INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2020.

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, 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; 29 y 30 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2020, y

CONSIDERANDO

Que el Programa IMSS-BIENESTAR es administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, 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 las Delegaciones del IMSS, y tiene por objeto garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, mediante el otorgamiento de servicios de salud de primer y segundo nivel, considerando para ello la implementación del Enfoque Intercultural en Salud en favor de la población que carece de seguridad social donde el Programa tiene presencia.

Que el Plan IMSS 2018-2024 fortalece la estrategia del gobierno federal mediante la expansión de su capacidad operativa para atender a los mexicanos sin seguridad social, a través del Programa IMSS-BIENESTAR y converger a la creación del Sistema Único de Salud.

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

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR PARA EL EJERCICIO FISCAL 2020

ÚNICO.- El Instituto Mexicano del Seguro Social establece las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR aplicables durante el ejercicio fiscal **2020**, 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 2020 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 que emita el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y estarán disponibles en la página electrónica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la sección correspondiente al Programa IMSS-BIENESTAR.

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

Ciudad de México, a 8 de enero de 2020.- El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, **Zoé Alejandro Robledo Aburto**.- Rúbrica.

ANEXO

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR APLICABLES DURANTE EL EJERCICIO FISCAL 2020

Contenido

1. Introducción

1.1. Glosario de términos y definiciones

2. Objetivos

2.1. General

2.2. Específicos

3. Lineamientos

3.1. Cobertura

3.1.1. Cobertura por Zona de Servicios Médicos

3.1.2. Ampliación de cobertura

3.1.3. Universo de Trabajo

3.1.4. Localidad sede

3.1.5. Localidad de Acción Intensiva

3.1.6. Área de influencia

3.2. Población

3.2.1. Población Objetivo

3.2.2. Población Potencial

3.2.3. Población Atendida

3.3. Beneficiarios

3.3.1. Padrón de Población Adscrita

3.3.2. Calidad y confidencialidad de la información

3.4. Catálogo de servicios otorgados, apoyos y reconocimientos

3.5. Calidad en la atención y derechos de los beneficiarios

3.5.1. Calidad en la atención

3.5.2. Derechos de los beneficiarios

3.6. Instancias normativas y participantes

3.6.1. Instancias normativas

3.6.2. Instancias participantes

3.7. Coordinación interinstitucional

4. Operación

4.1. Proceso

4.2. Ejecución

4.2.1. Gestión presupuestaria y avances financieros

4.2.2. Cierre del ejercicio

4.2.3. Recursos no devengados

5. Seguimiento, supervisión-evaluación-asesoría, inspección y auditoría

5.1. Seguimiento, supervisión-evaluación- asesoría

5.2. Inspección

5.3. Auditoría

6. Evaluación

6.1. Evaluación Interna

6.2. Evaluación Externa

7. Indicadores

8. Transparencia

8.1. Difusión

8.2. Contraloría Social

9. Quejas y Denuncias

1. Introducción

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

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

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

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

1.1 Glosario de términos y definiciones

APF	Administración Pública Federal.
Aval Ciudadano	Mecanismo de contraloría social y de participación ciudadana que busca generar capital social a través de la ciudadanía y grupos organizados de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, universidades, centros académicos, asociaciones de profesionales y otras instituciones que participan en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la prestación de los servicios de salud. 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 Enfermera y Promotor de Acción Comunitaria, destinado a proporcionar cuidados de salud y entrega de medicamentos e insumos en localidades alejadas y dispersas del área de influencia del Programa, con base en una ruta preestablecida.
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 con 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	Cama que no genera un egreso hospitalario. Se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, inicio de un tratamiento o intensificación de la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito.
CARA	Centro de Atención Rural al Adolescente.
CARO	Centro de Atención Rural Obstétrico.
Casa de Salud	Espacio físico que pertenece a la comunidad (ejido o congregación), al Municipio o a un particular, destinado exclusivamente y con carácter permanente o temporal como apoyo a las actividades de promoción a la salud de la organización comunitaria o extramuros del personal institucional de IMSS-BIENESTAR, en poblaciones beneficiarias del Programa. No son establecimientos médicos, unidades médicas o consultorios, en razón de que no cumplen con lo dispuesto en la NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención médica de pacientes ambulatorios.
Carta Compromiso	Documento que establece compromisos de mejora en los establecimientos médicos, derivado de aspectos identificados por los usuarios y el Aval Ciudadano.
Cartilla	Cartilla Nacional de Salud, documento en el que se registran las acciones de salud de la línea de vida.
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 11.
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
COMETAZ	Comité Médico Técnico Administrativo de la Zona de Servicios.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
Coordinador de Educación y Calidad	Apoya al Director del HR en la evaluación del personal becario y médicos residentes. Coordina todas las actividades de capacitación y educación en salud de la zona de servicios médicos. Evalúa y coordina la funcionalidad y calidad de la atención en consulta externa y los servicios de laboratorio, rayos X, puesto de sangrado y transfusión sanguínea. Apoya al Director del HR en la elaboración del plan de trabajo de la Unidad y vigila su aplicación. Reporta avances y resultados.
Coordinador de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva	Apoya al Director del HR en todas las actividades de vigilancia epidemiológica del hospital y la zona de servicios médicos. Elabora y dirige planes de trabajo en materia de vigilancia epidemiológica y acciones médico preventivas, evalúa y reporta resultados a sus superiores. Coordina y evalúa los aspectos cualitativos y cuantitativos de los programas médicos preventivos. Diseña y aplica los programas de capacitación en el área de su competencia. Participa en ponencias, conferencias, pláticas y otras correspondientes a cursos de capacitación e inducción, relacionadas con su formación académica y profesional. Coordina, supervisa y evalúa el desarrollo y la eficiencia de los programas médico preventivos de acuerdo a los lineamientos de la coordinación normativa correspondiente.
Contingencia	Situaciones o eventos extraordinarios que entrañan riesgos para la salud de las poblaciones.
CS	Comité de Salud.

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

NOM	Norma Oficial Mexicana.
Organización Comunitaria	Personas de la comunidad que participan voluntariamente en la implementación de estrategias que el Programa desarrolla a favor de la salud de las personas y de la comunidad y que pertenecen al Comité de Salud, VRS, Parteras Voluntarias Rurales, Voluntarios, Médicos Tradicionales y Avales Ciudadanos.
PAC	Promotor de Acción Comunitaria. Personal integrante del ESAZUMR, UMM, BS o asignado al universo de trabajo del HR, que se encarga de operar el componente comunitario en su ámbito de responsabilidad. Informa, coordina, dinamiza y asesora a la organización comunitaria en materia de promoción a la salud.
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda.
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación.
Perspectiva de Género	Distribución de los recursos que facilitan el acceso al sistema de acuerdo a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.
PPA	Padrón de Población Adscrita al Programa IMSS-BIENESTAR.
Programa	Programa IMSS-BIENESTAR.
PROVAC	Programa de Vacunación Universal.
ROP	Instrumento jurídico que contiene un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar un programa, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.
RIIMSS	Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
SAC	Supervisor de Acción Comunitaria. Integrante del EGAS o EMS que se encarga de operar el componente comunitario a nivel delegacional o regional. Informa, coordina, asesora y supervisa las estrategias que el Programa desarrolla a nivel nacional, en materia de organización comunitaria y promoción a la salud, a los PAC y, en su caso, a la organización comunitaria.
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño.
SEBI	Secretaría de Bienestar.
SFP	Secretaría de la Función Pública.
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
SISPA	Sistema de Información en Salud para Población Adscrita: Instrumento administrado por la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR que registra acciones del Programa, como consultas, productividad médica y acciones comunitarias.
SSA	Secretaría de Salud.
UMM	Unidad Médica Móvil. Vehículo que contiene el equipo médico para diagnóstico y tratamiento, con diversos niveles de capacidad resolutiva. Es operado por un equipo de salud, que presta servicios de promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades. Recorre, bajo una programación determinada por la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR, una ruta conformada por localidades donde tiene presencia el Programa. Es operado por un equipo de salud integrado por: un médico, una enfermera y un Promotor de Acción Comunitaria.
UMR	Unidad Médica Rural. Establecimiento médico que cuenta con capital humano y recursos materiales y tecnológicos destinados a realizar acciones integrales correspondientes al primer nivel de atención.
V	Voluntarios.
VES	Vigilancia Epidemiológica Simplificada. Conjunto de técnicas y procedimientos sencillos, con participación activa de la comunidad, como elemento del sistema de vigilancia epidemiológica, a través del cual se registra, notifica, procesa y analiza la información básica sobre daños a la salud y situaciones de importancia epidemiológica de las comunidades, principalmente, donde no hay

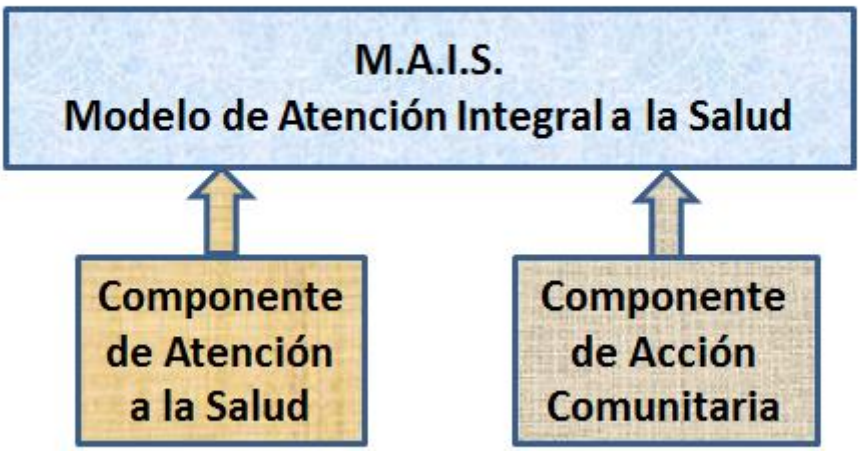
	servicios de salud instalados.
VRS	Voluntario Rural de Salud.

2. Objetivos

2.1 General

Contribuir al bienestar social e igualdad, otorgando atención a población sin seguridad social, mediante un MAIS que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en las entidades donde el Programa tiene presencia. El Programa desarrollará estos objetivos mediante los componentes de Atención a la Salud y Acción Comunitaria (Cuadro 1), en un marco de respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y Enfoque Intercultural en Salud a la población usuaria.

Cuadro 1. Componentes del Programa



2.2. Específicos

2.2.1 Realizar las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y salud pública de acuerdo al Programa Sectorial de Salud 2019-2024.

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

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

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

3. Lineamientos

3.1 Cobertura

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

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

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

Fuente: Catálogo Clave Única de Establecimientos de Salud. Adicionalmente, incorpora unidades médicas en proceso de registro.

Última actualización: Octubre 2019.

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

El número de camas censables (incluidas incubadoras) y no censables con las que cuenta la oferta de atención mediante internamiento en HR 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 SSA, requiere la autorización anual de la Unidad del Programa.

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

3.1.1. Cobertura por Zona de Servicios Médicos

La Zona de Servicios Médicos de Hospital está conformada por un HR y las UMR, UMM, CARO y BS de sus zonas de supervisión, que refieren pacientes a ese segundo nivel de atención. En promedio se consideran 45 unidades de primer nivel de atención por cada HR. Esta red constituye la unidad local fundamental para prestar los servicios médicos.

Cada Zona de Servicios Médicos de Hospital sin Unidades Médicas Urbanas atiende en promedio a 113,000 beneficiarios.

La cobertura para el caso de los HR es en promedio de 24,000 beneficiarios; en las UMR, este rango es, en su mayoría, menor a 3,000 beneficiarios, dependiendo de la dispersión y accesibilidad de los grupos de

población residentes en la región. La cobertura promedio de las BS es de 1,500 beneficiarios. Las UMM prestarán servicios de salud de manera itinerante mediante rutas establecidas a poblaciones rurales, siendo la cobertura de 2,500 beneficiarios.

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 resolutiva de la oferta de servicios que proporciona el Programa.

3.1.2 Ampliación de cobertura

El Programa se suma a la política pública del Sector Salud implementada por el gobierno federal, por lo cual podrá expandir su capacidad operativa a otras entidades federativas para otorgar servicios de salud, conforme a su modelo de atención, a la población sin seguridad social y sin acceso a estos servicios, lo que permitirá coadyuvar en la construcción del Sistema Único de Salud.

3.1.3 Universo de trabajo

Localidades del ámbito de responsabilidad del Programa, comprenden la localidad sede de la unidad médica y las localidades de acción intensiva LAI.

3.1.4 Localidad sede

Aquella en la que opera una unidad médica 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 Acción Intensiva (LAI)

Localidad aledaña a un establecimiento médico del Programa, perteneciente al universo de trabajo, cuyos habitantes reciben servicios a través de alguno de sus componentes.

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 objetivo

Aquella no cubierta por algún sistema de seguridad social, en su mayoría residente de localidades de alta y muy alta marginación, en las que está presente el Programa.

3.2.2 Población potencial

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

3.2.3 Población atendida

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

3.3 Beneficiarios

Aquellas personas que han recibido algún servicio derivado de las atenciones que proporciona el Programa. Los datos personales de los beneficiarios deben registrarse en el PPA.

Los servicios del Programa son abiertos a la población dentro del ámbito de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, es decir, cualquier persona recibe la prestación del servicio en forma inmediata y sin condicionamiento alguno. Para recibir atención del primer nivel, la población dispone de UMR, CARO y UMM, así como de BS; para acceder a la atención de segundo nivel, cuenta con HR; y, para recibir atención de tercer nivel de alta especialidad, se cuenta eventualmente con la estrategia de las Jornadas Quirúrgicas Bienestar.

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

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

3.3.1 Padrón de Población Adscrita (PPA)

La Unidad del Programa cuenta con un PPA, que es una base de datos construida a partir del levantamiento de información de la población beneficiaria, la cual se actualiza de manera permanente de conformidad con 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 carece de seguridad social.

ii) Habita en el universo de trabajo, cuenta con acceso a algún sistema de seguridad social y se le han otorgado servicios a través de algún componente del Programa.

iii) Habita en el área de influencia y, sin importar su condición de aseguramiento, se le otorga servicio recurrente a través de algún componente del Programa.

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

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

Con 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, anualmente la Unidad del Programa continuará estableciendo metas nacionales y delegacionales de integración de la CURP.

Las cifras del PPA del Programa para el año 2020 se aprobarán por la Unidad del Programa dentro del primer trimestre del año, para permitir la planeación y cobertura de servicios, y servirán de referente oficial para todo el ejercicio presupuestal.

3.3.2 Calidad y confidencialidad de la información

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

3.4 Catálogo de servicios otorgados, apoyos y reconocimientos

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

Tipo de Componente	Servicios otorgados	Apoyos	Reconocimientos
Atención a la Salud	• Vigilancia Epidemiológica. • Vacunación Universal. • Acciones preventivas para la detección y prevención de enfermedades durante la línea de vida. • Prevención y control de enfermedades. • Atención de urgencias epidemiológicas, ante la ocurrencia de contingencias y		

	desastres. • Identificación, atención y derivación del abuso infantil.		
	Atención Ambulatoria (primer nivel de atención: UMR y HR) • Medicina Preventiva. • Promoción y educación para la salud. • Consulta de medicina general (UMR). • Consulta externa de medicina familiar y especialidades de Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia (HR). • Estomatología. • Psicología (HR). • Atención de Enfermería. • Atención primaria de urgencias. • Control prenatal a embarazadas de bajo y alto riesgo. • Desarrollo Infantil Temprano. Estimulación Temprana. • Atención integral a la salud de los adolescentes en los CARA, a través de cuatro ejes: prevención de embarazo en adolescentes, adicciones, violencia, sobrepeso y obesidad. • Servicio de Atención Integral a la Salud (SAIS). • Atención a enfermedades crónicas: diabetes e hipertensión.		• Premio al Mérito Médico del Programa.
	• Planificación familiar y consejería. • Manejo de IRAS y EDAS. • Atención de urgencias y lesiones. • Atención a la salud de los migrantes. • Atención a la salud de los pueblos indígenas con Enfoque Intercultural en Salud. • Entrega gratuita de medicamentos asociados a las intervenciones en salud. Atención Hospitalaria (HR) • Planificación familiar y consejería. Salud sexual y reproductiva. • Atención de parto y puerperio. • Atención y cuidados del recién nacido. • Servicio de urgencias.		

	• Hospitalización pediátrica y de adultos (medicina interna, cirugía general y gineco-obstetricia).
	• Servicios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, rayos X y ultrasonido).
	• Servicio de transfusión sanguínea y/o puesto de sangrado.
	• Trabajo social.
	• Servicio de nutrición.
	• Entrega gratuita de medicamentos asociados a las intervenciones en salud.
	  • Jornadas Quirúrgicas Bienestar.
	  • Estomatología.
	  • Servicio de alimentación, orientación alimentaria y nutricional para el primer y segundo nivel de atención.
	  • Prevención, detección, atención y derivación de violencia de género en mujeres mayores de 15 años.
	  • Identificación, atención y derivación del abuso infantil.		

Comunitario	• Orientación a la salud de los pueblos indígenas, desde una perspectiva intercultural. • Promoción a la salud y orientación comunitaria en salud. • Orientación a la organización comunitaria del Programa. • Vinculación institucional con los municipios y otras instituciones y órdenes de gobierno para el fomento a la salud.	• Equipo básico, medicamentos, material de curación e insumos para Parteras Voluntarias Rurales y VRS, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal. • Apoyo económico para el traslado a sus unidades médicas para Parteras Voluntarias Rurales y VRS.	• Premio Nacional de Acciones Comunitarias en Salud.
	• Saneamiento básico: vigilancia y cuidado del agua, excretas, basura y desechos, control de fauna nociva y transmisora, saneamiento ambiental, etc. Atención de riesgos para la salud. • Enfoque de género y prevención de la violencia contra las mujeres. • Gestión de albergues del Programa.	• Reforzar y facilitar acciones interculturales para la atención del parto acompañado por partera en Unidades Médicas del Programa, como actividades explícitas y garantes de la prevención y disminución de la Violencia Obstétrica. • Estancia en Albergues Comunitarios del Programa, para pacientes en espera, familiares y acompañantes.	
	• Contraloría social y ciudadanía en salud.	• Aval Ciudadano. • Gestión de quejas, sugerencias y	• Material impreso para el trabajo del Aval Ciudadano.

		felicitaciones (MANDE). • Capacitación al Aval Ciudadano.	• Buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones para establecimientos médicos.

El Programa opera bajo el MAIS y se caracteriza por lo siguiente:

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

b) Busca proporcionar atención integral y oportuna, médica y cuidados de enfermería en el primer nivel de atención y médica especializada en el segundo nivel de atención, basada en la continuidad de los servicios entre los niveles de atención.

c) Parte de un diagnóstico de salud local que analiza y jerarquiza los riesgos y daños más frecuentes a la salud e implementa un sistema de vigilancia epidemiológica, a fin de realizar 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, las nuevas tecnologías de la salud y la atención basada en la evidencia.

e) Basa sus intervenciones en salud en un sistema integral de calidad que se enfoca en la seguridad, el trato digno y la exigibilidad de los derechos de los pacientes, planes de mejora continua y socialización de las experiencias exitosas en calidad.

f) Promueve la participación individual, familiar y colectiva en las acciones de salud, prácticas saludables y saneamiento ambiental, a través de la Organización Comunitaria.

g) Persigue la eficiencia y la efectividad, mediante un sistema de información, desempeño, seguimiento, supervisión y evaluación, basado en metas para los diferentes niveles del Programa, que busca la medición de impacto, la adecuada gestión de los procesos, las ganancias en salud, las mejora de la calidad de vida y las acciones de mejora continua.

h) Establece alianzas estratégicas con otras instituciones de salud y de asistencia social, los 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, la igualdad de género y la no discriminación, con Enfoque Intercultural en Salud.

Los servicios y medicamentos que otorga el Programa en primer y segundo nivel de atención tendrán como referencia la nomenclatura, descripción, medicamentos asociados y clasificación diagnóstica (**CIE-11**).

La Unidad del Programa aprobará anualmente el listado de medicamentos y material de curación que se aplicará en los establecimientos médicos del Programa, considerando los niveles y modalidades de atención; así también, los criterios de efectividad, seguridad y costo.

Para el caso de vacunas y otros productos biológicos, se atenderán las recomendaciones de inclusión y uso establecidas por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y su adquisición se realizará ajustándose a la descripción establecida en los Cuadros Básicos del IMSS y, en su caso, del Sector Salud.

3.5. Calidad de la atención y derechos de los beneficiarios

3.5.1. Calidad de la atención

En los establecimientos médicos del Programa, además del respeto y la promoción de los derechos de los pacientes, se cuenta con un sistema de calidad integral que garantiza un trato digno, atención basada en la evidencia científica, protección a la seguridad de los pacientes y escucha a los usuarios y sus familias. Dicho sistema se articula a través del Coordinador 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 de salud en los establecimientos médicos de IMSS-BIENESTAR estará basada en las Guías de Práctica Clínica del Catálogo Maestro del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de la SSA.

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

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

Los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en los establecimientos médicos del Programa se ajustarán a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Los establecimientos médicos velarán por la calidad de los expedientes, aplicarán 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 esta materia y 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. Igualmente, se establecerán un Centro Institucional Coordinador de Farmacovigilancia y Unidades de Farmacovigilancia Hospitalaria, donde se registrarán y notificarán las reacciones adversas a medicamentos y, adicionalmente, se realizarán acciones para el uso adecuado de antibióticos, contribuyendo a la disminución de la resistencia antimicrobiana, como lo ordena la normatividad vigente.

3.5.2. Derechos de los beneficiarios

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

- Recibir atención médica gratuita, en condiciones de igualdad y no discriminación.
- Recibir un trato digno y respetuoso.
- Recibir información sobre su proceso de atención.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- Ser tratados con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un Expediente Clínico.
- Ser atendidos cuando se inconformen con los servicios recibidos.

Para hacer efectivos estos derechos, en los establecimientos médicos del Programa se contará con un sistema de atención a quejas, sugerencias y felicitaciones, que contemple el análisis regular de las mismas por parte del COCASEP y la participación del Aval Ciudadano, así como su atención por las distintas áreas en el ámbito de sus responsabilidades y competencias.

3.6 Instancias normativas y participantes

La operación del Programa es regulada por la legislación federal aplicable, las presentes Reglas de Operación, las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con el Catálogo de Servicios y los Procedimientos del Programa, los boletines de instrucción emitidos por la Unidad del Programa y los documentos normativos del IMSS que resulten aplicables.

3.6.1 Instancias normativas

Corresponde a la Unidad del Programa la definición de los aspectos que norman 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;

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

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

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

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

VI. Organizar el Componente de Atención a la Salud del Programa, de acuerdo con el Programa Sectorial de Salud vigente;

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

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

IX. Aprobar y resolver sobre las becas y los reconocimientos a la calidad en el desempeño de los establecimientos médicos del Programa;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIX. Acordar conjuntamente con las Direcciones Normativas 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, fracción I, de la Ley del Seguro Social;

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

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

3.6.2 Instancias participantes

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

Cuadro 3. Niveles de Conducción del Programa

Nivel de conducción del Programa	Ámbito	Funciones esenciales
Unidad Central	Nacional	✓ Planeación y metas.

Oficina de la Unidad y Coordinaciones		✓ Definición de estrategias y proyectos. ✓ Asignación de recursos. ✓ Apoyo y sistema de información. ✓ Seguimiento, evaluación-asesoría e inspección. ✓ Concertación y alianzas.
Delegado Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas Delegacional	Delegacional	✓ Responsable de la administración del Programa en su Delegación.
Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas Delegacional	Delegacional	✓ Responsable de coordinar la operación del Programa con el apoyo del Supervisor Médico Delegacional del Programa o en su caso, con el (los) Supervisor(es) Médico(s) Regional(es).
Supervisor Médico Delegacional del Programa	Delegacional	✓ Coordina e integra la gestión de los diferentes componentes del Programa, para capacitación, seguimiento, supervisión y evaluación en el ámbito delegacional. ✓ Se apoya en el resto de los integrantes del EGAS y en el o los EMS.
Supervisor Médico Regional	Delegacional y/o Regional	✓ Coordina e integra la gestión y operación de los diferentes componentes del Programa para capacitación, seguimiento, supervisión y evaluación en el ámbito regional. ✓ Se apoya en el resto de los integrantes del EMS.
Director de HR	Hospital y zona de servicios médicos	✓ Responsable de la gestión, administración, operación, información y resultados en salud del Hospital a su cargo. ✓ Se apoya en los integrantes del Cuerpo de Gobierno del Hospital, el cual preside. ✓ Responsable de la administración y operación del Albergue Comunitario vinculado al Hospital. ✓ Para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, se apoya en el Coordinador de Educación y Calidad, así como en el Coordinador de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva.
Supervisor Médico Zonal	Zona de supervisión	✓ Responsable de la gestión, administración, operación de los diferentes componentes del Programa, así como de la supervisión, información y resultados en salud de las UMR, CARO, BS y UMM, en su ámbito de responsabilidad. ✓ Se apoya en un ESAZUMR. ✓ Supervisa y asesora, planea, ejecuta, da seguimiento y ejerce control en la zona de supervisión a su cargo. ✓ Responsable de la prestación de servicios y resultados en salud de las UMR, CARO, BS y UMM. ✓ El Equipo de Supervisión Asesoría Zonal dependiendo del ámbito de responsabilidad que le sea asignado, será también responsable de UMM o BS, si así se requiere.

3.6.2.1. Instancias que operan el componente comunitario

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

3.6.2.2. Organización Comunitaria

Para llevar a cabo las acciones del componente comunitario, el Programa se apoya en una Organización Comunitaria, integrada por:

El Comité de Salud (CS). Es un conjunto de personas de la comunidad interesadas en la salud individual y colectiva, electas en asamblea comunal, que aceptan voluntariamente el cargo. Se conforma por un Presidente y Vocales, cuyos integrantes pueden variar, dependiendo de las necesidades y disposición de la misma asamblea, entre los que se encuentran el de salud, saneamiento, nutrición, educación y aval ciudadano. Su principal colaboración voluntaria con IMSS-BIENESTAR es llevar a cabo actividades de promoción de la salud, en coordinación con los demás integrantes la organización comunitaria; así también, fungir como gestor de apoyos para el mejoramiento de las condiciones de vida de su comunidad.

Los Voluntarios Rurales de Salud (VRS). 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 y realizan acciones de mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental en conjunto con los grupos voluntarios en sus localidades; atienden problemas de baja complejidad y entregan información al equipo de salud sobre la situación epidemiológica de su comunidad.

Los Voluntarios (V). Son personas de la comunidad, electas en asamblea comunal, que aceptan voluntariamente su participación en la Organización Comunitaria del Programa para promover, difundir y apoyar los componentes de atención a la salud y comunitario del Programa, asesorando entre 10 y 15 familias de la comunidad, además de la propia. Reciben orientación y asesoría por parte del personal institucional de acción comunitaria y los equipos de salud.

Las acciones que realizan son de mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental; realizan las acciones del Modelo de Comunicación Educativa, mediante talleres comunitarios de educación para la salud; participan en conjunto con los voluntarios rurales de salud para apoyar en la vigilancia epidemiológica simplificada y la promoción de la salud.

Las Parteras Voluntarias Rurales. Son personas que reúnen condiciones de liderazgo en su comunidad, así como conocimientos, experiencia y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio, que voluntariamente aceptan formar parte de la Organización Comunitaria del Programa. 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, contribuyendo a la mejora de la calidad de los servicios prestados.

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

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

Los VRS y Parteras Voluntarias Rurales únicamente recibirán por su participación comunitaria un apoyo económico para costear el traslado a sus unidades médicas. Los V 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 de Acciones Comunitarias en Salud, que reconocerá el compromiso y la dedicación altruista y solidaria de los integrantes de la Organización Comunitaria del Programa.

3.7 Coordinación Interinstitucional

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

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

Para el logro de sus objetivos, el Programa podrá formalizar acuerdos con organizaciones internacionales, sociedades científicas, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil para la asesoría, formación y evaluación de sus componentes; en ningún caso, duplicarán las acciones de otros Programas del Gobierno Federal.

4. Operación

4.1. Proceso

La operación del Programa se realiza acorde con el MAIS, a través de los dos componentes del Programa y en seguimiento a las estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud 2019-2024.

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

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

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

El componente comunitario es operado por el personal de acción comunitaria y la Organización Comunitaria, a través de diferentes herramientas didácticas, talleres comunitarios para el autocuidado de la salud y otras técnicas de participación; apoya al componente de atención a la salud, favoreciendo el autocuidado, la vigilancia epidemiológica simplificada y el compromiso de la comunidad y sus autoridades por la mejora de las condiciones de salubridad general y ambientales. Los Albergues Comunitarios brindan alimentación, hospedaje y orientación en salud a pacientes, acompañantes y familiares; son administrados y operan bajo la responsabilidad del Director del HR.

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

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

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

La contraloría social se articula en torno a la figura del Aval Ciudadano, quien escucha las opiniones de los usuarios y sus familias, formula propuestas y da seguimiento a las mismas como parte de la representación

ciudadana. Este proceso permite retroalimentar a los establecimientos de salud, mediante las Cartas Compromiso y Planes de Mejora, y adecuar los servicios a las necesidades expresadas por los usuarios.

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

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

4.2. Ejecución

4.2.1. Gestión presupuestaria y Avances Financieros

Anualmente, la Unidad del Programa elabora el anteproyecto de presupuesto, el cual toma en consideración la alineación de los objetivos del PND, el SED y la MIR, a fin de que se ejecuten las acciones y los procesos operativos pertinentes, para que el proceso presupuestario se oriente al logro de resultados de manera integral.

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

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

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

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

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

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

Los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento del Ramo 19, así como aquellos derivados de la suscripción de convenios para el cumplimiento de los objetivos del Programa, podrán ser administrados en una sola cuenta bancaria concentradora, conforme a las disposiciones oficiales del IMSS.

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

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

a. Entregar información sobre la situación epidemiológica de su comunidad.

b. Abastecerse de medicamentos e insumos.

c. Recibir asesoría y orientación continua.

d. Acompañar a personas a la unidad médica cuando sea necesario.

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

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

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

Los costos derivados de la atención a la población afiliada al IMSS serán cubiertos por el propio Instituto con base en los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para la determinación de créditos fiscales derivados de capitales constitutivos, inscripciones improcedentes y atención a no derechohabientes, aprobados mediante Acuerdo del HCT y publicados en el DOF, para lo cual se efectuarán en las Delegaciones 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 objetivo. Dicho listado de costos deberá realizarse en el primer trimestre del año.

Asimismo, mediante el Acuerdo 126/2006, el H. Consejo Técnico del IMSS autorizó que los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del régimen obligatorio del Instituto otorgaran 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 médicas, 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 081/2019, del H. Consejo Técnico del Instituto, para que otorguen atención médica que requiera de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales les otorgue la atención médica que requieran; así como las urgencias médico quirúrgicas derivadas de las complicaciones del recién nacido durante la atención del parto y/o puerperio, que pongan en riesgo la vida de los neonatos identificados como beneficiarios del Programa, o bien, sean referidos por sus establecimientos médicos.

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

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

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. Ello encaminado al logro de los objetivos en materia de salud de las dependencias involucradas. Por lo que el programa no se contrapone, afecta ni presenta duplicidades con otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a su diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo.

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

De igual forma, podrán registrarse como otros ingresos aquellos que provengan del pago de recuperaciones por bienes siniestrados asegurados por el Programa.

La Unidad del Programa observará lo dispuesto en la LFPRH, el RLFPRH, el PEF 2020, el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la APF, y los Lineamientos para la aplicación y seguimiento de dichas medidas, estos dos últimos ordenamientos, publicados en el DOF el 10 de diciembre de 2012 y el 30 de enero de 2013, respectivamente, así como a las disposiciones aplicables respecto a la transferencia en la aplicación de los recursos y en materia de rendición de cuentas ante la SHCP, o bien, a solicitud de las diversas dependencias del Gobierno Federal.

En lo referente a las medidas de ahorro, austeridad y/o disciplina presupuestal, el Programa deberá cumplir con 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, integrará el Estado de Cuenta al Gobierno Federal, el cual incorporará los recursos para la operación del Programa, así como los resultados obtenidos en los estados financieros presupuestales.

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

4.2.3 Recursos no devengados

En cumplimiento a lo dispuesto por 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 reintegrarán a la Tesorería de la Federación de manera íntegra y puntual.

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

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

5.1. Supervisión-evaluación-asesoría

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

Las acciones de seguimiento y supervisión-evaluación-asesoría que, en su caso, desarrolle 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 electrónicos, video conferencias, solicitudes de información y, en su caso, visitas, para brindar asesoría, comprobar, instruir y apoyar el desarrollo y ejecución de las diferentes líneas de acción, así como valorar su grado de avance y el cumplimiento de los objetivos de estas ROP, los indicadores y las metas establecidas internamente.

Plan de supervisión-evaluación-asesoría del Nivel Central del Programa, el cual se realizará con apoyo de instrumentos diseñados para tal fin, de manera multidisciplinaria e integral, conformándose Equipos de Seguimiento-Evaluación-Asesoría de Nivel Central, e incluirá los diferentes componentes del Programa y los aspectos administrativo-financieros. Se establecerá un Programa Anual, elaborado de acuerdo con el desempeño y prioridades de las Delegaciones y, al término del ejercicio de cada seguimiento-evaluación-asesoría, se presentarán resultados y se formularán compromisos, recomendaciones o sugerencias. El Delegado coordinará, con el apoyo de las diferentes Jefaturas de Servicios Delegacionales, según sea el caso, la implementación de las acciones de mejora que permitan alcanzar los objetivos planteados. La periodicidad de las visitas de seguimiento dependerá de la problemática identificada.

Plan de supervisión del Nivel Operativo del Programa, en relación con el cual los integrantes de los EGAS, EMS, Cuerpos de Gobierno y ESAZUMR realizarán visitas de supervisión-asesoría integral, de manera multidisciplinaria, a los establecimientos médicos de primer y segundo nivel de atención a su cargo, incluyendo los diferentes componentes del Programa y los aspectos técnico médico administrativos. Este tipo de supervisión se realizará mediante las cédulas de supervisión de evaluación de calidad de la atención médica, con la periodicidad que para tal fin determine la Unidad del Programa. Se elaborarán compromisos específicos utilizando los formatos emitidos por la Unidad del Programa, así como minutas de trabajo con registro en las bitácoras de cada unidad médica.

5.2 Inspección

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

5.3. Auditoría

Considerando que los recursos del Programa son de carácter federal, su ejercicio está sujeto a las disposiciones federales aplicables y podrá ser revisado en todo momento por la SFP, la SHCP, la Auditoría Superior de la Federación, el Órgano Interno de Control en el IMSS (OIC) y/o los auditores independientes contratados para tal efecto y, en su caso, el Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del IMSS en las Delegaciones 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 RIIMS, 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 las Delegaciones 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 las Delegaciones, las mismas serán atendidas directamente por los servidores públicos adscritos a la Delegación, debiendo hacerlo del conocimiento de la Unidad del Programa.

6. Evaluación

Con el fin de analizar la operación, avances e impacto del Programa y contribuir 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 y se realizará en apego al Sistema de Evaluación del Desempeño, mediante el monitoreo y valoración sistemática de los componentes e indicadores de IMSS-BIENESTAR, incluidos en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASHCP).

6.1. Evaluación interna

La Unidad del Programa dará seguimiento a los indicadores de estas ROP y metas internas por líneas de acción y realizará el monitoreo de los mismos a través de un tablero de control semaforizado. Dichos resultados serán remitidos a los diferentes niveles de conducción del Programa y deberán acompañarse de acciones de mejora, así como de la socialización de las acciones exitosas entre las Delegaciones.

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 las áreas de oportunidad en la operación del Programa, lo que permite mejorar los procesos de planeación y la 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 ser 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. A la evaluación externa seguirán 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 2020
Fin	1	1. Tasa de mortalidad infantil.
Propósito	5	2. Razón de mortalidad materna. 3. Tasa de mortalidad neonatal. 4. Tasa de hospitalización por diabetes no controlada. 5. Porcentaje de población atendida respecto a la población objetivo. 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares.
Componente de Salud Pública	4	7. Porcentaje de menores de un año que cuentan con esquema completo de vacunación. 8. Porcentaje de personas con diagnóstico reciente de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento. 9. Porcentaje de personas con diagnóstico reciente de diabetes mellitus que ingresan a tratamiento. 10. Porcentaje de casos de diarrea aguda que son monitoreados para la búsqueda de Vibrio Cholerae.
Componente de Atención a la Salud	2	11. Porcentaje de pacientes mayores de 20 años con diabetes mellitus tipo 2 en control con hemoglobina glucosilada. 12. Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas.
Componente Comunitario	1	13. Porcentaje de familias que aplican acciones de saneamiento básico.
Componente de contraloría social y ciudadana en salud	1	14. Porcentaje de atención a quejas de los beneficiarios del Programa.
Actividades de Salud Pública	5	15. Porcentaje de seguimiento a personas con presión arterial de detección anormal. 16. Porcentaje de seguimiento a personas con glucemia de detección anormal. 17. Porcentaje de detección de diabetes mellitus. 18. Porcentaje de detección de hipertensión. 19. Porcentaje de detección de violencia familiar y de género en contra de mujeres de 15 años y más.
Actividades de Atención a la Salud	1	20. Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.
Actividades de Acción Comunitaria	2	21. Porcentaje de personas asesoradas y derivadas a la unidad médica por Voluntarios de Salud y Voluntarios Rurales, en relación con el número de personas identificadas. 22. Porcentaje de personas derivadas por Parteras Voluntarias Rurales para atención y consulta.
TOTAL	**22**	

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, 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

8.1 Difusión

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 las Delegaciones, 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 pública las obligaciones del artículo 70 de esta 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 deberán 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".*

8.2 Contraloría social

Su objetivo consiste en establecer un canal de comunicación entre los servidores públicos del Programa y sus beneficiarios que contribuya a una cultura de transparencia y rendición de cuentas.

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

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

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

En el Sistema Nacional de Salud y, en consecuencia, en el Programa, como prestador de servicios de salud, el Aval Ciudadano se constituye como un Comité de Contraloría Social en los establecimientos médicos de éste, con el propósito de mejorar la calidad de la atención que se otorga a los usuarios. Los Avales Ciudadanos son consultados en relación con el impacto, trato, información, principales quejas y condiciones bajo los que se prestan los servicios en las unidades médicas del Programa y realizarán las siguientes actividades en los establecimientos de salud:

a) Encuestar a los usuarios de los establecimientos médicos del Programa y a los profesionales de la salud, para conocer la opinión de los primeros en relación con la calidad de la atención recibida. Su misión es escuchar a los pacientes y sus familias.

b) Formular propuestas de mejora y proponer compromisos a los responsables de la unidad médica y su personal para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud, a través de la Carta Compromiso, así como dar seguimiento a tales compromisos.

c) Solicitar y recibir información sobre los proyectos de calidad y seguridad de los pacientes que se desarrollan en la unidad médica, en beneficio de los pacientes y sus familias.

d) Participar en el COCASEP cuando se incluyan en el orden del día aspectos que afecten la participación ciudadana en salud y/o las principales quejas y sugerencias que se hayan formulado por los usuarios.

e) Asistir con el personal de salud de los establecimientos médicos del Programa a la apertura del Buzón de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones.

f) Orientar a los usuarios, sus familias y acompañantes sobre los medios y procedimientos para comunicar quejas, sugerencias o felicitaciones, así como promover los derechos de los pacientes.

g) Ser informado sobre las acciones de mejora adoptadas por los establecimientos médicos en los que participan, relacionados con la infraestructura, equipamiento y resultados en salud y, en su caso, sobre el financiamiento asignado a las acciones de mejora.

h) Como Comités de Contraloría Social, llevarán a cabo las actividades previstas en la Guía Operativa de Contraloría Social.

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

El Programa desarrollará las asesorías y orientaciones necesarias de los Avales Ciudadanos en todo lo concerniente a la contraloría social.

9. 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 y denuncias podrán formularse por escrito, personalmente o en los buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones instalados en los establecimientos médicos del Programa o en la oficina administrativa delegacional y de nivel central y serán atendidas por las áreas y niveles de conducción implicadas, en el ámbito de sus responsabilidades y competencias. Deberá darse respuesta al o los interesados con la resolución de las mismas.

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

Registro y actualización del Padrón de Población Adscrita

IMSS BIENESTAR

Movimiento reportado:_____ Movimiento realizado:_____

Unidad _____ CLUES |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fecha:_____

Datos de la persona para adscribir

Datos generales

Nombre (s) | Primer apellido | Segundo apellido | ◯ Hombre ◯ Mujer

CURP | dd/mm/aaaa Fecha de nacimiento | Clave | Estado de nacimiento

Datos de afiliación

Si No

◯ ◯ Folio BIENESTAR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|–|_|

◯ ◯ IMSS Régimen Obligatorio: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|–|_|

◯ ◯ ISSSTE: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

◯ ◯ Otro: ◯ ISSFAM ◯ PEMEX ◯ Estatal

Datos demográficos

◯ ◯ ¿Es usted el jefe de su familia?

◯ ◯ ¿Se considera indígena?

◯ ◯ ¿Habla lengua indígena? ¿Cual? |_____|

◯ ◯ ¿Es migrante?

◯ ◯ ¿Sabe leer y escribir?

◯ ◯ ¿Habla español?

◯ ◯ ¿Es jornalero agrícola?

Escolaridad terminada: ◯ Sin Escolaridad ◯ Preescolar ◯ Primaria ◯ Secundaria ◯ Media Superior ◯ Licenciatura

Estado civil: ◯ Soltero(a) ◯ Casado(a) ◯ Separado(a) ◯ Divorciado(a) ◯ Viudo(a) ◯ Unión libre

Datos dirección

Vialidad: |_|_| Tipo | Nombre | No. Int | No. Ext | Asentamiento: |_|_| Tipo | Nombre

Estado: |_|_| Clave | Nombre | Municipio: |_|_|_| Clave | Nombre

Localidad: |_|_|_|_| Clave | Nombre | C.P: |_|_|_|_|_|

Los datos personales recabados en el Padrón de Beneficiarios del Programa IMSS-BIENESTAR son confidenciales y están protegidos en términos de lo dispuesto por el segundo párrafo del artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, en concordancia con las Reglas de Operación vigentes del Programa. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en este programa.

0710-009-001

Ciudad de México, a 8 de enero de 2020.- El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, **Zoé Alejandro Robledo Aburto**.- Rúbrica.