup>

De acuerdo con el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018, el diseño del sistema de salud en México es una de las principales causas de inequidad en la atención en salud. La segmentación del sistema, la poca vinculación entre las distintas instituciones, las diferencias en la cobertura de riesgos, entre otras características, contribuyen a las malas condiciones de salud de la población.<sup>24</sup>

En la **figura 1** se muestran las distintas instituciones que integraban el sistema de salud, hasta 2023, la diversidad en sus mecanismos de financiamiento y de población de responsabilidad. El diagrama ofrece una mirada del nivel de segmentación que caracterizaba al SNS del país.

Esta configuración institucional tiene como consecuencia que existan paquetes de cobertura y de atención desiguales entre las instituciones, lo que representa una desventaja importante de acceso y uso efectivo de los servicios de salud para la población sin seguridad social, incluida la que tiene una entrada y salida frecuente del mercado laboral formal. De ahí la necesidad de una reestructuración del SNS en México, y particularmente del subsistema responsable de la atención a las personas sin seguridad social, a fin de que efectivamente garantice en todas sus dimensiones el derecho a la protección de la salud.

**Figura 1: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO.**<sup>25</sup>



Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en Gómez Dantes et al (2011).

<sup>22</sup> Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, DOF, 15-05-2003. [En línea] [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref09\\_15may03.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref09_15may03.pdf)

<sup>23</sup> Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, DOF, 07-09-2022. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0).

<sup>24</sup> CONEVAL, *Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, p. 144-145. [En línea] [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos Sociales/Diag\\_derecho Salud 2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos Sociales/Diag_derecho Salud 2018.pdf)

<sup>25</sup> CONEVAL, *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*, 2012. [En línea] <https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion Estrategica de Proteccion Social en Mexico.pdf>

Como parte de las acciones de la presente administración para atender estas deficiencias históricas en el diseño institucional y en las políticas públicas en salud, el 31 de agosto de 2022 se decretó la creación del OPD denominado IMSS-BIENESTAR, para avanzar en la federalización de los servicios de salud que se brindan a las personas sin seguridad social; asimismo, la Secretaría de Salud publicó el *Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar* (DOF, 07 de septiembre de 2022). En dicho Acuerdo se sientan las bases para la reorganización de competencias y funciones de las instituciones del SNS y de sus mecanismos de coordinación, además de la federalización de los servicios de atención médica que hasta ese momento formaban parte de las funciones de los gobiernos estatales, para quedar bajo la responsabilidad del IMSS-BIENESTAR.

Posteriormente, el 29 de mayo de 2023 se publica en el DOF la reforma a la LGS para regular el Sistema de Salud para el Bienestar, que en el artículo 77 bis 1 otorga a la Federación facultades para asumir de forma concurrente con los gobiernos estatales, las funciones de prestador de servicios de salud a la población sin seguridad social, de tal forma que debe organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios. Con ello se busca reducir la segmentación y heterogeneidad en la provisión de atención médica a las personas sin la seguridad social.

En este mismo sentido, el 11 de octubre de 2023, fue publicado en el DOF el *Decreto por el que se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR*.<sup>26</sup> Esto, con el propósito de dotar de servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a la personas sin seguridad social en todos los niveles de atención y para lograr que sus necesidades de atención médica de alta especialidad puedan ser satisfechas.

La última de las acciones tuvo lugar el 13 de octubre pasado, cuando se publica el Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar con el propósito de “consolidar la operación de un sistema integral de salud para que las entidades federativas concurren con la Federación por conducto del IMSS-BIENESTAR, a fin de garantizar la prestación de servicios de salud mediante las acciones en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados, para la prestación gratuita de servicios de salud para las personas sin seguridad social”.<sup>27</sup>

Las iniciativas del Gobierno Federal para dotar de un nuevo diseño institucional y fortalecer al SNS a través de la federalización de los servicios de salud y de la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, constituyen la respuesta del Estado mexicano para lograr la justicia social en material de salud, a través de mitigar la desigualdad en el acceso a los servicios de salud de las personas sin seguridad social, que resultan ser también las más desfavorecidas en el país, principalmente por encontrarse en situación de pobreza o de vulnerabilidad por carencia de acceso a dos derechos sociales fundamentales: salud y seguridad social.

## 6.2.- Relevancia del Objetivo prioritario 2

IMPLEMENTAR EL MAS-BIENESTAR, PARA CONTRIBUIR A HACER EFECTIVO EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL.

Para poder lograr la transformación de los servicios de salud es preciso contar con un modelo de atención construido desde una visión integral y sistémica.

Por ello, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, desarrolló el MAS-BIENESTAR, que fue expresamente diseñado en el marco de la transformación estructural del SNS y responde al propósito de armonizar los modelos de atención de los servicios de salud de las instituciones tanto de seguridad social como de las responsables de la población sin seguridad social, y contribuye al objetivo superior de avanzar hacia la cobertura universal en salud.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> Decreto por el que se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR, DOF, 11-10-2023. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5704687&fecha=11/10/2023#qsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5704687&fecha=11/10/2023#qsc.tab=0)

<sup>27</sup> Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar, DOF, 13-10-2023. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5705060&fecha=13/10/2023](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5705060&fecha=13/10/2023)

<sup>28</sup> Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), DOF, 25 de octubre de 2022. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#qsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#qsc.tab=0)

El MAS-BIENESTAR es un esquema de cuidados integrales que establece los recursos humanos y materiales, las herramientas de política pública, así como los procesos y procedimientos que deben realizar las unidades de salud y hospitales para otorgar servicios de salud personales y colectivos, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad.

Una de sus aportaciones fundamentales es la inclusión de los determinantes sociales de la salud y de la salud colectiva, como elementos centrales que explican las condiciones del entorno que inciden de las personas y cuyo análisis y atención con políticas públicas intersectoriales es la base para la transformación de las condiciones estructurales de inequidad en salud que vive la población sin seguridad social.

El MAS-BIENESTAR se basa en un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, centrado en las personas, familias y comunidades, desde una perspectiva de derechos humanos y equidad de género, respetando la cultura y la cosmovisión de las diferentes comunidades y grupos poblacionales, aplicando una visión holística sobre los determinantes sociales de la salud presentes a nivel local, para brindar a las personas una atención integral basada en sus necesidades de salud y demandas de atención. Ello se logra bajo los principios de la APS, estrategia que permitirá cumplir los objetivos y las prioridades de salud de la población, así como mejorar el desempeño de los servicios de salud en el marco del sistema de salud para el bienestar.

El nuevo modelo de atención MAS-BIENESTAR toma en cuenta el valor potencial de la APS como piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura universal en salud, cuyo objetivo es garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales y a medicamentos y vacunas seguros, eficaces y asequibles para todas las personas. Este modelo se basa en los siguientes pilares fundamentales:

- Servicios de salud integrados basados en APS, que se traduce en la prestación de cuidados integrales de la salud que incluye acciones de promoción, protección, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida. Con ello se priorizarán los servicios de atención de salud, considerando la diversidad cultural por medio de acciones interculturales en las unidades de atención médica.
- Política y acción multisectorial para influir en los determinantes de la salud, incluidos los sociales, comerciales, económicos, ambientales y culturales, así como las características y comportamientos individuales para prestar una atención integral a la población usuaria.
- Personas y comunidades empoderadas para favorecer los estilos de vidas saludables, prácticas de autocuidado y comportamientos preventivos.

El MAS-BIENESTAR detalla las nuevas directrices y pautas de operación de los servicios de salud: las características de la capacidad instalada por nivel de atención con las que deberán contar las instituciones públicas de salud, así como las estrategias que deben llevar a cabo para otorgar servicios de salud a toda la población del país, incluyendo los servicios de atención médica y los de salud colectiva, con énfasis en las personas sin seguridad social.

### 6.3.- Relevancia del Objetivo prioritario 3

INCREMENTAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA, EL EQUIPAMIENTO, LOS RECURSOS HUMANOS Y EL ABASTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ASOCIADOS, PARA OPTIMIZAR LA COBERTURA Y LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL.

La protección a la salud para las personas sin seguridad social comprende la atención de cualquier padecimiento y genera el derecho a recibir de manera gratuita las acciones preventivas como las vacunas, así como todos los medicamentos, estudios de gabinete y demás insumos asociados que se requieran.

Aunque se han hecho importantes avances durante el Gobierno de la Cuarta Transformación, la disponibilidad de recursos en salud aún mantiene brechas a subsanar, luego de décadas de abandono.

Dentro de los países de la OCDE y con información a 2021, México ocupaba el penúltimo lugar respecto del número de médicos por cada mil habitantes, con una tasa de 2.51, si bien hay un aumento con respecto de 2018, cuando la tasa fue de 2.44<sup>29</sup>; el mismo fenómeno se presentaba en la tasa de enfermeras por cada mil habitantes, que ascendió a 2.94, ocupando el penúltimo lugar entre los países de la organización.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> OECD, *Health Statistics*, 2023. [En línea]: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>

<sup>30</sup> *Idem*, 2023. [En línea]: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>

En lo que hace al equipamiento médico, a 2021 se reportan los siguientes datos para México:

- Camas hospitalarias en hospitales del sector público por cada mil habitantes: 0.72. Cabe destacar que este indicador, entre 2010 y 2019 tuvo un retroceso, al pasar de 0.74 a 0.69, cuando alcanzó su punto más bajo en 2019.<sup>31</sup>
- Tomógrafos computarizados por cada millón de habitantes: 7.47. En este caso, existe un incremento en la tasa, que en 2010 era de 4.75. Resalta que entre 2012 y 2018 el indicador se mantuvo prácticamente sin cambios (5.13 y 5.92, respectivamente); mientras que de 2018 a 2021 el número de tomógrafos por cada millón de habitantes se incrementó en un 26%.
- Unidades de resonancia magnética por cada millón de habitantes: 2.92.
- Mastógrafos por cada millón de habitantes: 9.54.
- Equipos de radioterapia por cada millón de habitantes: 2.19.

A partir del análisis comparativo entre instituciones nacionales que otorgan servicios de salud a población derechohabiente y sin seguridad social, se observan importantes diferencias en la disponibilidad de recursos en salud. En la tabla 1 se muestran los resultados entre 2017 y 2019 para tres indicadores representativos de la disponibilidad y la capacidad instalada de los recursos en salud.

**TABLA 1. INDICADORES DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO POR INSTITUCIÓN, 2017-2019.**

Indicador	2017			2018			2019		
	IMSS	ISSSTE	SESA'S	IMSS	ISSSTE	SESA'S	IMSS	ISSSTE	SESA'S
Médicos especialistas por cada mil habitantes	0.8	0.9	0.7	0.8	1.0	0.7	0.8	0.9	0.7
Recetas surtidas de manera completa (%)	94.4	92	84.1	88.9	92.0	76.2	90.6	90.6	75.9
Pacientes de cirugía general que se operan después de siete días de solicitada la cirugía electiva (%)	47.8	42.1	32.2	66.2	51	31.9	93.9	47.4	31.1

**Fuente:** Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud 2017-2019, Conapo 2017-2019, Página de Información en Salud del IMSS 2017-2019 y Anuario Estadístico del ISSSTE 2017-2019.

Para explicar los resultados de los indicadores tanto de disponibilidad de los servicios de salud, como de las condiciones de accesibilidad y la calidad de éstos, es necesario revisar los datos de gasto en salud y su composición.

En 2019 el conjunto de países de la OCDE en promedio gastó el 8.8% en salud con respecto del Producto Interno Bruto (PIB). En ese mismo año, México registró un porcentaje de gasto en salud del 5.5%. Por su parte el INEGI reportó que en 2021 esta cifra ascendió a 6.2%, sin embargo, el dato corresponde al PIB ampliado en salud, que integra el gasto en actividades económicas del sector salud y el valor del trabajo no remunerado en cuidados de salud, que representa el 25.5% del total del gasto en salud como porcentaje del PIB. El gasto en actividades económicas del sector salud como porcentaje del PIB fue de únicamente 4.6% en 2021.<sup>32 33</sup>

Sobre el destino de los recursos, entre 2015 y 2019, el promedio de gasto en bienes de capital en salud como porcentaje del PIB fue de 0.1% para México, mientras que el promedio de países de la OCDE fue de 0.6%. Este gasto comprende el que se realiza en patentes, equipo médico y construcción.<sup>34</sup>

<sup>31</sup> *Idem*, 2023. [En línea]: [https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH\\_REAC&lang=en#](https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REAC&lang=en#)

<sup>32</sup> OCDE, Health at a Glance 2019. [En línea] <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>.

<sup>33</sup> INEGI Indicadores de Salud y su participación en la economía nacional. [En línea] <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>.

<sup>34</sup> OCDE, Capital expenditure in the health sector. [En línea] OCDE, *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/7/9/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&csp=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book>

Siguiendo con datos de la OCDE, en 2019 México tuvo la segunda mayor proporción de gastos de bolsillo de los hogares, pues del total del gasto en salud 41% corresponde a este rubro; mientras que el 5.5% de los hogares en México experimenta un gasto catastrófico en salud, que afecta a los hogares pobres de manera desproporcionada.<sup>35</sup>

En lo que respecta al gasto *per cápita* en las estadísticas de la OCDE muestran que para 2020 México tuvo un gasto equivalente a 1,227 dólares, del cual 53% (649 dólares) correspondió al gasto gubernamental o al pago de seguros en salud obligatorios, en tanto que el gasto no gubernamental ascendió a 579 dólares (47%). Dentro de este último, el gasto de bolsillo fue de 476 dólares, que equivale al 39% del total del gasto en salud *per cápita*.<sup>36</sup>

En este punto cabe destacar que la tendencia del gasto no gubernamental o “voluntario” en México fue incremental entre 2000 y 2019, a diferencia de países donde se cuenta con una cobertura universal en salud efectiva a través del gasto gubernamental o del aseguramiento obligatorio.<sup>37</sup>

A partir de lo anterior, el IMSS-BIENESTAR se plantea como objetivo prioritario subsanar el deterioro e insuficiencias en el conjunto de recursos en salud: infraestructura, equipo médico y recursos humanos y así brindar atención médica gratuita, integral y continua a las personas sin seguridad social.

#### 6.4.- Relevancia del Objetivo prioritario 4

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS, FAMILIAS, COMUNIDADES Y ORGANIZACIONES, PARA INCIDIR EN LOS COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS E IMPULSAR LA CORRESPONSABILIDAD EN SALUD.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, se estableció que la promoción de la salud incluye la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, toma de decisiones, elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación, para alcanzar un mejor nivel de salud.<sup>38</sup>

La participación comunitaria se ha relacionado positivamente con la orientación de la prevención, las creencias de salud y las actividades saludables, proporcionando un enlace directo con los comportamientos de salud positivos. Un individuo que practica conductas saludables y que participa en su comunidad es probable que desencadene un comportamiento similar entre los demás miembros de la comunidad.<sup>39</sup>

La participación social es un elemento clave para gestar cambio en los determinantes intermedios de la salud, es decir en los factores conductuales de los individuos que explican su condición de salud. Estos factores se materializan en estilos de vida, los cuales comprenden al conjunto de los elementos personales, sociales y ambientales que influyen en los comportamientos y que crean las condiciones necesarias que determinarán el estado de salud de una persona.<sup>40</sup>

En México, la participación organizada de la ciudadanía, en coordinación con las autoridades ha logrado cambios en la legislación para favorecer el consumo saludable de alimentos. Desde 2014 existe un impuesto a las bebidas azucaradas<sup>41</sup> y se cuenta con evidencia científica de que éste ha incidido en la reducción del consumo de refrescos; también se encontró que son los hogares de menores ingresos, con los costos proporcionales de servicios de salud más altos, fueron quienes más redujeron sus compras de bebidas azucaradas.<sup>42</sup> La otra experiencia es el etiquetado frontal de alimentos, producto de un proceso democrático, transparente e incluso coordinado por la Secretaría de Salud y que comenzó a operar en 2020.<sup>43</sup>

<sup>35</sup> OCDE, "Health spending" (indicator), 2023. [En línea]: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.

<sup>36</sup> *Idem*.

<sup>37</sup> *Idem*.

<sup>38</sup> Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986 [En línea]: <https://www.gob.mx/salud/documentos/carta-de-ottawa-publicado-por-la-dggs>

<sup>39</sup> Pineda, Francy. *La participación social en salud*, Monitoreo Estratégico, julio-diciembre, 2014.

<sup>40</sup> OMS, *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de Secretaría*, 2009. [En línea] [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf)

<sup>41</sup> Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto al Valor Agregado; de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios; de la Ley Federal de Derechos, se expide la Ley del Impuesto sobre la Renta, y se abrogan la Ley del Impuesto Empresarial a Tasa Única, y la Ley del Impuesto a los Depósitos en Efectivo, DOF, 11-12-2013. [En línea] [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5325371&fecha=11/12/2013#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5325371&fecha=11/12/2013#gsc.tab=0)

<sup>42</sup> Colchero, Arantxa M, *et al.*, "Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax": *HEALTH AFFAIRS*, 2017, Vol. 36, No. 3. [En línea] <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2016.1231>

<sup>43</sup> Secretaría de Salud. [En línea] <https://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/etiquetado-de-alimentos>

Estos dos ejemplos muestran el impacto en el nivel de políticas públicas de la participación social en salud. Pero es también en la acción comunitaria del día a día y en el entorno local donde se puede lograr el arraigo de conductas de salud en el largo plazo.

Para ello, la interrelación de los equipos de salud con la población es relevante para la ejecución de las actividades de promoción y prevención de la salud a nivel individual y comunitario. Uno de los elementos clave para lograr una participación social y comunitaria es establecer un vínculo entre las familias y los servicios de salud otorgados por el IMSS BIENESTAR con el objetivo de hacer partícipe a la población y de esta forma generar un sentido de apropiación de los servicios de salud.

El IMSS-BIENESTAR atiende las necesidades de salud de todas las personas sin seguridad social a nivel comunitario, integrando la atención, la prevención, la promoción y la educación.

#### 6.5.- Relevancia del Objetivo prioritario 5

CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE BARRERAS ECONÓMICAS, GEOGRÁFICAS, DE INFORMACIÓN, OBSTÁCULOS ORGANIZACIONALES Y DE TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN, A FIN DE MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL.

De acuerdo con la OMS, el acceso a la salud “implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”.<sup>44</sup>

El diagnóstico del acceso a la salud en nuestro país muestra que existen aún importantes áreas que requieren de atención inmediata, pero también con una planeación de mediano plazo, para mitigar las desigualdades en salud con un enfoque estructural y asegurar la sustentabilidad del sistema de salud para el bienestar.

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud se explican por factores económicos, geográficos, culturales y sociales. Para medir el grado de estas desigualdades y fijar los estándares de mejora deberán observarse los siguientes elementos:

- Disponibilidad de servicios de salud de calidad, al alcance de quienes los necesitan.
- Capacidad para acceder a los servicios de salud sin dificultades financieras.
- Organización y prestación de servicios que permitan a las personas obtener los servicios cuando éstas los necesiten.
- Disposición de las personas de buscar los servicios cuando se percibe que son efectivos o cuando los factores sociales y culturales no desalientan a las personas a buscarlos.
- Habilidad para utilizar los servicios de salud cuando es necesario en el momento oportuno y con el nivel de calidad necesario para obtener el efecto deseado y los beneficios potenciales para la salud.
- Pertinencia cultural de los servicios de salud, la cual considera las prácticas, los valores y la cosmovisión de la población que recibe algún servicio, sea indígena afromexicana, o de otro origen cultural, para adaptarse a la forma de vida de la población y, así, respetarla.<sup>45</sup>
- Prestación de servicios de salud sin discriminar a la población usuaria por raza, estado migratorio, sexo, género y orientación sexual.

De acuerdo con datos de la ENSANUT 2018, 45% de usuarios de servicios médicos reportaron gastos en su última atención, con gran heterogeneidad entre el tipo de aseguramiento: IMSS 3%, Servicios Estatales de Salud 19%, consultorios aledaños a farmacias 92%, lo que pone en claro el tipo de inequidades que genera la falta de un sistema de salud con cobertura universal, accesibilidad y disponibilidad plenas.<sup>46</sup>

<sup>44</sup> OMS-OPS: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal> ; ver también United Nations. Political Declaration on the high-level meeting on universal health coverage. 74th Session of the United Nations General Assembly, 18 October 2019; New York: UN; 2019. [En línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/84/PDF/N1931184.pdf?OpenElement>

<sup>45</sup> Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas. *Manual de pertinencia cultural para la atención a pueblos indígenas en el ámbito de la salud*. Gobierno del Estado de Chihuahua. 2020. [En línea] [https://chihuahua.gob.mx/sites/default/atach2/version\\_completa\\_e.pdf](https://chihuahua.gob.mx/sites/default/atach2/version_completa_e.pdf)

<sup>46</sup> Secretaría de Salud; INEGI; INSP. *Encuesta Nacional de Salud 2018. Presentación de resultados*. [En línea] [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf).

En 2018 el gasto per cápita por hogar en salud fue de 162.38 pesos, lo que representa un incremento de 27.1% en comparación con el gasto *per cápita* reportado en el 2012 (127.75 pesos ajustados por inflación). También los hogares sin seguridad social presentan un mayor gasto en salud en comparación con los hogares que sí cuentan con esta, en todas las regiones del país. Se observó que, en los hogares rurales con seguridad social, el gasto fue 50.2% menor que en los hogares sin seguridad, lo que indica una mayor vulnerabilidad de estos hogares a sufrir un gasto empobrecedor en salud.<sup>47</sup>

El IMSS-BIENESTAR es una de las herramientas centrales para lograr el objetivo del Sistema de Salud para el Bienestar de garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas sin seguridad social “con un enfoque solidario y social, en favor de las personas que no cuenten con afiliación a las instituciones de seguridad social, por medio del MAS-BIENESTAR que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en un marco de respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y con enfoque intercultural en salud”.<sup>48</sup>

Con respecto de la accesibilidad en su dimensión económica, ésta se encontraba limitada y aplicaba en forma desigual. Previo a la creación del IMSS-BIENESTAR y a la reforma a la LGS publicada en el DOF el 29 de mayo de 2023 (artículo 36), la gratuidad de los servicios de salud para la población sin seguridad social no estaba garantizada y dada la fragmentación del sistema de protección de la salud, existían diversos criterios para establecer las cuotas de cobro de los servicios.

En su reporte *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, la OCDE destaca que México registra el porcentaje más bajo de cobertura en salud (90%), mientras que el financiamiento de la atención médica correspondió sólo en un 52% por el Gobierno, mientras que el promedio en la OCDE es de 73%.

Sobre la accesibilidad física a los servicios de salud, en el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud del CONEVAL reporta los siguientes datos:

*“[...] en 2018, el 7.5% de las localidades, que concentran el 82.6% de la población total del país, tienen un muy alto grado de accesibilidad física a los servicios, el 19.6% de las localidades, con el 6.6% de la población, exhibieron un nivel de acceso alto, mientras que 2.5 y 3.9% de la población distribuida en 10.3 y 23.5% de localidades, un nivel medio y bajo de accesibilidad, respectivamente. En el límite inferior se encuentran 8.3% de las localidades donde habita el 1.6% de la población con un nivel de accesibilidad muy bajo y el 2.8%, equivalente a 3,137,271 de personas, que residen en el 30.9% de las localidades del país sin acceso físico alguno a los servicios de salud”.<sup>49</sup>*

En materia de accesibilidad a la información, aún existe un entorno de discriminación para las personas con discapacidades audiovisuales, hablantes de lenguas indígenas, analfabetas o con alguna otra condición de vida.

El IMSS-BIENESTAR, a través de proporcionar servicios de salud cercanos, oportunos, de calidad, en instalaciones dignas, bajo un marco de inclusión de personas vulnerables y pertinencia cultural, se propone ser una herramienta de cambio hacia la equidad y la justicia social en salud.

#### 6.6.- Relevancia del Objetivo prioritario 6

FOMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR MEDIO DE ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD, PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.

La OMS, define la calidad en la atención como el grado en que se incrementa la probabilidad de lograr los resultados sanitarios que se plantean los sistemas de salud, los cuales deberán estar ajustados a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Siguiendo con los criterios de la OMS, el grado de calidad de los servicios de salud se observa a través de las siguientes características:

- Eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- Seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;

<sup>47</sup> *Idem*

<sup>48</sup> Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar, DOF, 29 de mayo de 2023, artículo 77 bis 3. [En línea] [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref135\\_29may23.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref135_29may23.pdf)

<sup>49</sup> CONEVAL, *Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, p. 65. [En línea]

[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)

- Centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;
- Oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- Equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- Integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- Eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Por su parte, el CONEVAL propone tres aspectos a considerar para evaluar la calidad de los servicios de salud: 1) seguridad, entendida como la capacidad de “evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles y a que el paciente reciba la atención necesaria en el momento oportuno cuando es afectado por alguna condición que ponga en riesgo su vida”; 2) efectividad, que se logra cuando se prestan “servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar y abstenerse de ofrecerlos a las personas que tienen pocas probabilidades de recibir un beneficio” y 3) atención centrada en la persona, entendida como “dar prioridad a las personas durante todo el proceso de la atención médica; hace referencia a la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones, de acuerdo con las necesidades del paciente/usuario”.<sup>50</sup>

El sector salud, a través del INDICAS, realiza el monitoreo de la calidad de las unidades de servicios de salud de todo el país. A través del INDICAS se obtiene información sobre la organización de los servicios, la atención médica efectiva y la calidad en enfermería. La información del INDICAS se complementa con la del SESTAD, que registra la información que reportan los usuarios de los servicios de salud respecto de la satisfacción, el trato adecuado y digno en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencia, misma que se recopila a través de encuestas aplicadas por avales ciudadanos y servidores público.

Ambos sistemas presentan una radiografía parcial de la calidad de los servicios de salud en México. En el caso del INDICAS en promedio sólo 30% de los servicios de salud de los estados reportan alguna información. Por lo que hace al SESTAD, en 2022 los resultados globales por servicios, para todos los casos la evaluación arroja resultados aprobatorios. Sin embargo, destaca que el IMSS no forma parte de esta encuesta ni tampoco el Programa IMSS-Bienestar o PEMEX.

Actualmente se carece de un sistema de información integral para diagnosticar y evaluar la calidad de los servicios de salud en México, realizar análisis comparados, identificar mejores prácticas y proponer mejoras al desempeño.

Para abordar esta problemática el IMSS-BIENESTAR se propone establecer y operar sistemas de monitoreo y evaluación que fortalezcan una cultura organizacional de seguridad del paciente, la mejora continua de sistemas de gestión de calidad y la capacitación permanente del personal de salud. Lo anterior, con apego a las políticas y lineamientos sectoriales establecidos en el MUEC de los establecimientos de atención médica, que fue desarrollado por el Consejo General de Salud y la Secretaría de Salud con el propósito de verificar el cumplimiento de los criterios y estándares en materia de calidad, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua y progresiva de la estructura, procesos y resultados.<sup>51</sup>

Sin embargo, los riesgos para proporcionar servicios de salud no se limitan a la parte de atención médica. Por su situación geográfica nuestro país está expuesto a eventos catastróficos causados por fenómenos naturales: inundaciones, terremotos, deslaves, etc. Bajo estas consideraciones, y para garantizar la continuidad de los servicios de salud ante situaciones de emergencia, así como la seguridad de los usuarios de los servicios, este objetivo plantea entre sus estrategias la consolidación de servicios resilientes a tales eventos.

<sup>50</sup> CONEVAL, *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo*, 2023, p. 31, 40-44. [En línea] [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/E\\_Derecho\\_Salud\\_2023.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf)

<sup>51</sup> Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, DOF, 29-06-23. [En línea]: [http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelomuec/MODELO\\_UNICO\\_DE\\_EVALUACION\\_DE\\_LA\\_CALIDAD\\_V.30-06-2023.pdf](http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelomuec/MODELO_UNICO_DE_EVALUACION_DE_LA_CALIDAD_V.30-06-2023.pdf) y Consejo General de Salud, Modelo Único de Evaluación de la Calidad. [En línea]: [http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelomuec/MODELO\\_UNICO\\_DE\\_EVALUACION\\_DE\\_LA\\_CALIDAD\\_V.30-06-2023.pdf](http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelomuec/MODELO_UNICO_DE_EVALUACION_DE_LA_CALIDAD_V.30-06-2023.pdf)

**Vinculación de los objetivos prioritarios del Programa Institucional del IMSS-BIENESTAR con el Programa Sectorial de Salud.**

<b>Programa Sectorial de Salud 2020-2024</b>	OBJETIVO 5	Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población	<b>Programa Institucional IMSS-BIENESTAR</b>	OBJETIVO 1	Fortalecer el proceso de transferencia de servicios de salud en las entidades federativas al IMSS-BIENESTAR, para otorgar de manera gratuita servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a las personas sin seguridad social.
	OBJETIVO 3	Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.		OBJETIVO 2	Implementar el MAS-BIENESTAR, para contribuir a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de las personas sin seguridad social.
	OBJETIVO 1	Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.		OBJETIVO 3	Incrementar la capacidad instalada de los servicios de salud a través de mejorar la infraestructura, el equipamiento, los recursos humanos y el abasto de medicamentos e insumos asociados, para optimizar la cobertura y la atención de las personas sin seguridad social.
	OBJETIVO 2	Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.		OBJETIVO 4	Promover la participación social de las personas, familias, comunidades y organizaciones, para incidir en los comportamientos preventivos e impulsar la corresponsabilidad en salud.
	OBJETIVO 2	Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.		OBJETIVO 5	Contribuir a la disminución de barreras económicas, geográficas, de información, obstáculos organizacionales y de toda forma de discriminación, a fin de mejorar la accesibilidad y pertinencia de los servicios de salud para las personas sin seguridad social.
	OBJETIVO 6	Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.		OBJETIVO 6	Fomentar la calidad y seguridad de los servicios de salud, por medio de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de la atención en salud, para la mejora del desempeño institucional.

## 7. Estrategias prioritarias y Acciones puntuales

En este apartado se enumeran las estrategias y acciones puntuales que se llevarán a cabo durante la presente administración y por medio de las cuales se buscará el logro de los seis objetivos establecidos en el Programa Institucional.

**OBJETIVO PRIORITARIO 1: Fortalecer el proceso de transferencia de servicios de salud en las entidades federativas al IMSS-BIENESTAR, para otorgar de manera gratuita servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a las personas sin seguridad social.**

**Estrategia prioritaria 1.1:** Hacer el levantamiento de diagnósticos situacionales sobre la capacidad estructural de los servicios de salud en las entidades federativas que serán transferidos al IMSS-BIENESTAR, para identificar las brechas en salud.

Acciones puntuales
1.1.1 Definir la logística para el levantamiento de los diagnósticos situacionales de las unidades de salud a fin de optimizar los recursos disponibles.
1.1.2 Integrar el informe ejecutivo derivado del levantamiento de diagnósticos situacionales y que las autoridades federales y estatales cuenten con insumos de información sobre las brechas en salud para la toma de decisiones.

**Estrategia prioritaria 1.2:** Coordinar los actos jurídicos para la federalización de los servicios de salud en las entidades federativas al IMSS-BIENESTAR.

Acciones puntuales
1.2.1 Implementar, en conjunto con las autoridades federales y estatales, los convenios de coordinación y demás instrumentos normativos para la transferencia de recursos humanos, materiales y financieros destinados a la prestación de servicios de salud.

**Estrategia prioritaria 1.3:** Instrumentar en las unidades de salud y hospitales transferidos al IMSS-BIENESTAR, las acciones esenciales para la prestación gratuita de los servicios médicos a las personas sin seguridad social, conforme al MAS-BIENESTAR.

Acciones puntuales
1.3.1 Definir las acciones de coordinación con las autoridades de las entidades federativas para la transferencia de los servicios de salud al IMSS-BIENESTAR.
1.3.2 Determinar las necesidades de recursos en salud para fortalecer la oferta de servicios en las unidades transferidas.
1.3.3 Coordinar la implementación y reorganización de los procesos y servicios esenciales de la atención integral a la salud, en las unidades médicas de acuerdo al MAS-BIENESTAR.

**OBJETIVO PRIORITARIO 2: Implementar el MAS-BIENESTAR para contribuir a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de las personas sin seguridad social.**

**Estrategia prioritaria 2.1:** Integrar el análisis situacional en salud de la población sin seguridad social para definir las prioridades y los objetivos a corto y mediano plazo de los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.

Acciones puntuales
2.1.1 Integrar el panorama epidemiológico de la población sin seguridad social para definir las prioridades en salud que permitan seleccionar las intervenciones que maximicen los beneficios de salud.
2.1.2 Impulsar la participación de la organización comunitaria para la salud en la elaboración del diagnóstico de salud comunitario.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>2.1.3</b> Establecer las directrices estratégicas para los diferentes niveles de conducción, unidades de salud y hospitales con base en las prioridades en salud.
<b>2.1.4</b> Capacitar en el MAS-BIENESTAR al personal de las representaciones estatales del IMSS-BIENESTAR, así como de los equipos multidisciplinarios, zonales y cuerpo de gobierno de los hospitales transferidos y de las unidades de salud, con el objeto de que la atención en salud se realice con base en el marco normativo vigente.

**Estrategia prioritaria 2.2:** Establecer el marco normativo y operativo de las acciones comunitarias, médicas y administrativas para la atención integral a la salud de la población usuaria que acude a los servicios de atención ambulatoria y hospitalaria.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>2.2.1</b> Integrar y difundir el marco normativo en materia de acción comunitaria, promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención médica.
<b>2.2.2</b> Elaborar, difundir y mantener actualizadas las normas y procedimientos del IMSS-BIENESTAR en materia de acción comunitaria, promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención médica conforme a las pautas de APS.

**Estrategia prioritaria 2.3:** Planificar los programas y acciones comunitarias de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención médica para vincularlos con las prioridades de IMSS-BIENESTAR y las estrategias sectoriales

<b>Acciones puntuales</b>
<b>2.3.1</b> Determinar y gestionar las necesidades anuales de recursos en salud para el logro de los objetivos en materia de acción comunitaria, promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención médica.
<b>2.3.2</b> Incorporar al programa de capacitación del personal de salud temas de APS y Atención Centrada en las Personas para mejorar el contacto con los usuarios de los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.
<b>2.3.3</b> Establecer coordinación interinstitucional para la atención a personas en situación de vulnerabilidad.
<b>2.3.4</b> Integrar a la planeación institucional del IMSS-BIENESTAR las acciones médico-preventivas para la atención de personas en situación de vulnerabilidad, con perspectiva de derechos humanos.

**Estrategia prioritaria 2.4:** Integrar y consolidar la organización comunitaria en salud para favorecer los estilos de vidas saludables, prácticas de autocuidado y comportamientos preventivos.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>2.4.1</b> Dar capacitación y orientación a los equipos de salud y a las organizaciones comunitarias, para mejorar las acciones de autocuidado de la población sin seguridad social.
<b>2.4.2</b> Diseñar intervenciones comunitarias que tengan como objetivo promover acciones de mitigación de los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles
<b>2.4.3</b> Fortalecer la comunicación entre el personal médico y la organización comunitaria para la salud, a través de la asesoría y las estrategias comunitarias de vigilancia epidemiológica simplificada.
<b>2.4.4</b> Desarrollar actividades comunitarias de información, educación y comunicación sobre estilos de vida saludable para fortalecer las acciones de autocuidado de la población sin seguridad social.
<b>2.4.5</b> Diseñar y operar estrategias de apropiación de tecnologías para fomentar hábitos saludables entre la población sin seguridad social.
<b>2.4.6</b> Realizar acciones de promoción y educación para la salud sobre los estilos de vida saludable entre las personas usuarias de las unidades médicas.

**OBJETIVO PRIORITARIO 3: Incrementar la capacidad instalada de los servicios de salud a través de mejorar la infraestructura, el equipamiento, los recursos humanos y el abasto de medicamentos e insumos asociados, para optimizar la cobertura y la atención de las personas sin seguridad social.**

**Estrategia prioritaria 3.1:** Planificar los proyectos de infraestructura y equipamiento para fortalecer la capacidad instalada de los servicios de salud federalizados.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>3.1.1</b> Integrar el diagnóstico de infraestructura y equipamiento para determinar las brechas entre la capacidad instalada de los servicios de salud y las necesidades de atención.
<b>3.1.2</b> Establecer los criterios de priorización y sus alcances para definir el programa de trabajo de infraestructura física y del mantenimiento preventivo y correctivo en las unidades de salud transferidas.

**Estrategia prioritaria 3.2:** Fortalecer la disponibilidad de los recursos humanos, materiales y financieros en las unidades transferidas, para mejorar la cobertura de la prestación de servicios.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>3.2.1</b> Establecer mecanismos para contribuir a dignificar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud con base en la disponibilidad presupuestal.
<b>3.2.2</b> Definir la plantilla de personal de establecimientos de salud por nivel de atención, en función de las necesidades de salud.
<b>3.2.3</b> Realizar las acciones de planeación, ejecución, seguimiento y rendición de cuentas de los recursos humanos, materiales, presupuestarios y financieros asignados al IMSS-BIENESTAR para otorgar servicios de salud oportunos, suficientes y de calidad a la población sin seguridad social.

**Estrategia prioritaria 3.3:** Implementar los programas de capacitación y educación continua del personal médico, paramédico, becarios de pregrado y posgrado, y de acción comunitaria, para el fortalecimiento de las competencias técnicas en salud del personal en IMSS-BIENESTAR.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>3.3.1</b> Identificar las necesidades de educación, capacitación y formación en salud para la profesionalización del personal del IMSS-BIENESTAR.
<b>3.3.2</b> Elaborar planes de educación, capacitación y formación del personal de base, confianza, pregrado y posgrado del IMSS-BIENESTAR, para contar con profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, actualizados.
<b>3.3.3</b> Promover e incentivar la profesionalización y actualización continua del personal médico y paramédico, para incrementar las aptitudes técnicas y habilidades interpersonales.

**Estrategia prioritaria 3.4:** Mejorar el abasto de medicamentos e insumos para la salud para atender la demanda de la población sin seguridad social.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>3.4.1</b> Determinar la demanda de medicamentos e insumos para la salud del IMSS-BIENESTAR para tramitar su compra ante las autoridades competentes.
<b>3.4.2</b> Diseñar y operar la logística de abasto de medicamentos y el control de inventarios para satisfacer las necesidades de las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR.
<b>3.4.3</b> Supervisar el abasto de medicamentos en las unidades de salud y hospitales para garantizar la atención de la demanda.

**OBJETIVO PRIORITARIO 4: Promover la participación social de las personas, familias, comunidades y organizaciones, para incidir en los comportamientos preventivos e impulsar la corresponsabilidad en salud.**

**Estrategia prioritaria 4.1:** Dirigir la elaboración de los diagnósticos participativos de salud a nivel local, para identificar las principales causas que afectan las condiciones de salud de la población sin seguridad social.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>4.1.1</b> Definir los criterios y la metodología para la elaboración de los diagnósticos participativos a nivel local.
<b>4.1.2</b> Sistematizar la información obtenida con los diagnósticos participativos para incentivar acciones de autocuidado de la salud y de gestión de cambios en los determinantes sociales de la salud.
<b>4.1.3</b> Promover acuerdos intersectoriales y con organizaciones de la sociedad civil para implementar acciones de mejora de los determinantes sociales de la salud en el corto y mediano plazos.

**Estrategia prioritaria 4.2:** Implementar y promover la estrategia de información, educación y comunicación en salud acorde al panorama epidemiológico de cada ámbito de operación, para favorecer la adopción de hábitos saludables.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>4.2.1</b> Brindar capacitación al equipo de salud y orientación a la organización comunitaria para las acciones de información sobre el autocuidado de la salud dirigidas a la población sin seguridad social
<b>4.2.2</b> Fortalecer el vínculo del personal de salud con la organización comunitaria para realizar de forma coordinada las acciones vigilancia epidemiológica simplificada.
<b>4.2.3</b> Diseñar una estrategia de información, educación y comunicación incluyente para la elaboración de mensajes de salud con la participación de la organización comunitaria y la población sin seguridad social.

**OBJETIVO PRIORITARIO 5: Contribuir a la disminución de barreras económicas, geográficas, de información, obstáculos organizacionales y de toda forma de discriminación, para mejorar la accesibilidad y pertinencia de los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.**

**Estrategia prioritaria 5.1:** Planificar y ejecutar procesos eficaces en la atención a la salud para eliminar obstáculos organizacionales y retrasos en la atención médica, procurando la inclusión en condiciones de equidad de los distintos grupos de población.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>5.1.1</b> Integrar, difundir y mantener actualizado un catálogo de trámites de atención orientada a todos los grupos de población sin seguridad social, y adaptado a las personas con discapacidad y a las personas hablantes de alguna lengua indígena.
<b>5.1.2</b> Diseñar estrategias para garantizar la gratuidad de los servicios de salud que se otorgan a población sin seguridad social.
<b>5.1.3</b> Elaborar, difundir y mantener actualizado el catálogo de los servicios, la ubicación, horarios, requisitos y medios de contacto de las unidades médicas, para mejorar la accesibilidad de la información a toda la población, incluyendo a las personas con discapacidad y a las personas hablantes de alguna lengua indígena.
<b>5.1.4</b> Definir la regionalización operativa de los servicios de salud para la integración de las Redes de Servicios con base en el MAS-BIENESTAR.
<b>5.1.5</b> Determinar, supervisar y evaluar el proceso de referencia y contrarreferencia de acuerdo con la regionalización operativa, para asegurar el acceso oportuno a la atención médica de especialidades.
<b>5.1.6</b> Diseñar, implementar, difundir y supervisar procesos operativos para garantizar los derechos de acceso a la información pública y de protección de datos personales.
<b>5.1.7</b> Integrar y mantener actualizado el padrón de beneficiarios para que las personas sin seguridad social accedan en forma oportuna a los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.

**Estrategia prioritaria 5.2:** Proponer un programa de accesibilidad para favorecer los derechos lingüísticos de personas indígenas, prevenir la violencia institucional contra las mujeres y mejorar la inclusión de personas con discapacidad a los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>5.2.1</b> Determinar el grado de accesibilidad estructural de los establecimientos de salud transferidos para la planeación y programación progresiva de los ajustes necesarios.
<b>5.2.2</b> Definir acciones de coordinación interinstitucional y con los niveles de gobierno para favorecer entornos con accesibilidad física a las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR.
<b>5.2.3</b> Incorporar en los planes de educación, capacitación y formación del personal del IMSS-BIENESTAR, temas que permitan visibilizar las inequidades en salud, prevenir el acoso en todas sus formas, posicionar la perspectiva de género y la no discriminación de las personas.

**OBJETIVO PRIORITARIO 6: Fomentar la calidad y seguridad de los servicios de salud, por medio de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de la atención en salud, para la mejora del desempeño institucional.**

**Estrategia prioritaria 6.1:** Diseñar y operar un sistema de monitoreo y evaluación en salud para la toma de decisiones que contribuyan a incrementar la calidad en la atención de las personas sin seguridad social.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>6.1.1</b> Establecer la metodología de evaluación del desempeño y mejora continua de los procesos de atención médica de las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR para incrementar la calidad de los servicios que reciben los usuarios del IMSS-BIENESTAR.
<b>6.1.2</b> Elaborar informes de resultados derivados de la evaluación de la calidad en la atención de los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR, para planear acciones de mejora oportunas y eficaces.

**Estrategia prioritaria 6.2:** Definir la metodología de supervisión integral conforme al MAS-BIENESTAR para la mejora continua de los procesos y procedimientos de atención a la salud.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>6.2.1</b> Diseñar e instrumentar los mecanismos de supervisión, asesoría e informes de resultados para sustentar la aplicación de normas y lineamientos.
<b>6.2.2</b> Elaborar los instrumentos de evaluación que se aplicarán durante las visitas de supervisión de las unidades de salud, hospitales y equipos de conducción con criterios estandarizados.
<b>6.2.3</b> Implementar las estrategias de seguimiento y cumplimiento de los acuerdos y compromisos de mejora de la supervisión, en conjunto con los niveles de conducción y las unidades de salud y hospitales.
<b>6.2.4</b> Elaborar un programa de supervisión anual, que permita visitar de manera representativa las unidades médicas de los diferentes niveles de atención.

**Estrategia prioritaria 6.3:** Implementar la contraloría social para contar con canales de comunicación entre servidores públicos y usuarios de los servicios de salud, que contribuyan a la defensa del derecho a la protección de la salud.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>6.3.1</b> Operar los mecanismos de contraloría social para mejorar la atención a los usuarios de los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.

**Estrategia prioritaria 6.4:** Fortalecer las funciones del Aval Ciudadano para contribuir al trato digno a los usuarios y optimizar la calidad de los servicios.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>6.4.1</b> Difundir entre el personal institucional y la población usuaria del IMSS-BIENESTAR, las funciones y atribuciones del aval ciudadano para promover la mejora en la atención.

**Estrategia prioritaria 6.5:** Impulsar el uso de los sistemas de información sectoriales entre el personal de las unidades de salud y hospitales para cubrir los requerimientos de las unidades administrativas del IMSS-BIENESTAR que permitan la adecuada operación de los servicios de salud.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>6.5.1</b> Establecer un programa de fortalecimiento de infraestructura tecnológica y del registro de datos en los sistemas institucionales para contar con información sobre las acciones y servicios proporcionados a la población sin seguridad social.
<b>6.5.2</b> Poner a disposición de la ciudadanía la información para dar cumplimiento a la transparencia de las acciones realizadas por IMSS-BIENESTAR y de los servicios de salud que ofrece.

**Estrategia prioritaria 6.6:** Promover en las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR la implementación y el cumplimiento de las acciones esenciales para la seguridad del paciente.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>6.6.1</b> Capacitar y difundir los lineamientos de las acciones esenciales para la seguridad del paciente a todo el personal de salud de los hospitales del IMSS-BIENESTAR.
<b>6.6.2</b> Coordinar la implementación de las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en los hospitales del IMSS-BIENESTAR, para incrementar la cultura de calidad y seguridad de la atención.

**Estrategia prioritaria 6.7:** Consolidar servicios de salud resilientes para asegurar la continuidad de la atención médica a la población sin seguridad social en caso de desastres naturales y emergencias sanitarias.

<b>Acciones puntuales</b>
<b>6.7.1</b> Diseñar intervenciones técnico-operativas ante la presencia de desastres en el marco de la Estrategia Hospital Seguro, para la preparación y respuesta de las unidades médicas del IMSS-BIENESTAR.
<b>6.7.2</b> Coordinar las intervenciones operativas para el otorgamiento de atención médica, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y comunicación de riesgos ante la aparición de emergencias sanitarias, para la protección de la población usuaria de los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.
<b>6.7.3</b> Elaborar, administrar y supervisar el cumplimiento de los programas oficiales de protección civil, para garantizar la adecuada ejecución de los protocolos de actuación antes, durante y después de desastres naturales y emergencias sanitarias u otro tipo de contingencias.
<b>6.7.4</b> Coordinar y supervisar el apoyo de la organización comunitaria con la población para informar, asesorar, derivar y dar seguimiento en caso de desastres naturales y emergencias sanitarias.

**8. Metas para el bienestar y parámetros**

En este apartado se incluyen las metas para el bienestar y los parámetros con los que se dará seguimiento a los objetivos prioritarios establecidos en el presente programa.

**Meta para el bienestar del objetivo prioritario 1**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>Nombre</b>	1.1. Número de convenios de coordinación suscritos para la transferencia de los servicios estatales de salud al IMSS-BIENESTAR									
<b>Objetivo prioritario</b>	Fortalecer el proceso de transferencia de servicios de salud en las entidades federativas al IMSS-BIENESTAR, para otorgar de manera gratuita servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a las personas sin seguridad social.									
<b>Definición o descripción</b>	Mide el número de convenios de coordinación celebrados con los gobiernos de las entidades federativas, en los que se acuerda la transferencia de los servicios de salud al IMSS-BIENESTAR.									
<b>Nivel de desagregación</b>	Nacional			<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual					
<b>Tipo</b>	Gestión			<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado					
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje			<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Octubre –Septiembre					
<b>Dimensión</b>	Eficiencia			<b>Disponibilidad de la información</b>	Octubre					
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente			<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	AYO Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Unidad Jurídica					
<b>Método de cálculo</b>	Sumatoria de convenios de coordinación suscritos con las entidades federativas para la transferencia de las unidades de salud al IMSS-BIENESTAR.									
<b>Observaciones</b>	N.A.									
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE										
<b>Nombre variable 1</b>	Convenios de coordinación suscritos con las entidades federativas para la transferencia de las unidades de salud al IMSS-BIENESTAR	<b>Valor variable 1</b>	0		<b>Fuente de información variable 1</b>	Archivo de Convenios de Coordinación resguardados en la Unidad Jurídica				
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	0									
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS										
<b>Línea base</b>					<b>Nota sobre la línea base</b>					
<b>Valor</b>	0				Indicador de nueva creación por lo que la línea base es cero					
<b>Año</b>	2022									
<b>Meta 2024</b>					<b>Nota sobre la meta 2024</b>					
23					Se tiene previsto que para el mes de septiembre de 2024 se firmen 23 convenios de coordinación con entidades federativas para la transferencia de servicios de salud estatales a la Federación, sin embargo el número total puede variar dados los cambios en las disposiciones de los estados para realizar la transferencia.					
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0
METAS INTERMEDIAS										
<b>2023</b>					<b>2024</b>					
21					23					





**Meta para el bienestar del objetivo prioritario 2**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>Nombre</b>	2.1. Porcentaje de unidades de salud y hospitales que operan acciones iniciales del MAS BIENESTAR.									
<b>Objetivo prioritario</b>	Implementar el MAS-BIENESTAR, para contribuir a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de las personas sin seguridad social.									
<b>Definición o descripción</b>	Mide la proporción de unidades de salud y hospitales transferidos a la Federación, que realizan acciones iniciales del MAS-BIENESTAR.									
<b>Nivel de desagregación</b>	Nacional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>				Anual				
<b>Tipo</b>	Gestión	<b>Acumulado o periódico</b>				Acumulado				
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>				Enero-Diciembre				
<b>Dimensión</b>	Eficiencia	<b>Disponibilidad de la información</b>				Enero				
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>				AYO Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Unidad de Atención a la Salud				
<b>Método de cálculo</b>	(Número de unidades de salud y hospitales que operan acciones iniciales del MAS BIENESTAR acumuladas a diciembre 2024 / Número de unidades de salud y hospitales programados, de los transferidos a IMSS BIENESTAR hasta diciembre 2024) X 100.									
<b>Observaciones</b>	N.A.									
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE										
<b>Nombre variable 1</b>	Número de unidades de salud y hospitales que operan acciones iniciales del MAS BIENESTAR acumuladas a diciembre 2024	<b>Valor variable 1</b>	0	<b>Fuente de información variable 1</b>	Informe de seguimiento a la implementación de acciones iniciales del MAS-BIENESTAR, de la Coordinación de Supervisión.					
<b>Nombre variable 2</b>	Unidades de salud y hospitales programados, de los transferidos a IMSS BIENESTAR hasta diciembre 2024	<b>Valor variable 2</b>	0	<b>Fuente de información variable 2</b>	Unidades programadas del total, contenidas en el Anexo 1 del convenio de coordinación para establecer las acciones generales para la operación del Programa IMSS Bienestar en las entidades federativas o, en su defecto, el convenio de coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de los servicios de salud para las personas sin seguridad social con los Servicios de Salud de IMSS BIENESTAR.					
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	0									
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS										
<b>Línea base</b>					<b>Nota sobre la línea base</b>					
<b>Valor</b>	0				Indicador de nueva creación por lo que la línea base es cero.					
<b>Año</b>	2022									
<b>Meta 2024</b>					<b>Nota sobre la meta 2024</b>					
95					Considerando la posibilidad de que en algunas de las unidades de salud y hospitales no se pueda acceder por los conflictos sociales, inseguridad, afectaciones de las unidades por inundaciones, entre otros.					
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
METAS INTERMEDIAS										
<b>2023</b>					<b>2024</b>					
82.40					95					





**Meta para el bienestar del objetivo prioritario 3**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>Nombre</b>	3.1. Porcentaje de órdenes de suministro de medicamentos y material de curación									
<b>Objetivo prioritario</b>	Incrementar la capacidad instalada de los servicios de salud a través de mejorar la infraestructura, el equipamiento, los recursos humanos y el abasto de medicamentos e insumos asociados, para optimizar la cobertura y la atención de la población usuaria del IMSS-BIENESTAR									
<b>Definición o descripción</b>	Mide la proporción de órdenes de suministro de medicamentos y material de curación abastecidas a las unidades de salud y hospitales									
<b>Nivel de desagregación</b>	Nacional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual							
<b>Tipo</b>	Gestión	<b>Acumulado o periódico</b>	Periódico							
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-diciembre							
<b>Dimensión</b>	Eficiencia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Enero							
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	AYO Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Unidad de Administración y Finanzas							
<b>Método de cálculo</b>	$(\text{Total de órdenes de suministro de medicamentos y material de curación abastecidas a las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR} / \text{Total de órdenes de suministro requeridas por las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR}) \times 100$									
<b>Observaciones</b>	Al cierre de 2023 se utilizará el Sistema Nacional de Distribución de Medicamentos (SNDM) y la información generada por las entidades federativas; se prevé que para el 2024 se migre al Sistema de Administración de Inventarios (SAI).									
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE										
<b>Nombre variable 1</b>	Órdenes de suministro de medicamentos y material de curación abastecidas a las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR	<b>Valor variable 1</b>	0	<b>Fuente de información variable 1</b>	Sistema Nacional de Distribución de Medicamentos (SNDM)					
<b>Nombre variable 2</b>	Órdenes de suministro requeridas por las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR	<b>Valor variable 2</b>	0	<b>Fuente de información variable 2</b>	Información generada por las entidades federativas					
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	0									
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS										
<b>Línea base</b>			<b>Nota sobre la línea base</b>							
<b>Valor</b>	0		Indicador de nueva creación por lo que la línea base es cero.							
<b>Año</b>	2022									
<b>Meta 2024</b>			<b>Nota sobre la meta 2024</b>							
72			Se estima alcanzar una meta de al menos 72% de órdenes de suministro abastecidas							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0
METAS INTERMEDIAS										
<b>2023</b>			<b>2024</b>							
70			72							





**Meta para el bienestar del objetivo prioritario 4**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>Nombre</b>	4.1. Cobertura de hospitales con intervenciones de acción comunitaria									
<b>Objetivo prioritario</b>	Promover la participación social de las personas, familias, comunidades y organizaciones, para incidir en los comportamientos preventivos e impulsar la corresponsabilidad en salud.									
<b>Definición o descripción</b>	Mide la proporción de hospitales en los que el personal de salud del IMSS-BIENESTAR realizó intervenciones de acción comunitaria para fomentar la participación social en salud.									
<b>Nivel de desagregación</b>	Nacional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual							
<b>Tipo</b>	Gestión	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado							
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Octubre -septiembre							
<b>Dimensión</b>	Eficiencia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Octubre							
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	AYO Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Coordinación de Acción Comunitaria							
<b>Método de cálculo</b>	$(\text{Número de hospitales con intervenciones de acción comunitaria} / \text{Número total de hospitales transferidos}) * 100$									
<b>Observaciones</b>	Se contabilizarán los hospitales de aquellas entidades federativas que transfirieron sus servicios de salud estatales al IMSS-BIENESTAR.									
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE										
<b>Nombre variable 1</b>	Hospitales con intervenciones de acción comunitaria	<b>Valor variable 1</b>	0	<b>Fuente de información variable 1</b>	Informes mensuales de las Entidades Federativas					
<b>Nombre variable 2</b>	Hospitales transferidos	<b>Valor variable 2</b>	0	<b>Fuente de información variable 2</b>	Informes mensuales de las Entidades Federativas					
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	0									
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS										
<b>Línea base</b>			<b>Nota sobre la línea base</b>							
<b>Valor</b>	0		Indicador de nueva creación por lo que la línea base es cero.							
<b>Año</b>	2022									
<b>Meta 2024</b>			<b>Nota sobre la meta 2024</b>							
15			Se estima que en 2024 y una vez que se cuente con el personal de acción comunitaria en las representaciones estatales y equipos multidisciplinarios, se podrán cubrir 15% de los hospitales transferidos.							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0
METAS										
<b>2023</b>			<b>2024</b>							
5			15							

**Parámetro 1 del objetivo prioritario 4**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>Nombre</b>	4.2. Cobertura de hospitales con comités de salud									
<b>Objetivo prioritario</b>	Promover la participación social de las personas, familias, comunidades y organizaciones, para incidir en los comportamientos preventivos e impulsar la corresponsabilidad en salud.									
<b>Definición o descripción</b>	Mide la proporción de hospitales que cuentan con comités de salud activos para integrar la participación comunitaria para la toma de decisiones sobre diseño, planificación, gobernanza y prestación de los servicios de atención sanitaria.									
<b>Nivel de desagregación</b>	Nacional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual							
<b>Tipo</b>	Gestión	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado							
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Octubre -septiembre							
<b>Dimensión</b>	Eficiencia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Octubre							
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	AYO Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Coordinación de Acción Comunitaria							
<b>Método de cálculo</b>	(Número de comités de salud activos en hospitales transferidos / Total de hospitales transferidos)* 100									
<b>Observaciones</b>	De acuerdo con el MAS-BIENESTAR, el método para integrar formalmente la participación de la comunidad en el sistema de salud es la conformación de un comité de salud. Se contabilizan los hospitales de las entidades federativas que transfirieron los servicios de salud estatales al IMSS-BIENESTAR.									
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE										
<b>Nombre variable 1</b>	Comités de salud activos en hospitales transferidos	<b>Valor variable 1</b>	0	<b>Fuente de información variable 1</b>	Informes mensuales de las Entidades Federativas					
<b>Nombre variable 2</b>	Hospitales transferidos	<b>Valor variable 2</b>	0	<b>Fuente de información variable 2</b>	Informes mensuales de las Entidades Federativas					
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	0									
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS										
<b>Línea base</b>			<b>Nota sobre la línea base</b>							
<b>Valor</b>	0		Indicador de nueva creación por lo que la línea base es cero.							
<b>Año</b>	2022									
<b>Meta 2024</b>			<b>Nota sobre la meta 2024</b>							
15			Se planea dar cobertura al menos a 15% de hospitales con comités de salud activos.							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0
METAS INTERMEDIAS										
<b>2023</b>			<b>2024</b>							
0			15							



**Meta para el bienestar del objetivo prioritario 5**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>Nombre</b>	5.1. Porcentaje de población sin seguridad social incorporada al padrón de beneficiarios del IMSS-BIENESTAR									
<b>Objetivo prioritario</b>	Contribuir a la disminución de barreras económicas, geográficas, de información, obstáculos organizacionales y de toda forma de discriminación, para mejorar la accesibilidad y pertinencia de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR									
<b>Definición o descripción</b>	Proporción de personas sin seguridad social incorporadas al padrón de beneficiarios del IMSS-BIENESTAR									
<b>Nivel de desagregación</b>	Nacional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual							
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Periódico							
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-diciembre							
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Enero							
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	AYO Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Coordinación de Planeación Estratégica							
<b>Método de cálculo</b>	$(\text{Número de personas sin seguridad social incorporadas al Padrón de beneficiarios del IMSS-BIENESTAR} / \text{Número de personas sin seguridad social en 2020}) * 100$									
<b>Observaciones</b>	<p>El número de personas sin seguridad social es la sumatoria de aquellas que reportaron a través del Censo 2020 del INEGI, no estar afiliadas a algún sistema de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, PEMEX e ISSFAM), o no contar con derecho de acceso a servicios de salud públicos o privados.</p> <p>La variable "número de personas sin seguridad social" corresponde a la población sin seguridad social definida en el párrafo anterior, solo para el caso de las 23 entidades federativas con las que se estima haber firmado el Convenio de Colaboración para la transferencia de los Servicios de Salud al IMSS-BIENESTAR en 2023; de las 32 entidades federativas se excluyen los estados de Aguascalientes, Coahuila, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Querétaro, Yucatán</p>									
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE										
<b>Nombre variable 1</b>	Personas sin seguridad social incorporadas al padrón de beneficiarios del IMSS-BIENESTAR	<b>Valor variable 1</b>	0	<b>Fuente de información variable 1</b>	Padrón de beneficiarios del IMSS-BIENESTAR					
<b>Nombre variable 2</b>	Personas sin seguridad social en 2020	<b>Valor variable 2</b>	51,945,236	<b>Fuente de información variable 2</b>	Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI. Tabulados interactivos					
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$(0 / 51,945,236) * 100 = 0$									
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS										
<b>Línea base</b>			<b>Nota sobre la línea base</b>							
<b>Valor</b>	0		Indicador de nueva creación por lo que la línea base es cero.							
<b>Año</b>	2022									
<b>Meta 2024</b>			<b>Nota sobre la meta 2024</b>							
20			<p>Se identificaron dos factores que pueden incidir en el logro de la meta: 1) la dispersión geográfica de la población sin seguridad social, lo que requiere de un proceso operativo de gran alcance; 2) el periodo de veda electoral a partir de marzo de 2024, lo que resta tiempo para operar la estrategia de comunicación social para difundir entre la población el proceso de registro al Padrón de beneficiarios.</p> <p>La incorporación al Padrón de Beneficiarios es un proceso administrativo y no es condición para tener acceso a los servicios de salud del IMSS-BIENESTAR.</p>							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0
METAS INTERMEDIAS										
<b>2023</b>			<b>2024</b>							
0			20							





## Meta para el bienestar del objetivo prioritario 6

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>Nombre</b>	6.1 Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en hospitales de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) del IMSS-BIENESTAR									
<b>Objetivo prioritario</b>	Fomentar la calidad y seguridad de los servicios de salud mediante acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de la atención en salud para la mejora del desempeño institucional.									
<b>Definición o descripción</b>	Mide los casos de IAAS que se presentan por cada 1,000 días paciente en hospitalización en las unidades que pertenecen a la RHOVE del IMSS-BIENESTAR.									
<b>Nivel de desagregación</b>	Nacional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>			Anual					
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>			Periódico					
<b>Unidad de medida</b>	Tasa	<b>Periodo de recolección de datos</b>			Enero - Diciembre					
<b>Dimensión</b>	Calidad	<b>Disponibilidad de la información</b>			Enero					
<b>Tendencia esperada</b>	Descendente	<b>Unidad Responsable de reportar el avance</b>			AYO Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Unidad de Atención a la Salud					
<b>Método de cálculo</b>	(Número de casos de IAAS en Hospitales RHOVE/Número de días paciente en los Hospitales RHOVE)*1000									
<b>Observaciones</b>	La Tasa o densidad de incidencia de IAAS mide el número de episodios de infección presentados por cada 1000 días paciente (período de servicios prestados a un paciente). Cuando el valor se encuentra por debajo del valor de referencia, se espera que se intensifiquen las estrategias de vigilancia, para disminuir la posibilidad de subregistro. En caso de estar por encima del valor de referencia se deberán reforzar acciones de prevención y control de infecciones en los hospitales, reforzando los programas dirigidos a pacientes y servicios de mayor riesgo (Unidad de Cuidados Intensivos, pacientes con métodos invasivos, pacientes en extremos de la vida, etc.).									
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE										
<b>Nombre variable 1</b>	Casos de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en Hospitales RHOVE	<b>Valor variable 1</b>	41,591	<b>Fuente de información variable 1</b>	Casos de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en Hospitales RHOVE					
<b>Nombre variable 2</b>	Días paciente	<b>Valor variable 2</b>	4,614,291	<b>Fuente de información variable 2</b>	Plataforma Sectorial de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), SINAVE					
<b>Sustitución en método de cálculo del indicador</b>	$(41,591 / 4,614,291) = 00901352 * 1000 = 9.01$									
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS										
<b>Línea base</b>		<b>Nota sobre la línea base</b>								
<b>Valor</b>	9.01	La información utilizada para el cálculo de la línea base corresponde a la reportada por los Servicios Estatales de Salud en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).								
<b>Año</b>	2022	En el periodo que va del 2016 al 2022 el promedio observado fue de 11.9 casos por cada 1,000 días paciente; durante el periodo 2018 a 2022 se observó una mejora en el registro de días paciente en el sistema especial de vigilancia de IAAS, con una tasa promedio de 9 casos por cada 1,000 días paciente. Las entidades federativas que se consideraron para el cálculo del histórico y la línea base fueron las siguientes: 1. Nayarit, 2. Tlaxcala, 3. Colima, 4. Sonora, 5. Sinaloa, 6. BCS, 7. Campeche, 8. Michoacán, 9. Guerrero, 10. Veracruz, 11. SLP, 12. Zacatecas, 13. Hidalgo, 14. Quintana Roo, 15. Tamaulipas, 16. Chiapas, 17. CDMX, 18. Aguascalientes, 19. Morelos, 20. Tabasco, 21. Puebla, 22. Estado de México, 23. Durango, 24. BC y 25. Oaxaca.								
<b>META 2024</b>					<b>Nota sobre la meta 2024</b>					
8.8					N.A.					
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO										
<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	20.7	13.7	11.1	9.4	10.3	9.2	9.01
METAS INTERMEDIAS										
<b>2023</b>					<b>2024</b>					
9.0					8.8					





## 9. Epílogo: Visión hacia el futuro

La creación del IMSS-BIENESTAR marca un hito en el sistema de salud de nuestro país, pues se crea una institución cuyo objetivo principal es proporcionar servicios de salud pública, gratuita y de calidad a las personas sin seguridad social a efecto de garantizar su derecho a la protección de la salud.

En 2024 el IMSS-BIENESTAR será la institución de salud con la mayor cobertura poblacional y con la más amplia infraestructura en salud en el sector, con una inversión récord para su habilitación y dignificación, así como para el adecuado equipamiento, el abasto de medicamentos e insumos para la salud.

Los establecimientos en salud inoperantes y en el abandono durante años, para 2024 estarán otorgando servicios en mejores condiciones a las personas que antes debían recurrir a servicios privados lo que representaba un alto costo para su capacidad de pago.

Para cumplir con estas metas, se requiere del mejor capital humano en salud. Para ello, de conformidad con la disponibilidad presupuestaria, se ampliará el número de plazas y se basificará al personal que durante años ha laborado en condiciones precarias, lo cual garantizará el goce del derecho a la seguridad social y a las prestaciones de ley.

En 2024 se habrá incrementado el número de médicos especialistas para dar atención acorde con el perfil epidemiológico de la población que experimenta las mayores carencias y vulnerabilidades en salud: población en zonas rurales y urbanas de alta marginación, particularmente mujeres, niños, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

El IMSS-BIENESTAR será la institución pionera en la implementación y consolidación del MAS-BIENESTAR y en los años subsecuentes estará a la vanguardia, al poner en marcha estrategias de promoción de la salud, prevención y detección temprana de enfermedades en las que la acción comunitaria será una herramienta determinante para mejorar los hábitos de vida y mejorar las condiciones de salud de la población.

Las personas sin seguridad social que padezcan alguna enfermedad tendrán garantizado su acceso a servicios médico para el adecuado tratamiento y cuidado, con medicamentos suficientes y gratuitos.

La creación del IMSS-BIENESTAR constituye el paso más importante en la transformación del acceso a la salud como instrumento de justicia social, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

En la Ciudad de México, a 15 de diciembre de 2023.- Presenta para aprobación de la Junta de Gobierno: Titular de la Dirección General de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Dr. **Alejandro Antonio Calderón Alipi**.- Rúbrica.- Validó: Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, Lic. **Aunard Agustín de la Rocha Waite**.- Rúbrica.- Titular de la Unidad de Atención a la Salud, Dr. **Victor Hugo Borja Aburto**.- Rúbrica.- Titular de la Unidad Jurídica, Lic. **Anabel Naachiely Romero López**.- Rúbrica.- Titular de la Unidad de Infraestructura, Arq. **Carlos Sánchez Meneses**.- Rúbrica.- Titular de la Coordinación de Acción Comunitaria, Dr. **Jesús Ávila Balcázar**.- Rúbrica.- Titular de la Coordinación de Transparencia y Vinculación, Lic. **Miguel Bautista Hernández**.- Rúbrica.- Revisó: Titular de la Coordinación de Planeación Estratégica, Mtro. **Bladimir Martínez Ruiz**.- Rúbrica.- Elaboró e Integró: Titular de la División de Planeación, Mtra. **Claudia Lomelí Rodríguez**.- Rúbrica.