

DOF: 28/12/2022**ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2023.****Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dirección General.**

ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con fundamento en lo establecido en los artículos 1, 3, fracción I, y 45, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 5 y 59, fracción XIV, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 214 a 217, 250 A, 250 B, 268, fracción IX y 277 C, de la Ley del Seguro Social; 75 y 77, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 66, fracción XVI, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; 176 a 181, del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; y 28 y 29, del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023.

CONSIDERANDO

Que el Programa IMSS-BIENESTAR es administrado por el IMSS, a través de la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR, en coordinación con las Direcciones de Prestaciones Médicas, de Finanzas y de Administración, así como, con los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS y tiene por objeto, en coordinación permanente con el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), contribuir a garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, mediante el otorgamiento de servicios de salud, en los diferentes niveles de atención, considerando para ello la implementación y aplicación del Modelo de Atención a la Salud para el BIENESTAR (MAS-BIENESTAR) que vincula la prestación de servicios de salud con la participación activa de la comunidad para el autocuidado de su salud, a favor de la población sin seguridad social.

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

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

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR PARA EL EJERCICIO FISCAL 2023

ÚNICO.- El Instituto Mexicano del Seguro Social establece las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR aplicables durante el ejercicio fiscal 2023, las cuales se detallan en el Anexo del presente Acuerdo.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día 1 de enero del Ejercicio Fiscal 2023 con vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año.

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

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

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

QUINTO.- La operación y actividades del Programa IMSS-BIENESTAR, están sujetas a la disponibilidad presupuestal anual que autoriza la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente, así como a las sucesivas modificaciones que realice la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SEXTO.- El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de octubre de 2022, representa la base para la transformación operativa de los modelos de atención para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, bajo la responsabilidad de aquellas instituciones y programas de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud. En razón de lo anterior, el Programa IMSS-BIENESTAR, como parte de este Sistema, en coordinación con el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), armonizará operativa y normativamente su actual modelo de atención (MAIS) conforme al nuevo modelo.

Ciudad de México, a 20 de diciembre de 2022.- El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, **Zoé Alejandro Robledo Aburto**.- Rúbrica.

ANEXO**REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR APLICABLES DURANTE EL EJERCICIO FISCAL 2023**

Contenido**1. Introducción**

- 1.1. Glosario de definiciones y acrónimos

2. Objetivos

- 2.1. General
- 2.2. Específicos

3. Lineamientos**3.1. Cobertura**

- 3.1.1. Universo de Trabajo
- 3.1.2. Cobertura por Zona de Servicios Médicos
- 3.1.3. Ampliación de cobertura
- 3.1.4. Localidad sede
- 3.1.5. Localidad de Acción Intensiva
- 3.1.6. Área de influencia

3.2. Población

- 3.2.1. Población potencial
- 3.2.2. Población objetivo
- 3.2.3. Población atendida

3.3. Beneficiarios

- 3.3.1. Padrón de Población Adscrita
- 3.3.2. Calidad y confidencialidad de la información

3.4. Catálogo de servicios otorgados, apoyos y reconocimientos**3.5. Calidad en la atención y derechos de los beneficiarios**

- 3.5.1. Calidad en la atención
- 3.5.2. Capacitación
- 3.5.3. Supervisión, asesoría y seguimiento
- 3.5.4. Derechos de los beneficiarios

3.6. Instancias normativas y participantes

- 3.6.1. Instancias normativas
- 3.6.2. Instancias participantes

3.7. Coordinación interinstitucional**4. Operación**

- 4.1. Proceso
- 4.2. Ejecución
 - 4.2.1. Gestión presupuestaria y avances financieros
 - 4.2.2. Cierre del ejercicio
 - 4.2.3. Recursos no devengados

5. Auditoría**6. Evaluación**

- 6.1. Evaluación interna
- 6.2. Evaluación externa

7. Indicadores**8. Transparencia**

- 8.1. Contraloría Social

9. Difusión

9.1. Programa editorial

9.2. Portal de internet

10. Quejas y Denuncias

1. Introducción

El Programa IMSS-BIENESTAR es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social que ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, constituyendo un referente para la atención a la salud, desde una perspectiva comunitaria, lo que contribuye a la inclusión social y a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud.

Los recursos con los que opera provienen del Ramo 19 "Aportaciones a Seguridad Social" y constituyen un subsidio federal. Su administración se realiza con independencia en su manejo y operación, a través de la Unidad del Programa, en coordinación con las Direcciones Normativas del IMSS, conforme a su ámbito de competencia y con los OOAD del IMSS. Su contabilidad, la cual forma parte de la administración del Programa IMSS-BIENESTAR, se realiza por las referidas Direcciones Normativas, en su ámbito de competencia, y por los OOAD del IMSS, en donde el Programa tiene presencia, por separado de la contabilidad general del IMSS, en total apego a las disposiciones contenidas en la Ley del Seguro Social, LFPRH, el RLFPRH, Ley General de Contabilidad Gubernamental, el PEF aprobado anualmente, así como en la Ley Federal de Austeridad Republicana y Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal, publicados en el DOF el 19 de noviembre de 2019 y el 18 de septiembre de 2020, respectivamente.

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

Adicionalmente, el Programa podrá recibir recursos provenientes de la suscripción de convenios o acuerdos interinstitucionales.

Como parte del Sistema Nacional de Salud, el Programa contribuye a garantizar la universalidad del derecho constitucional a la protección de la salud para la población sin seguridad social.

1.1. Glosario de definiciones y acrónimos

Albergue Comunitario	Inmueble anexo o cercano a hospitales del Programa donde se ofrecen de forma gratuita alimentación, alojamiento y orientación en salud a las personas que requieran atención médica de segundo nivel o algún tipo de seguimiento, así como a sus acompañantes. El albergue comunitario forma parte de las estrategias establecidas en el Programa, para contribuir a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad materna, sobre todo en aquellas mujeres que viven en comunidades alejadas o de difícil acceso.
APF	Administración Pública Federal.
Atención Primaria a la Salud	La Atención Primaria a la Salud es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.
Aval Ciudadano	Mecanismo de Contraloría Social y de participación ciudadana, que busca generar capital social a través de grupos organizados de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, universidades, centros académicos, asociaciones de profesionales y otras instituciones y ciudadanos a título individual. Son el enlace entre los establecimientos médicos del Programa y los usuarios de los servicios de salud.
BS	Brigada de Salud. Equipo de salud itinerante, integrado por Médico, Enfermera y Promotor de Acción Comunitaria, destinado a proporcionar cuidados de salud y entrega de medicamentos e insumos en localidades de su área de responsabilidad.
Cama censable	Cama que genera un egreso hospitalario. Se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para el uso regular de pacientes internos), debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. Incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico.
Cama no censable	Su característica fundamental es que no genera un egreso hospitalario. Es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente,

	iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito.
CASA	Centro de Atención a la Salud del Adolescente.
CARO	Centro de Atención Rural Obstétrica.
Casa de Salud	Espacio físico que pertenece a la comunidad (ejido o congregación), al Municipio o a un particular, destinado exclusivamente y con carácter permanente o temporal como apoyo a las actividades de promoción de la salud de la organización comunitaria o extramuros del personal institucional del Programa, en poblaciones beneficiarias. No son establecimientos médicos, unidades de salud o consultorios, en razón de que no cumplen con lo dispuesto en la NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
Carta Compromiso al Ciudadano	Documento que establece compromisos de mejora a cumplir por los responsables de las unidades de primer y segundo nivel de atención, derivados de aspectos manifestados por los usuarios o el aval ciudadano.
Cartilla	Se refiere a la Cartilla Nacional de Salud, documento en el cual los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención en la salud que reciban en cada etapa de la vida.
CIE-9-MC	Clasificación de Procedimientos.
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 10.
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. Comité colegiado de carácter técnico consultivo orientado al análisis de la problemática en materia de calidad de la atención de los establecimientos de salud, que propone y recomienda a los directivos, acciones de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.
COFAT	Comité de Farmacia y Terapéutica.
COMETA	Comité Médico Técnico Administrativo Hospitalario. Está conformado por el cuerpo de gobierno, coordinadores médicos de educación y calidad, y de vigilancia epidemiológica y medicina preventiva, cuya función principal es identificar las áreas de oportunidad desde el punto de vista médico-administrativo, establecer soluciones inmediatas diariamente o en su caso derivarlas a otro nivel con el objetivo de mantener la funcionalidad de los servicios, procesos y protocolos de atención del hospital. Interactúa con COMETAZ y COCASEP.
COMETAZ	Comité Médico Técnico Administrativo de la Zona de Servicios Médicos. Conformado por el Cuerpo de Gobierno del hospital y los ESAZ de la zona de servicios médicos con participación del EMS, coordinadores hospitalarios y de las áreas de apoyo del hospital.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
CODECIN	Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales. Organismo conformado por personal de enfermería, epidemiología, administración de servicios en salud y de otras áreas pertinentes como farmacia, laboratorio, etc., que coordinan las actividades de detección, investigación, registro, notificación y análisis de información, además de la capacitación para la detección, manejo y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
CEyC	Coordinador de Educación y Calidad del Hospital.
CVEyMP	Coordinador de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva del Hospital.
Contingencia	Situaciones o eventos extraordinarios que entrañan riesgos para la salud de las poblaciones.
Consentimiento informado	Documento escrito, signado por el paciente, o su representante legal o familiar más cercano en su vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
Consultoría de Enfermería	Es la identificación de riesgos potenciales y necesidades reales del paciente para otorgar cuidados específicos, acciones médico preventivas e impartir promoción y

	educación para la salud, todo ello con el fin de promover el autocuidado y prevención de complicaciones.
Cuerpo de Gobierno de Hospital	Responsable de la operación del hospital. Se integra por: el Director, Jefe de Enfermería, Administrador y Residente de Conservación.
CURP	Clave Única de Registro de Población.

Día Comunitario	Día en el cual integrantes de los equipos de salud de primer y segundo nivel de atención del Programa, realizan actividades de promoción a la salud conjuntamente con la organización comunitaria en alguna localidad, sector y/o colonia consideradas dentro del universo de trabajo de la unidad y de acuerdo a la problemática en salud local identificada en el diagnóstico de salud. Asimismo, en las contingencias, Semanas nacionales de Salud o desastres naturales para desarrollar acciones asistenciales y estrategias de promoción en prioridades de salud.
DOF	Diario Oficial de la Federación.
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS.
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas.
EGAS	Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento.
EMS	Equipo Multidisciplinario de Supervisión.
Enfoque Intercultural en Salud	Es una práctica y un proceso de relación que se establece entre el personal de salud (médico, enfermería, administrativo, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que las partes pertenecen a culturas diferentes, y en el que se requiere de un entendimiento recíproco, respetuoso, para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas partes. Implica aspectos de mediación social, negociación, adecuación y resolución de conflictos.
Entornos Saludables	Lugar o contexto en los que las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para favorecer la salud y el bienestar.
ESAZ	Equipo de Supervisión y Asesoría Zonal.
Expediente comunitario	Conjunto de documentos que elabora el Equipo de Salud por localidad, donde se demuestra el trabajo con la comunidad. Contiene información como: censo de población, participación de las familias en acciones prioritarias, actas, minutas, entre otros.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS-BIENESTAR	Organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
LAI	Localidad de Atención Intensiva.
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
LFTAIP	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
LGTAIP	Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
LGS	Ley General de Salud.
MAS-BIENESTAR	Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar.
MECIC	Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad incorporado como Apéndice A (Informativo) a la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, utilizado como herramienta para el Comité del Expediente Clínico.
Migrante	Persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente

	de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia y demanda atención médica.
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
Organización Comunitaria para la Salud	Son personas de la comunidad que participan de forma voluntaria y solidaria en la implementación de estrategias que el Programa desarrolla a favor de la salud de las personas y de la comunidad.
OOAD	Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales o Regionales.
PAC	Promotor de Acción Comunitaria.
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación.
Perspectiva de Género	Distribución de los recursos que facilitan el acceso al sistema de acuerdo con las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.
PPA	Padrón de Población Adscrita al Programa.
Protocolos de atención	Es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud basado en la capacidad instalada de acuerdo a la infraestructura del Hospital, Prioridades en Salud, Compendio Nacional de Insumos para la Salud, Normas Oficiales Mexicanas, Lineamientos Nacionales e Internacionales, favoreciendo la atención con calidad.
Programa	Programa IMSS-BIENESTAR. Programa Federal de salud sujeto a reglas de operación.
Programa Estratégico de Salud para el Bienestar	Instrumento Federal que define la actuación de las instancias de salud que participan en la implementación de la federalización de los Servicios de Salud.
RENAPO	Registro Nacional de Población.
RISS	Redes Integrales de Servicios de Salud.
Red de Traslado Comunitario	Es un sistema que establece patrones de interrelación interinstitucional, constituido por un modelo de organización colectiva de la localidad, para la autogestión y solidaridad comunal en la atención de problemas de salud complicados que requieren según la emergencia presentada asistencia en una unidad médica u hospital resolutivo.
RLFPRH	Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
ROP	Reglas de Operación del Programa. Instrumento jurídico que contiene un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar de un programa, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia. Las disposiciones a las cuales se sujetan determinados programas y fondos federales, con el objeto de otorgar y asegurar la aplicación eficiente, eficaz, oportuna y equitativa de los recursos públicos asignados a los mismos.
RIIMSS	Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
SAC	Supervisor de Acción Comunitaria.
SAIS	Es un espacio físico ubicado en las unidades de salud afectas al Programa, con un equipo integrado por diferentes disciplinas. Tratándose de unidades de segundo nivel la atención que se brinda es personalizada y grupal, de acuerdo a criterios específicos de atención educativa y asistencial, con el propósito de lograr estilos de vida saludables. En las unidades de primer nivel la atención la proporciona el médico y área de enfermería.
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño.

SEBI	Secretaría de Bienestar.
SEPSMMP	Subcomité de Estudio, Prevención y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
SFP	Secretaría de la Función Pública.
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Procedimiento médico-administrativo que vincula los servicios institucionales para garantizar la continuidad y atención médica integral, relacionando los diferentes niveles de atención de conformidad con la regionalización de los servicios y las Redes Integrales de Servicios de Salud.
Sistema de Atención Ciudadana	Conjunto de actividades relativas a la captación, trámite, atención, investigación, respuesta y resolución de expresiones ciudadanas; así como para el establecimiento de acciones encaminadas a la mejora de los servicios de salud.
SSA	Secretaría de Salud.
UMM	Unidad Médica Móvil. Vehículo que contiene el equipo médico para diagnóstico y tratamiento, con diversos niveles de capacidad resolutive. Recorre una ruta determinada por el Programa, y es operado por un equipo de salud integrado por: un médico, una enfermera y un promotor de Acción Comunitaria, que presta servicios de promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades.
Unidad de salud	Unidad de salud. Establecimiento médico que cuenta con capital humano y recursos materiales y tecnológicos destinados a realizar acciones integrales correspondientes al primer nivel de atención.
Unidad del Programa	Ente administrativo a través del cual el IMSS administra el Programa IMSS-BIENESTAR.
Vigilancia Epidemiológica Simplificada	Es un conjunto de técnicas y procedimientos sencillos, con participación activa de integrantes de la organización comunitaria, a través del cual se registra, notifica, procesa y analiza la información básica sobre daños a la salud y situaciones de importancia epidemiológica de las comunidades, principalmente donde no hay servicios de salud instalados.

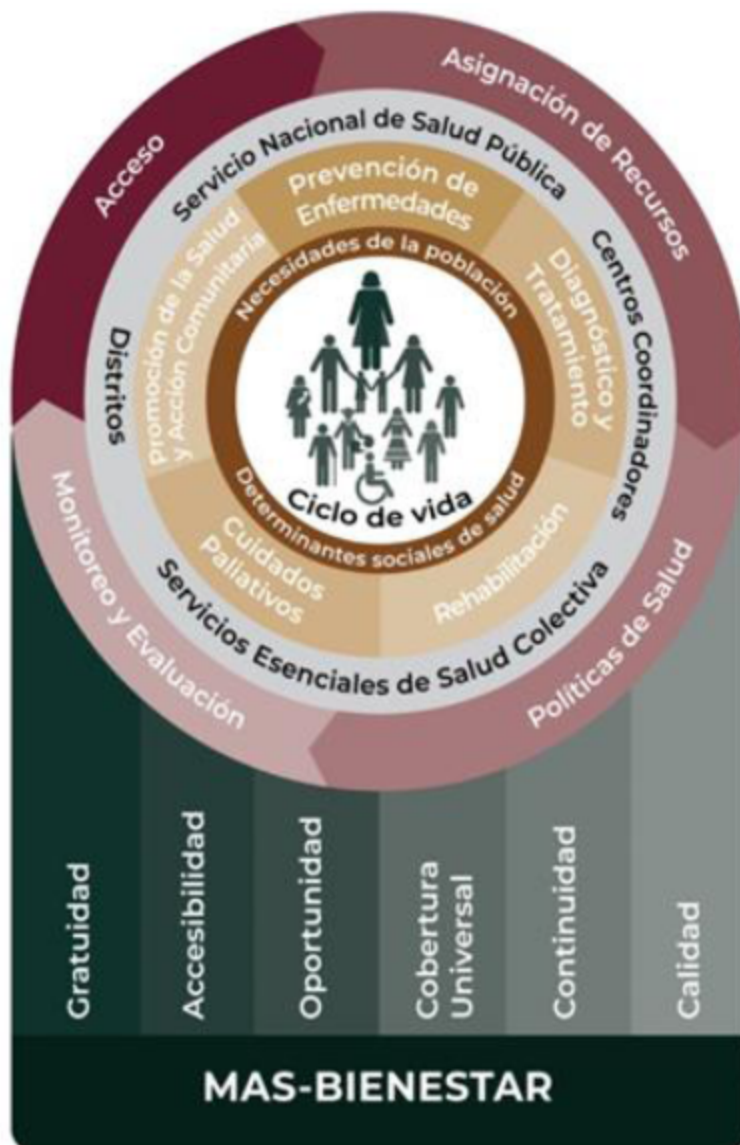
2. Objetivos

2.1. General

Contribuir al bienestar social e igualdad de las personas, otorgando atención a población sin seguridad social mediante un MAS-BIENESTAR que vincula los servicios de salud y la Acción Comunitaria.

El Programa desarrollará estos objetivos mediante los componentes de: Atención a la Salud y Acción Comunitaria. Lo anterior, en un marco de respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y con Enfoque Intercultural en Salud a la población usuaria, con base en el MAS-BIENESTAR, que, a su vez, se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS).

Cuadro 1. Modelo de Atención a las Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)



2.2. Específicos

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

2.2.2. Otorgar servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, de especialidad, paliativos y de rehabilitación, así como los medicamentos asociados, a la población sin seguridad social, a través de sus unidades de salud y hospitales, con Enfoque Intercultural en Salud.

2.2.3. Implementar estrategias comunitarias para impulsar la participación a nivel individual, familiar y comunitario en acciones de promoción en el autocuidado de la salud; identificación y derivación oportuna a personas con necesidades de atención médica; así como apoyar en la atención a aquellas que requieran los servicios de los albergues comunitarios tutelados por el Programa.

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

3. Lineamientos

3.1. Cobertura

La distribución por OOAD y nivel de atención de las 4,063 unidades de salud y hospitales actuales del Programa se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Distribución de unidades de salud y hospitales del Programa

OOAD	Total	Hospitales	Unidades de Salud
Nacional	4,075	82	3,993
Baja California	16	1	15

Campeche	45	2	43
Coahuila	83	3	80
Chiapas	605	10	595
Chihuahua	161	3	172
Durango	175	3	172
Guerrero	49	1	48
Hidalgo	242	4	238
México Poniente	32	2	30
Michoacán	385	7	378
Nayarit	91	1	90
Oaxaca	525	9	516
Puebla	338	7	331
San Luis Potosí	248	6	242
Sinaloa	118	2	116
Sonora	12	1	11
Tamaulipas	117	4	113
Veracruz Norte	324	3	321
Veracruz Sur	257	3	254
Yucatán	93	4	89
Zacatecas	159	6	153

Fuente: Catálogo de unidades médicas del Programa con corte a septiembre de 2022.

Adicionalmente, incorpora unidades de salud en proceso de registro.

El número de unidades de salud y hospitales puede presentar variaciones en el transcurso del año 2023, en virtud de la dinámica operativa, por incorporación de nueva infraestructura en los OOAD por asignación o donación de inmuebles en favor del Programa, o bien, derivado de la baja de unidades de salud o modificaciones en su tipología.

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

Adicionalmente, el Programa despliega estrategias o acciones encaminadas a la promoción de la salud, complementarias de salud pública o de índole comunitario.

3.1.1. Universo de trabajo

Localidades que se ubican en el área geográfica que atiende el Programa y comprende la localidad sede de la unidad de salud y las localidades de acción intensiva (LAI).

3.1.2. Cobertura por Zona de Servicios Médicos

La Zona de Servicios Médicos está conformada por un hospital y una o más zonas de supervisión, la cual constituye la unidad funcional para prestar los servicios de salud con el objetivo de vincular la continuidad de la atención de los pacientes dentro de una RISS.

La Zona de Servicios Médicos tiene un promedio de cobertura poblacional de 150 mil personas. Dicha cobertura podrá variar conforme a las condiciones geográficas, la facilidad de acceso a los servicios para la población, así como a la posible extensión de los servicios de salud por parte del Programa.

La cobertura promedio de población a atender de un hospital en su localidad sede va de 15 a 30 mil personas, mientras que para una unidad fija de salud es de aproximadamente 3 mil personas.

En el caso de las unidades itinerantes, éstas prestan servicios de salud mediante rutas establecidas a poblaciones geográficamente dispersas.

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

3.1.3. Ampliación de cobertura

El Programa se suma a la política pública del Sector Salud implementada por el Gobierno Federal, para lo cual, colaborará de manera articulada con IMSS-BIENESTAR, en la implementación de la estrategia de federalización, conforme a los convenios que éste celebre con las entidades federativas, para que con base en el MAS-BIENESTAR se amplíe la cobertura de servicios de

salud a la población sin seguridad social contribuyendo así a garantizar el acceso universal y gratuito de estos servicios, a fin de coadyuvar en la construcción del Sistema Único de Salud para el Bienestar.

3.1.4. Localidad sede

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

3.1.5. Localidad de Atención Intensiva (LAI)

Localidad aledaña a una unidad de salud del Programa, cuyos habitantes reciben servicios a través de alguno de sus componentes, apoyados principalmente por los grupos voluntarios de la organización comunitaria para la salud.

3.1.6. Área de influencia

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

3.2. Población

3.2.1. Población potencial

Personas sin seguridad social en el país.

3.2.2. Población objetivo

Personas sin seguridad social que residen en localidades del universo de trabajo. Esta población se encuentra inscrita en el PPA del Programa.

3.2.3. Población atendida

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

3.3. Beneficiarios

Es aquella persona que ha recibido algún servicio derivado de las atenciones que proporciona el Programa. Los datos personales de los beneficiarios serán registrados en el PPA.

Los servicios del Programa están dirigidos a la población sin seguridad social, con el único requisito de registrarse en el PPA mediante la presentación de su CURP o acta de nacimiento e identificación oficial.

3.3.1. Padrón de Población Adscrita

El Programa cuenta con un PPA que es una base de información construida a partir del levantamiento de información de la población, la cual se actualiza de manera permanente en términos de lo dispuesto en el procedimiento normativo institucional; y es sometida a revisiones periódicas de acuerdo con la disponibilidad presupuestal del Programa.

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

- i) Habita en el universo de trabajo y no cuenta con seguridad social.
- ii) Habita en el universo de trabajo, cuenta con acceso a algún sistema de seguridad social y se le han otorgado servicios a través de algún componente del Programa.
- iii) Habita en el área de influencia y sin importar su condición de aseguramiento se le otorga servicio recurrente a través de algún componente del Programa.
- iv) Migrante extranjero y se le otorga servicio a través de algún componente del Programa durante su tránsito por el territorio nacional.

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

El PPA incorpora variables de identificación personal y sociodemográficas de la población adscrita (anexo único). Entre las variables requeridas destacan la CURP y datos de afiliación a otras instituciones públicas del SNS, información que permite confrontar sus datos con los registros de distintas instituciones (RENAPO, IMSS, ISSSTE, etc.), a efecto de verificar la identidad de cada persona adscrita, evitar duplicidades y promover el intercambio de recursos.

Con el objeto de dar cumplimiento al artículo 12 del Acuerdo para la adopción y uso por la Administración Pública Federal de la Clave Única del Registro de Población, publicado en el DOF el 23 de octubre de 1996, el Programa promoverá la integración de la CURP.

Las cifras del PPA del Programa para el año 2023 se aprobaron por la Unidad del Programa durante el último bimestre del 2022. Sin embargo, la modificación a estas cifras está sujeta a la posible expansión que se realice en la cobertura de atención del Programa durante 2023.

3.3.2. Calidad y confidencialidad de la información

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

3.4. Catálogo de servicios otorgados, apoyos y reconocimientos

El Programa otorga atención a la salud a través de una cartera de servicios que se ajustará de acuerdo a la infraestructura y la capacidad instalada de sus unidades de salud y hospitales de sus diferentes niveles de atención.

Tipo de Componente	Servicios otorgados	Apoyos	Reconocimientos
Atención a la Salud	<u>Atención Ambulatoria preventiva y asistencial (Primer nivel de atención: unidad de salud y hospital).</u> <ul style="list-style-type: none"> · Consulta de medicina general. · Atención a urgencias básicas. · Medicina preventiva. · Atención a la salud mental. · Atención de enfermería. · Atención Estomatológica (en unidades de salud seleccionadas). 		<ul style="list-style-type: none"> · Premio al Mérito Médico y Enfermería del Programa.
	<u>Atención Hospitalaria preventiva y asistencial (Hospital).</u> <ul style="list-style-type: none"> · Consulta externa de medicina familiar. · Consulta externa de especialidades. · Atención a urgencias. · Hospitalización. · Intervenciones quirúrgicas. · Auxiliares de diagnóstico. · Medicina preventiva. · Vigilancia epidemiológica. · Atención a la salud mental. · Estomatología. · Nutrición. · Prestación de servicios en Albergues Comunitarios. · Nutrición y Dietética. · Atención de enfermería Tanatología Paliación y rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> · Hospedaje, alimentación y orientación en salud a usuarios de hospital y sus acompañantes. 	

Acción Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> · Orientación en Salud a la Organización Comunitaria y beneficiarios. · Educación y Promoción de la salud. · Coordinación interinstitucional para el fomento de estrategias comunitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> · Equipo básico, medicamentos, material de curación e insumos para Parteras Voluntarias y Voluntarios de Salud. · Apoyo económico para el traslado a sus unidades médicas para Parteras Voluntarias y Voluntarios de Salud. · Material Educativo y de Promoción y Difusión. 	<ul style="list-style-type: none"> · Premio Nacional al Voluntario de Acción Comunitaria.
	<ul style="list-style-type: none"> · Promoción de Entornos saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> · Material didáctico. 	

	<ul style="list-style-type: none"> · Rescate de recursos alimentarios. · Enfoque de género y prevención de la violencia a las mujeres. · Fomento del enfoque intercultural en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> · Insumos para acciones de saneamiento. · Facilitar el acompañamiento de la Partera Voluntaria a embarazadas. 	
	<ul style="list-style-type: none"> · Contraloría Social y Aval Ciudadano. 	<ul style="list-style-type: none"> · Material impreso para el trabajo del Aval Ciudadano. · Orientación a los Avaes Ciudadanos. 	
	<ul style="list-style-type: none"> · Sistema de Atención Ciudadana. 	<ul style="list-style-type: none"> · Guía Operativa. · Formatos e Impresos para reporte y registro de expresiones ciudadanas. · Carteles. · Buzones. 	

El Programa fundamenta su operación en el MAS-BIENESTAR, y sus características son:

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

Los servicios y medicamentos que otorga el Programa, en los diferentes niveles de atención, tendrán como referencia el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, la nomenclatura, descripción, medicamentos asociados y clasificación diagnóstica (CIE-10).

La Unidad del Programa aprobará anualmente, el listado de Medicamentos y Material de Curación referidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, que se aplicará en las unidades de salud y hospitales del Programa, considerando los niveles y modalidades de atención, así también los criterios de efectividad, seguridad y costo, de acuerdo a los protocolos de atención.

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

3.5. Calidad de la atención y derechos de los beneficiarios

3.5.1. Calidad de la atención

En las unidades de salud y hospitales del Programa, además del respeto y la promoción de los derechos de los pacientes, se cuenta con un sistema de calidad integral que garantiza un trato digno, atención basada en la evidencia científica, protección a la seguridad de los pacientes y la escucha de los usuarios y sus familias. Dicho sistema se articula a través de la Coordinación de Educación y Calidad; y el COCASEP.

Para garantizar la calidad del Componente de Atención a la Salud del Programa, la práctica de los profesionales en las unidades de salud y hospitales bajo su responsabilidad estará basada en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables, así como los protocolos de atención que emita la SSA.

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

Con el fin de proteger la seguridad de los pacientes atendidos en las unidades de salud y hospitales del Programa, se desarrollarán programas de capacitación en cultura de la seguridad de los pacientes y serán objeto de seguimiento las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, en los diferentes niveles de atención en términos de lo dispuesto en el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado en el DOF el 08 de septiembre de 2017.

Los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en las unidades de salud y hospitales del Programa se ajustarán a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana.

NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Las unidades de salud velarán por la calidad de los mismos, y se aplicará de manera regular el MECIC y realizarán el archivo y custodia de los expedientes en la forma reglamentariamente establecida.

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

El Programa realizará anualmente y a partir de los recursos presupuestales disponibles, estudios de satisfacción de sus beneficiarios con los servicios recibidos, con el propósito de incidir en la mejora continua de la calidad de los servicios.

3.5.2. Capacitación

La capacitación que se realiza en el Programa se planea en el nivel central con base en el panorama epidemiológico, prioridades en salud y necesidades del personal operativo y directivo.

Para mejorar la atención de la calidad médica, la Unidad del Programa gestiona y coordina la actualización del personal médico y paramédico en los niveles de conducción y operativos, considerando los perfiles del puesto.

En el nivel del OOAD la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, el EGAS, EMS, Cuerpos de Gobierno y ESAZ facilitan los cursos de inducción al puesto a los integrantes de nuevo ingreso de los equipos de conducción, así como personal operativo y becario.

En las reuniones zonales se da prioridad a la capacitación en las cuales participa personal médico, de enfermería y promotor de Acción Comunitaria.

En los hospitales a través del Coordinador de Educación y Calidad se establece un programa de capacitación anual que involucra a las diferentes disciplinas de los diferentes turnos.

En forma permanente cada uno de los equipos de conducción del OOAD da seguimiento a la capacitación proporcionada a personal institucional y becario durante las visitas de supervisión-asesoría.

Los equipos de salud del primer y segundo nivel de atención en coordinación con el promotor de Acción Comunitaria proporcionan orientación a los grupos voluntarios de la estructura comunitaria para garantizar el MAS-BIENESTAR, en cumplimiento con el programa de capacitación a grupos voluntarios.

3.5.3. Supervisión, asesoría y seguimiento

El Programa establecerá desde nivel central el mecanismo de supervisión, asesoría y seguimiento, estableciendo compromisos y acuerdos con base en resultados, a los cuales dará seguimiento.

A su vez el personal de conducción del Programa en los OOAD, serán los responsables de realizar dicho proceso en su ámbito de responsabilidad, estableciendo compromisos y acuerdos a los cuales dará seguimiento.

Esta supervisión, asesoría y seguimiento, deberá tener carácter multidisciplinario, optimizando tiempo y recursos, colaborará en el cumplimiento de los objetivos, indicadores y metas, con el propósito de facilitar la toma de decisiones, detectar oportunamente desviaciones operativas o de conducción y adoptar, en su caso, medidas correctivas e implementar acciones de mejora continua, a efecto de dar seguimiento y ponderar los avances en relación con los objetivos planteados.

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

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

Plan de Supervisión, Asesoría y Seguimiento del Nivel Central del Programa, los integrantes de los EGAS, EMS, Cuerpos de Gobierno y ESAZ realizarán visitas programadas de supervisión y asesoría integral, de manera multidisciplinaria, a las unidades de salud de los diferentes niveles de atención a su cargo, incluyendo procesos acordes a las prioridades, estrategias, componentes del Programa y los aspectos técnico médico administrativos. Esta supervisión se realizará mediante la aplicación de cédulas de supervisión elaboradas por la Unidad del Programa, las cuales incluyen el desempeño directivo y evaluación de la calidad de la atención, se elaborarán compromisos específicos acordes a las cédulas de supervisión y normatividad, con registro en las bitácoras de cada unidad de salud de primer nivel supervisada; para el caso de los hospitales se debe utilizar el formato de compromisos establecido por la Unidad del Programa.

Plan de Supervisión, Asesoría y Seguimiento del Nivel Operativo del Programa, en relación con el cual los integrantes de los EGAS, EMS, Cuerpos de Gobierno y ESAZ realizarán visitas de supervisión y asesoría integral, de manera multidisciplinaria, a las unidades de salud de los diferentes niveles de atención a su cargo, incluyendo procesos acordes a las prioridades, estrategias, componentes del Programa y los aspectos técnico médico administrativos. Esta supervisión se realizará mediante la aplicación de cédulas de supervisión que incluye desempeño directivo y evaluación de la calidad de la atención, se elaborarán compromisos específicos con registro en las bitácoras de cada unidad de salud de primer nivel supervisada; para el caso de los hospitales se debe utilizar el formato de compromisos establecido por la Unidad.

Los EGAS deben supervisar un hospital y dos unidades de salud de primer nivel por mes. El EMS debe visitar un hospital y al menos cinco unidades de salud de primer nivel por mes.

Los Cuerpos de Gobierno de Hospital deben programar visitas conjuntas al 100% de las áreas y servicios, durante los bimestres febrero-marzo y julio-agosto, independientemente de la supervisión individual. El ESAZ debe supervisar el 100% de las unidades de salud bajo su responsabilidad al menos cada dos meses.

No se considerarán como visitas de supervisión la aplicación parcial de las cédulas de supervisión, sin base normativa y/o sin la participación integral multidisciplinaria de acuerdo con el nivel de conducción.

3.5.4. Derechos de los beneficiarios

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

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

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

3.6. Instancias normativas y participantes

La operación del Programa está regulada por la legislación federal aplicable, las presentes Reglas de Operación, Normas Oficiales Mexicanas (NOM), concernientes a la Cartera de Servicios del Programa, Protocolos de Atención emitidos por la Secretaría de Salud, documentos normativos del IMSS que le resulten aplicables, Procedimientos, Guías, Lineamientos y oficios circulares emitidos por la Unidad del Programa.

3.6.1. Instancia normativa

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

- I. Organizar la administración y operación de los dos componentes del Programa, en sus diferentes niveles de conducción y operación, en colaboración articulada con IMSS-BIENESTAR, atendiendo a los objetivos, alineados al Programa Estratégico de Salud para el Bienestar y en términos de los Convenios de Colaboración que, para tal efecto, suscriba el IMSS con el IMSS-BIENESTAR;
- II. Someter los asuntos de su competencia a consideración del Director General y Órganos Normativos del IMSS, según sea el caso, para el eficaz desempeño de las atribuciones que les confieren las Leyes, el RIIMSS y demás disposiciones reglamentarias y administrativas;
- III. Suscribir convenios de colaboración y acuerdos interinstitucionales, con los diversos órdenes de Gobierno, organismos públicos y no gubernamentales; para el cumplimiento de prioridades de atención en favor de la salud de las personas

sin seguridad social;

- IV. Realizar los procesos administrativos alineados con IMSS-BIENESTAR conforme a los convenios de colaboración que para tal efecto suscriba con el IMSS;
- V. Planear y organizar la participación del Programa, en aquellos programas o estrategias federales de salud;
- VI. Alinear el Programa con el Programa Sectorial de Salud, el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar y el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social vigentes;
- VII. Designar a los integrantes de la estructura de conducción del Programa, adscritos a los OOAD.
- VIII. Acordar con la Unidad de Educación e Investigación del IMSS las estrategias, cobertura, desarrollo y evaluación del personal becario que realizan su servicio social y médicos residentes en periodo de adiestramiento, dentro de las unidades de salud del Programa;
- IX. Organizar el programa de trabajo para la certificación de los establecimientos médicos del Programa ante el Consejo General de Salud.
- X. Aprobar las acciones para la operación de la Contraloría Social y Aval Ciudadano en el Programa.
- XI. Aprobar los montos asignados para el otorgamiento del apoyo económico y en especie a los integrantes de la Organización Comunitaria del Programa;
- XII. Determinar y aprobar los Sistemas de Información del Programa y la aplicación del PPA;
- XIII. Administrar, en coordinación con las Direcciones de Finanzas, de Administración y los OOAD, los recursos para la operación del Programa;
- XIV. Coordinar con las Direcciones Normativas, los OOAD y con IMSS-BIENESTAR, las sinergias necesarias para que, a través de la infraestructura, estructura organizacional y sistemas de información del IMSS, éste lleve a cabo la ejecución del Programa;
- XV. Proponer, y en su caso, aprobar el anteproyecto de Presupuesto de operación e inversión del Programa, correspondiente al ejercicio fiscal siguiente;
- XVI. La Unidad del Programa es la única instancia normativa para proponer, y en su caso, aprobar los proyectos en materia de obra pública para la sustitución, ampliación y remodelación de la infraestructura médica en el ámbito de operación del Programa; así como los programas de equipamiento relacionados con los proyectos en materia de obra pública, así como los programas de equipamiento de la infraestructura médica ya existente y por incorporarse;
- XVII. Acordar conjuntamente con los órganos normativos del IMSS, las condiciones de trabajo del personal del Programa con tipo de contratación base y confianza, así como al que alude el Estatuto a que se refiere el artículo 286 I de la Ley del Seguro Social;
- XVIII. Aprobar las estrategias para la formación, capacitación y educación permanente del personal del Programa;
- XIX. Difundir y utilizar los resultados obtenidos de las evaluaciones interna y externa del Programa, con el fin de analizar su operación, avances e impacto, así como definir las acciones de mejora necesarias, transparentar la operación y el uso correcto de los recursos asignados;
- XX. Sancionar la instrumentación y aplicación de los lineamientos y procedimientos en materia de abastecimiento de insumos, equipamiento, contratación de servicios, construcción de obra pública, conservación de bienes muebles e inmuebles y seguridad en los inmuebles, a fin de cubrir las necesidades operativas de las unidades de salud del Programa; y
- XXI. Establecer acciones en coordinación con las Direcciones Normativas del IMSS y los OOAD, para regularizar los inmuebles afectos al Programa a favor del Instituto.

3.6.2. Instancias participantes

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

Cuadro 3. Niveles de Conducción del Programa

Nivel de conducción del Programa	Ámbito	Funciones esenciales
Titular de la Unidad y Coordinadores	Nacional	<ul style="list-style-type: none"> o Planeación y metas. o Definición de estrategias y proyectos. o Asignación de recursos. o Apoyo y sistema de información. o Supervisión, Asesoría y seguimiento. o Concertación y alianzas.

Titular de OOAD	Responsable de la administración del Programa en los OOAD del IMSS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Responsable de la administración del Programa en los OOAD.
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas del OOAD	OOAD	<ul style="list-style-type: none"> ○ Responsable de coordinar la operación del Programa con el apoyo del Supervisor Médico del OOAD del Programa, o en su caso, con el (los) Supervisor(es) Médico(s) Regional(es).
Titular de la Coordinación Médica del OOAD del Programa	OOAD	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordina e integra la gestión de los diferentes componentes del Programa, para capacitación, seguimiento, supervisión y evaluación en el ámbito OOAD.
Titular de la Supervisión Médica Regional	Regional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordina e integra la gestión y operación de los diferentes componentes del Programa para capacitación, seguimiento, supervisión y evaluación en el ámbito regional. ○ Se apoya en el resto de los integrantes del EMS. ○ Es responsable como área requirente y se apoya en los Supervisores Administrativos del EGAS y EMS de dar seguimiento a todos los Procedimientos Licitatorios en materia de Adquisiciones, Servicios, y Obra Pública del Programa que se llevan a cabo en el OOAD. ○ Se apoya en el resto de los integrantes del EMS.
Titular de la Dirección de Hospital	Hospital y zona de servicios médicos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Responsable de la gestión, administración, conservación, operación, información y resultados en salud del Hospital a su cargo con apoyo de los integrantes del Cuerpo de Gobierno. ○ Responsable de coordinar y supervisar el cumplimiento de las funciones y actividades de los integrantes del cuerpo de gobierno, coordinadores médicos y promotor de Acción Comunitaria.
Titular de la Supervisión Médica Zonal	Zona de supervisión	<ul style="list-style-type: none"> ○ Responsable de la gestión, administración y operación de los componentes del Programa, así como de la supervisión, información y resultados en salud de las unidades de salud, CARO, BS y UMM en su ámbito de responsabilidad. ○ Se apoya de ESAZ. ○ Supervisa y asesora, planea, ejecuta, da seguimiento y ejerce control en la zona de supervisión a su cargo. ○ Responsable de la prestación de servicios y resultados en salud de las unidades de salud. ○ El Equipo de Supervisión Asesoría Zonal dependiendo del ámbito de responsabilidad que le sea asignado. ○ Responsable de la conservación en trabajo conjunto con el Residente de Conservación del hospital y Chofer Polivalente.

3.6.2.1. Instancias que operan el componente de Acción Comunitaria

El componente de Acción Comunitaria del Programa es operado por el SAC y PAC, integrantes del EMS y ESAZ respectivamente; realizan el programa de trabajo en sus ámbitos de competencia; lo cual les permite asesorar a los equipos de salud, así como coordinar, dinamizar y orientar a la Organización Comunitaria, con relación a las estrategias de Acción Comunitaria.

3.6.2.2. Organización Comunitaria para la Salud

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

La Asamblea Comunitaria es el órgano interno y representativo conformada por los miembros de la localidad, en ella se eligen a los integrantes de la Organización Comunitaria para la Salud, quienes participarán activamente y serán apoyados y vigilados por la Asamblea Comunitaria. La población es convocada a Asamblea Comunitaria, para discutir y tomar acuerdos sobre temas relacionados con la salud, la calidad de vida y el bienestar a nivel individual, familiar y comunitario.

El Comité de Salud es un conjunto de personas de la comunidad interesadas en la salud individual y colectiva de su comunidad; son electas en Asamblea Comunitaria, quienes aceptan voluntariamente el cargo. El Comité de Salud se compone por el presidente, cuatro vocales esenciales: salud; saneamiento; nutrición y educación para la salud; y dos vocales complementarios dependiendo de las necesidades y características epidemiológicas: contingencias y desastres; contraloría social y/o aval ciudadano.

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

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

Los Voluntarios son personas de la comunidad, electas en Asamblea Comunitaria. Realizan visitas domiciliarias entre 10 y 15 familias en promedio a su cargo para orientarles sobre las prioridades de salud y contribuir a mejorar las condiciones de salubridad general y ambiental, verificando diferentes acciones de salud y personas en riesgo. En conjunto con los voluntarios de salud identifican y derivan a las Unidades de Salud a personas con riesgos de salud. Participan también en la Red de Traslado Comunitario, la cual contribuye a disminuir riesgos de muerte materna y neonatal; apoyan las actividades de promoción de la salud a través de Estrategias de Acciones de Información Educación y Comunicación.

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

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

Médicos Tradicionales son personas que forman parte de los sistemas locales y comunitarios de salud, mismos que tienen los conocimientos, prácticas, creencias y experiencia en el manejo de padecimientos de filiación cultural; incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación, para mantener la salud.

La interrelación con la medicina tradicional permite identificar a población con posibles daños a la salud, para brindar atención institucional.

Encargados Voluntarios de Albergue. Son personas de la comunidad, sin vínculo laboral con el Programa. Realizan actividades relacionadas a la organización del servicio, información sobre los derechos, obligaciones y reglamento a los beneficiarios y orientación en salud.

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

Los Voluntarios de Salud, Encargado Voluntario de Albergue y las Parteras Voluntarias únicamente, recibirán por su participación comunitaria un apoyo económico para costear el traslado a sus unidades médicas. Los Voluntarios e integrantes del Comité de Salud, Aval Ciudadano y Médicos Tradicionales, por su participación en la estructura comunitaria, no recibirán retribución alguna.

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

La participación de la Organización Comunitaria para la Salud es fundamental para el logro de objetivos y cumplimiento de metas del Programa, muestra de ello es su participación activa en la Red de Traslado Comunitario, la cual es una estrategia orientada a contribuir a la disminución de la morbi- mortalidad materna, donde participan el equipo de salud, autoridades locales integrantes de la organización comunitaria y la comunidad, principalmente con apoyo de traslado oportuno de embarazadas y puerperas, así como personas con algún problema de emergencia en salud a las unidades.

3.7. Coordinación interinstitucional

Con el fin de favorecer la continuidad de cuidados en la atención a la salud, el Programa establecerá la adecuada vinculación con las RISS para la referencia de pacientes.

Asimismo, el Programa desplegará su componente de salud pública en coordinación con las Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios Estatales de Salud.

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

En el marco del Programa para el Desarrollo del Istmo de Tehuantepec, el Programa continuará desplegando acciones de salud en los municipios con presencia, de conformidad con su ámbito de competencia y en su Modelo de Atención a la Salud para

el Bienestar.

4. Operación

4.1. Proceso

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

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

Para ofrecer las acciones de salud pública y atención a la salud, la población se encuentra adscrita a una de las unidades de salud del Programa para garantizar el acceso efectivo a la salud.

Corresponde a la unidad de salud proporcionar estos componentes mediante acciones de prevención, educación para la salud, atención médica y cuidados de enfermería, de carácter ambulatorio o mediante internamiento en un Hospital.

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

El componente de Acción Comunitaria es operado por el personal de Acción Comunitaria, con apoyo de la Organización Comunitaria para la Salud, a través de estrategias de participación comunitaria; contribuye con las acciones médicas, favoreciendo el autocuidado de la salud, la vigilancia epidemiológica simplificada y propiciando el compromiso de la comunidad y sus autoridades en la mejora de sus condiciones de salud.

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

Los Albergues Comunitarios son administrados, y operan bajo la responsabilidad de la persona titular de la Dirección del Hospital, con la participación multidisciplinaria de otras áreas, incluido el Componente de Acción Comunitaria.

Para otorgar los diferentes servicios que ofrecen estos inmuebles, se cuenta con la participación de Encargado Voluntario de Albergue, quienes podrán pernoctar en estos inmuebles, con el propósito de que estén en operación las 24 horas de lunes a domingo.

En los albergues que no se cuente con la figura de Encargado Voluntario de Albergues, la Dirección del Hospital deberá generar estrategias, con apoyo de las demás áreas responsables, para garantizar la seguridad de los usuarios y el resguardo de bienes institucionales.

En el marco de lo dispuesto en las presentes ROP, profesiograma y Contrato Colectivo del Trabajo vigentes, el Programa fortalece las actividades extramuros que los equipos de salud, en coordinación con el promotor de Acción Comunitaria, deben llevar a cabo a través del "Día Comunitario", acciones de promoción a la salud y prevención de enfermedades y/o sus complicaciones con enfoque de riesgo epidemiológico en las localidades Sede y LAI del universo de trabajo, conforme a los procedimientos establecidos para su difusión, instrumentación y seguimiento en los diferentes niveles de atención en base a prioridades vigentes.

Con base en el MAS-BIENESTAR, los Expedientes Comunitarios desde el inicio del Programa, se elaboran en coordinación, por el Equipo de Salud y promotor de Acción Comunitaria generan una fuente de información comunitaria relacionada con aspectos sociales, culturales, demográficos y de acciones realizadas por la organización comunitaria para la salud.

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

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

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

4.2. Ejecución

4.2.1. Gestión presupuestaria y avances financieros

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

El Anteproyecto de Presupuesto se determinará y actualizará tomando como base su capacidad operativa y el aumento en la demanda de servicios; el incremento anual en el gasto de Servicios de Personal, incluida la cobertura del total de las plazas autorizadas, la revisión al Contrato Colectivo de Trabajo y el pago de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, así como la perspectiva macroeconómica.

Dicho Anteproyecto deberá observar las disposiciones establecidas en los artículos 25 y 29, de la LFPRH que estipulan que este se realizará con base en las políticas de gasto público que determine el Ejecutivo Federal a través de la Secretaría; y con sujeción a las disposiciones generales, techos y plazos que la Secretaría establezca.

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

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

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

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

Aunado a lo anterior, la Unidad del Programa notifica al H. Consejo Técnico del IMSS, la distribución total de los recursos con los que contará tanto al inicio como al término de cada ejercicio y, de ser el caso e independientemente de su fuente de financiamiento, las ampliaciones presupuestales que se llegasen a tener durante el ejercicio fiscal.

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

El manejo de estos recursos se hará a través de la Tesorería del IMSS a cargo de la Dirección de Finanzas, en los términos de lo dispuesto en la Ley del Seguro Social, el RIIMSS y en el Manual de Organización de la referida Dirección.

En razón de que los recursos del Ramo 19 del Programa constituyen un subsidio federal, las entidades, dependencias, programas y/o instituciones a quienes el Programa brinde apoyo mediante el otorgamiento de servicios médicos, deberán cubrir el costo o la contraprestación correspondiente de acuerdo con lo estipulado en el convenio que para tal fin hayan suscrito con el IMSS.

Dichos recursos deberán identificarse como ingresos diferentes a los del Ramo 19, registrarse como una ampliación al presupuesto y ser depositados en una sola cuenta bancaria concentradora, misma que contará con el servicio de pago referenciado con objeto de poder identificar el origen de los recursos, conforme a las disposiciones normativas que el IMSS emita para tales efectos.

Los recursos provenientes del Ramo 19, así como aquellos derivados de la suscripción de convenios, y en su caso, sus productos financieros, serán asignados de acuerdo con sus objetivos y componentes.

En cualquier caso, la contabilidad que se registre por la operación del Programa se hará de forma separada y pormenorizada del presupuesto del IMSS en su régimen obligatorio.

El Programa, en apego a la normatividad del IMSS, mediante los sistemas institucionales de registro y control, dará seguimiento en el ámbito nacional y por OOAD, a los gastos ejercidos en términos de las disposiciones aplicables, incluidos los recursos provenientes de otros ingresos derivados de la suscripción de convenios, así como de los intereses derivados de productos financieros.

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

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

La ayuda económica mensual también se entregará a los Encargados Voluntarios de Albergue, pero no se les proporcionará equipo básico, medicamentos, ni material de curación.

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

Los recursos y las acciones destinadas a solventar los efectos ocasionados por desastres naturales y contingencias que afecten la salud de las poblaciones donde está presente, se apegarán a los lineamientos y mecanismos que determinen las autoridades competentes al respecto.

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

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

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

Los costos causados al régimen obligatorio por la atención brindada a las beneficiarias del Programa serán cubiertos con cargo al presupuesto asignado a éste, tomando como base la lista de costos unitarios establecidos anualmente de manera conjunta entre la Unidad del Programa y la Dirección de Finanzas del IMSS, los cuales, para este efecto, no podrán ser superiores a los Costos Unitarios por Nivel de Atención, aplicables al cobro de servicios a pacientes no derechohabientes, efectuándose en los OOAD los registros contables correspondientes, de manera que no se afecten las finanzas del IMSS, ni las aportaciones obrero-patronales.

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

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

4.2.2. Cierre del ejercicio

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

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

4.2.3. Recursos no devengados

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

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

5. Auditoría

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

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

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

En el caso de los recursos provenientes de la celebración de Convenios, los mismos serán fiscalizados de acuerdo con lo estipulado en estos instrumentos, siendo el ente público que otorgue los recursos quien se encargará de dar respuesta a las solicitudes de los órganos fiscalizadores, esto sin perjuicio de que la Unidad del Programa proporcione la información o documentación necesaria para tal fin.

6. Evaluación

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

proporcionará elementos para la mejora en el diseño, operación y estructura del Programa.

La evaluación será responsabilidad de la Unidad del Programa, en apego al Sistema de Evaluación del Desempeño mediante el monitoreo y valoración sistemática de los componentes e indicadores incluidos en el PASH.

6.1. Evaluación interna

La Unidad del Programa y los OOAD darán seguimiento de manera periódica a los indicadores de estas ROP a través de un tablero de control semaforizado, así como a las metas internas de cada prioridad, estableciendo acciones de mejora en aquellos que se encuentren por debajo del valor de referencia.

6.2. Evaluación externa

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

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

7. Indicadores

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

Matriz de Indicadores para resultados (MIR)	Número de Indicadores	Indicador 2022
Fin	1	1. Tasa de mortalidad infantil.
Propósito	4	2. Razón de mortalidad materna. 3. Tasa de mortalidad neonatal. 4. Tasa de hospitalización por diabetes no controlada. 5. Porcentaje de población atendida respecto a la población objetivo.
Componente de Atención a la Salud	6	6. Porcentaje de menores de un año que cuentan con esquema completo de vacunación. 7. Proporción de obesidad en niñas y niños de 5 a 9 años. 8. Porcentaje de personas con diagnóstico reciente de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento. 9. Porcentaje de personas con diagnóstico reciente de diabetes mellitus que ingresan a tratamiento. 10. Porcentaje de pacientes mayores de 20 años con diabetes mellitus tipo 2 en control con hemoglobina glucosilada. 11. Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas.
Componente de Acción Comunitaria	1	12. Porcentaje de atención a quejas de los beneficiarios del Programa IMSS-BIENESTAR.
Actividades de Atención a la Salud	5	13. Porcentaje de detección de diabetes mellitus. 14. Porcentaje de seguimiento a personas con presión arterial de detección anormal. 15. Porcentaje de seguimiento a personas con glucemia de detección anormal. 16. Porcentaje de detección de hipertensión. 17. Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.
Actividades de Acción Comunitaria	2	18. Porcentaje de familias que aplican acciones de saneamiento básico, con respecto al total de familias del universo de trabajo. 19. Porcentaje de embarazadas derivadas por parteras voluntarias en el primer trimestre de embarazo para atención y consulta.
TOTAL	19	

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

8. Transparencia

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

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

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

8.1. Contraloría Social

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

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

Se reconoce a la Contraloría Social como el mecanismo de las personas beneficiarias que de manera organizada, independiente, voluntaria y honorífica, verifican el cumplimiento de las metas y la correcta aplicación de los recursos públicos asignados a los programas federales, de conformidad con los artículos 69, 70 y 71, de la Ley General de Desarrollo Social; 67, 68, 69 y 70, de su Reglamento.

En materia de Contraloría Social, este Programa Federal se encuentra sujeto a los lineamientos y Estrategia Marco vigentes emitidos por la Secretaría de la Función Pública, así como a los documentos normativos (Esquema, Guía Operativa y Programa Anual de Trabajo de Contraloría Social) validados por dicha dependencia, mismos que integran la Estrategia de Contraloría Social.

Para el registro de los Comités de Contraloría Social, deberá presentarse un escrito libre ante la Unidad del Programa, u equipo de Gestión/Multidisciplinario, en el que se especifique, como mínimo, el nombre del programa, el ejercicio fiscal de que se trate, su representación y domicilio, así como los mecanismos e instrumentos que se utilizarán para el ejercicio de sus funciones.

La Unidad del Programa establecerá, a través de las Instancias Ejecutoras, el mecanismo mediante el cual reconocerá la constitución de los Comités de Contraloría Social y hará el correspondiente registro en el Sistema Informático de Contraloría Social en un plazo no mayor a 15 días hábiles a partir de su conformación. Asimismo, brindará a éstos la información pública necesaria para llevar a cabo sus actividades, así como asesoría, capacitación, y orientación sobre los medios para presentar quejas, denuncias y/o felicitaciones.

La SFP, brindará orientación en la materia a través del correo electrónico: contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx

El Programa podrá promover e implementar los mecanismos de participación ciudadana en la prevención y el combate a la corrupción impulsados por la Secretaría de la Función Pública, por medio del uso de herramientas digitales, que faciliten a las personas beneficiarias y la ciudadanía en general, la posibilidad de incidir en dicha materia.

De igual forma en el Programa, el Aval Ciudadano se constituye como Comité de Contraloría Social, vinculando a la Contraloría Social y la Participación Ciudadana en Salud, con el propósito de mejorar la calidad de la atención que se otorga a usuarios. Los Avaluos Ciudadanos son consultados en relación con el trato recibido, principales quejas y condiciones con que se prestan los servicios en las unidades de salud del Programa y realizan las siguientes actividades:

- a) Participar en encuestas a beneficiarios para conocer su opinión en relación con la calidad de la atención recibida; y a profesionales de la salud para establecer acciones que contribuyan a mejorar los servicios.
- b) Ser escucha de los beneficiarios.
- c) Dar seguimiento a propuestas de mejora y recibir la Carta Compromiso de los responsables de la unidad médica y su personal para contribuir en la calidad de la atención, así como al cumplimiento de dichos compromisos.
- d) Participar en el COCASEP cuando se incluyan en el orden del día aspectos que requieran la participación del Aval Ciudadano o seguimiento a quejas y sugerencias.
- e) Asistir con el personal de salud de los establecimientos médicos del Programa a la apertura del Buzón de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones.
- f) Promover los derechos de los pacientes y la participación ciudadana, así como orientar a usuarios, familias y acompañantes sobre los medios y procedimientos para comunicar quejas, sugerencias o felicitaciones.
- g) Solicitar información a las y los servidores públicos sobre las acciones realizadas para contribuir a la mejora de los servicios, e informar a la población.
- h) Como Comités de Contraloría Social, llevarán a cabo las actividades previstas en la Guía Operativa de Contraloría Social.

9. Difusión

9.1. Programa editorial

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

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

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

9.2. Portal de internet

La Unidad del Programa publicará en su sitio web, alojado en la página electrónica oficial del IMSS, aspectos específicos del Programa, tales como su historia, componentes, infraestructura y marco jurídico de actuación.

Asimismo, difundirá información a través de redes socio-digitales, a fin de comunicar acciones específicas realizadas por el Programa. Los contenidos se publicarán de conformidad con lo dispuesto en los lineamientos emitidos por el IMSS y el Gobierno Federal en materia de política social y operación de programas sociales, así como en la LFTAIP.

10. Quejas y Denuncias

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

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

Las quejas, denuncias, sugerencias y felicitaciones deberán ser atendidas, turnadas, investigadas, resueltas y notificadas al interesado por aquel integrante o integrantes del Equipo Multidisciplinario, Zonal o del Cuerpo de Gobierno del hospital, en el ámbito de sus responsabilidades y competencias, así como en el nivel de resolución necesario, dependiendo de la naturaleza de la queja y conforme a lo descrito en la Guía Operativa para la Contraloría Social del Programa, vigente.

Las quejas, denuncias, sugerencias y felicitaciones deberán ser atendidas, turnadas, investigadas, resueltas y notificadas al interesado por aquel integrante o integrantes del Equipo Multidisciplinario, Zonal o del Cuerpo de Gobierno del hospital, en el ámbito de sus responsabilidades y competencias, así como en el nivel de resolución necesario, dependiendo de la naturaleza de la queja y conforme a lo descrito en la Guía Operativa para la Contraloría Social del Programa, vigente.

Anexo Único. Formato de Registro y Actualización del Padrón de Población Adscrita

Registro y actualización del Padrón de Población Adscrita



Folio Padrón: _____ Movimiento reportado: ____ Movimiento realizado: ____

Unidad _____ CLUES _____ Fecha: _____

Datos de la persona para adscribir	
Datos generales	<input type="text"/> Nombre (s) <input type="text"/> Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
	<input type="text"/> CURP <input type="text"/> dd/mm/aaaa <input type="text"/> Clave <input type="text"/> Estado de nacimiento
Datos de afiliación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> IMSS Régimen Obligatorio: <input type="text"/>
	<input type="radio"/> ISSSTE: <input type="text"/>
	<input type="radio"/> Otro: <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Estatal
Datos demográficos	<input type="radio"/> ¿Es usted el jefe de su familia?
	<input type="radio"/> ¿Se considera indígena?
	<input type="radio"/> ¿Habla lengua indígena? ¿Cual? <input type="text"/>
	<input type="radio"/> ¿Es migrante extranjero?
	<input type="radio"/> ¿Sabe leer y escribir?
	<input type="radio"/> ¿Habla español?
	<input type="radio"/> ¿Es jornalero agrícola?
Escolaridad terminada	<input type="radio"/> Sin Escolaridad
	<input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Media Superior <input type="radio"/> Licenciatura
Tipo de Beneficiario	<input type="radio"/> Universo de Trabajo <input type="radio"/> Área de Influencia
	<input type="radio"/> Estado civil: <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Separado (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/> Unión libre
Datos dirección	Vialidad: <input type="text"/> Tipo <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> No. Int. <input type="text"/> No. Ext. Asentamiento: <input type="text"/> Tipo <input type="text"/> Nombre
	Estado: <input type="text"/> Clave <input type="text"/> Nombre Municipio: <input type="text"/> Clave <input type="text"/> Nombre
	Localidad: <input type="text"/> Clave <input type="text"/> Nombre C.P.: <input type="text"/>

El aviso de privacidad para el registro en el Padrón de Población Adscrita del Programa IMSS-BIENESTAR, puede ser consultado en <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>.

0710-009-001

Ciudad de México, a 20 de diciembre de 2022.- El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, **Zoé Alejandro Robledo Aburto**.- Rúbrica.