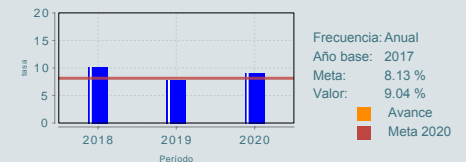


Programa del Gobierno Federal administrado por el IMSS. Su objetivo es otorgar servicios integrales de salud a la población sin afiliación a otras instancias públicas del Sistema Nacional de Salud, mediante un Modelo de Atención Integral a la Salud que vincula la prestación de los servicios y la acción comunitaria, en las entidades donde opera el Programa. Los apoyos permanentes en especie que brinda el programa incluyen servicios de salud en las unidades médicas, así como asesorías y orientación a la red comunitaria del Programa (parteras rurales, voluntarios rurales de salud y voluntarios). Los servicios son gratuitos y abiertos a la población que lo solicite sin condicionamiento alguno o criterios de elegibilidad en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención.

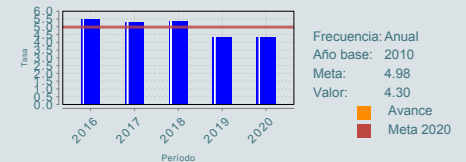
## ¿Cuáles son los resultados del programa y cómo los mide?

En 2018 CONEVAL, en conjunto con el CISS, desarrolló un análisis de factibilidad del componente comunitario para realizar una evaluación de impacto. El resultado del estudio destacó que la estrategia de fomento a la salud pública en grupos vulnerables es adecuada pero a la fecha con la información disponible y dificultad para aislar el efecto del componente comunitario de las acciones médicas no es posible realizarla. A lo largo de 17 años de evaluaciones se ha reiterado la capacidad organizacional para operar servicios médicos de 1° y 2° nivel; solidez institucional para atender las necesidades de la población en situación de marginación y pobreza; experiencia en la prevención y atención a población sin acceso a servicios de salud; hallazgos que dan cuenta del cumplimiento de los objetivos de Fin y Propósito. En el año 2020 la MIR del Programa tuvo 22 indicadores de los cuales 15 obtuvieron un desempeño adecuado, 6 no alcanzaron la meta programada y el indicador de saneamiento no se reportó debido a que las condiciones sanitarias impidieron realizar la actividad sustantiva para calcularlo. En 2020 el Programa registró 844 muertes infantiles, con lo que el indicador alcanzó un resultado favorable al cerrar el año en 9.04%. La tasa de hospitalización por diabetes no controlada tiene una tendencia a la baja resaltando que el resultado del ciclo fiscal 2020 fue mejor de lo programado. (ECR12, ECR18, EDD10, EDD11, EDD13, EDD15, ICP20, OTR20)

Tasa de mortalidad infantil



Tasa de hospitalización por diabetes no controlada.



## Definición de Población Objetivo:

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

### Cobertura

Entidades atendidas	21
Municipios atendidos	1,617
Localidades	25,527
Hombres atendidos	3,686,321
Mujeres atendidas	4,050,730

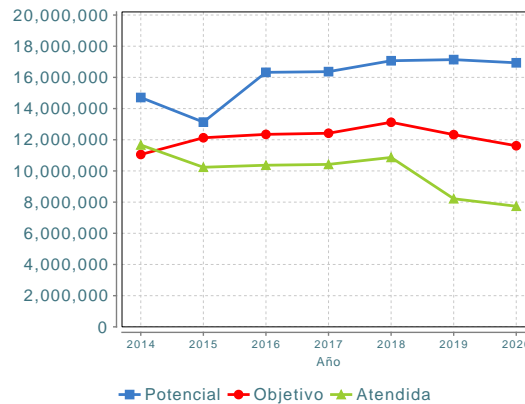
### Cuantificación de Poblaciones

Unidad de Medida	Persona
PA	

#### Valor 2020

Población Potencial (PP)	16,936,779
Población Objetivo (PO)	11,615,623
Población Atendida (PA)	7,736,005
Población Atendida/ Población Objetivo	66.60 %

## Evolución de la Cobertura



## Análisis de la Cobertura

El Programa cuenta con infraestructura en 19 entidades federativas, sin embargo, la población se distribuye en 21 estados, debido a la cercanía de algunas localidades pertenecientes a otras entidades. Las fluctuaciones en las poblaciones pueden deberse a variaciones en definiciones y fuentes de información. El decremento en la población atendida en los 2 últimos años obedece a: i) cancelación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, con la consecuente interrupción en la obligación de acudir a la unidad médica como parte de la corresponsabilidad para acceder al subsidio económico entregado por dicho Programa, lo que implicó el cierre de unidades médicas urbanas y la pérdida de alrededor de 2 millones de personas que acudían a consulta; ii) reducción en la demanda de servicios derivado de las medidas de confinamiento y sana distancia por el virus SARS-CoV-2.

## Análisis del Sector

En el ejercicio 2020 se contó con un presupuesto de 13'185.7 millones de pesos autorizados en el PEF. Esta cifra continúa la evolución inercial del presupuesto del Programa en los últimos ejercicios fiscales, con una tendencia incluso negativa en 2018 si se considera el efecto inflacionario. Debido a las limitaciones presupuestales que se ha enfrentado no ha sido posible atender de manera integral aspectos sustantivos: cobertura de plazas vacantes; conservación, mantenimiento y sustitución de bienes muebles e inmuebles obsoletos. Aunado a lo anterior, se suma la falta de oportunidad y certeza de los recursos a recibir.

## Indicador Sectorial

EL PROGRAMA O ACCIÓN NO TIENE VÍNCULO CON ALGÚN INDICADOR

## Presupuesto Ejercido \*

Año	Presupuesto del Programa (MDP) (1)	Presupuesto del Ramo (MDP) (2)	% = $\frac{(1)}{(2)}$
2015	8,762.78	475,950.41	1.84 %
2016	8,944.95	509,297.94	1.76 %
2017	9,385.18	524,248.17	1.79 %
2018	9,375.28	560,252.69	1.67 %
2019	9,046.36	604,709.74	1.50 %
2020	9,699.72	629,483.75	1.54 %

Año de inicio del programa: 1979

## Fortalezas y/o Oportunidades

1.F: El Programa es un referente de atención a la salud para la población sin acceso a los servicios en localidades semiurbanas, rurales y con gran dispersión de población. 2.F: Es un programa social muy progresivo en materia de apoyos en especie dirigidas a la población con menores ingresos del país. 3.F: El modelo de atención responde ante los ajustes de la política nacional. 4.F: Otorgamiento de servicios sin restricciones ni condicionamientos. 5.F: Favorece la participación comunitaria para mejorar la salud en un entorno individual, familiar y colectivo. 6.O: La adecuación a la Ley General de Salud tiene el enfoque del Programa. 7.O: La pandemia por COVID-19 visibilizó áreas de oportunidad para el mejoramiento en la atención en localidades rurales.

## Debilidades y/o Amenazas

1.D: El comportamiento errático en las cifras de las poblaciones ocasiona problemas en la programación de acciones en salud y determinación de metas. 2.D: El insuficiente seguimiento integral de la gestión y operación de albergues comunitarios afecta la calidad de la atención. 3.A: La pandemia por SARS-CoV-2 impactó negativamente en el control y seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles; en el control del embarazo; en la oferta y demanda de servicios de atención médica. 4.A: Desabasto de algunos biológicos del esquema básico de vacunación por falta de proveeduría nacional e internacional, por cierre de fronteras y cese de la producción ante la crisis sanitaria. 5.A: La reducida conectividad a internet en unidades médicas rurales afecta la actualización en línea de sus sistemas de información. 6.A. Incumplimiento parcial o total en solicitudes de autorización para construir infraestructura con recursos municipales.

01

## Recomendaciones

1. Mejorar las definiciones y métodos de cálculo de la población potencial, objetiva y atendida. 2. Reforzar el seguimiento integral de la gestión y operación de los albergues comunitarios. 3. Impulsar la creación de un instrumento que fortalezca los mecanismos de control interno en las etapas de autorización, seguimiento, conclusión y puesta en operación de infraestructura construida con recursos municipales.

02

## Acciones que el programa realiza para mejorar derivado de las evaluaciones

### Avances en las acciones de mejora comprometidas en años anteriores

1. Aplicar encuestas de satisfacción en las áreas de Hospitalización, Quirófanos, Tococirugía de Hospitales Rurales o en otros establecimientos de salud (85%). 2. Informar la tasa de rechazo a la aplicación de las encuestas (100%). 3. Sistematizar la información obtenida de las supervisiones (40%). 4. Dar continuidad al proceso de Evaluación Costo Efectividad (78.33%). 5. Actualizar el Diagnóstico del Programa con un documento integrador de la evidencia generada por el Programa a lo largo de su período de operación (35%). 6. Dar continuidad a la certificación de los Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR por parte del Consejo de Salubridad General (11%). 7. Fortalecer la capacitación del personal médico en salud materna y perinatal (20%).

### Aspectos comprometidos en 2021

1. Robustecer la supervisión y asesoría del personal operativo en las entidades en donde opera el Programa. 2. Generar y actualizar una base de datos del censo de mujeres en edad fértil el riesgo reproductivo y el método anticonceptivo usado. 3. Incrementar el número de las citologías cervicales leídas en los 15 laboratorios de citología del Programa.

03

### Participación de la Coordinación General de Programas para el Desarrollo en el programa

La Coordinación General de Programas para el Desarrollo no participa en el programa

### Acciones o afectaciones derivadas de la emergencia sanitaria provocada por el virus SARS-Cov-2 (COVID-19)

1. Instrumentación del Plan Institucional de Respuesta ante la pandemia de coronavirus. 2. Baja afluencia de la población a las unidades médicas debido al temor al contagio lo que generó: disminución en las consultas médicas, baja productividad, incumplimiento en las metas de indicadores médicos. 3. Afectación en las metas de vacunación ante problemas de proveeduría, recomendaciones de sana distancia e imposibilidad de establecer brigadas de salud. 4. Las acciones de orientación y promoción de la organización comunitaria siguen enfocadas en la identificación de infecciones respiratorias agudas y asesorías a grupos vulnerables.

## Datos de Contacto



**Datos de Unidad Administrativa**  
(Responsable del programa o acción)  
Nombre: Dra. Gisela Juliana Lara Saldaña  
Teléfono: 5511025854  
Email: gisela.lara@imss.gob.mx



**Datos de Unidad de Evaluación**  
(Responsable de la elaboración de la Ficha)  
Nombre: Dr Francisco Hernández Torres  
Teléfono: 5511025830  
Email: francisco.hernandezt@imss.gob.mx



**Datos de Contacto CONEVAL**  
(Coordinación de las Fichas de Monitoreo y Evaluación)  
Karina Barrios Sánchez kbarrios@coneval.org.mx 5554817285  
Zahí Martínez Treviño azmartinez@coneval.org.mx 5554817239  
Rosa Bejarano Arias rmbejarano@coneval.org.mx 5554817383