



GOBIERNO DE
MÉXICO



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Plan de implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)



2023
AÑO DE
Francisco
VILLA

EL REVOLUCIONARIO DEL PUEBLO

Realizó:

Dr. Rosbel Toledo Ortiz

Titular de la

Coordinación de Educación e Investigación

Validó:

Dr. Gabriel Padrón Segura

Titular de la

Coordinación de Supervisión de la Unidad de Atención

Autorizó:

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto

Titular de la

Unidad de Atención a la Salud



CONTENIDO

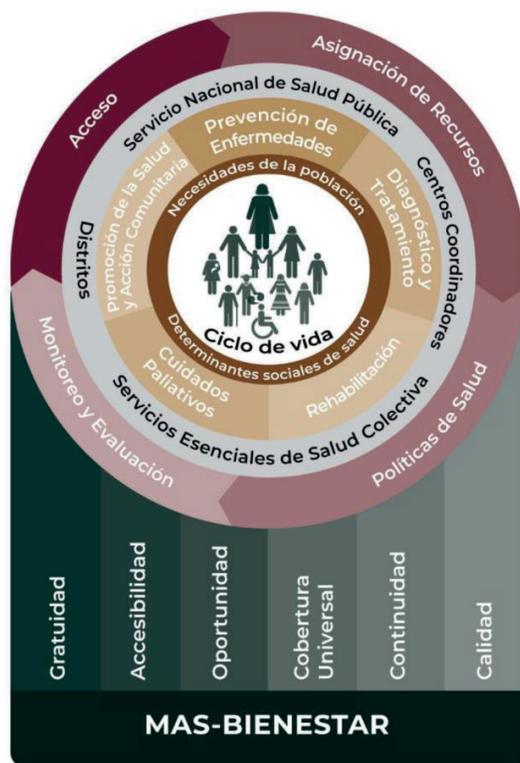
| | | |
|------------|--|--------------------------------------|
| 1 | Antecedentes | 1 |
| 1.1 | Principios del MAS-BIENESTAR basado en Atención Primaria de Salud | 1 |
| 1.2 | Objetivos | 4 |
| 1.3 | Fases y acciones de implementación | 4 |
| 1.3.1 | Antecedentes de la implementación..... | 5 |
| 1.3.2 | Fase 1: De planeación y arranque..... | 5 |
| 1.3.3 | Fase 2: Continuidad y operación | 6 |
| 1.3.4 | Fase 3: Consolidación y Evaluación..... | 6 |
| 2 | Componentes de las fases de planeación-arranque y de operación y continuidad de la implementación | 6 |
| 2.1 | Componente 1: Coordinación normativa y de conducción (CCIM/CEIM). | 7 |
| 2.1.1 | Introducción | 7 |
| 2.1.2 | Comité Central de Implementación del MAS-BIENESTAR (CCIM) | 7 |
| 2.1.3 | Equipo Directivo de Gestión (EDG)..... | 8 |
| 2.1.4 | Equipos Asesores de Implementación (EAI)..... | 9 |
| 2.1.5 | Comité Estatal de Implementación del MAS-BIENESTAR (CEIM)..... | 10 |
| 2.1.6 | Equipos Regionales de Implementación. | 11 |
| 2.1.7 | Equipos Regionales de Supervisión (ERS)..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2.1.8 | Equipo Zonal de Supervisión (EZS)..... | 12 |
| 2.1.9 | Equipos Coordinadores y Equipos Implementadores. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2.2 | Componente 2: Posicionamiento estructura estatal y de conducción | 18 |
| 2.2.1 | Introducción..... | 18 |
| 2.2.2 | Retos. | 18 |
| 2.2.3 | Requerimientos clave. | 18 |
| 2.2.4 | Pasos para la Implementación. | 19 |
| 2.2.5 | Factores clave. | 19 |
| 2.2.6 | Indicadores de Progresión. | 19 |
| 2.3 | Componente 3: Finanzas y Programación y presupuesto | 20 |
| 2.3.1 | Introducción..... | 20 |
| 2.3.2 | Retos. | 20 |
| 2.3.3 | Requerimientos clave. | 20 |
| 2.3.4 | Pasos para implementación. | 21 |
| 2.3.5 | Requerimientos clave. | 21 |
| 2.3.6 | Factores clave. | 22 |
| 2.3.7 | Indicadores de progresión..... | 22 |
| 2.4 | Componente 4a: Infraestructura, conservación y mantenimiento | 23 |
| 2.4.1 | Introducción..... | 23 |
| 2.4.2 | Retos. | 23 |
| 2.4.3 | Requerimientos clave..... | 23 |
| 2.4.4 | Pasos de implementación..... | 24 |
| 2.4.5 | Indicadores de progresión..... | 24 |
| 2.5 | Componente 4b: Servicios Generales, conservación y mantenimiento | 25 |
| 2.5.1 | Introducción..... | 25 |
| 2.5.2 | Retos. | 26 |
| 2.5.3 | Requerimientos clave..... | 26 |
| 2.5.4 | Pasos de implementación..... | 26 |
| 2.5.5 | Indicadores de progresión..... | 27 |
| 2.6 | Componente 5: Recursos humanos para la salud | 27 |
| 2.6.1 | Introducción | 27 |
| 2.6.2 | Retos | 27 |
| 2.6.3 | Requerimientos clave..... | 28 |
| 2.6.4 | Factores clave | 29 |
| 2.6.5 | Pasos para la implementación | 30 |
| 2.6.6 | Indicadores de progresión..... | 31 |
| 2.7 | Componente 6: Medicamentos e insumos para la salud. | 31 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 2.7.1 | Introducción..... | 31 |
| 2.7.2 | Requerimientos clave..... | 32 |
| 2.7.3 | Requerimientos para la implementación | 32 |
| 2.7.4 | Factores clave..... | 32 |
| 2.7.5 | Indicadores de progresión..... | 32 |
| 2.8 | Componente 7: Equipamiento y/o mantenimiento de equipo y mobiliario médico (con componentes electrónicos)..... | 32 |
| 2.8.1 | Introducción..... | 32 |
| 2.8.2 | Requerimientos clave..... | 33 |
| 2.8.3 | Factores clave..... | 34 |
| 2.8.4 | Indicadores de progresión..... | 34 |
| 2.9 | Componente 8: Organización, operación de procesos de los modelos de provisión de servicios..... | 34 |
| 2.9.1 | Introducción..... | 34 |
| 2.9.2 | Requerimientos clave..... | 35 |
| 2.9.3 | Factores clave..... | 35 |
| 2.9.4 | Pasos para la implementación de los Modelos de Provisión a ser considerados en las Guías específicas de implementación por Niveles de Atención, Conducción y Acción comunitaria..... | 35 |
| 2.10 | Componente 9: Organización y operación de los procesos de Acción Comunitaria..... | 37 |
| 2.10.1 | Introducción..... | 37 |
| 2.10.2 | Requerimientos clave..... | 38 |
| 2.10.3 | Factores clave..... | 38 |
| 2.10.4 | Pasos para la implementación de Acción Comunitaria, considerando guías específicas de implementación de acuerdo con el componente comunitario..... | 39 |
| 2.10.5 | Indicadores de progresión..... | 39 |
| 2.11 | Componente 10: Capacitación, implementación de procedimientos y procesos clínicos, administrativos, formativos y de gestión..... | 41 |
| 2.11.1 | Introducción..... | 41 |
| 2.12 | Componente 11: Desarrollo de sistemas y tablero de control | 42 |
| 2.12.1 | Introducción | 42 |
| 2.12.2 | Retos | 42 |
| 2.12.3 | Requerimientos clave..... | 42 |
| 2.12.4 | Pasos para la implementación | 43 |
| 2.12.5 | Factores clave | 43 |
| 2.12.6 | Indicadores de progresión..... | 43 |
| 3 | Evaluación de la implementación..... | 43 |

1 Antecedentes

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS BIENESTAR) tiene por objeto brindar a las personas sin seguridad social atención médica integral, medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad y gratuidad, en condiciones que permitan el acceso de la población de manera progresiva, efectiva, oportuna y de calidad, basado en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).

Figura 1: Representación gráfica del MAS-BIENESTAR



1.1 Principios del MAS-BIENESTAR basado en Atención Primaria de Salud

El MAS-BIENESTAR recupera los componentes de la Atención Primaria de Salud (APS) a fin de replantear el modelo de provisión de servicios para la población sin seguridad social en las entidades federativas que celebren convenios de coordinación con IMSS-BIENESTAR. La APS es una estrategia integral de “organización y operación del Sistema de Salud como un todo”, se encamina a promover la salud, prevenir enfermedades e intervenciones basadas en la población, ampliando así los límites de una concepción de los sistemas de salud limitada a la provisión de servicios de atención personal.¹

El MAS-BIENESTAR contempla dos componentes principales; el primero de atención colectiva, cuyo desarrollo y seguimiento estará a cargo de las secretarías de salud de las entidades federativas y la Secretaría de Salud Federal como rectora del Sistema Nacional de Salud; el Servicio Nacional de Salud Pública vinculará y coordinará a los proveedores de servicios de salud del sector público. El segundo componente de atención médica es responsabilidad de IMSS-BIENESTAR².

¹ Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. OPS 2020.

² Diario oficial de la federación. 25 de octubre de 2022. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022

Figura 2: Componente de atención colectiva del MAS BIENESTAR



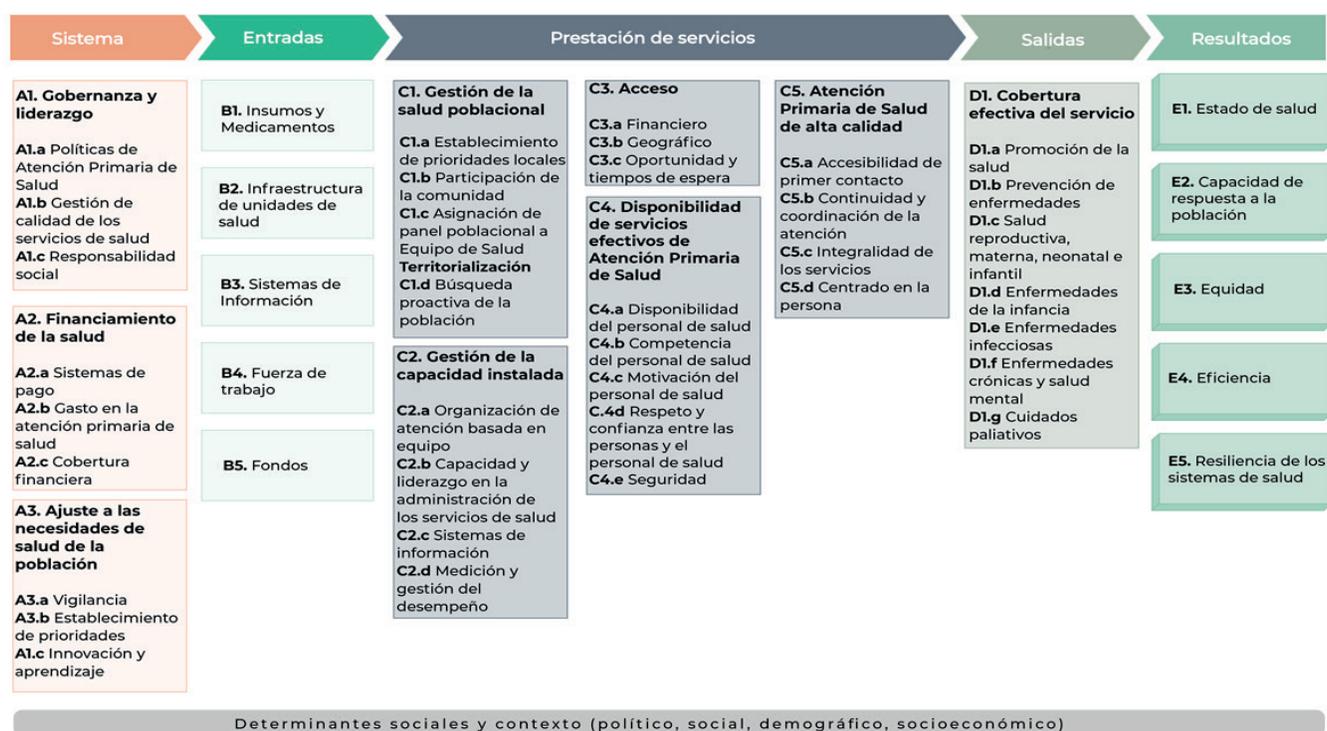
El componente de atención médica comprende 8 elementos:

Figura 3: Componente de atención médica del MAS BIENESTAR



El marco conceptual de la APS contempla los determinantes del sistema, entradas, procesos (Prestación de servicios), salidas y resultados.

Figura 4. Marco conceptual de la APS (PHCPI)³



Los primeros componentes se relacionan con políticas, gobernanza y capacidad institucional, mientras que los siguientes se enfocan en el funcionamiento y desempeño de los servicios. Se espera que estos últimos generen resultados que influyan en la cobertura efectiva de servicios, repercutiendo así en la salud de la población. En este sentido los aspectos cruciales para el proceso de implementación y consolidación, surgidos de la estructura normativa son los siguientes:

- I. **Monitoreo de la capacidad institucional:** a) Financiamiento y asignación de recursos, b) Sistemas de compra y pago, c) Infraestructura física, d) Personal de salud, e) Medicamentos e insumos, f) Sistemas de información en salud, g) Tecnologías digitales para la salud, h) Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) i) Integración y funcionamiento de la estructura normativa y de conducción, j) Estructuras de participación comunitaria y otros participantes multisectoriales, k) Ajuste de los servicios a las necesidades de la población, y l) Investigación orientada a APS.
- II. **Monitoreo del desempeño y funcionamiento de los servicios:** a) Modelos de atención por nivel de atención y procesos sustantivos, b) Diseño y cumplimiento resolutivo de cartera de servicios, c) Organización y gestión de las unidades, d) Vínculos y participación comunitaria, e) Sistemas de gestión de calidad, f) Unidades y servicios resilientes, g) Accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad de los servicios, h) Disponibilidad y preparación del servicio, e i) Funciones básicas de la atención (centrado en la persona, continuidad, coordinación, integralidad, efectividad, eficacia, seguridad, eficiencia, oportunidad).
- III. **Monitoreo de los resultados e impacto en salud.** Posterior al proceso de implementación, es importante medir el impacto en salud, que muestran un verdadero efecto en la reducción de carga de la enfermedad, y mejoría en el nivel de salud de la población.

³ Marco Conceptual de la Atención Primaria de Salud. Primary Healthcare Performance Initiative. <https://www.improvingphc.org/phcpi-conceptual-framework>

Los indicadores que deben considerarse incluyen: a) Esperanza de vida, b) Esperanza de vida al nacer, c) Tasa de fecundidad por grupo etario, d) Carga de la enfermedad (AVD, APP, QALY), e) Carga de la enfermedad, f) Incidencia de Enfermedades crónicas, g) Años de vida perdidos por discapacidad por enfermedades crónicas, h) Tasa de mortalidad materna, i) Tasa de mortalidad neonatal, j) Tasa de mortalidad en menores de 5 años, k) Tasa de mortalidad asociada a contaminación ambiental, agua, saneamiento e higiene, por suicidio, tránsito, cáncer, l) Incidencia de tuberculosis, malaria, hepatitis B, dengue, y m) Estado nutricional infantil, etc.

1.2 Objetivos

Objetivo General

Establecer y desarrollar la estrategia de implementación operativa de los ejes de intervención, acciones, elementos y principios del MAS-BIENESTAR, para la prestación de servicios de atención médica en las unidades de salud y hospitales transferidos a IMSS-BIENESTAR.

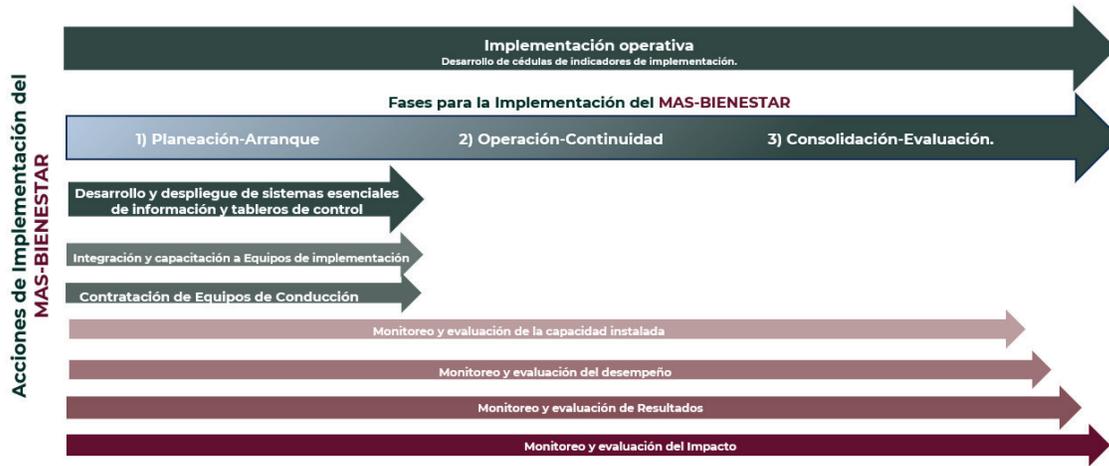
Objetivos específicos

- Armonizar e integrar las funciones y atribuciones de las Unidades administrativas de la institución para una implementación sincrónica y efectiva.
- Estandarizar el proceso de implementación del MAS-BIENESTAR en las unidades de salud, hospitales y niveles de conducción de acuerdo con los criterios y fases establecidas en el presente plan.
- Establecer y fortalecer los procesos y procedimientos de la prestación de servicios de atención a la salud en los diferentes niveles de conducción, unidades de salud de primer nivel, así como hospitales de segundo y tercer nivel, para brindar atención con calidad y seguridad a la población objetivo de IMSS-BIENESTAR.
- Reorientar y fortalecer los servicios en las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, así como atención médica tanto al interior de las unidades de salud y hospitales, como en la comunidad, en colaboración con acción comunitaria y las instancias de la Secretaría de Salud Estatal correspondientes.
- Fungir como base para el desarrollo de las guías específicas de implementación por nivel de atención y conducción.

1.3 Fases y acciones de implementación

La consolidación del MAS-BIENESTAR será un proceso progresivo, por lo que se estima que su implementación se lleve a cabo durante un periodo de 18 a 24 meses, dividido en 3 fases: 1) Planeación-arranque, 2) Operación-continuidad y 3) Consolidación-evaluación. Para garantizar la adecuada implementación, se debe contar con los recursos humanos, normativos, materiales, financieros, comunitarios y jurídicos necesarios.

Figura 5: Proceso y fases para la implementación del MAS-BIENESTAR.



El proceso de federalización de los servicios de salud de las entidades federativas adheridas inició en marzo de 2022, con la transferencia de los establecimientos de salud por etapas de acuerdo a la siguiente figura:

Figura 6: Entidades federativas en proceso de transferencia de los Servicios de Salud Estatales al IMSS BIENESTAR 2022-2023



1.3.1 Antecedentes de la implementación

Se inició el proceso de implementación del MAS-BIENESTAR en los estados de Nayarit, Colima, y Tlaxcala a partir del 2022, con el valioso apoyo del Programa IMSS Bienestar (PIB); se estructuraron Equipos Multidisciplinarios conformados por personal de nivel central, personal directivo y operativo de distintos Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

1.3.2 Fase 1: De planeación y arranque

El propósito de esta fase es establecer el inicio de las acciones esenciales básicas para la implementación del MAS-BIENESTAR, como son: Integración y capacitación de la estructura estatal, equipos regionales, zonales de supervisión y cuerpos de gobierno, que serán el brazo operativo para la ejecución, supervisión y seguimiento de las acciones para la prestación de servicios de salud en las unidades de primer nivel y hospitales, así como el fortalecimiento y/o adecuación de la infraestructura, equipamiento, personal de salud, abasto de medicamentos y otros insumos para la salud.

El tiempo estimado en el que se debe desarrollar esta fase por cada Zona de Servicios Médicos (ZSM) es de 2 a 3 meses.

1.3.3 Fase 2: Continuidad y operación

Después de la fase de planeación y arranque, el desempeño y continuidad de los servicios será supervisado a través de los Equipos Regionales de Supervisión básicos y ampliados, Cuerpos de Gobierno (CG) y Equipos Zonales de Supervisión (EZS).

Los Equipos asesores de implementación (EAI) (descritos en este documento) espaciarán su participación y supervisarán el adecuado desempeño de los Equipos de conducción como estructura normativa correspondiente, pudiendo reintervenir en caso de falta de estandarización y consolidación de los procesos y reportes. El tiempo estimado en el que se debe mantener esta fase por cada Zona de Servicios Médicos (ZSM) esta fase se extiende 12 meses desde el inicio del proceso.

1.3.4 Fase 3: Consolidación y Evaluación

Esta fase considera que los servicios han adoptado el modelo de atención y operan de acuerdo al mismo. Esto se evaluará con los indicadores propuestos. Esta fase concluye 24 meses después del inicio del proceso.

2 Componentes de las fases de planeación-arranque y de operación y continuidad de la implementación

Este documento delinea los componentes que deberán considerarse para la Federalización de los servicios de salud estatales, así como la implementación del MAS-BIENESTAR, se acompaña de una Guía de implementación que contiene apartados por nivel de atención, acción comunitaria, niveles de conducción y los sistemas de referencia-contrarreferencia para la continuidad de la atención, por contar con particularidades que deben ser abordadas de forma distinta.

Figura 7. Instrumentos para la Implementación operativa del MAS-BIENESTAR



Los componentes considerados para este plan de implementación son los siguientes:

1. Coordinación normativa y de conducción.
2. Posicionamiento de la estructura estatal y de conducción en el proceso de transferencia de los servicios.
3. Capacitación para la implementación.
4. Organización y operación de los modelos de provisión de Servicios. (Carteras de servicios).
5. Organización y operación de los procesos de Acción Comunitaria.
6. Financiamiento.
7. Recursos humanos para la salud.
8. Medicamentos e insumos.
9. Infraestructura, Conservación y Mantenimiento.
10. Servicios generales, conservación y mantenimiento menor de inmuebles.

11. Equipamiento.
12. Desarrollo de Sistemas y Tablero de Control.
13. Supervisión, asesoría y evaluación (monitoreo de indicadores).

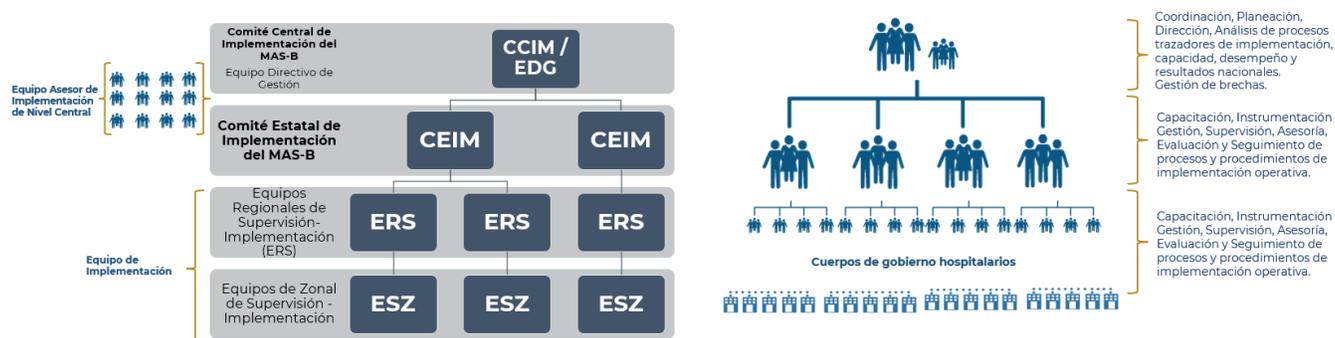
2.1 Componente 1: Coordinación normativa y de conducción.

2.1.1 Introducción

El Estatuto Orgánico de IMSS-BIENESTAR define la estructura orgánica y las atribuciones de sus Unidades administrativas; cada Unidad administrativa cuenta con un Plan de Trabajo que contempla su participación en los procesos de Federalización y de implementación del MAS-BIENESTAR. El personal normativo, directivo y de conducción debe conocer sus funciones y atribuciones, así como, la relación de ellas con la implementación y aplicación del MAS-BIENESTAR; para ello las áreas directivas y de conducción deberán incorporarse al *Plan de capacitación directiva de implementación del MAS-BIENESTAR*.

Se complementará la estructura con el personal directivo de las áreas normativas y de conducción lo antes posible para la cobertura de la estructura y arranque pleno de funciones. Se integrarán Comités de implementación de nivel central y estatal, así como Equipos asesores y Equipos de implementación (Regionales, zonales y cuerpos de gobierno hospitalarios).

Figura 8. Estructura para la implementación del MAS-BIENESTAR



2.1.2 Comité Central de Implementación del MAS-BIENESTAR (CCIM)

El CCIM es un grupo de trabajo integrado por:

- I. Persona Titular de la Presidencia de la Junta de Gobierno de IMSS-BIENESTAR.
- II. Persona Titular de la Dirección General de IMSS-BIENESTAR.
- III. Persona Titular del Secretariado Técnico de la Junta de Gobierno de IMSS-BIENESTAR.
- IV. Persona Titular de la Unidad de Atención a la Salud.
- V. Persona Titular de la Unidad de Administración y Finanzas.
- VI. Persona Titular de la Unidad Jurídica.
- VII. Persona Titular de la Unidad de Infraestructura.
- VIII. Persona Titular de la Unidad de Planeación Estratégica y Coordinaciones Estatales.
- IX. Persona Titular de la Coordinación de Transparencia y Vinculación.

Sus funciones son:

Planeación, gestión y dirección

1. Autorizar el plan y la guía de implementación.
2. Dirigir la implementación de acuerdo con los componentes de este plan.
3. Conocer el tablero de control de indicadores de seguimiento del proceso de implementación por entidad federativa.
4. Conocer las brechas para la toma de decisiones y agilizar su resolución.

Coordinación

Coordinación de pares y alineación a las actividades prioritarias del sector salud (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Servicio Nacional de Salud Pública) para prevenir duplicidades, minimizar las brechas con la prestación del servicio y maximizar el uso de los recursos disponibles.

Monitoreo de los servicios de salud

Monitorear el desempeño y resultados de los servicios de salud acorde al MAS-BIENESTAR.

Participación Comunitaria

Conocer los avances y resultados del proceso de implementación en acción comunitaria por entidad federativa.

Financiamiento y distribución de recursos

1. Analizar y autorizar la movilización de recursos para cerrar brechas en la prestación de servicios.
2. Ordenar los mecanismos de financiamiento que aseguren los programas de prestación de servicios con equidad hacia los grupos vulnerables.
3. Asegurar la rendición de cuentas de las representaciones estatales en recursos, actividades y resultados.

2.1.3 Equipo Directivo de Gestión (EDG).

Estará integrado por:

- I.** Una Secretaría Ejecutiva a cargo de la persona titular de la Coordinación de Supervisión de la Unidad de Atención a la Salud.
- II.** La persona Titular de la Coordinación de Planeación Estratégica o su representante.
- III.** La persona Titular de la Coordinación de Asuntos Consultivos y Normativos.
- IV.** La persona Titular de la Coordinación de Acción Comunitaria.
- V.** La persona Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel.
- VI.** La persona Titular de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel.
- VII.** La persona Titular de la Coordinación de Enfermería.
- VIII.** La persona Titular de la Coordinación de Recursos Humanos.
- IX.** La persona Titular de la Coordinación de Tecnologías de la Información.
- X.** La persona Titular de la Coordinación de Abasto.
- XI.** La persona Titular de la Coordinación de Equipamiento para Establecimientos de Salud.
- XII.** La persona Titular de la Coordinación de Mantenimiento y Conservación.
- XIII.** La persona Titular de la Coordinación de Servicios de Administración.

Sus funciones son las siguientes:

1. Transformar la visión, ideas e indicaciones del CCIM en acción a través de la coordinación, supervisión, monitoreo y evaluación de la implementación del MAS-BIENESTAR.
2. Responsable de la efectividad de la gestión y aplicación de los planes del CCIM.
3. Controlar y dar seguimiento a los acuerdos, actas y minutas del CCIM compartiéndolas para el cumplimiento de acuerdos de forma expedita.
4. Instruir, capacitar y orientar a los equipos asesores de implementación para alcanzar mejores resultados en las entidades federativas.
5. Generar estrategias emergentes para la resolución de procesos con poco avance a nivel estatal.
6. Monitorear los avances en la cadena de suministro de medicamentos e insumos en todos los niveles.
7. Instruir y dar seguimiento a la instalación y funcionalidad de los equipos necesarios para los diferentes sistemas de información.
8. Asegurar el uso de los sistemas de información en salud y otras fuentes para evaluar el impacto de varios programas y servicios.
9. Recibir, analizar y consolidar la productividad emitida por los sistemas de información de los servicios de salud y reportes relevantes para facilitar la toma de decisiones.
10. Establecer procesos estandarizados de implementación para los servicios de salud.
11. Fomentar la incorporación a las Redes Integradas de Servicios de Salud y de Referencia y contrarreferencia interna a todos los niveles.

2.1.4 Equipos Asesores de Implementación (EAI).

Estos equipos son los responsables de asesorar y regular las acciones señaladas en el apartado de fases y criterios de implementación.

Se conformará un EAI por cada entidad federativa y estará integrado por personal del nivel central de IMSS-BIENESTAR de las siguientes áreas:

- Unidad de Atención a la Salud: personal médico (1) y personal de enfermería (1).
- Unidad de Administración y Finanzas: recursos humanos (1), servicios de administración (1), abasto (1), y tecnologías de la información (1).
- Unidad de Infraestructura: equipamiento (1), conservación y mantenimiento (1).
- Unidad de Planeación Estratégica y Coordinaciones Estatales: Sistemas de información (1).
- Coordinación de Acción Comunitaria (1)

Sus funciones son las siguientes:

1. Otorgar capacitación y entrenamiento técnico y de gestión al Comité Estatal de Implementación (CEIM), así como a los Equipos de implementación y CG.
2. Dar asesoría y acompañamiento al CEIM, equipos de implementación y CG.
3. Evaluar y monitorear los avances de la implementación en los diferentes niveles.
4. Analizar los avances de la implementación de forma coordinada con el CEIM e identificar la problemática que debiera ser resuelta por el nivel central.
5. Identificar y difundir buenas prácticas locales.
6. Establecer colaboración con la Secretaría de Salud Estatal en coordinación con el CEIM.
7. Promover que todos los comités relevantes de salud se encuentren en funcionamiento en las unidades.

8. Vigilar la prestación de servicios comunitarios, cartera de servicios de las unidades, servicios proactivos, y referencias-contrarreferencias.
9. Supervisar el desempeño administrativo y técnico de los equipos implementadores (ERS, EZS).
10. Monitorear el desempeño de las Organizaciones Comunitarias de Salud (OCS), actividades de promoción, entornos saludables y funcionamiento de la contraloría social y aval ciudadano.
11. Monitorear el funcionamiento de la OCS a través de los equipos de conducción sobre el fomento a las comunidades a participar en la implementación y monitoreo de decisiones y planes basados en sus necesidades locales, prioridades, capacidades y recursos.
12. Validar y enviar informes estandarizados sobre el avance de la implementación estatal en coordinación con el CEIM.

2.1.5 Comité Estatal de Implementación del MAS-BIENESTAR (CEIM).

Estará integrado por:

- I.** Coordinador Estatal IMSS-BIENESTAR.
- II.** Jefe de Servicios de Atención a la Salud.
- III.** Jefe de Servicios Administrativos y Finanzas.
- IV.** Jefe de Planeación Estratégica.
- V.** Jefe de Departamento de Supervisión y Desarrollo en Salud.
- VI.** Jefe de Departamento de Educación e Investigación.
- VII.** Jefe de Departamento de Enfermería.
- VIII.** Jefe de Departamento de Atención Médica.
- IX.** Jefe de Departamento de Acción Comunitaria.
- X.** Jefe del Departamento de Personal.
- XI.** Jefa del Departamento del Control de Abasto.
- XII.** Jefe del Departamento de Conservación.

Sus funciones son las siguientes:

1. Planear en coordinación con el EAI la logística del desarrollo del proceso en la entidad federativa correspondiente.
2. Coadyuvar con el EAI en la conducción de la implementación de manera local.
3. Atender las necesidades detectadas a través del EAI, obtenidas de las brechas reportadas por los equipos de conducción en las zonas y regiones de implementación.
4. Facilitar los procesos administrativos necesarios para que la implementación avance conforme a lo programado.
5. Ejercer la autoridad necesaria para atender dichas necesidades para la toma de decisiones.
6. Identificar y establecer las necesidades de salud de la población de su responsabilidad en la entidad federativa.
7. Asegurar un abordaje integral para la atención de las necesidades de salud y mejora del desempeño de sus servicios de salud conforme avanzan los procesos de implementación.
8. Dar continuidad a las actividades encabezadas por el EAI.
9. Coordinar el seguimiento a los procesos de implementación en las unidades de salud con los equipos de conducción y cuerpos de gobierno.
10. Mantener comunicación estrecha con el EAI para el manejo de información conocimiento técnico de Comités de seguimiento, e indicadores de capacidad,

desempeño y resultados.

11. Capacitar en los procesos de la organización comunitaria, promoción de la salud, entornos saludables, contraloría social y aval ciudadano. Monitorea el resultado de los procesos implementados, realiza análisis de indicadores y hace recomendaciones de las áreas de oportunidad.

El CEIM estará dirigido por la persona titular de la Coordinación Estatal, quien reportará por los medios electrónicos y tableros de control correspondientes al EDG, en coordinación con el EAI.

2.1.6 Equipos Regionales de Implementación.

El proceso de implementación en los hospitales se llevará a cabo por los equipos regionales de supervisión y en el primer nivel de atención por los equipos zonales de supervisión, ambos en acompañamiento con el EAI de nivel central con apego a la guía establecida. Los equipos regionales y zonales tienen además atribuciones de realizar la supervisión y monitoreo de los procesos normativos establecidos para la operación de los servicios en una región geográfica determinada, conformada por una o más ZSM, los cuales pueden ser básicos o ampliados dependiendo de las características de las regiones de supervisión.

Equipo Regional Básico de Supervisión (ERBS) estará integrado por:

- I. Persona Coordinadora médica regional
- II. Persona Supervisora de atención en salud y educación.
- III. Persona Supervisora de epidemiología y prevención.
- IV. Persona Supervisora de enfermería.
- V. Persona Supervisora administrativa.
- VI. Persona Supervisora de acción comunitaria.

Equipo Regional Ampliado de Supervisión (ERAS) estará integrado por:

- I. Persona Coordinadora médica regional.
- II. Persona Supervisora de atención en salud y educación.
- III. Persona Supervisora de epidemiología y prevención.
- IV. Persona Supervisora de enfermería.
- V. Persona Supervisora administrativa.
- VI. Persona Supervisora de acción comunitaria.
- VII. Ingeniero Biomédico.
- VIII. Persona Supervisora de conservación y mantenimiento
- IX. Persona Supervisora de recursos humanos

Los ERS tendrán, durante la implementación del MAS-BIENESTAR, las funciones siguientes:

1. Celebrar reuniones de presentación e introducción al proceso de implementación con el cuerpo de gobierno del establecimiento de salud.
2. Llevar a cabo reunión bilateral con la representación sindical del hospital.
3. Realizar asambleas de sensibilización del proceso para el personal de salud y fomentar el trabajo colaborativo.
4. Capacitación de cuerpos directivos y personal operativo en servicio y por turno.
5. Análisis y validación de la plantilla de Recursos humanos del hospital, cobertura, balance de descansos, incidencias y suplencias e identificación de brechas.
6. Recorrido por el hospital para identificar áreas susceptibles de rehabilitación y puesta en operación, como quirófanos, CEyE, entre otras; así como la identificación de áreas para la instalación del SAIS, DIT, CASA, CODIGO INFARTO y SAIME.
7. Adecuación de áreas, con énfasis en orden, acomodo y limpieza.
8. Integración de procesos de Abasto (SAI).

9. Análisis de ropa quirúrgica y hospitalaria y determinación de necesidades.
10. Equipamiento:
 - a. Análisis situacional de las condiciones actuales del equipamiento médico.
 - b. Revisión de la necesidad de equipamiento conforme a las fichas de requerimientos del Segundo y Tercer nivel de atención en su componente de equipamiento.
 - c. Verificación de las condiciones de infraestructura necesarias para la instalación y puesta en marcha del equipamiento adquirido.
 - d. Validación de la entrega-recepción, instalación, puesta en marcha y capacitación del equipamiento adquirido.
 - e. Validación de cumplimiento de las pólizas de mantenimiento preventivo-correctivo contratadas.
11. Acciones de conservación (imagen institucional, pintura e impermeabilización) y diagnóstico de necesidades.
12. Promover la cobertura total de los servicios generales y complementarios. Dar seguimiento a la gestión y desarrollo del mantenimiento menor de inmuebles, equipos electromecánicos y mecánicos.
13. Acción comunitaria. Capacitación por competencia en la organización comunitaria, promoción de la salud, entornos saludables, funcionamiento de la contraloría social y aval ciudadano.
14. Analiza indicadores, observa áreas de oportunidad y asesora para la mejora de los resultados.
15. Integra la información que emite cada uno de los integrantes del equipo.

2.1.7 Equipo Zonal de Supervisión (EZS).

Para el primer nivel de atención, el EZS será el responsable de la implementación y se encuentra integrado por:

- I. Supervisor (a) médico (a).
- II. Supervisor (a) de enfermería.
- III. Promotor (a) de acción comunitaria.
- IV. Analista estadístico.
- V. Técnico (a) polivalente.

Los EZS tendrán, durante la implementación del MAS-BIENESTAR, las funciones siguientes:

1. Presentación con el equipo de salud básico o ampliado.
2. Capacitación del personal de salud operativo en sesiones y en servicio.
3. Recursos humanos: cobertura de plantillas de personal e identificación de brechas.
4. homologación y estandarización de procesos técnicos en los servicios de consulta externa, medicina preventiva entre otros e identificación y adecuación de áreas para el SAIS, DIT, CASA, Código infarto.
5. Abasto.
 - a. Suministro de medicamentos e insumos para la salud.
 - b. Capacitación en el Sistema de Administración de Insumos acorde a la priorización de unidades de salud y a su cartera de servicios.
 - c. Revisión de los CPM de medicamentos e insumos
6. Determinación de necesidades de ropa hospitalaria.
7. Acciones de conservación en imagen institucional y diagnóstico de necesidades.
8. Orden, acomodo y limpieza de la unidad de salud.
9. Equipamiento.
 - a. Análisis situacional de las condiciones actuales del equipamiento médico.
 - b. Revisión de la necesidad de equipamiento conforme a las fichas de

- requerimientos de Primer nivel de atención en su componente de equipamiento
- c. Verificación de las condiciones de infraestructura necesarias para la instalación y puesta en marcha del equipamiento adquirido.
 - d. Validación de la entrega-recepción, instalación, puesta en marcha y capacitación del equipamiento adquirido.
 - e. Validación de cumplimiento de las pólizas de mantenimiento preventivo-correctivo contratadas.
10. Acción comunitaria.
- a. Activación de la organización comunitaria de salud
 - b. Activación de la red social
 - c. Funcionamiento de la contraloría social y aval ciudadano
 - d. Establecimiento de comités.
11. Verificar la cobertura de servicios generales y complementarios y, en su caso, realizar las gestiones necesarias para lograrla. Detectar las necesidades de mantenimiento menor de inmuebles, equipos electromecánicos y mecánicos y gestionar su realización.

2.1.7.1 Pasos para la Implementación.

Paso 1: Integración del CCIM y capacitación en el Plan de Implementación, funciones y atribuciones.

Paso 2: Integración del EDG y capacitación en el Plan de Implementación, funciones y atribuciones.

Paso 3: integración de los EAI y capacitación en el Plan de Implementación, funciones y atribuciones.

Paso 4: Consolidación de indicadores de capacidad, desempeño, resultados e impacto en salud por los responsables de acuerdo con las atribuciones institucionales y adopción cotidiana de los mismos.

Paso 5: Diseño e implementación de tablero de control local, estatal y central, con la ruta de integración, ascenso de información, análisis de brechas y toma de decisiones estatales y centrales.

Paso 6: Integración de CEIM.

Paso 7: Integración paulatina de ERS, EZS (implantadores) y cuerpos de gobierno de hospital.

Paso 8: Integración y capacitación del personal directivo de hospitales en el plan de implementación y guía de implementación.

Paso 9: Capacitación sistémica del plan de implementación, guía específica de implementación por nivel de atención, conducción y sistema de referencia-contrarreferencia; así como sus indicadores para una gestión que se reoriente a la implementación de dichos procesos estratégicos.

2.1.7.2 Factores clave.

- a) Involucramiento en el proceso de implementación por todos los niveles: federal, estatal, equipos de conducción y cuerpos de gobierno de forma intensiva.
- b) Contratación de estructuras normativas, estatales, de conducción y cuerpos de gobierno directivos hospitalarios.
- c) Capacitación al personal directivo en los diferentes niveles.
- d) Claridad y seguimiento de la guía de implementación.
- e) Cumplimiento del *Plan de capacitación directiva de implementación del MAS-BIENESTAR*.
- f) Coordinación con la secretaria de salud estatal en los procesos de salud pública con componentes de atención médica donde convergen.
- g) Establecimiento e implementación del Tablero de control gerencial para reporte,

- supervisión, monitoreo y evaluación de los procesos de implementación.
- h) Integración de la organización comunitaria.
- i) Comprensión, adopción y desempeño con la visión de implementación del MAS-BIENESTAR y APS.
- j) El enfoque de la implementación del MAS BIENESTAR debe ser con la visión de APS por todas las disciplinas
- k) Liderazgo efectivo y apoyo en la gestión normativa, estatal y de conducción.
- l) Cumplimiento del programa de:
 - Infraestructura,
 - Equipamiento,
 - Abasto de medicamentos e insumos.
 - Recursos Humanos

2.1.7.3 Indicadores de Progresión.

El MAS-BIENESTAR es un modelo basado en el marco conceptual y pilares de la Atención Primaria a la Salud, en seguimiento a su implementación, evaluación y monitoreo considera indicadores de implementación de la APS; por lo tanto se diseñó una matriz de estos, con cédulas descriptivas que utilizarán los equipos de implementación, así como los equipos de conducción y directivos.

Durante el desarrollo de los sistemas de información y tableros de control electrónicos se utilizarán estos indicadores para la evaluación y monitoreo del avance progresivo de la implementación, operación y consolidación.

En el Anexo X se encuentra el Catálogo y las cédulas descriptivas de cada indicador.

Figura 10: Componentes de la Matriz de indicadores de implementación, evaluación y monitoreo del MAS-BIENESTAR.



**Tabla 1. Matriz de Indicadores de Implementación,
Monitoreo y Evaluación del MAS-BIENESTAR.**

Menu de Indicadores de Implementación, Monitoreo y Evaluación del MAS-

| Determinantes de los Servicios de Salud | Prestación de Servicios | [Promoción, prevención, diagnóstico, tratam] | |
|---|--|---|---|
| ESTRUCTURA E INSUMOS | PROCESOS | S | |
| <p>Gobernanza</p> <p>Compromiso y liderazgo político</p> <p>1 Salud en todas las políticas donde participa el IMSS-BIENESTAR con coordinación multisectorial</p> <p>2 Participación del IMSS-BIENESTAR en la legislación en salud</p> <p>Gobernanza y marcos políticos</p> <p>3 Política Institucional orientada a APS</p> <p>4 Existencia institucional de política, estrategia o plan de mejora de calidad y seguridad</p> <p>5 Política de calidad Institucional ligada al Plan Nacional de Salud</p> <p>6 Existencia de estrategia institucional de manejo en emergencias, desastres y preparación para peligros</p> <p>6a Capacidad institucional para el cumplimiento de las FESP</p> <p>6b Vinculación interinstitucional local y normativa, SESAs, SNSP, para integración de acciones operativas, intervenciones en territorio, etc.</p> <p>Participación de la comunidad</p> <p>7 Mecanismos de participación de la comunidad</p> <p>8 Estrategia de participación comunitaria (OCS [Aval ciudadano, comisario, promotores, voluntariado, comités de salud-controloría] establecida y funcional</p> <p>8a OCS funcional con acciones y estrategias comunitarias esenciales, promotoras de salud, autocuidado y participación ciudadana.</p> <p>Participación de proveedores privados</p> <p>9 Regulación legal para la participación del sector privado en contrato de servicios</p> <p>Ajuste a las necesidades de la población</p> <p>Monitoreo y evaluación/prioridades</p> <p>10 Establecimiento de prioridades institucionales y locales basada en indicadores y evidencia y los ASIS locales y regionales que integran los diferentes niveles de conducción</p> <p>11 Existencia de plan de Monitoreo y evaluación para el plan institucional de salud con base en las necesidades</p> <p>Investigación orientada a APS</p> <p>12 Porcentaje de inversión en investigación médica y del primer nivel de atención</p> <p>13 Porcentaje de investigación pública para APS</p> <p>13a Sistemas de innovación y aprendizaje en APS</p> <p>13b Capacitación operativa del personal de conducción y operativo en Centralización, MAS-B, IMSS-B, prioridades en salud y procesos</p> <p>Financiamiento</p> <p>Fondeo y asignación de recursos</p> <p>14 Gasto corriente en salud (total y específico de AP) como porcentaje del producto interno bruto (PIB) en la institución</p> <p>15 Gasto total en salud per cápita (y específico de AP) en la institución</p> <p>16 Gasto institucional en atención primaria omo porcentaje del gasto público en salud</p> <p>17 Fuentes del gasto en salud (atención ambulatoria, hospitalización, consulta, laboratorios/gabinete)</p> <p>18 Existen Fondos de contingencia disponibles para emergencias</p> <p>19 Cartera de servicios efectiva de acuerdo a nivel de atención y tipo de unidad</p> <p>20 Métodos de compra y pago a proveedores eficiente</p> <p>20a Eficiencia en contratación de Servicios indirectos (2 y 3er nivel)</p> <p>21 Financiamiento de salud sigue las pautas basadas en necesidades</p> | <p>Infraestructura de los establecimientos</p> <p>22 Densidad de población distribuida en los establecimientos de salud (por tipo y población de responsabilidad)</p> <p>A Densidad de camas censables por 1000 dh</p> <p>22a Plan de desarrollo de infraestructura con base en necesidades</p> <p>22b Plan de infraestructura de residencias médicas y albergues de acuerdo a necesidad</p> <p>22c Plan de infraestructura de Entornos habilitantes y salas LPR</p> <p>23 Disponibilidad y cumplimiento de Servicios básicos y Conservación (agua, saneamiento)</p> <p>23a Imagen institucional, orden y limpieza</p> <p>24 Disponibilidad de electricidad y energéticos</p> <p>25 Disponibilidad de comunicaciones e internet</p> <p>26 Acceso a transporte de emergencia para traslados entre unidades (ambulancias)</p> <p>Personal de Salud</p> <p>27 Densidad y distribución de trabajadores de la salud (categoría, nivel de atención) por cada 1000 dh. Regularización de plantillas.</p> <p>27a Contratación de equipos de conducción completos y estructuras estatales de conducción</p> <p>27b Contratación de personal operativo y distribución de basada en conformación de equipos de salud con base en MAS-B (primer y segundo nivel)</p> <p>27c Asignación a Médicos residentes en rotación de campo a Unidades de difícil cobertura en cumplimiento con lineamientos.</p> <p>28 Mecanismos de acreditación y convenios con instituciones de educación para la formación de personal de salud.</p> <p>29 Sistema y programa anual institucional de educación continua y permanente para el personal de salud</p> <p>29a Implantación del Plan de Formación de pregrado y posgrado en IMSS-BIENESTAR (MIPS, MPSS, Residentes, Enfermería y técnicos)</p> <p>29b Sistemas de Reconocimiento del Personal</p> <p>Medicamentos y otros insumos para la salud</p> <p>30 Mecanismos reguladores de los medicamentos funcionando</p> <p>31 Disponibilidad de medicinas esenciales. (Abasto medicamentos e insumos completo con base en CPMS)</p> <p>32 Disponibilidad de estudios de diagnóstico para enfermedades prioritarias trazadoras</p> <p>33 Disponibilidad de equipamiento médico y tecnologías esenciales para la salud</p> <p>33a Plan funcional de mantenimiento de equipo y mobiliario</p> <p>33b Rehabilitación de equipos fuera de servicio para habilitación de servicios prioritarios.</p> <p>33c Red de frío funcional</p> <p>Información en Salud</p> <p>Sistemas de información</p> <p>34 Porcentaje de Informes reportados por unidades</p> <p>34a Tableros de control implantados con procesos y procedimientos alineados (reportes, informes y entregables para evaluación de desempeño)</p> <p>34b Formatos institucionales disponibles y adecuadamente utilizados</p> <p>35 Porcentaje de de unidades que cumplen con expedientes clínicos integrales (Apego a NOM-004)</p> <p>35a Sistema regular de encuestas a pacientes y establecimientos</p> <p>36 Sistema de información de personal institucional funcional (SIAP)</p> <p>37 Registros institucionales de información en salud funcionales</p> <p>38 Registro de nacimientos</p> <p>39 Registro de defunciones</p> <p>40 Sistema de encuestas de salud institucionales basadas en la población</p> <p>40a Evaluación del desempeño. Indicadores de productividad, desempeño directivo y prestación de servicios (consultas por médico, nivel, urgencias,</p> <p>40b Análisis de principales motivos de consulta, urgencias y egresos hospitalarios en 1,2,3 niveles.</p> <p>40c Principales motivos de intervención quirúrgica</p> <p>40d Ranking de procesos y resultados entre Estados y vs Seguridad Social</p> <p>Vigilancia Epidemiológica</p> <p>41 Existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica efectivo</p> <p>Tecnologías digitales en salud</p> <p>42 Estrategia nacional de salud digital</p> <p>42a Instalación y uso del SAI</p> <p>42b Instalación y uso del SIAP</p> <p>43 Acceso a Telemedicina</p> <p>44 Porcentaje de de establecimientos que usan sistemas de información y</p> | <p>Modelos de atención</p> <p>Selección y organización de los servicios</p> <p>45 Criterios de cumplimiento del cartera de servicios (protocolos de atención)</p> <p>45a Cartera de servicios incluidos en el paquete de beneficios de acuerdo al nivel de atención</p> <p>46 Carteras de servicios definidas por nivel de atención</p> <p>46a Implementación de CASA, DIT, SAISME, SAIS, SHAIS, UAbortoSeguro, UAViolencia, U.Detección temprana de Cáncer.</p> <p>Diseño del Servicio</p> <p>Gestión de la Salud Poblacional</p> <p>47 Población asignada a Equipo Básico de Salud (y área de influencia)</p> <p>47a Listado nominal de derechohabientes por unidad (padrón) en un sistema electrónico caracterizado</p> <p>47b Se conoce a la población usuaria y a la población de responsabilidad del territorio (Identificación, Estratificación).</p> <p>48 Sistemas para promover el acceso al primer nivel (búsqueda proactiva, citas, OMT, UMTc, etc).</p> <p>49 Protocolos implementados de referencia, contrarreferencia, traslados de emergencia</p> <p>50 Existencia de rutas de atención para enfermedades prioritarias trazadoras.</p> <p>50a Implementación de Protocolos de Atención Médica (GPC, PAE, PAL, etc)</p> <p>50b Código infarto establecido y funcional</p> <p>50c Código cerebro establecido y funcional</p> <p>50d Código mater establecido y funcional</p> <p>50e Protocolos de salud mental ENLASMAME establecido y funcional</p> <p>50f Las Unidades cuentan con su Diagnóstico Situacional de Salud (ASIS) donde identifican, estratifican, focalizan, y plantean seguimiento a su población de responsabilidad.</p> <p>Organización de los servicios</p> <p>51 Implantación y estandarización de procesos de conducción (gestión, coordinación, administración, supervisión y evaluación) EMD, CG, EZ.</p> <p>52 Desarrollo de competencias de gestión y liderazgo (desarrollo y estandarización del Modelo de Gestión directiva, calidad y seguridad en personal directivo de conducción)</p> <p>52a Implantación de instrumentos de planeación táctica y operativa (conducción y operación) sobre evaluación del desempeño (Programas de trabajo anuales, planes de capacitación, evaluación del desempeño).</p> <p>53 Organización basada en equipos multidisciplinarios con aplicación de práctica colaborativa interprofesional y trabajo en equipo</p> <p>53a Procesos de conducción de los equipos multidisciplinarios, cuerpos de gobierno de hospital y equipos zonales implementados</p> <p>53b Suficiencia de equipos básicos y avanzados de salud integrados de acuerdo al MAS-B</p> <p>53c Cumplimiento de reuniones de integración y análisis de salud interprofesional</p> <p>53d Evidencia de abordaje familiar (factores de riesgo comunes)</p> <p>53e Metas de cobertura preventivas alineadas entre médico y enfermera</p> <p>53f Acciones preventivas intramuros / extramuros (tamizaje, detecciones)</p> <p>53g Acciones de Promoción de la Salud intramuros (educación para la salud)</p> <p>53h Reorientación de los servicios hacia la prevención</p> <p>53i Programa de Vacunación Universal efectivo</p> <p>54 Existencia de un sistema de supervisión, evaluación y asesoría implementado con base en Regionalización operativa</p> <p>54a Redes integradas de servicios de salud (RISS) claras y funcionales</p> <p>54b Implementación de los COMETA y COMETAZ.</p> <p>55 Presupuesto y sistemas de información de gestión de las instalaciones presentes</p> <p>Vínculos con servicios sociales y comunitarios</p> <p>56 Colaboración entre la unidad y la organización comunitaria de salud</p> <p>57 Participación comunitaria en la organización y planeación de los servicios</p> <p>58 Búsqueda proactiva de la población (Referencias comunitarias de salud)</p> <p>59 Autogestión y educación para la salud en primer nivel (promoción de la salud)</p> <p>Sistemas de mejora de la calidad</p> <p>60 Porcentaje de de establecimientos con el Sistema de Gestión de Calidad implementado</p> <p>Servicios e instalaciones resilientes</p> <p>61 Porcentaje de de establecimientos que reúnen los criterios para establecimientos o servicios resilientes</p> <p>61a Porcentaje de de establecimientos que mantienen servicios básicos en periodos de emergencia</p> | <p>Acceso y disponibilidad</p> <p>Accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad</p> <p>62 Acceso geográfico a servicios (primer contacto y urgencias)</p> <p>63 Barreras percibidas al acceso asociadas a distancia, costo o barreras culturales</p> <p>64 Acceso a cirugías de emergencia</p> <p>65 Acceso a servicios de emergencia prehospitalarios</p> <p>65a Acceso a servicios preventivos intra y extramuros</p> <p>Disponibilidad y preparación de los servicios</p> <p>66 Porcentaje de de instalaciones que ofrecen la cartera de servicios de acuerdo al nivel de atención correspondiente</p> <p>67 Disponibilidad del proveedor (Tasas de ausentismo)</p> <p>67a Aplicación del Rol ampliado de enfermería (por nivel de atención)</p> <p>68 Porcentaje de de instalaciones con estándares mínimos para atender las enfermedades prioritarias (trazadoras)</p> <p>69 Porcentaje de instalaciones que cumplen las medidas de control de infecciones (PCI)</p> <p>69a Capacidad para aprovechamiento de instalaciones y recursos en otros horarios (Unidades Médicas de Tiempo Completo)</p> <p>69b Capacidad de implementar Orientación Médica Telefónica (OMT) y/o Consultas a domicilio</p> <p>69c Capacidad de implementar Atención Médica a Domicilio</p> <p>Utilización</p> <p>70 Utilización per cápita por año caracterizado (consultas / hospitalizaciones)</p> <p>70a Utilización del primer nivel por tipo de atención (preventiva, consulta, urgencias).</p> <p>70b Vía de entrada al sistema (por nivel de atención y por tipo de necesidad)</p> <p>70c Servicios preventivos / Servicios curativos (intra y extramuros)</p> <p>70d Consultas para diagnóstico en pacientes ambulatorios</p> <p>70e Consultas por persona al año</p> <p>71 Consultas de urgencias por 1000 habitantes</p> <p>72 Altas Hospitalarias por 1000 habitantes</p> <p>73 Diagnósticos hospitalarios al ingreso</p> |

Mecanismos estratégicos básicos

Mecanismos operacionales

Monitoreo de la Capacidad en APS

Monitoreo del desempeño en A

Monitoreo de Calidad, equidad y resili

| ALIDAS | RESULTADOS | IMPACTO |
|--|--|---|
| Calidad de la atención | Cobertura Universal (Cobertura del servicio) | Mejora en el nivel de salud |
| Funciones centrales de la Atención Primaria | 88 Porcentaje de de cobertura del servicio | 128 Expectativa de vida saludable |
| Centrado en la persona | 89 Indicadores de salud materna, neonatal e infantil | 129 Tendencia de esperanza de vida al nacer |
| 74 Sistema estructurado de reporte de experiencias y opinión de los pacientes en los servicios (preferencias, eficiencia de los servicios, calidad de la atención, trato, cobros, derechos, genero, interculturalidad, humanismo, valor de los servicios, quejas, reconocimientos) | 90 Demanda satisfecha de planificación familiar | 130 Tasa de fecundidad por grupo etáreo |
| 74a Las notas médicas incluyen contexto de determinantes sociales de las personas | 91 Cobertura de Visitas Prenatales (4) | 131 Carga de la enfermedad (AVD / APP / QALY) |
| 75 Percepción de la comunidad, conocimiento y acceso a la información | 92 Cobertura de vacunación | 132 Incidencias |
| Accesibilidad de primer contacto | 93 Atención a neumonías | 133 Probabilidad de muertes prematuras por ENT |
| 75a Admisiones para atención ambulatoria en condiciones prioritarias | 94 Cobertura de tratamiento a tuberculosis | 134 Tasa de mortalidad materna |
| Continuidad | 95 Cobertura de tratamiento ARV | 135 Tasa de mortalidad neonatal |
| 75b Pacientes que reportan tener un prestador de servicios asignado | 96 Uso de insecticidas en mosquiteros | 136 Tasa de mortalidad en menores de 5 años |
| 75c Tasas de abandono de (consultas prenatales, DPT, ARV, TAES) | 97 Hogares con saneamiento básico | 137 Tasa de mortalidad asociada a contaminación ambiental |
| 75d Cumplimiento de consultas de subsecuencia y seguimiento en ambulatorio (DM2, HAS, Dislipidemias). | 98 Prevalencia de incremento de hipertensión | 138 Tasa de mortalidad por agua, saneamiento e higiene |
| Integralidad | 99 Promedio de glucosa en plasma | 139 Tasa de mortalidad por envenenamiento no intencional |
| 75e Consultas resolutivas en primer y segundo nivel sin referencia hacia nivel superior | 100 Tabaquismo | 140 Tasa de mortalidad por suicidio |
| 75f Diagnósticos nuevos que no eran el motivo de consulta/hospitalización | 101 Tamizaje de cáncer cervical | 141 Muertes de tránsito |
| Coordinación | 102 Disponibilidad de medicamentos esenciales | 142 Tasa de mortalidad por cáncer específico |
| 75f Se cumplen los criterios de Referencias y contrarreferencias. | 103 Asistencia calificada al parto | 143 Nuevas infecciones por VIH |
| Efectividad | 104 Número de personas que requieren intervenciones contra las ENTs | 144 Incidencia de Tuberculosis |
| 76 Diagnósticos precisos (conocimiento del prestador) | 105 Cobertura de intervenciones para depresión y adicciones | 145 Incidencia de Malaria |
| 77 Adherencia a estándares y protocolos en enfermedades prioritarias | 106 Proporción de infecciones del torrente sanguíneo debidas a determinados organismos resistentes a los antimicrobianos (RAM) | 146 Hepatitis B |
| 78 Tasa de mortalidad en los primeros 30 días por IAM o EVC | 107 Patrones de consumo de antibióticos | 147 Dengue |
| 79 Complicaciones evitables (amputaciones en diabéticos) | Protección financiera | 148 Estado nutricional infantil |
| 80 Tasa de reingreso hospitalario por afecciones de enfermedad trazadora | 109 Población con gastos catastróficos en salud | 149 Incidencia de cáncer |
| 81 Ingresos hospitalarios necesarios desde el primer nivel | 110 Seguridad en salud | 150 Capacidad de respuesta |
| 81a Rango de éxito en tratamiento de TB | 111 Proporción de personas vulnerables en estados frágiles de ambiente salud y seguridad. | 151 Equidad |
| 81b Alcance de metas de Control metabólico en DM2 | 112 Cobertura de vacunación de emergencia | 152 Inequidades de salud entre países disminuida |
| B Tasas de mortalidad institucional en relación a los ingresos (prenatales, neonatales, maternas, lesiones perioperatorias y de urgencias) | 113 Tiempo de detección y reporte de emergencias | |
| Seguridad | 114 Número de casos de poliomielitis por poliovirus salvaje | |
| 82 Prácticas de prescripción (respetando protocolos y GPC) | 115 Factores de riesgo y comportamiento | |
| 82a Congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica y decisiones basadas en estudios diagnósticos (estándares de hospitalización) | 116 Niñez con retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso | |
| 83 Proporción de mayores de 65 años con sobre prescripción de antipsicóticos | 117 Desarrollo de la infancia | |
| 83a Eventos adversos reportados (incluyendo medicamentosos) | 118 Consumo de alcohol | |
| 83b Defunciones en relación a egresos | 119 Obesidad en adultos y niños | |
| C Rango de cesáreas | 120 Política de grasas trans | |
| D Sepsis postoperatoria | 121 Violencia de pareja | |
| E Tromboembolia o sepsis postoperatoria | 122 Violencia infantil | |
| F Trombosis venosa profunda postoperatoria | 123 Manejo de agua segura | |
| G Tasas de mortalidad perioperatoria | 124 Combustibles domésticos limpios | |
| H Infecciones asociadas a la atención de la salud IAAS | 125 Partículas medias | |
| Ha Instalación y funcionamiento del CODECIN, CICASEP, SCRAM, CEC, COFAT, C.Mort, etc. | 126 Número de personas afectadas por desastres | |
| Hb Plan hospitalario de evaluación de riesgos con atención a los mismos. (Hospital Seguro) | 127 Elección sexual informada | |
| Hc Implementación de las AESP | | |
| Hd Nivel de Madurez y estatus de inscripción para Certificación por el MUEC | | |
| Eficiencia | | |
| 84 Número de casos (Consultas) por médico al año | | |
| 85 Ocupación hospitalaria | | |
| 85a Consumo eficiente de recursos, medicamentos, pruebas diagnósticas (ocupación de camas con oportunidad, laboratorios y gabinete no utilizados, tamizajes con | | |
| Acceso oportuno | | |
| 86 Estadio del cáncer al momento del diagnóstico | | |
| 86a Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento en cáncer | | |
| 87 Tiempo de espera para cirugía electiva | | |
| 87a Diferimiento de consulta (por nivel, por tipo de especialidad y por estado) | | |

2.2 Componente 2: Posicionamiento estructura estatal y de conducción.

2.2.1 Introducción.

Durante la transferencia de los servicios de salud a IMSS BIENESTAR se requiere un empoderamiento, y fortalecimiento de las estructuras estatales que representarán y asumirán funciones de gestión, organización y coordinación de la operación a ese nivel. La integración de su plantilla, entrenamiento y capacitación de las funciones de gestión resultan relevantes para la implementación del MÁS-BIENESTAR.

2.2.1.1 Interacción con entidades de la Secretaría de Salud Estatal.

La Secretaría de Salud Federal es el órgano rector del Gobierno de México en materia de salud, de ella emana la normatividad nacional. A nivel de las entidades federativas hay Secretarías de Salud Estatales, las cuales desempeñan la función rectora a nivel local y operativo.

Con la Federalización de los servicios de salud a través de IMSS-BIENESTAR, la función operativa de las Secretarías Estatales se vio reducida principalmente a la gestión de la salud pública estatal, articulando el Servicio Nacional de Salud Pública y sus programas que cuentan con componentes de atención médica; por lo que la representación estatal de IMSS BIENESTAR a través de su estructura, debe favorecer la interacción colaborativa para el cumplimiento de dichos programas y metas conjuntas.

De igual manera, en las fases iniciales de la transición, se debe solicitar información integrada en las fuentes de información de las secretarías estatales para la consolidación de diagnósticos basales para la transferencia de los servicios, por lo antes descrito, se requiere un posicionamiento de la Representación estatal IMSS-BIENESTAR dentro de la entidad, así como de los distintos niveles de conducción en la misma.

2.2.2 Retos.

- a) Reclutamiento del personal directivo, capacitado y empoderado para los procesos de implementación.
- b) Adquisición de liderazgo local en hospitales y unidades de salud para el logro de objetivos.
- c) Adecuada interacción, registro, reporte en el Tablero de control de indicadores.
- d) Capacidad de análisis, identificación de brechas, propuestas y cierre de las mismas.
- e) Adecuada comunicación y reporte de los diferentes niveles de conducción.
- f) Adecuado trabajo colaborativo con la Secretaría de Salud Estatal.

2.2.3 Requerimientos clave.

- a) Liderazgo del Representante estatal para la integración del CEIM.
- b) Dirección colaborativa interprofesional estatal.
- c) Compromiso para el avance proactivo en la implementación del MAS-BIENESTAR.
- d) Comunicación efectiva y continua con el EDG.
- e) Gestión de recursos por procedimientos normativos.
- f) Reclutamiento y contratación de equipos regionales y zonales de supervisión.
- g) Flujo de información desde los equipos regionales y zonales a las áreas estatales.
- h) Identificación de programas de salud pública con componente de atención

médica.

2.2.4 Pasos para la Implementación.

Paso 1: Reclutamiento de personal directivo con el perfil correspondiente estatal y de los niveles de conducción.

Paso 2: Contratación del personal directivo con el perfil correspondiente estatal y de los niveles de conducción.

Paso 3: Integración del CEIM.

Paso 4: Cumplimiento del Plan de capacitación directivo para la implementación por el CEIM y equipos de conducción.

Paso 5: Familiarización con Tablero de control y análisis de indicadores.

Paso 6: Estructura de reporte desde los equipos regionales y zonales.

Paso 7: Gestión de recursos para reducción de brechas.

Paso 8: Comunicación asertiva con la Secretaría Estatal (SNSP) para trabajo conjunto colaborativo en metas comunes o relacionadas.

Paso 9: Activación de la regionalización operativa.

Paso 10: Participación activa con el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar local.

Paso 11: Convenios de intercambio de servicios locales establecidos y funcionales.

2.2.5 Factores clave.

Incluyen los siguientes:

- a) Liderazgo directivo estatal.
- b) Agilización de contrataciones y capacitación para la implementación.
- c) Claridad y seguimiento de la guía de implementación por nivel de atención y conducción.
- d) Coordinación local con la rectoría estatal en salud en los procesos de salud pública con componentes de atención médica donde convergen.
- e) Establecimiento e implementación del Tablero de control gerencial para reporte, supervisión, monitoreo y evaluación de los procesos de implementación.
- f) Implementación de organización comunitaria de salud.
- g) Cumplimiento del programa de infraestructura, equipamiento, abasto de medicamentos e insumos.
- h) Recursos humanos y materiales distribuidos para fortalecer la atención donde son necesarios.
- i) Adecuada coordinación con equipo asesor de implementación y los equipos regionales y zonales de implementación de la fase de arranque.

2.2.6 Indicadores de Progresión.

Los relacionados con la implementación estatal de la Matriz de indicadores de implementación y monitoreo de la capacidad, desempeño y resultados.

2.3 Componente 3: Finanzas, Programación y presupuesto.

2.3.1 Introducción.

El componente de Financiamiento forma parte de los mecanismos estratégicos básicos y el componente de Infraestructura, de los operacionales. Ambos son necesarios para incrementar la capacidad de respuesta de la institución ante las necesidades poblacionales y asegura que el MAS-BIENESTAR se aborde explícitamente en el marco de las estrategias de financiamiento, con estrategias de análisis de mecanismos de pago, que procuren la suficiencia para la prestación de los servicios, la eficiencia en el uso de los recursos y la garantía de la capacidad resolutive con base en las carteras de servicios por nivel de atención y hacer explícito el financiamiento de las acciones de acción comunitaria para favorecer la implementación del MÁS BIENESTAR.

Financiamiento y sistemas de pago

El IMSS BIENESTAR cuenta con la importante responsabilidad de proteger el gasto de bolsillo de las personas sin seguridad social que necesitan atención de su salud y prevenir el desarrollo de enfermedades.

Los sistemas de financiamiento institucional deben identificar las necesidades y garantizar la movilización y asignación de recursos con el objetivo de promover la equidad en el acceso y así proporcionar incentivos para prestar una atención y servicios de alta calidad y proteger el gasto de bolsillo y dificultades financieras.

Los recursos deben proceder de ingresos públicos nacionales, se deben prohibir los pagos directos que son una causa de falta de equidad en el acceso y dificultades financieras.

2.3.2 Retos.

- a) Se debe estimar con fines de análisis, la proporción del producto interno bruto del país que se destina a la atención de la salud por la institución *per cápita*, así como la proporción del gasto público en salud que se destina a acciones de salud pública y al primer nivel de atención. (Pacto 30.30.30 OPS-OMS).
- b) Los fondos deben repartirse racionalmente entre la atención primaria, las intervenciones de salud pública y las iniciativas que promueven la participación de la comunidad y la coordinación multisectorial.
- c) Un desafío importante será el balance en la distribución por niveles de atención donde con frecuencia se destinan mayores recursos al tercer nivel que al primero. Este desequilibrio reduce la financiación disponible para el primer nivel y aumenta la dependencia excesiva de la utilización de los hospitales para prestar servicios de primer contacto.
- d) Se deben corregir ineficiencias para favorecer las asignaciones en favor del primer nivel de atención.
- e) Diseño de las prestaciones (con la participación de las personas y las comunidades, incluidos los prestadores y los compradores, y debe tener por objeto promover la equidad y no dejar a nadie atrás.

2.3.3 Requerimientos clave.

- a) Contar con **sistemas de compra y pago** que fomenten la reorientación del modelo de atención hacia la prestación de servicios de salud integrados centrados en el MAS-BIENESTAR en ambos de sus componentes.

- b) Apoyar los flujos de recursos adecuados en respaldo del MAS-BIENESTAR, para que los sistemas de compra y pago aumenten la accesibilidad de las intervenciones prioritarias a la población de responsabilidad y la integración de los servicios centrada en fortalecer el primer nivel y la salud pública.
- c) Las compras estratégicas, incluidos el diseño de las prestaciones, los métodos de pago a los prestadores y los acuerdos contractuales reforzarán la orientación de los modelos hacia el MAS-BIENESTAR y promoverán la integración de los servicios de salud.

2.3.4 Pasos para implementación.

Paso 1. En las carteras de servicios deben considerarse los elementos resolutivos por nivel de atención, deben constituir la base de los derechos a obtener prestaciones con enfoque en el MAS-BIENESTAR.

Paso 2. Poner de manifiesto los servicios e intervenciones por nivel de atención con necesidad de financiamiento como los servicios de promoción de la salud, protección, prevención, reanimación, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, para que las carteras de servicios delimiten sus funciones y mejoren la coordinación entre las plataformas de prestación de servicios, fundamentando así la asignación eficaz y eficiente de recursos y mejorando la integración.

Paso 3. El diseño y la implementación de métodos de pago a los prestadores apropiados proporcionarán los incentivos adecuados para promover servicios de salud integrados y centrados en el primer nivel de atención.

Paso 4. Plantear incentivar la utilización de los servicios de primer nivel mediante tasas de remuneración relativamente más elevadas.

Paso 5. Analizar el pago por partidas, pagos *per cápita* así como en grupos relacionados por el diagnóstico, y pago de servicios prestados, lo anterior para fomentar la gestión y productividad basada en la población.

Paso 6. La capitación se estructura en torno al pago de un conjunto definido de servicios para una población de una zona de captación definida (o para las personas asignadas a ese centro) y un periodo de tiempo, y no vinculando el pago a servicios específicos de diagnóstico y curativos cuando estos se prestan, por lo que suele vincularse a la inscripción en listas de pacientes.

Paso 7. Evaluar la implementación de *remuneraciones con base al desempeño*, cuyo objeto sea apoyar la integración y coordinación de la atención en la institución incentivando a los prestadores de primer nivel para que presten más servicios de promoción de la salud, protectores o preventivos, o incentivándolos a la prestación de servicios más cercanos a la comunidad (por ejemplo, proporcionando segundas opiniones mediante teleconsulta).

Paso 8. La contratación debe ser el mecanismo para impulsar modelos de atención, y será útil para la rendición de cuentas con relación a las metas y objetivos del MAS-BIENESTAR. Por ejemplo, las cláusulas contractuales podrían estar formuladas para vincular los pagos al logro satisfactorio de resultados en salud.

Paso 9. Fortalecer el funcionamiento de los sistemas de adquisición y pago, así como su capacidad de vigilancia con consistencia en la información y datos.

2.3.5 Requerimientos clave.

- a) Presupuesto autorizado para IMSS BIENESTAR.
- b) Presupuestación por Unidad administrativa.
- c) Alinear el presupuesto 2024 con las metas institucionales de implementación del MAS-BIENESTAR.
- d) Atender el Módulo de Presupuesto basado en resultados.

- Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED) y del Sistema de Cartera de Inversión (SCI) que forman parte del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH) y del MASN, respectivamente.

- e) Dar seguimiento al esquema previsto para el proceso presupuestario 2023 y 2024.
- Catálogos y relaciones administrativas, funcionales, programáticas y económicas;
 - Cartera de programas presupuestarios;
 - Matrices de Indicadores para Resultados (MIR);
 - Fichas de Indicadores del Desempeño (FID);
 - Programas y Proyectos de la Cartera de Inversión;
 - Análíticos por clave presupuestaria;
 - Análíticos de clave de entidades paraestatales; etc.

2.3.6 Factores clave.

- a) Asegurar que el MAS-BIENESTAR se aborde explícitamente en el marco de las estrategias de financiamiento.
- b) Supervisar el nivel de gasto en el MAS-BIENESTAR mediante el análisis de las cuentas institucionales, así como realizar análisis más profundos como los exámenes del gasto público o de bolsillo.
- c) Establecer indicadores clave del desempeño del MAS-BIENESTAR a fin de supervisar la asignación de fondos.
- d) Supervisar la distribución de fondos entre las diversas plataformas de prestación de servicios en el marco de las coordinaciones estatales, así como las diferencias en la asignación de fondos sanitarios per cápita.
- e) Desarrollar la capacidad estatal y de los niveles de conducción para vigilar los gastos, y analizar y afrontar los obstáculos que dificultan la utilización de los servicios de salud.
- f) Abogar por una mayor transparencia en el gasto en salud y una mayor eficiencia en el gasto de las asignaciones existentes en particular para la implementación del MAS-BIENESTAR
- g) Formar alianzas con grupos de la sociedad civil organizada que lleven a cabo exámenes de base amplia de los presupuestos y los gastos.

2.3.7 Indicadores de progresión.

- a) Gasto corriente en salud (total y específico en primer nivel) como porcentaje del PIB en la institución.
- b) Gasto total en salud per cápita (y específico en primer nivel) en la institución.
- c) Gasto institucional en primer nivel como porcentaje del gasto público en salud.
- d) Fuentes del gasto en salud (atención ambulatoria, hospitalización, consulta, laboratorios/gabinete).
- e) Existen fondos de contingencia disponibles para emergencias.
- f) Recursos asignados suficientes para una cartera de servicios efectiva de acuerdo con el nivel de atención y tipo de unidad.
- g) Métodos de compra y pago eficiente a proveedores.
- h) Eficientes métodos de compra y pago a proveedores.
- i) Eficiencia en contratación de servicios indirectos (2o y 3er nivel).
- j) Financiamiento de salud sigue las pautas basadas en necesidades.

| Referencias de apoyo. |
|---|
| Analytical guide to assess a mixed provider payment system https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311020/9789241515337-eng.pdf?sequence=1 |
| Governance for strategic purchasing: An analytical framework to guide a country assessment https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330247/9789240000025-eng.pdf?sequence=1 |
| Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic? https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311387/WHO-UCH-HCF-PolicyBrief-19.6-eng.pdf?sequence=1 |
| Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions – A summary from expert and practitioners' discussions https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259423/9789241513319-eng.pdf?sequence=1 |

| |
|--|
| A system-wide approach to analysing efficiency across health programmes https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254644/9789241511964-eng.pdf?sequence=1 |
| Building the economic case for primary health care: a scoping review |
| Community health planning & costing tool https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326293/WHO-HIS-SDS-2018.60-eng.pdf?sequence=1 |
| Global Health Expenditure Database – estimations of primary health care expenditure https://apps.who.int/nha/database |
| Integrated Community Case Management Gap Analysis Tool De Próxima publicación, UNICEF https://www.unicef.org/media/61571/file |
| OneHealth Tool https://www.who.int/tools/onehealth |
| Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040 |
| Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers – Investment Case and Financing Recommendations https://www.who.int/news/item/03-08-2015-strengthening-primary-health-care-through-community-health-workers-investment-case-and-financing-recommendations |
| UHC intervention compendium https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium#:~:text=Welcome%20to%20the%20UHC%20Compendium,Universal%20Health%20Coverage%20(UHC) |
| WHO CHOICE https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium |

2.4 Componente 4a: Infraestructura, conservación y mantenimiento.

2.4.1 Introducción.

IMSS-BIENESTAR requiere instalaciones de salud seguras, limpias, ordenadas y accesibles a fin de prestar servicios eficaces, que incluyan todos los servicios básicos como agua, drenaje, manejo de residuos, conexiones de telecomunicaciones y un suministro de energía eléctrica fiables, así como sistemas de transporte que puedan trasladar a los pacientes para que sean atendidos en otros niveles o instituciones.

La infraestructura física de las unidades tiene repercusiones tanto en la capacidad de atender como en la satisfacción de los pacientes, lo que, a su vez, tiende a afectar a la utilización de los servicios.

Deben atenderse las necesidades, la conservación y mantenimiento de la infraestructura, y del equipamiento con énfasis entornos de primer nivel de atención.

Además, es importante contar con un plan de infraestructura que reduzca estratégicamente las barreras de acceso geográfico a los establecimientos de salud.

2.4.2 Retos.

- a) Integrar un diagnóstico de cobertura de infraestructura, de acuerdo con el nivel de atención, cartera de servicios y densidad de población de responsabilidad en los territorios.
- b) Estimar y planear el crecimiento de la infraestructura, de acuerdo con indicadores poblacionales (número de consultorios, número de camas censables, etc).
- c) Contar con planes de aprovechamiento de la infraestructura ociosa, como consultorios y quirófanos. (Proyecto Unidades Médicas de Tiempo Completo).
- d) Incorporar al plan de infraestructura espacios innovadores como las salas LPR y entornos habilitantes.
- e) Regularizar la transferencia jurídica de la infraestructura.
- f) Actualizar los planes de conservación y realizar acciones sustantivas de imagen institucional, impermeabilización, orden, limpieza, pintura, etc.
- g) Implementar los procedimientos normativos en materia de infraestructura y conservación institucional en las unidades de salud.

2.4.3 Requerimientos clave.

- a) Diagnóstico de necesidades de conservación, mantenimiento de las unidades transferidas a IMSS BIENESTAR.
- b) Plan de infraestructura institucional.
- c) Determinación de brechas y presupuestación para cierre de brechas de infraestructura y conservación.
- d) Mantenimiento regular de unidades con suficiente personal calificado para conservarlas en funcionamiento, ordenadas y limpias.

- e) Debe cumplirse el control en la evacuación de los desechos infecciosos y las aguas residuales para prevenir la propagación de enfermedades en las comunidades.
- f) Considerar las medidas eficaces de prevención y control de las infecciones y los servicios de agua, drenaje e higiene en las unidades de salud.
- g) Se debe reforzar la atención al orden y limpieza de todas las áreas.
- h) Atender la infraestructura tecnológica para la implementación de sistemas de información digitales.
- i) Garantizar un suministro eléctrico confiable, no solo para la iluminación y funcionamiento habitual sino para mantener las cadenas de frío, y áreas críticas como el uso de ventiladores. Las plantas eléctricas deben encontrarse libres de riesgos (terremotos, inundaciones, incendios) que pongan en peligro su permanente funcionamiento. Se deberá considerar la instalación de paneles solares cuando el suministro de energía se encuentre comprometido.
- j) El transporte forma parte de la infraestructura, debe existir la posibilidad de trasladar a los pacientes que requieren una atención más avanzada o más urgente del primer nivel al segundo o tercero para garantizar el acceso.
- k) Considerar los recursos necesarios para el funcionamiento de las unidades médicas móviles para la prestación de servicios en zonas de difícil acceso o para campañas de divulgación.
- l) Los programas de mantenimiento preventivo deben mantenerse vigentes y con adecuado cumplimiento.
- m) Adaptar las instalaciones para favorecer la movilidad y acceso de personas con discapacidad, así como contemplar a la infancia, y la perspectiva de género (elevadores, escaleras mecánicas, rampas, puertas y pasillos amplios, escaleras con barandales, zonas de descanso con asientos cómodos, señalizaciones adecuadas, y baños públicos accesibles).
- n) Debe existir un plan de infraestructura de albergues y de residencias médicas, de acuerdo con necesidades.
- o) Implementación de estrategias de protección civil y Hospital Seguro cuando aplique.

2.4.4 Pasos de implementación.

Paso 1. Indicar a la estructura correspondiente en la representación estatal la generación del diagnóstico situacional y plan de infraestructura estatal.

La estructura estatal de infraestructura debe consultar y levantar en las unidades de salud el diagnóstico situacional de infraestructura, conservación y equipamiento.

Paso 2. Relacionar el plan de infraestructura con el programa presupuestal correspondiente a nivel estatal y normativo.

Paso 3. Ajustar los planes específicos por nivel de atención.

Paso 4. Implementar los planes de conservación y mantenimiento.

Paso 5. Completar equipamiento.

Paso 6. Asegurar planes de protección civil, hospital seguro y servicios generales.

Paso 7. Desarrollar un plan integral y redes con ambulancias de traslado funcionales.

Paso 8. Monitoreo de indicadores clave.

2.4.5 Indicadores de progresión.

- a) Densidad de población distribuida en los establecimientos de salud por tipo, nivel de atención, cartera de servicios y población de responsabilidad.
- b) Diferencia en la proporción de camas censables por 1000 derechohabientes.
- c) Se cuenta con un plan de desarrollo de infraestructura con base en necesidades.
- d) Se cuenta con un plan de infraestructura de residencias médicas y albergues con base a necesidades.
- e) Plan de infraestructura de entornos habilitantes y salas de LPR.

- f) Disponibilidad y cumplimiento de servicios básicos y conservación (agua, saneamiento).
- g) Disponibilidad y sustentabilidad eléctrica (con procesos de seguridad ante contingencias).
- h) Disponibilidad de infraestructura tecnológica para internet en las unidades.
- i) Distribución de vehículos de traslado/emergencia en las unidades con énfasis en el primer nivel.

| Instrumentos y recursos del sistema de salud |
|--|
| AccessMod https://www.accessmod.org/ |
| Access to modern energy services for health facilities in resource-constrained settings: a review of status, significance, challenges and measurement, Reprinted in 2015 with changes https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/156847/9789241507646_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y |
| Preguntas e indicadores principales para el monitoreo de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275783/9789241514545_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y |
| Normas básicas de higiene del entorno en la atención sanitaria https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330043/9789243515519_spa.pdf?ua=1 |
| Overview of technologies for the treatment of infectious and sharp waste from health care facilities https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328146/9789241516228_eng.pdf?sequence=1 |
| Safe management of wastes from health-care activities: a summary https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85349/9789241548564_eng.pdf?sequence=1 |
| Training modules in health-care waste management https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health-(wash)/health-care-facilities/health-care-waste/training-modules |
| El agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud: Medidas prácticas para lograr el acceso universal a una atención de calidad https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330043/9789243515519_spa.pdf?ua=1 |
| Instrumento de mejora del agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud <<WASH FIT>> - Guía práctica para mejorar la calidad de la atención mediante los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/278066/9789243511696_spa.pdf?ua=1 |
| WHO/UNICEF guidance on health facility indicators https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275783/9789241514545_eng.pdf?sequence=1 |

2.5 Componente 4b: Servicios Generales, conservación y mantenimiento.

2.5.1 Introducción.

Para el correcto cumplimiento de sus funciones, el IMSS-BIENESTAR debe contar con los servicios generales y complementarios necesarios en las unidades médicas, como son: limpieza, fumigación, jardinería, servicio de seguridad, lavado de ropa hospitalaria, recolección de residuos peligrosos biológico infecciosos, recolección de residuos sólidos urbanos, servicio de alimentación para pacientes y personal médico, entre otros; mismos que se valorarán de acuerdo a las necesidades de cada unidad hospitalaria.

De igual manera, es necesario el mantenimiento preventivo y correctivo de equipo y mobiliario administrativo, equipos eléctricos, electrónicos, mecánicos y electromecánicos de las unidades médicas, a fin de garantizar el correcto funcionamiento de estos ya que pueden incidir de manera directa en la prestación de un servicio médico de calidad. Para lo cual se prevé un programa de mantenimiento mediante la contratación de una póliza para poder dar atención inmediata a cualquier eventualidad que se presente.

Asimismo, es necesario considerar el mantenimiento menor a los inmuebles, para aquellos casos en que no se modifique la estructura de estos, con la finalidad de brindar espacios dignos a los pacientes y al personal que labora en las unidades médicas, evitando daños graves o estructurales al inmueble, además de mejorar su apariencia.

2.5.2 Retos.

- a) Cubrir la totalidad de las necesidades de las unidades médicas por lo que hace a servicios generales y complementarios.
- b) Contar con una póliza de mantenimiento de los diferentes equipos eléctricos, electrónicos, mecánicos y electromecánicos para poner en operación aquellos equipos que cuenten con fallas y dar mantenimiento periódico a los mismos para garantizar su funcionamiento.
- c) Elaborar un diagnóstico de los requerimientos de conservación y mantenimiento menor de inmuebles, priorizando su atención, a fin de buscar la fuente de financiamiento para atenderlos en la medida de la disponibilidad de los recursos.
- d) Elaborar, en coordinación con las unidades médicas, protocolos de atención en caso de fallas o emergencias.
- e) Coordinar a las unidades médicas a fin de que cuenten con sus programas internos de protección civil y sus correspondientes unidades internas.

2.5.3 Requerimientos clave.

- a) Definición de la demanda de los servicios generales y complementarios por cada unidad médica, para su contratación.
- b) Definición de la demanda de mantenimiento de equipos eléctricos, electrónicos, mecánicos y electromecánicos, con la finalidad de realizar la contratación de una póliza de mantenimiento.
- c) Definición de un programa de conservación y mantenimiento menor de inmuebles por cada unidad médica.
- d) Determinación de prioridades de atención.
- e) Consolidación de requerimientos.
- f) Coordinación interinstitucional para la capacitación en materia de protección civil a fin de concientizar a la población médica en tema de prevención de riesgos y acciones a seguir en caso de emergencias.
- g) Identificar a los servidores públicos idóneos para coordinar acciones en caso de que se requiera atención de alguna eventualidad directamente en las unidades médicas.

2.5.4 Pasos de implementación.

Paso 1. Implementar un canal de comunicación a través de las estructuras estatales, procurando contar con los datos de contacto de las personas idóneas en cada caso en particular de cada unidad médica.

Paso 2. Hacer de conocimiento de las estructuras estatales del plan de trabajo que se implementará para el cumplimiento de los objetivos.

Paso 3. Obtener la información correspondiente necesaria para elaborar los requerimientos de servicios generales, complementarios, mantenimientos de los diferentes equipos y conservación y mantenimiento menor de inmuebles.

Paso 4. Identificar la fuente de financiamiento.

Paso 5. Consolidación de los requerimientos a fin de preparar una contratación centralizada.

Paso 6. Mantener comunicación con las estructuras estatales a fin de conocer los detalles del cumplimiento de los contratos generados.

Paso 7. Realizar reuniones de capacitación en materia de protección civil y dar seguimiento hasta la instalación de sus unidades internas y la creación de sus programas internos.

Paso 8. Realizar reuniones generales, de manera periódica, para dar seguimiento a los trabajos.

2.5.5 Indicadores de progresión.

- a) Cobertura de servicios generales y complementarios.
- b) Cobertura en materia de mantenimiento de equipos, en relación con los recursos disponibles.
- c) Cumplimiento a los programas de mantenimiento de equipos.
- d) Cobertura en materia de conservación y mantenimiento menor de inmuebles, en relación con los recursos disponibles.
- e) Cumplimiento al programa de conservación y mantenimiento menor de inmuebles.
- f) Avances en capacitación en materia de protección civil.
- g) Unidades médicas con unidad interna y programa interno de protección civil.

2.6 Componente 5: Recursos humanos para la salud

2.6.1 Introducción

El personal de salud es definido como todas las personas relacionadas en acciones cuyo interés es mejorar la salud. Los recursos humanos constituyen uno de los recursos más importantes en salud y por eso requieren una planeación y gestión efectiva para un Modelo de Atención que alcance mejores resultados en salud.

El proceso de centralización conlleva la transferencia de Recursos Humanos por parte de las Entidades Federativas, así como la incorporación del personal con contrato eventual y precario. Por otro lado, implica el análisis del estado actual, el diseño e implementación de plantillas con base en los diagnósticos de necesidades de cobertura y de atención, por nivel de atención, y con perfiles necesarios para el alcance de metas en salud.

El plan de recursos humanos debe incluir:

- La continuidad del proceso de incorporación del personal eventual y precario.
- La evaluación y análisis de las brechas.
- La conducción del reclutamiento, selección, distribución, transferencias y contratación del personal.
- Diseño adecuado de descripción de funciones y contratos.
- Orientaciones conductuales en el trabajo.
- Establecimiento y actualización de las plantillas de recursos humanos, considerando la idoneidad del perfil del puesto para brindar servicios de calidad.
- Promover la motivación del personal a través de un liderazgo apropiado y provisión de los incentivos correctos.
- Conducir supervisión efectiva y reconocimiento al desempeño, así como las medidas correspondientes según aplique.
- Favorecer la comunicación efectiva con el staff.
- Promover la continuidad de la capacitación y la educación en la prestación de los servicios.
- Generar una cultura de integración y pertenencia al IMSS BIENESTAR

2.6.2 Retos

- a) Priorizar la contratación del personal de las Estructuras Estatales
- b) Trabajar con los Recursos Humanos en salud el cual es limitado
- c) Presentismo laboral
- d) Analizar la distribución inadecuada del personal

- e) Centralización y alineación de plantillas laborales
- f) Alineación de perfiles de puestos conforme el MAS-BIENESTAR
- g) Capacitar a los cuerpos directivos en función del MAS-BIENESTAR
- h) Trabajar los cuadros de reemplazo del personal directivo y los equipos de conducción.
- i) Alineación de las estructuras y modelo actual a las nuevas estructuras con base en el Modelo MAS-BIENESTAR.
- j) Mejorar la actitud del personal, identidad institucional, supervisión, etcétera de los equipos de conducción y cuerpos de gobierno.

2.6.3 Requerimientos clave

- a) Control en los procesos de Recursos Humanos referentes a la contratación, regularización, basificación y distribución equilibrada de personal de salud clave para la cobertura de las necesidades de salud de la población en los tres niveles de atención, la acción comunitaria y los niveles de conducción correspondientes.
- b) Realizar un diagnóstico situacional con definición de densidad (por cada 1000 personas) y brechas de recursos humanos con base a necesidades de cobertura, por nivel de atención, geográfico y por cartera de servicios.
- c) Evaluar si el personal sanitario es adecuado y competente para la implementación del MAS-BIENESTAR con el fin de avanzar hacia la cobertura sanitaria universal.
- d) Diseñar un plan de regularización de plantillas de personal y de las fuentes de financiamiento para ello.
- e) Contar con un proceso definido de reclutamiento, selección y distribución de personal.
- f) Establecer una bolsa de trabajo para coberturas por ausencias programadas y no programadas.
- g) Disminuir las brechas de recursos humanos donde exista mayor escasez.
- h) Establecer indicadores de desempeño y productividad del personal existente.
- i) Diseñar un plan de captación de personal de servicio social.
- j) Establecer las actividades del personal voluntario en apoyo al personal de salud formal.
- k) Establecer contacto para colaboración y acuerdos con los grupos sindicales correspondientes.

Acciones para procesos sustantivos de recursos humanos

1. Procedimientos institucionales tendientes al reclutamiento y distribución del personal con base en la atención de las necesidades de atención, y distribución en lugares y turnos de difícil cobertura, así como eficientar el uso de la infraestructura ociosa para su aprovechamiento en días y turnos disponibles.
2. Gestión de los recursos necesarios para la cobertura de plantillas directivas, de conducción y operativas por niveles de atención necesarias para la implementación del MAS-BIENESTAR basados en la necesidad de atención y acciones preventivas.
3. Relacionar el egreso de la formación de especialistas con la contratación en las plazas vacantes para hacer eficiente la formación y cobertura de especialistas.
4. Relacionar los procesos educativos y de desempeño con el control del personal para la rendición de cuentas.
5. Planificar las metas de cobertura y densidad de profesionales de acuerdo con indicadores nacionales e internacionales.
6. Comprender el perfil actual y futuro del personal de salud en conjunto con los sectores de la educación, trabajo y economía.

7. Generar un enfoque de contratación basado en equipos multidisciplinarios, equipos básicos de salud, equipos quirúrgicos, etc. para fortalecer la integralidad de la atención y la eficiencia de los recursos.
8. Analizar la propuesta del MAS-BIENESTAR para adecuar la distribución de personal con base en el modelo de forma no limitativa de acuerdo con los recursos y posibilidades para permitir la prestación de una atención continua, integral, coordinada y centrada en las personas.
9. Promover en los perfiles de puestos y funciones, la optimización de la combinación de aptitudes mediante la «delegación de funciones», «distribución de tareas», «delegación» o «sustitución» que promueven la ampliación de roles para un mayor aprovechamiento de competencias del personal.
10. Incorporar en los equipos de acción comunitaria personas con experiencia en la participación de personas y comunidades, como los especialistas en desarrollo comunitario o antropólogos.
11. Contar con estrategias de ampliación de permanencia y arraigo del personal contratado, principalmente en las de difícil cobertura.
12. Asegurar la permanencia del personal de salud comunitario como estrategia prioritaria del MAS-BIENESTAR
13. Mejorar los procesos de rendición de cuentas para maximizar la utilización, la productividad y el desempeño del personal existente.
14. Distribuir la carga de trabajo de forma adecuada para la distribución adecuada del tiempo de los profesionales para actividades de integración interprofesional y gestión de salud poblacional.
15. Crear y fomentar un programa de clima y cultura organizacional que defina las funciones claras de los equipos básicos y ampliados de salud, favorezca la comunicación entre los profesionales, evitar la discriminación, genere respeto y confianza en los equipos, equilibrar las cargas de trabajo, proporcione supervisión y retroalimentación del desempeño.
16. Generar un programa permanente de capacitación directiva y liderazgo gerencial para cuerpos directivos y de conducción.

2.6.4 Factores clave

Nivel central

- a) Alto compromiso político y compromiso de las áreas normativas.
- b) Disponibilidad de los recursos y marco institucional.
- c) Colaboración, coordinación y gestión del cambio.
- d) Asegurar que el **Comité Institucional de Recursos Humanos en Salud** (CIRHS) cuente con suficiente autoridad y las habilidades suficientes.
- e) Capacidad de planeación y gestión de recursos humanos.
- f) Adecuada réplica de normativa en las Coordinaciones Estatales.
- g) Mejorar la distribución del personal, particularmente en zonas de difícil cobertura para desplegar a los profesionales en comunidades y servicios insuficientemente atendidos.
- h) Participar en la integración del plan de educación continua del personal de salud, a fin de armonizar las competencias de los profesionales con las necesidades de las comunidades y la población.
- i) Reorganizar las plantillas transferidas para ampliar el acceso y privilegiar la atención de primer nivel y acción comunitaria.

- j) Permitir la evaluación del desempeño del personal por instancias gubernamentales serias en materia de eficiencia y efectividad de los recursos humanos del IMSS BIENESTAR.

Nivel operativo

- a) Asegurarse de que el personal de salud cuente con las competencias necesarias para prestar los servicios sanitarios de APS y tenga las competencias básicas necesarias para prestar el conjunto de servicios de salud definido.
- b) Participar con la instancia correspondiente en materia educativa de nivel central del IMSS-BIENESTAR para institucionalizar la educación y la formación interprofesional continua de los equipos básicos y ampliados de salud.
- c) Conducir los procesos de gestión y rendición de cuentas para optimizar la motivación, la satisfacción, la permanencia y el desempeño.
- d) Promover una cultura organizacional sensible a las cuestiones de género, no violencia, no discriminación ni acoso sexual y/o laboral, con incentivos adecuados, salud y seguridad en el trabajo.
- e) Participar en la actualización del Profesiograma institucional.
- f) Diseñar un programa de estímulos vinculados al mérito del desempeño.
- g) Proporcionar oportunidades de formación y educación continua interprofesional.
- h) Aportar información útil para la gestión de salud poblacional y planificación de coberturas.
- i) Contribuir en la rendición de cuentas del personal de la comunidad mediante una supervisión del desempeño y una retroalimentación sobre esta regularmente.

2.6.5 Pasos para la implementación.

Paso 1. Establecer un **Comité Institucional de Recursos Humanos en Salud (CIRHS)** donde el área médica, administrativa, jurídica, acción comunitaria, infraestructura, expresen e integren sus necesidades, y todo el cuerpo directivo y procesos se encuentren alineados a la visión del MAS-BIENESTAR. Debe contar con términos de referencia que aseguren que sus actividades son reportadas al EDG y Comité Central de Implementación del MAS-BIENESTAR.

Paso 2. Fortalecimiento de las Coordinaciones de Recursos Humanos y Nómina Federalizada para un trabajo conjunto alineado a las definiciones del CIRHS utilizando información de los diagnósticos de recursos humanos.

Paso 3. Establecimiento de prioridades de reclutamiento, contratación y distribución, incluyendo profesionales de la salud que concluyen formación profesional como licenciados y especialistas.

Paso 4. Procesos de reclutamiento de talento que cumpla con los perfiles del puesto.

Paso 5. Capacitación al personal sobre gestión y otros procesos de recursos humanos.

Paso 6. Integrar plantillas confiables en consenso de las áreas correspondientes.

Paso 7. Establecer los canales de transferencia de presupuestos para recursos humanos en formación, mientras dura el proceso progresivo de transición.

Paso 8. Fomentar mecanismos de comunicación de cualquier cambio o resultado, al personal en transición.

Paso 9. Diseñar perfiles de puestos alineados al MAS-BIENESTAR.

Paso 10. Participar en los mecanismos de coordinación intersectorial, particularmente la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud en línea con la Coordinación de Educación e Investigación y la Coordinación de Recursos Humanos del IMSS BIENESTAR a fin de planificar la

formación, y basificación de recursos humanos formados en las plazas vacantes de necesidad prioritaria de cobertura.

Paso 11. Diseñar un plan de permanencia y cobertura de personal donde se diagnostique su necesidad.

2.6.6 Indicadores de progresión

- a) Densidad y distribución de trabajadores de la salud (categoría, nivel de atención) por cada 1000 dh (Regularización de plantillas).
- b) Cobertura de equipos de conducción completos y estructuras estatales de conducción.
- c) Cobertura de personal operativo y distribución basada en conformación de equipos de salud con base en MAS-B (en los 3 niveles de atención).
- d) Asignación de médicos residentes en rotación de campo a Unidades de difícil cobertura en cumplimiento con lineamientos.
- e) Mecanismos de acreditación y convenios con instituciones de educación para la formación de recursos humanos.
- f) Desarrollo e implementación del sistema y programa anual de educación continua y capacitación del personal de salud.
- g) Implantación del Plan de formación de pregrado y posgrado en IMSS-BIENESTAR (MIPS, MPSS, Residentes, enfermería y técnicos).
- h) Desarrollo e implementación del Sistema de Reconocimiento de Personal.

Referencias de apoyo

Building the Primary Health Care Workforce of the 21st Century

CHW Guideline: Health systems supports for CHWs

Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): Updated Program Functionality Matrix for Optimizing Community Health Programs

Global Competency Framework for Universal Health Coverage

De próxima publicación, OMS

Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030

National Health Workforce Accounts Handbook and Implementation Guide

Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios

Working for health and growth: Investing in the health workforce

Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario (WISN) Manual del Usuario

Instrumentos y recursos específicos de los programas

Formar a un personal sanitario competente en salud del adolescente

Cancer workforce strategy for comprehensive prevention and control

De próxima publicación, OMS

Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los dispensadores de atención primaria

Midwifery education modules - Education material for teachers of midwifery

Strengthening midwifery toolkit

Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: Framework for action

Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health

Using auxiliary nurse midwives to improve access to key maternal and newborn health interventions in sexual and reproductive health

WHO Competency Framework for Health Workers' Education and Training on Antimicrobial Resistance

2.7 Componente 6: Medicamentos e insumos para la salud.

2.7.1 Introducción.

Dentro de los determinantes de los servicios de salud, se encuentran la estructura de medicamentos e insumos para la salud.

Los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) buscan la máxima correlación entre la necesidad calculada por los servicios de atención médica estatales y la adecuada adquisición, compra, distribución y disponibilidad de los medicamentos e insumos para la salud en los puntos necesarios de atención. Además, se requiere de esfuerzos importantes para

su adecuada utilización y aprovechamiento, estandarizando en guías de práctica clínica y basado en evidencia científica.

Se requiere la participación activa de las áreas de Atención a la Salud al calcular los insumos y las cantidades necesarias en los tres niveles de atención. Así como el involucramiento de las áreas administrativas y presupuestales en los procedimientos oportunos de compra, adquisición y distribución; por lo que este componente se encuentra integrado por las áreas técnicas administrativas, financieras, de abasto y médicas de atención a la salud.

2.7.2 Requerimientos clave.

- a) Se requiere el cumplimiento de la normatividad vigente en materia del Compendio Nacional de Insumos para la Salud y las buenas prácticas de fabricación, distribución, almacenamiento y dispensación.
- b) La integración estandarizada de los Consumos Promedios Mensuales (CPMs) por las áreas clínicas por nivel de atención y de dispensación, para realizar una consolidación central de estos insumos.
- c) La disponibilidad de equipo tecnológico esencial para contar con la trazabilidad de los insumos y adecuado abasto de los mismos.

2.7.3 Requerimientos para la implementación

- a) Se requiere evidencia documental del cumplimiento de la normatividad sanitaria nacional.
- b) Establecer mecanismos homologados de integración de necesidades y trazabilidad de medicamentos e insumos para la salud.
- c) Despliegue del Sistema de Abasto Institucional (SAI)
- d) Procedimientos claros y oportunos para la integración de las necesidades de medicamentos e insumos por el área médica hacia el área de abasto.
- e) Mecanismos de compra y distribución oportunos y medibles.
- f) Agilización de la distribución en la última milla con indicadores precisos.
- g) Medición de la oportunidad en el suministro de medicamentos e insumos en punto
- h) Evaluación del proceso e identificación de las áreas de mejora para iniciar nuevamente el ciclo.

2.7.4 Factores clave.

- a) Sistemas de información retroalimentables de integración de necesidades, consumo y suministro en los diferentes niveles de atención y conducción.
- b) Trazabilidad de los medicamentos e insumos para la salud.

2.7.5 Indicadores de progresión

- a) Porcentaje de recetas surtidas.
- b) Diferencia entre medicamento necesario solicitado y medicamento suministrado/entregado.
- c) Porcentaje de recetas surtidas.

2.8 Componente 7: Equipamiento y/o mantenimiento de equipo y mobiliario médico (con componentes electrónicos).

2.8.1 Introducción.

Dentro de los determinantes de los servicios de salud, se encuentra la infraestructura, la cual contempla el equipamiento necesario para la atención y resolutivez por cartera de servicios.

Este plan de implementación busca la máxima correlación entre la necesidad calculada, con base en las carteras de servicios y los diferentes niveles de atención.

Por lo cual es necesario el desarrollo y despliegue de un plan de equipamiento y/o mantenimiento de equipo y mobiliario médico, éste último considerando aquéllos que cuenta con componentes electrónicos, tales como: mesa universal para exploración, mesa quirúrgica universal, cama clínica hospitalaria de múltiples posiciones para paciente adulto, entre otros, para la atención y así favorecer su disponibilidad oportuna.

Requiere la participación de la emisión de la necesidad por las áreas de atención a la salud de los tres niveles de atención, así como procedimientos oportunos de adquisición, distribución y mantenimiento, por lo que este componente se encuentra integrado por las áreas: técnicas, administrativas, financieras y médicas de atención a la salud.

En la fase de planeación y arranque se realizarán las siguientes acciones:

1. Equipamiento adquirido, funcionando, considerando que en las unidades médicas se cuente con la infraestructura adecuada para el buen funcionamiento de los equipos, así como el recurso humano idóneo para el manejo del equipo.
2. Validación entre la necesidad y lo adquirido, con base en Fichas de requerimientos de Primero, Segundo y Tercer nivel de atención en su componente de equipamiento.
3. Determinar conforme al diagnóstico realizado por la Unidad de Atención a la Salud de aquellos equipos que requieren mantenimiento preventivo-correctivo para su buen funcionamiento y/o sustitución.
4. Adquisición del equipo médico y mobiliario médico, en caso de no haber sido considerado.

Para las fases de Continuidad y Operación, así como, Consolidación y Evaluación, su cumplimiento se prevé en los siguientes puntos.

2.8.2 Requerimientos clave.

- a) Cumplimiento de la normatividad vigente.
- b) Integración estandarizada de los requerimientos de equipamiento básico y avanzado de acuerdo con las fichas de requerimientos de Primero, Segundo y Tercer nivel de atención en su componente de equipamiento.
- c) Disponibilidad de equipamiento para diagnóstico y tratamiento.
- d) Herramientas para la revisión del equipo médico por parte del personal de IMSS-BIENESTAR.
- e) Identificar las condiciones técnicas requeridas para la contratación de pólizas de mantenimiento preventivo-correctivo de acuerdo con la necesidad identificada por parte del personal del IMSS-BIENESTAR.
- f) Para la adquisición de equipamiento con fuente de financiamiento federal es indispensable contar con: Documentos de planeación (Centro Nacional de

Excelencia Tecnológica en Salud) y Cartera de Inversión (Secretaría de Hacienda y Crédito Público).

2.8.3 Factores clave.

- a) Plan funcional de mantenimiento de equipo y mobiliario médico con componentes electrónicos.
- b) Rehabilitación de equipos fuera de servicio para la habilitación de servicios prioritarios.
- c) Red de frío funcional (refrigeradores).
- d) Cumplimiento de la proveeduría en la entrega-recepción, instalación, puesta en marcha y capacitación del equipamiento adquirido conforme a lo solicitado.

2.8.4 Indicadores de progresión.

- a) Cumplimiento de carteras de servicios por adecuado equipamiento. (Incumplimiento de carteras de servicios por falta de equipamiento funcional)
- b) Avances en cobertura de carteras de servicios basadas en equipamiento funcional.
- c) Red de frío funcional y efectiva (refrigeradores).
- d) Validación del equipamiento en la entrega-recepción, instalación, puesta en marcha y capacitación contra lo contratado.
- e) Validación del equipo funcional derivado del mantenimiento preventivo-correctivo contra lo contratado.

2.9 Componente 8: Organización, operación de procesos de los modelos de provisión de servicios.

2.9.1 Introducción.

Un modelo de atención es una conceptualización de la forma en que deben prestarse los servicios, incluidos los procesos de atención, la organización de los prestadores y la gestión de los servicios.

El MAS-BIENESTAR promueve una atención primaria de alta calidad centrada en la persona y las funciones esenciales de salud pública como el pilar de los servicios de salud integrados a lo largo del curso de la vida; este engloba varios *Modelos de Provisión de Servicios* que deben describirse de acuerdo con los procesos fundamentales y sustantivos de sus ejes de intervención que van desde la promoción de la salud, prevención específica, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, lo que implica la participación de tecnologías sanitarias como los medicamentos, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención.

Es relevante mencionar que el MAS-BIENESTAR busca evitar el paradigma de un modelo basado en la oferta, donde se definen carteras de servicios específicos sin contemplar la necesidad de la población, es precisamente la identificación de necesidades lo que debe priorizarse para organizar los servicios y los recursos para solventarlas. Cada nivel de atención cuenta con varios procesos sustantivos para la atención de las necesidades poblacionales, entre ellos: el despliegue de la acción comunitaria, jornadas/campañas comunitarias, consulta externa, cirugía, hospitalización, atención del parto, urgencias, etc.

El enfoque del modelo debe plantear acciones explícitas de reorientación hacia la prevención, estableciendo acciones preventivas intra y extramuros, midiendo y contrastando con las acciones de tipo curativo para demostrar un incremento en la búsqueda de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

2.9.2 Requerimientos clave.

Los modelos de provisión de servicios por nivel de atención y conducción deben contemplar mecanismos específicos de: Normatividad, rendición de cuentas, financiamiento, organización de recursos humanos, aplicación de protocolos de atención médica, protocolos de conservación, mantenimiento, equipamiento y abasto de medicamentos, organización y gestión de las instalaciones (supervisión, gestión de recursos, participación de la comunidad), así como funcionamiento de sistemas de información.

2.9.3 Factores clave.

- a) Determinar el estado de salud inicial del individuo o la colectividad que cuentan con la necesidad.
- b) Identificar los procesos que permitan mejorar el estado de salud inicial.
- c) Definir la adopción de la tecnología menos costosa para alcanzar cada posible estado de salud a partir del estado inicial.
- d) Definir normativamente el estado de salud objetivo que se ha de alcanzar o meta.
- e) Principio de eficiencia. La función de costos permitirá determinar los recursos mínimos que son necesarios para alcanzar un estado de salud determinado, lo que puede definirse como la necesidad en términos de recursos bajo un principio de eficiencia.
- f) Establecer prioridades. Definir quién va a recibir qué servicios. Reconocer la ilimitada capacidad de crecimiento de las necesidades es un primer paso.
- g) Definir Carteras de servicios cuestionando:
 - ¿Qué se produce? Es decir, ¿qué bienes y servicios y en qué cantidades?
 - ¿Cómo se producen? O sea, ¿qué tecnologías y qué combinación de factores productivos se utilizan? y
 - ¿Para quién se producen? Es decir, ¿cómo se distribuyen o quién recibe los bienes y servicios producidos?
 - ¿Qué necesidades de salud y de atención se satisfacen y cuáles no se satisfacen?

2.9.4 Pasos para la implementación

Paso 1. Implementación de la guía por nivel de atención y conducción.

Paso 2. Definición de los Modelos de Provisión de Servicios por proceso sustantivo por cada nivel de atención y de conducción.

Paso 3. Involucramiento de las áreas administrativas, tecnología, infraestructura, financieras, recursos humanos, abasto y equipamiento, comunitarias y de calidad en la definición de los modelos de provisión de servicios para su armonización.

Paso 4. Medición de indicadores de proceso y resultados en todas las fases.

Paso 5. En la definición de los modelos de provisión de servicios, promover servicios de salud integrados, dando prioridad estratégica a las funciones de atención primaria (accesibilidad, coordinación, continuidad de la atención, integralidad, centrado en la persona) y de salud pública y asegurando una coordinación adecuada entre ellas.

Paso 6. Incorporar los siguientes procesos para integrar las funciones esenciales de salud pública y de atención primaria:

- Los profesionales de salud pública y acción comunitaria participando en el primer nivel.
- Los servicios de salud pública y los prestadores de primer nivel en trabajo colaborativo.
- Paquetes de prestaciones amplias y búsqueda proactiva que incluyan programas de salud pública.
- Servicios de primer nivel atención en entornos de salud pública.
- Definición de modalidades para la entrega del servicio a la población estratificada acorde al análisis de los diversos riesgos poblacionales en materia de salud
- La creación de incentivos de salud pública en primer nivel (jornadas de vacunación y detecciones).
- Capacitación multidisciplinaria del personal de primer nivel en los componentes de atención médica de los programas de salud pública.

Paso 7. Implementar proyectos que favorezcan el acceso, por ejemplo, la atención domiciliaria y comunitaria, unidades médicas de tiempo completo o con turnos ampliados, acceso a teleconsultas, y orientación médica telefónica, la atención primaria en servicios de atención crónica, las unidades de rehabilitación en hospitales locales, unidades de primer nivel con admisión continua, consultorios de traumatología y ortopedia en el primer nivel de atención, etc, teniendo en cuenta el contexto.

Paso 8. Hacer del primer nivel la puerta de entrada al sistema formal de atención para un adecuado orden y control de las atenciones de segundo y tercer nivel y la realización de acciones preventivas propias del primer nivel de atención.

Paso 9. Garantizar el funcionamiento y eficiencia de los sistemas de referencia y contrarreferencia con una regionalización operativa establecida y funcional, involucrando a los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar y las redes integrales de servicios de salud cuando sea necesario.

Paso 10. Los hospitales deben considerarse como organizaciones flexibles que reúnen recursos escasos y funcionan como un bien público y asumir la responsabilidad de la salud de la población en la región juntamente con otros niveles de atención y deben ampliar su enfoque de los episodios agudos e inmediatos a un enfoque más amplio de gestión de salud poblacional.

Paso 11. Explicitar los mecanismos de continuidad, coordinación y atención centrada en las personas.

Paso 12. Reorientar la atención basada en equipos básicos y ampliados de salud multidisciplinarios con práctica colaborativa interprofesional, con delegación y ampliación de funciones y roles.

Paso 13. Conectar a los agentes de salud comunitarios con el personal hospitalario para la integración de diagnósticos situacionales de salud, análisis de la situación de salud, y búsqueda proactiva de la población.

Paso 14. Establecimiento de los paneles de atención o territorialización para la gestión de salud poblacional.

Paso 15. Aprovechamiento y actualización del censo nominal de población de responsabilidad.

Paso 16. Empoderar la participación de la comunidad mediante el comité de salud, la acción comunitaria y la retroalimentación por la comunidad sobre la calidad de los servicios.

Paso 17. Promover la participación de los pacientes, la educación para la salud para que las personas puedan gestionar su propia salud.

Paso 18. Crear acción multisectorial de manera local a fin de abordar los determinantes más amplios de la salud.

Paso 19. Integrar los servicios de salud y los servicios de atención social.

Paso 20. Fortalecer la participación del equipo comunitario para mejorar la corresponsabilidad de la población de su responsabilidad para favorecer los modelos holísticos de atención.

Referencias de apoyo

Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of WHO's framework on integrated, people-centred health services

Critical pathways towards integrated people-centred health services

De próxima publicación, OMS

Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region

De próxima publicación, OMS

Integrating health services: brief

Local Engagement Assessment and Planning (LEAP): A toolkit for enhancing integrated and people-centred health services

De próxima publicación, OMS

Primary health care and health emergencies: brief

Primary health care and health emergencies (documento extenso)

Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration

The transformative role of hospitals in the future of primary health care

UHC intervention compendium

De próxima publicación, OMS

Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge

Instrumentos y recursos específicos de los programas

Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit

Child Friendly Communities in ESAR: An Integrated Approach to Community Platforms

Implementing malaria in pregnancy programs in the context of World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience

Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services

Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing

Mental health in primary care: illusion or inclusion?

Nutrition - WASH Toolkit. Guide for Practical Joint Actions

Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers

Primary health care as an enabler for «ending the epidemics» of high-impact communicable diseases: brief

Documento largo de próxima publicación, OMS

Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of primary health care

Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

The AIDS response and primary health care: linkages and opportunities

Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions)

Traditional and complementary medicine in primary health care

De próxima publicación, OMS

Why palliative care is an essential function of primary health care

2.10 Componente 9: Organización y operación de los procesos de Acción Comunitaria.

2.10.1 Introducción.

IMSS-BIENESTAR fundamenta su actuar en el MAS-BIENESTAR. Este, es parte constitutiva del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar de la Federación y tiene como propósito llevar a cabo la prestación gratuita de servicios, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, según lo establecido en el artículo 77 bis 5, apartado A, fracción 1 de la Ley General de Salud.

El MAS-BIENESTAR basa sus acciones en la práctica de la APS, que establece “garantizar a las personas una atención integral de calidad desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, lo más cerca posible de sus lugares habituales”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de sus líneas de acción para la promoción de la salud, dicta el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

De igual manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la Estrategia y Plan de Acción sobre promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) 2019-2030, propone 4 líneas estratégicas de acción esenciales para promover la salud: 1) Fortalecer entornos saludables, 2) Facilitar la participación y empoderamiento de la comunidad, 3) Fortalecer la gobernanza y acción intersectorial para el abordaje óptimo de los determinantes sociales de la salud y 4) Fortalecer los sistemas y servicios de salud. Estas estrategias las considera el Modelo MAS-BIENESTAR y están establecidas en los objetivos del componente de Acción Comunitaria.

Por su parte la Ley General de Salud en su artículo 58 establece: “la población podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, prevención o tratamiento de problemas ambientales, incorporación de voluntarios de salud en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, así como la notificación de la existencia de personas que requieran servicios de salud”.

Para fomentar la corresponsabilidad de la población, IMSS-BIENESTAR se apoya en una organización comunitaria conformada por voluntarios de las localidades, interesados y comprometidos en participar activamente en las acciones médicas y de acción social, autocuidado de la salud y vigilancia epidemiológica simplificada, así como en la concertación y coordinación con las autoridades locales, municipales, estatales y federales, para la gestión de recursos y apoyos para mejorar sus condiciones de salud y de vida.

El MAS BIENESTAR privilegia las acciones preventivas con la interacción de la atención médica y comunitaria con actividades dirigidas a la promoción de la salud, y fomento de la corresponsabilidad individual, familiar y comunitaria, con el objetivo de reducir los condicionantes que afectan su salud.

2.10.2 Requerimientos clave.

La acción comunitaria es aplicable en el primero, segundo y tercer nivel de atención, los cuales tienen relación con las áreas rural, suburbana y urbana, desarrollando objetivos mediante los componentes de atención a la salud y acción comunitaria, con respeto a los derechos humanos, perspectiva de género y con un enfoque intercultural. Así mismo debe contener acciones específicas, tales como:

Normatividad, rendición de cuentas, financiamiento, organización de recursos humanos aplicación de procesos claves como la participación comunitaria (organización comunitaria), personal institucional (puestos de conducción), coordinación interinstitucional, estrategias comunitarias y supervisión del componente comunitario.

2.10.3 Factores clave.

Para demostrar la efectividad de acción comunitaria se debe verificar:

- a) La conformación de la estructura comunitaria (voluntarios de salud, voluntarios, comité de salud, medicina tradicional y parteras).
- b) Conformación y capacitación del personal institucional (Estatal: Jefe del Departamento de Acción Comunitaria, Jefe de Oficina de la Organización Comunitaria, Jefe de Oficina de Promoción a la Salud y Contraloría Social, Supervisor de Acción Comunitaria y Promotor de Acción Comunitaria) en sus

funciones de conducción (planeación, capacitación, supervisión, coordinación y concertación con autoridades en todos los niveles: locales, municipales, estatales, federales, sectoriales e interinstitucionales).

- c) Implementación y seguimiento a las estrategias comunitarias: vigilancia epidemiológica simplificada, autocuidado de la salud, IEC (Información, Educación y Comunicación), entornos favorables para la salud, recursos alimentarios locales (huertos familiares) y enfoque intercultural.
- d) Seguimiento a los lineamientos de la contraloría social vigente, nombramiento o ratificación del aval ciudadano, con participación activa.
- e) En conjunto con el cuerpo de gobierno, dar seguimiento al funcionamiento adecuado y uso transparente de los recursos destinados para los albergues.
- f) Participación activa en la vinculación de los componentes de atención en salud (10 prioridades en salud), en las actividades de promoción, prevención, detección, control y seguimiento.

2.10.4 Pasos para la implementación de Acción Comunitaria, durante la fase de planeación-arranque.

Paso 1. Desarrollar e implementar guía que contenga la organización comunitaria, orientación y promoción a la salud, contraloría social y aval ciudadano, funciones de la conducción y supervisión del componente comunitario.

Paso 2. Definir acciones y características acordes al nivel de atención y áreas.

Paso 3. Involucrar áreas administrativas, tecnológicas, de infraestructura, financieras, recursos humanos, abasto, equipamiento y de calidad, en lo que corresponde al componente comunitario.

Paso 4. Medir indicadores de proceso y resultados en todas las fases.

Paso 5. Medir el involucramiento en forma multidisciplinaria (hospitales) e integral (unidad médica fija y móvil) en el componente de salud y acción comunitaria.

Paso 6. Verificar en el tercer nivel de atención lo siguiente:

- Funcionamiento de la controlaría social y aval ciudadano.
- Activación de red social para seguimiento y localización de pacientes.
- Acciones preventivas y de promoción a pacientes y familiares en consulta externa y salas de espera, acorde a la cartera de servicios.
- Organización comunitaria en localidades y barrios cercanos, en coordinación con las regiones.
- Coordinación y concertación en los 3 niveles de gobierno e instituciones, para mejoras de áreas externas en los hospitales, a favor de la imagen institucional y/u otras necesidades.
- Promoción de la cartera de servicios para redireccionar a los pacientes a primer y segundo nivel de atención.
- Integrarse al equipo multidisciplinario en las actividades de promoción, prevención y seguimiento de pacientes.

Paso 7. Verificar la organización de procesos en caso de contingencias sanitarias o meteorológicas.

2.10.5 Indicadores de progresión

Primera etapa (primera y segunda semana)

- I. Número de personal de conducción capacitado en el componente comunitario.
- II. Porcentaje de personal de conducción capacitado en el componente comunitario.

- III. Número de personal de conducción de acción comunitaria capacitado en sus funciones.
- IV. Porcentaje de personal de conducción de acción comunitaria capacitado en sus funciones.
- V. Número de asistentes de personal de hospital informados sobre los procesos de acción comunitaria vinculados al MAS-BIENESTAR.
- VI. Porcentaje de asistentes de personal de hospital informados en los procesos de acción comunitaria vinculados al MAS-BIENESTAR.
- VII. Número de asambleas realizadas.
- VIII. Número de asistentes a asambleas donde se les dio a conocer los procesos de acción comunitaria del MAS-BIENESTAR.
- IX. Número de acciones de mejora en el exterior del hospital.
- X. Número de jornadas de limpieza en el exterior del hospital.

tercera y cuarta semana

- I. Número de voluntarios capacitados.
- II. Número de voluntarios de salud capacitados.
- III. Número de comités de salud ratificados.
- IV. Número de comités de salud formados.
- V. Número de comités de salud capacitados.
- VI. Número de parteras tradicionales identificadas.
- VII. Número de parteras tradicionales en interrelación.
- VIII. Número de médicos tradicionales identificados.
- IX. Número de médicos tradicionales en interrelación.
- X. Número de avales ciudadanos ratificados.
- XI. Número de avales ciudadanos capacitados.
- XII. Número de pacientes referidos al hospital con volante de derivación (vigilancia epidemiológica simplificada).
- XIII. Número de pacientes con contrarreferencia en el volante de derivación.
- XIV. Número de personas capacitadas en la red social.

cuarta semana y continuo

- I. Sesiones de promoción a la salud por líneas de vida vinculadas a las 10 prioridades en salud del MAS-BIENESTAR:
 - A) Número de sesiones de promoción en vida reproductiva.
 - B) Número de sesiones de promoción en embarazo saludable.
 - C) Número de sesiones de promoción en el recién nacido.
 - D) Número de sesiones de promoción en la infancia.
 - E) Número de sesiones de promoción en la adolescencia.
 - F) Número de sesiones de promoción en el adulto.
 - G) Número de sesiones de promoción en el adulto mayor.
 - H) Número de sesiones de promoción en acciones transversales.
 - I) Número de sesiones de promoción de saneamiento básico.

Referencias de apoyo

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-09-2015-ensure-healthy-lives-and-promote-well-being-for-all-at-all-ages>.
- 2.- Chiavenato, Idalberto. La supervisión de las personas, Gestión del talento humano. Mc Graw Hill; México: 2012.
- 3.- Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003.
- 4.- Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.
- 5.- Pan American Health Organization. Special Session on the 25th Anniversary of the Declaration of Alma Ata. 45th Directing Council Provisionary Summary. PAHO publication CD45/SR/4. Washington, DC, 2004.
- 6.- Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010.
- 7.- J Gofin, R Gofin. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria Rev Panam Salud Pública, 21 (2007).

2.11 Componente 10: Capacitación en implementación.

2.11.1 Introducción.

En la fase de planeación-arranque, la capacitación además de estar dirigida a la implementación del Modelo, tendrá el objetivo de fortalecer las competencias de los equipos de conducción para los procesos sustantivos que se requieren para la segunda y tercera fase de este proceso así como la consolidación del Modelo en las entidades federativas.

Estas actividades incluyen la planeación, capacitación, supervisión, seguimiento y control que deberán atender para la fase de continuidad y evaluación de la implementación.

Se iniciará con el entrenamiento del Equipo Directivo de Gestión, Equipos Asesores de Implementación y a su vez a los Comités Estatales de Implementación, y Equipos Implementadores. Se contará con cartas descriptivas estandarizadas para la capacitación en servicio sobre temáticas relevantes para la implementación que se encontrarán en la Guía.

La Capacitación para la implementación en la primera fase se llevará a cabo a diferentes grupos:

- EDG.
- EAI.
- Estructura Estatal.
- ERS.
- EZS.
- Cuerpos de Gobierno de Hospitales
- Personal operativo de los diferentes niveles de atención.

Las temáticas de tronco común de capacitación de implementación incluyen:

- MAS-BIENESTAR.
- Prioridades en Salud.
- Regionalización Operativa.
- Estructura orgánica de IMSS-BIENESTAR.
- Normas operativas.

EDG y EAI, Estructura Estatal.

Además del tronco común, deben ser capacitados en:

- Plan de implementación
- Guías de implementación
- Indicadores de evaluación y monitoreo

Equipos de implementación y cuerpos directivos hospitalarios (Equipos de conducción).

Además de lo anterior deben ser capacitados en:

- Competencias transversales.
 - Factores humanos.

- Integración de equipos de trabajo, liderazgo, comunicación, toma de decisiones, manejo de conflicto, solución de problemas, manejo del estrés, trato digno, relaciones interpersonales.
- Modelo de Gestión Directiva (Conducción).

Personal operativo de los diferentes niveles de atención.

- MAS-BIENESTAR.
- Prioridades en Salud.
- Código infarto.
- SAIS.
- DIT.
- CASA.
- Orden, acomodo, limpieza.
- Otras temáticas de acuerdo con disciplinas específicas.
 - Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.
 - Triage.
 - Emergencias obstétricas.
 - Temáticas administrativas y de gestión hospitalaria, etc.

Posterior a la fase de arranque de la implementación, se iniciará la fase de consolidación donde se implementará el Plan de Educación Permanente y Formación en Salud a cargo de la Coordinación de Educación e Investigación y la estructura estatal correspondiente.

2.12 Componente II: Desarrollo de sistemas y tablero de control

2.12.1 Introducción

Para el control de procesos administrativos, operativos y de gestión a partir de indicadores requiere el desarrollo e implementación de sistemas de información.

El Sistema de Información Nacional en Salud (SINAIS) que es normado por la Secretaría de Salud y obligatorio para el sector, seguirá operando en los establecimientos de salud transferidos, con el apoyo de las Jurisdicciones Sanitarias, ahora Distritos de Salud, con el objetivo de que paulatinamente se integren en el flujo de información los Hospitales Generales, sedes de la Zonas de Supervisión. Así mismo se integrarán al seguimiento administrativo, sistemas del IMSS ordinario y los desarrollos propios de IMSS-BIENESTAR.

Es importante resaltar que el proceso de implementación no debe interrumpir el flujo de información para el seguimiento de los procesos sustantivos con la construcción de indicadores, del desempeño, resultados e impacto en salud.

Los sistemas de información son fundamentales para la inteligencia en salud, toma de decisiones en la implementación del modelo de atención, así como en el seguimiento de la operación. Asimismo, se requiere de un tablero de control gerencial de las acciones de implementación del modelo, administrado por los comités estatales y comité central de implementación.

2.12.2 Retos

Integrar un ecosistema de sistemas de información que permitan monitorear indicadores de estructura, proceso y resultado, de acuerdo con los macroprocesos administrativos y de atención en salud.

2.12.3 Requerimientos clave

- a. Mapa de procesos

- b. Catálogo de sistemas existentes
- c. Catálogo de sistemas necesarios por procesos

2.12.4 Pasos para la implementación

Paso 1. Integración del Mapa de procesos

Paso 2. Identificar los sistemas de información institucionales.

Paso 3. Asegurar la continuidad del flujo de información en los sistemas existentes.

Paso 4. Diagnóstico de existencia y necesidades de infraestructura tecnológica y de conectividad en los establecimientos de salud.

Paso 5. Plan de cobertura y conectividad digital en IMSS-BIENESTAR.

Paso 6. Convenio de colaboración en la utilización de sistemas de información del IMSS ordinario para procesos administrativos del IMSS-BIENESTAR.

Paso 7. Desarrollo de tableros de control con indicadores de estructura, procesos, resultados e impacto.

2.12.5 Factores clave

- a. Capacidad de ampliación de la cobertura tecnológica.

2.12.6 Indicadores de progresión

- a. Cobertura de conectividad y acceso a recursos tecnológicos en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
- b. Sistemas de información completos de acuerdo con procesos.
- c. Generación de información en materia de salud.

3 Evaluación de la implementación.

Se plantea que el proceso de supervisión y asesoría del MAS-BIENESTAR se realice de manera regular posterior a la primera fase de planeación y arranque, toda vez que los equipos de conducción contarán con funciones de implementación en la primera fase. Se realizarán procesos de monitoreo continuo de la implementación con sistemas de información para tal fin. (Tablero de control y gestión directiva).

La evaluación de la implementación se realizará de forma continua y secuencial al término de cada una de las fases, a través del catálogo de indicadores propuestos en el anexo 1 a nivel regional y estatal.

Se ha diseñado un catálogo de indicadores de progresión para evaluar los resultados de los procesos y el grado de avance en la implementación e impacto del MAS-BIENESTAR.

(Anexo 1).



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR



2023
AÑO DE
Francisco
VILLA

EL REVOLUCIONARIO DEL PUEBLO