Gobierno de México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Comando Alma-Ata

Documento Marco

Comando Alma-Ata

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Alejandro Svarch Pérez

Director General del IMSS-BIENESTAR

Dr. Joaquín Molina

Jefe de asesores de Dirección General

Dr. José Alejandro Avalos Bracho

Titular de la Unidad de Atención a la Salud

María de Jesús Herros Vázquez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Luis Rafael Hernández Palacios Mirón

Titular de la Unidad Jurídica

Mtro. Bladimir Martínez Ruíz

Titular de la Unidad de Planeación Estratégica y Coordinaciones Estatales

Fernando Manuel Castillo Molina

Titular de la Unidad de Infraestructura

Dra. Luz Arlette Saavedra Romero

Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Iliana Araiza Mota

Titular de la Coordinación de Acción Comunitaria

Lic. Nemer Alexander Naime S Henkel

Titular de la Coordinación de Programas Preventivos

Dr. Gabriel Padrón Segura

Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

SECRETARIADO TÉCNICO DEL COMANDO ALMA-ATA.

Dr. Arturo Mompin Ramírez

Titular de la División de Procesos de Atención Médica de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Sergio Jesús Casas Valadez

Titular de la División de Organización Comunitaria de la Coordinación de Acción Comunitaria

Lic. Alexis Christie Bryan Pacheco

Titular de la División de Supervisión de Componente de la Coordinación de Acción Comunitaria

Dr. Federico Vázquez Calero

Jefe de Área de Gestión Sectorial de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dra. Tania Villa Reyes

Jefe de Área de Atención Integral de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Nicéforo Garnelo Bibiano

Jefe de Área de Gestión de Salud Poblacional de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Jovan Zahid Guadarrama Corrugedo

Jefe de Área de Curso de Vida de la Coordinación de Programas Preventivos

Dr. Victoriano Hernández Martínez

Jefe de Área Médica de la Coordinación de Programas Preventivos

Mtro. Víctor Javier Torres Abarca

Jefe de Área Administrativa de la Coordinación de Acción Comunitaria

Lic. Daniela Gisell Jaramillo Navarrete

Supervisor de Procesos de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Mtra. Mitzi Montserrat Castillo Hernández

Supervisor de Procesos de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

DOCUMENTO MARCO COMANDO ALMA-ATA
Primera versión | noviembre de 2024

Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

Insurgentes Sur 1940,

Col. Florida, Alcaldía Álvaro Obregón,

Ciudad de México, C.P. 01030
imssbienestar.gob.mx

México, 2025.

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN 6
2. MARCO LEGAL INSTITUCIONAL 7
3. RESPONSABLES 9
4. MARCO ESTRATÉGICO 10
5. ANTECEDENTES 11
6. PANORAMA GENERAL DE LAS UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 13
7. PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DEL PRIMER NIVEL 19
8. ESTRATEGIA OPERATIVA DEL COMANDO ALMA-ATA 23
9. LINEAS ESTRATÉGICAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN 25
10. FASES DE IMPLEMENTACIÓN 34
11. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN 37
12. ESCALAMIENTO A LOS ESTADOS 41
13. MECANISMOS DE COORDINACIÓN 43
14. TRANSFORMACIÓN A NUEVOS PARADIGMAS Y CAMBIO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL 45
15. COMANDO ALMA-ATA: CAPÍTULO CIUDAD DE MÉXICO 46
16. ANEXOS 50
17. REFERENCIAS 75

1. PRESENTACIÓN

El Comando Alma-Ata surge como una estrategia operativa de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), que tiene como propósito dignificar, revalorizar y fortalecer el primer nivel de atención como bien público, puerta de entrada y ordenador del sistema de salud a través de la generación y cumplimiento de pactos por la salud.

La instalación de este Comando está inspirada en los principios de la Declaración de Alma-Ata, que busca alcanzar la cobertura universal de salud a través del acercamiento de los servicios de salud a donde las personas viven, trabajan y conviven.

El IMSS-BIENESTAR, junto con la Secretaría de Salud, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), participó en la instauración del "Comando Alma-Ata", cuyo objetivo es implementar y dar seguimiento a esta estrategia en las entidades federativas.

La finalidad de su implementación es mejorar la capacidad técnico-operativa y administrativa, así como la vinculación con la comunidad de la cual se responsabilizan todas las unidades de salud del primer nivel de atención a través de cuatro líneas estratégicas:

1) Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
2) Atención Proactiva – salud en todos los lugares
3) Acceso efectivo a servicios públicos de salud
4) Gestión territorial – empoderamiento de la comunidad

2. MARCO LEGAL INSTITUCIONAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Particulares.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Ley de Asistencia Social
- Ley Federal de Protección del Patrimonio Cultural de los Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas.
- Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.
- Ley Federal del Trabajo.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Investigación para la Salud.
- Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).
- Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa S200 Fortalecimiento de la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2024.
- Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 2023.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención integral a personas con discapacidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013- SSA2-2015. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de Asistencia Social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
- PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Declaración de ALMA-ATA. Conferencia internacional de atención primaria de salud ALMA-ATA, URSS, 6-12 septiembre 1978.

3. RESPONSABLES

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

Dirección General

- Coordinación de Acción Comunitaria

Unidad de Atención a la Salud

- Coordinación de Unidades de Primer Nivel
- Coordinación de Programas Preventivos

Unidad de Administración y Finanzas

Unidad de Planeación Estratégica y Coordinaciones Estatales

Coordinaciones Estatales del IMSS-BIENESTAR, a través de:

- Jefatura de Atención Médica
- Jefatura de Programas Preventivos
- Jefatura de Acción Comunitaria
- Equipos Regionales de Supervisión
- Equipos Zonales de Supervisión

SECRETARÍA DE SALUD

- Secretaría de Salud Estatal
- Dirección de Servicios de Salud
- Servicio Nacional de Salud Pública (Distritos Sanitarios)

ALIADOS Y SOCIOS (mecanismo de cooperación internacional del Comando Alma-Ata)

- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Embajadas y Agencias de Cooperación
- Organismos internacionales y fondos
- Fundaciones globales
- Organizaciones de la Sociedad Civil
- Organizaciones internacionales no gubernamentales

4. MARCO ESTRATÉGICO

Misión

Dirigir acciones, desde el primer nivel de atención, encaminadas a la generación de pactos por la salud para garantizar la atención centrada en la persona, integral y de calidad dentro de los servicios públicos de salud del IMSS-BIENESTAR, tomando en cuenta la participación de las personas, familias y comunidades.

Visión

Consolidar al primer nivel de atención como puerta de entrada y ordenador del sistema de salud, ofreciendo servicios integrales y de calidad con un enfoque que prevenga enfermedades, promueva la salud, e incremente el bienestar de las personas y sus comunidades.

Objetivo general

Establecer las directrices operativas para la implementación de la estrategia Comando Alma-Ata en las entidades federativas concurrentes del IMSS-BIENESTAR para la administración 2024-2030.

Objetivo específico

Generar Pactos por la Salud que fortalezcan las capacidades técnico-operativas y administrativas de las unidades de salud de primer nivel de atención, siguiendo un enfoque promotor de salud, preventivo, integrado y proactivo con participación comunitaria y multisectorial.

5. ANTECEDENTES

El sistema de salud mexicano ha experimentado varios modelos de atención enfocados en la población sin acceso a servicios de salud. El primer antecedente ocurrió en 1973, con la implementación del Programa Solidaridad Social en el cual se buscó ampliar los servicios para aquellos sin seguridad social [1].

En 1979, como resultado de la colaboración entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), se creó el Programa IMSS-Coplamar [2]. Este programa se enfocó en extender los servicios de salud a población marginada.

IMSS-Coplamar, llamado posteriormente como IMSS-Solidaridad, y luego IMSS-Oportunidades, así como las experiencias del Seguro Popular y el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) [3], cada cual regido bajo sus propios principios y diferentes modelos de atención, son antecedentes de la conformación e instrumentación del IMSS-BIENESTAR.

De forma paralela a la transformación del sistema de salud, se efectuaron tratados y conferencias enfocadas en el acceso a la salud y cumplimiento del derecho a la salud a nivel mundial. El ejemplo más destacable fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en el año 1978, evento fundamental en la salud pública global, donde se generó la "Declaración de Alma-Ata" [4].

Esta declaración dio énfasis a la atención primaria de salud como un elemento esencial para alcanzar la meta de "Salud para Todos" en el año 2000 [5]. De igual forma, promovió la atención primaria como el primer punto de contacto con el sistema de salud, destacando la necesidad de que los servicios sean accesibles, asequibles y aceptables para todas las personas. Un elemento destacado fue el papel otorgado a la participación comunitaria en la planificación y ejecución de los servicios de salud, la equidad en el acceso a estos servicios, y un enfoque integral que incluya la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación.

En esencia, el cambio de paradigma impulsado por la "Declaración de Alma-Ata" estableció las bases para un enfoque de salud pública centrado en la atención primaria, que sigue siendo crucial para la prestación de servicios médicos en unidades de primer nivel y que representa la base de lo que hoy en día, es la piedra angular del modelo de atención del IMSS-BIENESTAR para el acceso universal a la salud como derecho, con enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y atención integral, que mejore la accesibilidad y asequibilidad de los servicios, así como la integración de la comunidad para la toma de decisiones en torno a su salud [6,7].

A pesar de los avances logrados en la transformación del sistema de salud en años recientes, la implementación del MAS-BIENESTAR y la revalorización del primer nivel de atención como bien público han enfrentado diversas barreras [8-16], entre las cuales se incluyen:

- **Enfoque curativo de la atención**: la atención centrada en las enfermedades ha llevado a destinar la mayoría de los recursos y esfuerzos a unidades de salud de mayor complejidad, relegando las acciones preventivas y de promoción.

- **Falta de continuidad de la atención y trazabilidad de los usuarios**: esto dificulta el seguimiento a lo largo del tiempo, afectando la salud, la experiencia del paciente y los recursos disponibles.

- **Falta de planeación y gestión de recursos**: una planificación inadecuada resulta en el desabasto de insumos, falta de personal, sobrecarga de los servicios, duplicidad de actividades, tiempos de espera excesivos y aumento de las disparidades en salud.

- **Brechas en el acceso a los servicios de salud**: las barreras geográficas, socioculturales y económicas influyen significativamente en la salud de las personas y crean inequidades en el sistema de salud.

- **Desconocimiento de los servicios de salud**: la falta de información o la mala información sobre los servicios disponibles provoca retrasos en la atención médica, baja utilización de servicios preventivos y una subvaloración de la atención primaria.

En virtud de lo anterior, es fundamental implementar acciones orientadas a disminuir las desigualdades en salud y revalorizar el primer nivel de atención. Por esta razón, se implementó la estrategia operativa "Comando Alma-Ata", cuyo propósito es mejorar el acceso efectivo a los servicios públicos de salud a través del eje central y punto de ingreso al sistema de salud público: las unidades de primer nivel de atención del IMSS-BIENESTAR.

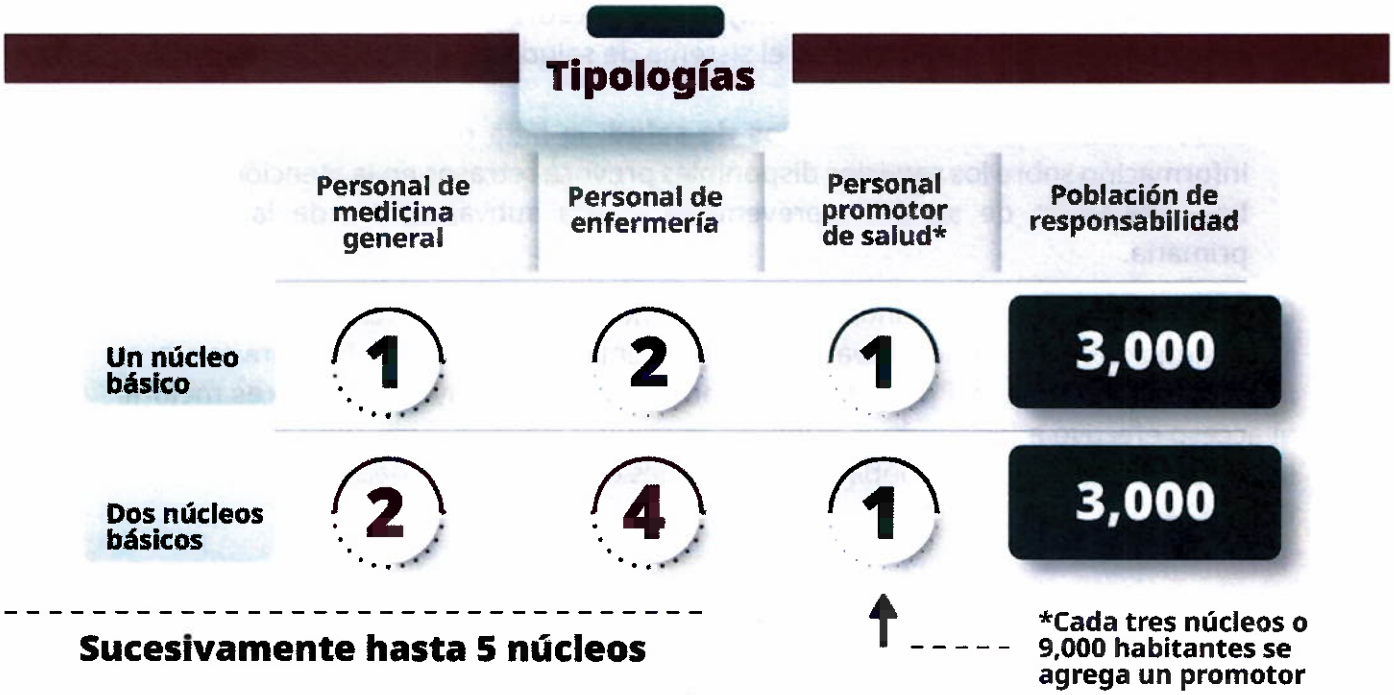
6. PANORAMA GENERAL

UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Al cierre del mes de diciembre de 2024, a nivel nacional se contaba con un total de 8,519 unidades de salud de primer nivel de atención (USPN) transferidas y en operación, así como 1,064 unidades médicas móviles.

Las USPN se pueden clasificar de acuerdo con su número de núcleos básicos. Un núcleo básico está constituido por un personal de medicina general, dos personales de enfermería y un promotor de salud, cuya población de responsabilidad es de 3,000 personas. El mayor número de unidades de salud con las que cuenta el IMSS-BIENESTAR son aquellas de un núcleo básico que corresponde al 61% (5,170) del total de unidades de primer nivel de atención. Este número se modifica conforme aumenta el número de núcleos y la población de responsabilidad (Figura 1).

Figura 1. Clasificación de las unidades de salud de primer nivel de atención, IMSS-BIENESTAR.



Fuente: Coordinación de Unidades de Primer Nivel, IMSS-BIENESTAR 2024

Asimismo, del total de USPN, 4,731 unidades se distribuyen en el ámbito rural (56%) y 3,788 (44%) en el ámbito urbano (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de USPN, por tipología, IMSS-BIENESTAR.

Tipología	Rural	%	Urbano	%	Total	%
1 núcleo básico	4,162	49%	1,008	12%	5,170	61%
2 núcleos básicos	450	5%	985	12%	1,435	17%
3 a 5 núcleos básicos	62	1%	869	10%	931	11%
6 y más núcleos básicos	0	0%	406	5%	406	5%
Centros de Salud de Servicios Ampliados (CESSA)	45	1%	273	3%	318	4%
Otros	1	0.01%	1	0%	2	0%
Unidades de Especialidades Médicas (UNEME)	11	0.1%	246	3%	257	3%
Total	4,731	56%	3,788	44%	8,519	100%

Fuente: Coordinación de Unidades de Primer Nivel, IMSS-BIENESTAR 2024.

Derivado del análisis de la productividad de las USPN, en la gráfica 1 se muestra la tendencia del promedio diario de consultas médicas correspondientes al periodo del 2012 al 2024. Dos hitos clave han tenido un impacto en la productividad, el cambio de SINBA en el 2016, que marcó el inicio de una disminución en la productividad, y la pandemia por COVID-19 en el 2020 que acentuó esta tendencia a la baja. Asimismo, se muestra la brecha a recuperar en las consultas médicas de primer nivel de atención.

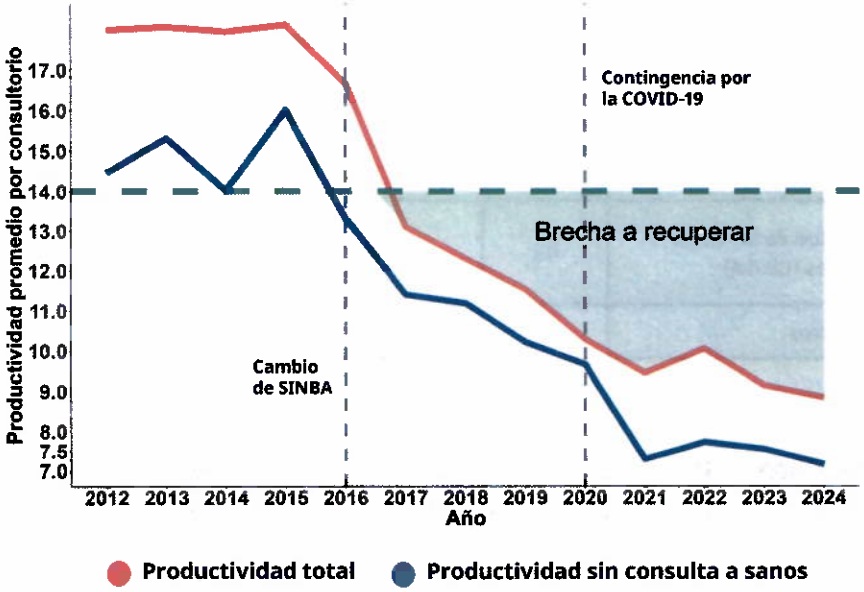
Se observa un "apagón estadístico", en el que, para 2024, alrededor de 3,763 unidades de salud no cuentan con captura de información sobre los servicios otorgados en materia de atención médica, promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre otros.

En relación con la operación, el 35% de las USPN cuentan con la evidencia de apertura los siete días de la semana.

Por otro lado, durante septiembre del 2024, se realizaron estimaciones de la necesidad del personal médico para asegurar la apertura de las USPN los siete días de la semana,

identificando una brecha de al menos 7,194 médicas y médicos en 1,503 unidades de salud, principalmente en zonas rurales de las entidades concurrentes. Esta información se mantiene en constante monitoreo para el análisis de dichas brechas. Como parte de las estrategias, se implementó el Programa de médicos y médicas para el bienestar a fin de coadyuvar al cierre de brechas de personal.

Gráfica 1. Tendencia del promedio diario de las consultas por consultorio en las USPN, 2012-2024.



Fuente: Sistema de Información en Salud, Secretaría de Salud, con datos preliminares al corte de noviembre de 2024.

Tabla 2. Estimaciones preliminares de necesidad de médicos generales en las USPN, IMSS-BIENESTAR.

Tipología	Rural		Urbano		Total de necesidad de médicos generales	Total de unidades con necesidad médicos
	Necesidad de médicos generales	Unidades con necesidad	Necesidad de médicos generales	Unidades con necesidad		
1 núcleo básico	223	218	52	48	275	**266**
2 núcleos básicos	78	65	161	137	239	**202**
3 a 5 núcleos básicos	44	18	1,708	427	1,752	**445**
6 núcleos básicos y más	0	0	4,078	394	4,078	**394**
Centro de Salud de Servicios Ampliados	26	13	824	183	850	**196**
Total	371	314	6,823	1,189	7,194	1,503

Fuente: Coordinación de Unidades de Primer Nivel y Coordinación de Recursos Humanos, IMSS-BIENESTAR, septiembre 2024.

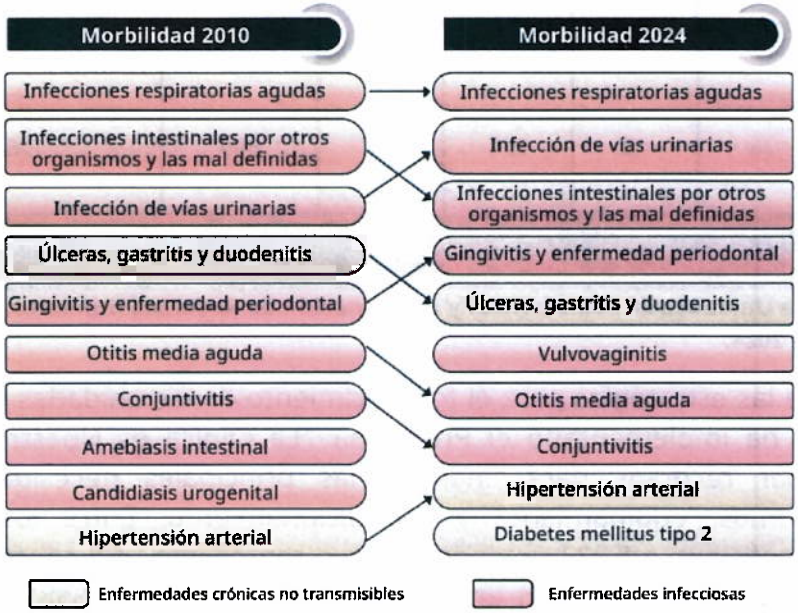
Por otra parte, entre las estrategias para el fortalecimiento de las unidades de salud de primer nivel, se ha implementado el Programa "La Clínica es Nuestra", cuyo propósito es brindar recursos para financiar las principales necesidades de infraestructura, insumos, equipamiento y acondicionamiento. Entre los logros obtenidos, se ha beneficiado a 8,222 unidades, lo que representa una cobertura del 99.5% de las unidades candidatas, con una inversión de 4 millones 358 mil pesos ejercidos al mes de noviembre de 2024.

En el tema de abasto, con corte de diciembre 2024, a nivel nacional se contó con un promedio del 54% de abasto de medicamento en las USPN, de acuerdo con lo reportado por las Coordinaciones Estatales, donde el menor porcentaje de abasto correspondió a Chiapas con un 34% y el mayor porcentaje a Morelos con un 80%.

Otro aspecto relevante comprende la situación de los servicios de laboratorio ofertados por las USPN, la cual ha mostrado una disminución de las unidades con este servicio, pasando de 628 en 2023 a 527 en 2024, con un promedio de analitos de laboratorio diarios de 43,667 y 39,703 respectivamente. Esto representa un promedio de 3.5 personas atendidas de manera diaria por unidad en 2023 y 3.8 personas en 2024.

Finamente, en relación con los principales motivos de consulta en las USPN, el análisis de la morbilidad muestra una transición epidemiológica en los últimos años. Si bien las enfermedades infecciosas continúan siendo una causa importante de consulta, se ha observado un incremento en la prevalencia de enfermedades no transmisibles, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.

Figura 2. Comparativa de la morbilidad general durante el 2010 y 2024.



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Secretaría de Salud, con corte a la S.E. 48, 2024

Este cambio resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas, así como de mantener acciones para la detección y manejo oportuno de enfermedades infecciosas. La evolución del perfil de morbilidad también subraya la importancia de adaptar los servicios de salud para responder a los nuevos desafíos en la atención primaria, priorizando un enfoque integral y preventivo.

El análisis global facilita la orientación de las decisiones relacionadas con la estructura y el rumbo de la institución. No obstante, un examen detallado de cada unidad de salud en cada entidad resulta fundamental para identificar las necesidades particulares. Al trabajar en conjunto con las partes involucradas, se lograrán pactos por la salud resolutivos y adecuados para cada unidad de salud. En este contexto, cobra relevancia la implementación del "Comando Alma-Ata" para llegar a cada rincón del país.

7. INICIATIVA PIONERA

LA VOZ DE LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL

El personal que trabaja en las USPN desempeña un papel crucial en el cambio de paradigmas, siendo fundamental el reconocimiento del valor de su trabajo diario y del impacto de sus acciones en la salud de la población. Por ello, un mapeo de percepciones es estratégico para diseñar intervenciones que enfoquen y optimicen el cambio, con el propósito de revalorizar y fortalecer el primer nivel de atención como bien público y puerta de entrada al sistema de salud.

Esto se logra mediante un proceso de escucha social en las unidades de salud del IMSS-BIENESTAR, impulsando el desarrollo de estrategias para mejorar la percepción de la provisión de los servicios públicos de salud. Este mapeo de percepciones es una iniciativa pionera en el país. Al 31 de julio de 2024, se registraron 37,792 respuestas del personal de salud de unidades de primer nivel, abarcando todo el territorio nacional.

Mapeo que dio comienzo en el mes de febrero de 2024 y finalizó el proceso de relevamiento en todas las entidades federativas adscritas al IMSS Bienestar a fines del mes de julio, registrando 37,792 respuestas, por lo que se trata de tendencias y hallazgos inéditos del mayor mapeo que se haya realizado hasta la fecha. El mapeo se basó en un cuestionario virtual que consta de 35 preguntas, combinando opciones cerradas, de elección múltiple y abiertas.

Desde comienzo del año 2024, la Coordinación de Unidades de Primer Nivel, impulsó un proceso de escucha social mediante el primer mapeo nacional de percepciones del personal de las unidades médicas del primer nivel de atención (PNA). Un ejercicio inédito en su tipo que buscó conocer, comprender y dar voz a las ideas, visiones y sueños del personal de salud, para trazar un nuevo camino para valorizar y fortalecer la percepción pública de la provisión de servicios de salud del PNA como un bien público y puerta de entrada al sistema de salud. Con este mapeo inédito en el país, deseamos expresar nuestro mayor reconocimiento a las miles de voces que día a día entregan su pasión, energía y compromiso para proteger y mejorar la salud de la población. Auténticas embajadoras/es del cuidado a la salud en el primer nivel.

Hallazgos relevantes

- **IMSS-BIENESTAR:** en términos globales, el personal que labora en las USPN percibe una confusión respecto al nuevo esquema IMSS-BIENESTAR, lo que, desde su perspectiva, significa que la nueva política no se comprende del todo entre la población, sobre todo en lo que atañe a su funcionamiento.

- **Conocimiento Atención Primaria en Salud (APS) y Primer Nivel de Atención (PNA):** el personal de salud se percibe bien preparado y con el conocimiento adecuado tanto del modelo de APS como del PNA, sin embargo, ambas categorías pueden ser percibidas de manera indistinta y, por tanto, no es del todo clara su distinción o la diferenciación que implica para la nueva estrategia de provisión de servicios de salud.

1. **Valoración frente a comprensión: una posible paradoja.** Si bien un alto porcentaje del personal de salud considera que la población valora la noción del PNA, al mismo tiempo piensa que su comprensión es baja entre las personas usuarias, lo que parecería una aparente contradicción entre la dimensión simbólica y la cognitiva, incluso una desconexión entre ambas.

2. **Implementación:** hay tendencias similares y un panorama común, que destaca la percepción de los siguientes factores en orden de importancia: 1) recursos limitados; 2) gestión y burocracia; 3) seguridad del personal e 4) insuficientes recursos financieros, materiales, y humanos. En menor medida, se llega a señalar la baja participación comunitaria como un obstáculo para la implementación.

3. **Expectativas:** entre las que destacan 1) mayor reconocimiento y apoyo; 2) mejoras en la prestación de servicios; 3) acercamiento con la comunidad: 4) mayor capacitación y desarrollo y 5) la posibilidad de simplificación administrativa y de gestión.

- **Anhelos e imaginarios:** emergen varias similitudes respecto a las ideas, sentimientos y visualizaciones que les gustaría proyectar para revalorizar el PNA y su reputación, incluso articulados dan forma a una narrativa que podría ser posicionada en la estrategia comunicacional y en el relato perceptual de las autoridades.

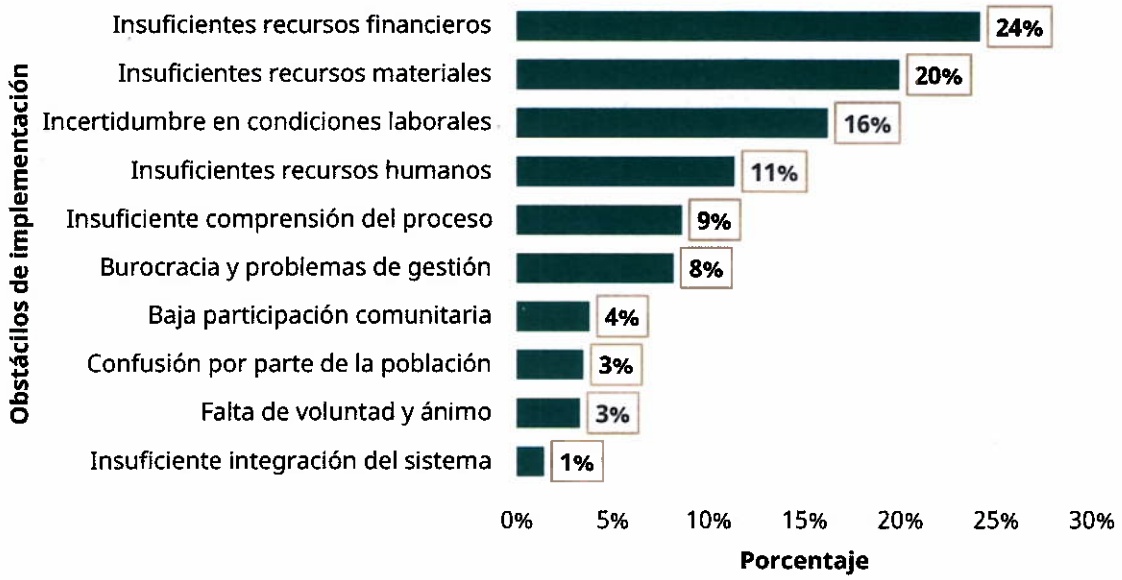
En términos globales, el personal de salud destaca conceptos como prevención, calidad de la atención, eficiencia, seguridad y capacidad resolutiva para referirse a la dimensión cognitiva.

Las emociones que les gustaría al personal que la población experimentara al entrar en una unidad de primer nivel de atención son esperanza, alivio, alegría o felicidad, empatía y dignidad.

El "bienestar familiar" es una de las visualizaciones más recurridas para movilizar estas ideas y sentimientos, como si se tratara de un hogar donde encuentra confianza, paz y esperanza.

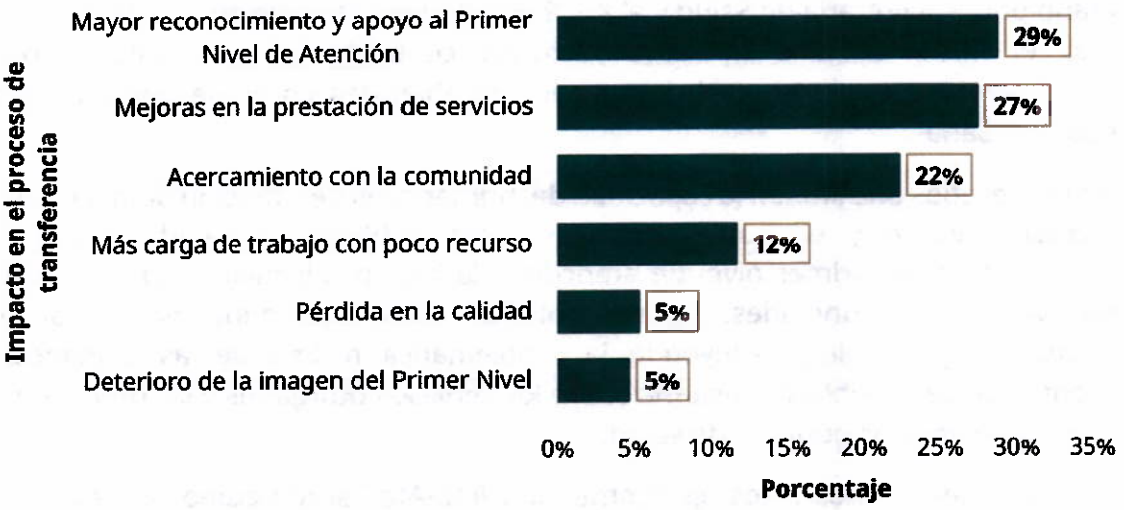
En contraste con lo anterior, a modo de ejemplo se representan los hallazgos de las entidades, donde se ven plasmadas las opiniones sobre los obstáculos de la implementación y la percepción del impacto del IMSS-BIENESTAR en las unidades de primer nivel.

Gráfica 2. Hallazgos sobre los obstáculos de implementación del nuevo esquema IMSS-BIENESTAR en las unidades de salud de primer nivel.



Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Gráfica 3. Hallazgos sobre el impacto en el proceso de transferencia a IMSS-BIENESTAR de las unidades de salud de primer nivel.



Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Perspectiva a futuro: el personal de salud tiene una perspectiva clara sobre el futuro, al menos en lo que sueña para el PNA, ya que, para los próximos diez años, visualiza un sistema más integrado y eficiente en el cuidado, con un mayor enfoque en la prevención y la atención de calidad, incorporando la innovación tecnológica para lograr diagnósticos efectivos.

8. ESTRATEGIA OPERATIVA DEL COMANDO ALMA-ATA

El 23 de noviembre de 2024 se llevó a cabo la instalación del Comando Alma-Ata en el Centro de Salud "Dr. Ángel Brioso Vasconcelos" en la Ciudad de México. Este evento, liderado por la Secretaría de Salud y el IMSS-BIENESTAR, en compañía de la OPS/OMS, marcó el inicio de una iniciativa histórica centrada en la revalorización y fortalecimiento del primer nivel de atención establecidas en el eje gubernamental "República Sana".

Entre los desafíos que limitan la capacidad del primer nivel de atención para garantizar el acceso efectivo y equitativo a los servicios públicos de salud, destacan la desvalorización del primer nivel de atención y la baja productividad de consultas y detecciones en las unidades. Estos problemas están determinados por factores estructurales y sociales, incluyendo la problemática misma de las unidades, la desconfianza de la población usuaria sobre los servicios otorgados y las brechas en el acceso a los servicios públicos de salud.

Para responder a estos retos, el "Comando Alma-Ata" surge como una estrategia integral orientada a fortalecer el primer nivel de atención mediante un modelo de intervención basado en cuatro pilares fundamentales (Figura 2):

1) Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
5) Atención Proactiva – salud en todos los lugares
2) Acceso efectivo a servicios de salud
3) Gestión territorial – empoderamiento de la comunidad

La implementación de este modelo se articula desde la Unidad de Atención a la Salud del IMSS-BIENESTAR a través de las Coordinaciones de Unidades de Primer Nivel, Programas Preventivos y Acción Comunitaria, en colaboración con las Coordinaciones Estatales, la Secretaría de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros actores clave.

Figura 3. Teoría del cambio: Pactos por la Salud

PROBLEMA

- Desvalorización del Primer Nivel de Atención
- Baja productividad de consultas y detecciones en las unidades de salud

DETERMINANTES

- Problemática propia de la **unidad de salud**
- **Población usuaria** Desconfianza de los servicios otorgados en las unidades de salud
- **Entorno Comunitario** Brechas en el acceso a los servicios de salud (geográfica, cultural, económica)

INTERVENCIONES IDENTIFICADAS

1. **Promoción y prevención**
   - Paquete de intervenciones acorde al curso de vida.
   - Revisiones médicas anuales individuales y familiares.
2. **Atención proactiva**
   - Nominalización de la atención
   - Control de abasto
   - Fidelización de los usuarios
3. **Acceso efectivo**
   - Apertura de unidades los siete días de la semana
   - Unidades médicas móviles
   - Telesalud
   - Pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia
   - Fortalecimiento de infraestructura, equipamiento y mobiliario (La Clínica es Nuestra)
4. **Gestión territorial**
   - Comités de Salud y Bienestar (COSABI) como unidad de gestión territorial
   - Mercadotecnia social en salud
   - Sensibilización a la población
   - Fortalecimiento de activos en salud
   - Red de salud mental
   - Reactivación y seguimiento de expresiones ciudadanas

RESULTADOS MEDIANO PLAZO

1. **Incremento de consultas por médico, por turno con enfoque de atención integrada.**
2. **Acceso efectivo** en la red de servicio en temas de salud mental.
3. **Proporción de COSABI** con fortalecimiento de activos en salud.

RESULTADOS LARGO PLAZO

1. Cobertura de acciones preventivas.
2. Incremento proporcional de consulta programada vs espontánea.

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

9. LINEAS ESTRATÉGICAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

La estrategia operativa "Comando Alma-Ata" se rige por cuatro líneas estratégicas: 1) Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, 2) Atención Proactiva, 3) Acceso efectivo y 4) Gestión territorial, cuyas líneas de acción y estrategias de implementación se muestran en las tablas 3 a 6.

Los diagramas de lógica vertical de cada línea de acción se pueden consultar en el Anexo 1 de este documento.

Tabla 3. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
Paquete de intervenciones preventivas acorde al curso de vida	Toma en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive.	1. Implementar un proceso de atención preventiva con enfoque en curso de vida. 2. Fomentar la cultura de prevención y autocuidado en la población de responsabilidad del IMSS-BIENESTAR.
Revisiones médicas anuales individuales y familiares	Contribuir a la toma de decisiones informada para la protección de la salud de la población de responsabilidad del IMSS-BIENESTAR	1. Implementar el proceso de acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) y en el primer nivel de atención del IMSS-BIENESTAR.

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Tabla 4. Atención Proactiva

ATENCIÓN PROACTIVA		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
Nominalización de la atención	Consiste en la sistematización del registro de información de usuarios/as de los servicios de salud.	1. Identificación de necesidades de equipamiento e infraestructura tecnológica de las unidades. 2. Habilitación tecnológica de las unidades. 3. Desarrollo de claves de acceso para personal. 4. Capacitación de personal. 5. Verificación de operación en entorno de productividad.
Control de abasto	Consiste en el registro de entradas y salidas de los procesos de abasto, distribución, dispensación y cálculo razonado de solicitud de medicamentos e insumos.	
Fidelización de los usuarios	Esta estrategia busca contribuir a la mejora de los procesos de atención de enfermedades crónico-degenerativas para prevenir complicaciones.	1. Implementar en el primer nivel de atención una estrategia de fidelización relacionada con la atención de personas con DM2 e HAS. 2. Implementar la estrategia de fidelización que genere reconocimiento a las unidades que incrementan el porcentaje de pacientes con DM2 e HAS en control.

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Tabla 5. Acceso efectivo

ACCESO EFECTIVO		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
Apertura de unidades los siete días de la semana	Consiste en brindar atención los siete días de la semana en las USPN en al menos el turno matutino.	1. Análisis de brecha de personal en fines de semana. 2. Gestión con la Coordinación de Recursos Humanos para contar con personal de salud sábados y domingos en turno matutino. 3. USPN que cuenten con personal de salud los fines de semana deberán enviar evidencia de las actividades y reportes de productividad correspondientes.
Unidades médicas móviles (UMM)	Las UMM son los establecimientos de salud móviles conformados por vehículos automotores dotados de diferente capacidad resolutiva, integrados por una brigada de salud, son elementos clave para acercar los servicios de salud con un enfoque de prestación de servicios de primer nivel a la población más vulnerable, para contribuir a la reducción de las brechas en el acceso a la salud.	1. Capacitar al personal de las Brigadas de Salud en la Herramienta de Gestión de la Información. 2. Revisar y analizar la productividad de las UMM, informando a las entidades los avances, así como recomendaciones de mejora.
Telesalud	Tiene como objetivo la provisión de servicios de salud a distancia mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TICs) a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud, optimizando la gestión de recursos.	1. Identificar las necesidades para implementar la estrategia de TELESALUD en las UMM, incluyendo la unidad consultante, la unidad interconsultante y el sistema tecnológico, con la finalidad de otorgar la atención en salud con calidad. 2. Implementar la estrategia de TELESALUD a partir de una prueba piloto en UMM en línea con las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) y Hospitales Generales para proporcionar una atención especializada a la población vulnerable que se encuentra en localidades de difícil acceso.

ACCESO EFECTIVO		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
Pruebas de Laboratorio en el lugar de asistencia **(POCT por las siglas en inglés de *Point of Care Testing*)**	La implementación del proyecto POCT permitirá la toma y procesamiento de muestras preanalíticas en USPN, mediante tecnologías que no requieren tratamiento previo del espécimen biológico.	1. Regionalización: identificación de unidades que requieran contar con el equipo in situ. 2. Diagnóstico: sobre instalación, infraestructura y equipamiento de las USPN. 3. Requerimientos: gestión con las instancias correspondientes para cubrir dichas necesidades específicas. 4. Licitación: solicitud a las áreas correspondientes los trámites administrativos aplicables para la contratación de los servicios. 5. Ejecución: puesta en marcha y arranque una vez que se cuenten con las capacitaciones correspondientes. 6. Análisis: reporte de las Coordinaciones Estatales a la CUPN sobre la productividad de las unidades de salud que cuenten con POCT.

ACCESO EFECTIVO		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
Fortalecimiento de infraestructura, equipamiento y mobiliario **(La Clínica es Nuestra)**	Fortalecer el primer nivel implica mejorar las instalaciones físicas, adquirir y/o mejorar equipo médico y tecnológico, y dotar de mobiliario adecuado para ofrecer atención de calidad en las USPN.	1. Diagnóstico: levantamiento de las condiciones actuales y necesidades de las USPN respecto a infraestructura, equipamiento y mobiliario de acuerdo con su tipología, población objetivo, cartera de servicios, capacidad física instalada y recursos humanos. 2. Análisis: determinar los proyectos prioritarios. 3. Gestión: realizar la vinculación inter e intrainstitucional para las acciones que sean necesarias para los procesos que permitan contar con los recursos para cubrir las necesidades que las USPN. 4. Seguimiento: monitoreo de la cobertura y resolución de dichas necesidades.

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Tabla 6. Gestión territorial

GESTIÓN TERRITORIAL		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
Comités de Salud para el Bienestar (COSABI) como unidad de gestión territorial	Fortalecer la colaboración entre la USPN y los integrantes de la comunidad para identificar necesidades, establecer prioridades, y trabajar en conjunto hacia la mejora continua de los servicios de salud.	1. Bienestar comunitario en acción, fomentando actividades de promoción y prevención para impulsar prácticas de hábitos saludables en la población con atención en grupos vulnerables. 2. Organización comunitaria. 3. Promoción de la participación comunitaria activa para la toma de decisiones conjunta entre integrantes del comité y la comunidad en la gestión e implementación de proyectos. 4. Movilización de recursos. 5. Ejecución de proyectos y actividades para mejora en infraestructura, equipamiento y mantenimiento de las unidades. 6. Fortalecimiento de alianzas para coordinación de servicios y recursos. 7. Monitoreo y evaluación de acciones.

GESTIÓN TERRITORIAL		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
Participación social en salud	Elaborar una estrategia de mercadotecnia social en salud que contribuyan a la auto identificación de riesgos y fomenten comportamientos saludables en la población usuaria de los servicios de las USPN del IMSS-BIENESTAR.	1. Consolidar la conformación de los COSABIs en todas las USPN. 2. Identificar necesidades comunitarias prioritarias. 3. Fomentar hábitos saludables en la comunidad. 4. Fortalecer la participación y organización comunitaria. 5. Fortalecer las alianzas interinstitucionales. 6. Garantizar la ejecución de programas sociales en beneficio de la comunidad. 7. Monitorear y evaluar las actividades implementadas.
Sensibilización a la población	Posicionar al IMSS-BIENESTAR a nivel local como institución proveedora de servicios públicos en salud.	1. Vincular a la Organización Comunitaria con el personal de la USPN. 2. Dirigir la participación de la Organización Comunitaria a fin de difundir la cartera de servicios de las unidades de salud. 3. Fortalecer la participación social en las actividades preventivas.
Fortalecimiento de activos en salud	Potenciar el protagonismo de los activos en salud existentes a través de la creación de entornos que impulsen la toma de decisiones en salud y la modificación de determinantes sociales de la salud (DSS).	1. Elaborar el mapeo de activos en salud. 2. Visibilizar los activos en salud locales. 3. Vincular al personal institucional, a la población usuaria y a los activos en salud para generar propuestas de acción a nivel local que den respuesta a las necesidades en salud.

GESTIÓN TERRITORIAL		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
		4. Evaluar el resultado de la participación social en la intervención de DSS.
Red de salud mental	Ofrecer servicios de salud mental accesibles, continuos y coordinados para prevenir enfermedades, reducir la carga hospitalaria, y atender integralmente, considerando aspectos biopsicosociales de las personas; además, promueve la formación de personal de salud en salud mental y fomenta la colaboración entre diferentes niveles de atención.	1. Desarrollar programas de formación continua para los profesionales de la salud en el primer nivel de atención, que incluyan conocimientos sobre promoción, prevención, detección diagnóstico y tratamiento en materia de salud mental y adicciones. 2. Establecer mecanismos claros de coordinación entre las unidades de primer nivel, hospitales y servicios especializados en salud mental. 3. Desarrollar y promover programas preventivos y educativos a nivel comunitario que aumenten la conciencia sobre la importancia de la salud mental, fomentando la des estigmatización.

GESTIÓN TERRITORIAL		
Líneas de acción	Descripción	Estrategias de implementación
Reactivación y seguimiento de expresiones ciudadanas	Identificación de áreas de oportunidad en el uso del buzón de expresiones ciudadanas (E.C.) y monitoreo de las expresiones recibidas.	1. Registro de buzones de E.C. en los Estados. 2. Identificación y análisis de áreas de oportunidad sobre existencia de buzones de E.C., percepción del mismo, su uso y E.C. recibidas. 3. Mapa territorial de las principales E.C. 4. Fortalecer la participación comunitaria en el buzón de E.C. mediante la implementación de nuevos formatos del buzón, de acuerdo con las áreas de oportunidad identificadas. 5. Implementar estrategias de vinculación entre áreas internas implicadas, para el seguimiento a respuestas de E.C. 6. Monitoreo y evaluación de la actividad del buzón de Expresiones Ciudadanas.

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

10. FASES DE IMPLEMENTACIÓN

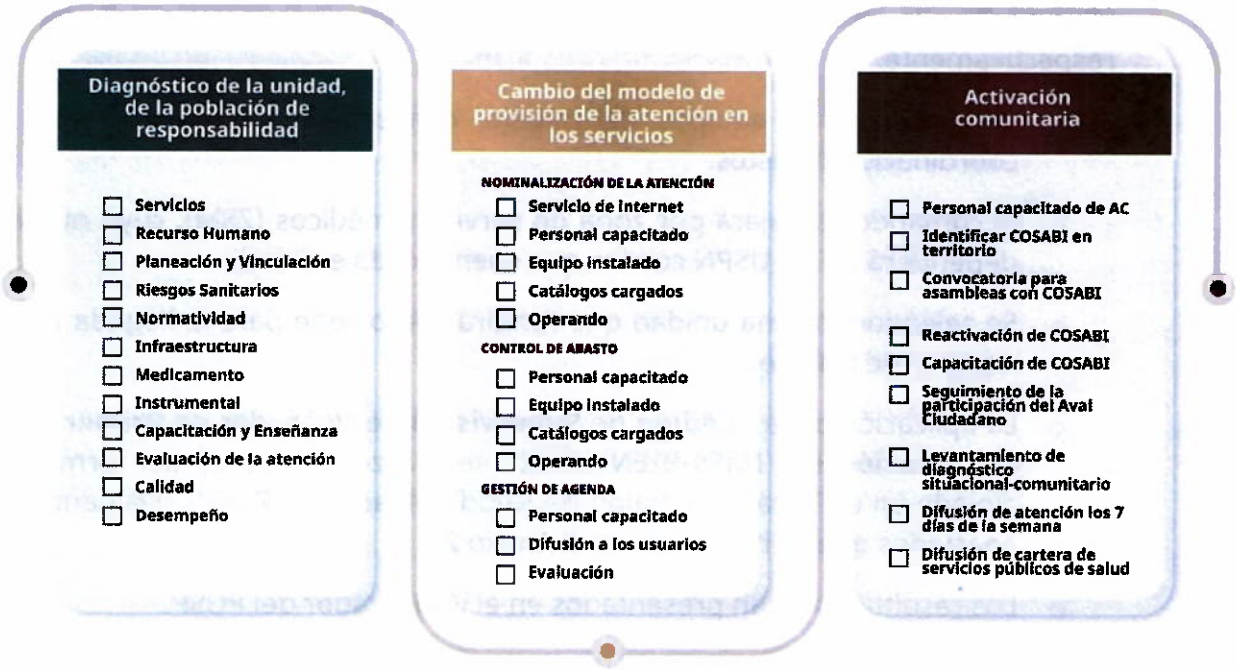
Las actividades se dividen en tres fases que se describen a continuación.

Fase 1. Levantamiento diagnóstico.

- Se realizará el diagnóstico de la unidad de salud, de la población de responsabilidad y del trabajo participativo de la comunidad mediante la aplicación de la **"Cédula de Supervisión de Unidades de Primer Nivel de Atención del IMSS-BIENESTAR" (Anexo 2)** y la aplicación de la **"Cédula de Acción Comunitaria" (Anexo 3)** respectivamente.
    - Se conformarán equipos de trabajo, con un líder capacitado para la coordinación de estos.
    - El comando trabajará por zona de servicios médicos (ZSM), cuyo número dependerá de las USPN con las que cuente cada entidad.
    - Se seleccionará una unidad que fungirá como sede para la llegada de los equipos de trabajo.
    - La aplicación de la **"Cédula de Supervisión de Unidades de Primer Nivel de Atención del IMSS-BIENESTAR"** se realizará a través del formulario alojado en el Portal de Gestión de Salud Poblacional (PGSP), evaluando los apartados que se muestran en el Anexo 2.
    - Los resultados serán presentados en el visualizador del PGSP.
- Se evaluará el modelo actual de provisión de la atención en los servicios y sus modalidades.
- Derivado del levantamiento de las cédulas, se dará inicio al **Pacto por la Salud (Anexo 4)**, como mecanismo de diálogo, articulación y gestión territorial, con la colaboración y acompañamiento de la OPS.
    - Se activará a la comunidad a través de los COSABI.
    - Se llevará a cabo una reunión de trabajo con los responsables de las unidades de salud, los representantes de los comités de las ZSM y los COSABI.
    - Se establecerán acuerdos conjuntos para operativizar las estrategias de diagnóstico, provisión y activación en las unidades.

- Finalmente, se medirá el avance de la primera fase a través de la **"Lista de cotejo"** y mediante el cálculo de indicadores (Figura 4 y 5 y Tabla 7).

Figura 4. Lista de cotejo para evaluación del avance de la Fase 1.



Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Figura 5. Indicadores para el seguimiento del avance de la Fase 1.

Porcentaje de unidades con diagnóstico de la unidad y de la población de responsabilidad

# Ítems cumplidos	% Avance	
1	8	Deficiente
2	15	
3	23	
4	31	
5	38	Precario
6	46	
7	54	
8	62	Regular
9	69	
10	77	
11	85	Óptimo
12	92	
13	100	

Porcentaje de unidades con cambio del modelo de provisión de la atención en los servicios

Porcentaje de unidades con gestión de agenda

# Ítems cumplidos	% Avance	
1	33	Deficiente
2	67	Regular
3	100	Óptimo

Porcentaje de unidades con COSABI reactivados, diagnóstico comunitario y difusión de servicios

# Ítems cumplidos	% Avance	
1	11	Deficiente
2	22	
3	33	
4	44	
5	56	Regular
6	67	
7	78	
8	89	Óptimo
9	100	

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Tabla 7. Indicadores de arranque del Comando Alma-Ata

Tipo	Nombre	Construcción
De proceso	**Porcentaje de unidades visitadas para el levantamiento de la Cédula**	(Número de unidades de salud visitadas para el levantamiento de los diagnósticos situacionales / Total de unidades programadas para el levantamiento de los diagnósticos situacionales) * 100
De proceso	**Porcentaje de diagnósticos situacionales completos en unidades visitadas**	(Número de diagnósticos situacionales completos / Total de unidades programadas para el levantamiento de los diagnósticos situacionales) * 100
De proceso	**Proporción de equipos de trabajo completos operando en campo**	(Número de equipos de trabajo completos operando en campo / Total de equipos de trabajo) * 100

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Fase 2. Gestión gerencial y seguimiento.

- En seguimiento a los acuerdos en el Pacto por la Salud, se establecerá el Plan de Trabajo y se realizará la gestión tanto a nivel federal como estatal para el cumplimiento de estos.
- Se capacitará al personal de salud en relación con la transformación de la provisión del servicio y el paquete de acciones preventivas con enfoque en el curso de vida.
- Se habilitará tecnológicamente a las unidades de salud con equipo de cómputo y facilitación de las condiciones de infraestructura técnica para llevar a cabo la nominalización de la atención y el control de abasto, con la capacitación del personal y la entrega de matrículas de acceso para su operación.

Fase 3. Consolidación y evaluación.

- Se continuará con el seguimiento a los acuerdos y planes de trabajo establecidos durante la fase 2 con las unidades de salud y la comunidad.
- Se mantendrá la capacitación continua del personal de las unidades.
- Se evaluará el cumplimiento de metas, a través de los indicadores de proceso y resultado, que se describen en el apartado del sistema de seguimiento y evaluación.
-

11. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Posterior a la identificación de las necesidades individuales de las unidades de salud y de dar inicio al Pacto por la Salud, durante la Fase 2 se dará seguimiento a los acuerdos establecidos y se realizará la gestión gerencial a nivel central como estatal para asegurar el cumplimiento de los mismos.

Durante la Fase 3 se realizará la evaluación de la implementación del Comando Alma Ata mediante indicadores de proceso y de resultado que se muestran en las tablas 8 y 9.

Tabla 8. Indicadores de proceso para la evaluación de la implementación del Comando Alma-Ata en las Unidades de Salud de Primer Nivel.

ACCIÓN COMUNITARIA		
Tipo	Nombre	Construcción
De proceso	**Fortalecimiento de los COSABI**	(Número de unidades médicas de primer nivel con Comités de Salud y Bienestar capacitados / Total de Unidades Médicas de primer nivel) x 100
De proceso	**Difusión de los servicios de IMSS-Bienestar en las localidades**	(Número de actividades de difusión de los servicios del IMSS-Bienestar realizadas en el universo de trabajo de las unidades médicas de primer nivel -> Número de acciones de IEC cada 15 días)
De proceso	**Número de expresiones ciudadanas**	Número de expresiones ciudadanas recibidas cada 15 días de acuerdo con fechas establecidas para apertura de buzón.
De proceso	**Inclusión y accesibilidad en los CoSABis**	(Número de CoSaBis que han implementado estrategias de inclusión y accesibilidad / Total de CoSaBis en unidades de primer nivel) x 100
De proceso	**Vincylación con médicos(as) tradicionales y parteras**	(Número de unidades médicas de primer nivel con vinculación establecida con al menos un(a) médico(a) tradicional o partera / Total de unidades de salud) x 100
PROGRAMAS PREVENTIVOS		
Tipo	Nombre	Construcción
Salud Mental		
De proceso	**Capacitación**	(Número personal no especializado en salud mental que aprobó la capacitación (mhGAP) / Total de personal en la plantilla)
De proceso	**Implementación de la atención integral a la Salud Mental**	(Unidades con Estrategia SAISME implementado / Unidades totales)
Infancia		
De proceso	**Cobertura de la Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI) aplicada**	(Número de niñas y niños menores de 6 años que acuden a consulta de niño sano y se les aplica la Prueba EDI)
De proceso	**Cobertura control de niña y niño sanos**	Número de niñas y niños menores de cinco años que reciben consulta de niño sano de primera vez en el año en las unidades de primer nivel.

De proceso	**Cobertura de capacitación en prueba EDI**	Número de unidades con al menos una persona capacitada en la Prueba EDI en las unidades de primer nivel
	Justicia social	
De resultado	**Accesibilidad para personas con discapacidad**	Unidades de salud accesibles para las personas con algún tipo de discapacidad / total de unidades de salud
De proceso	**Capacitación y sensibilización**	(Número personal de salud (operativo, administrativo, de vigilancia o policías, entre otros) capacitado en atención intercultural / Total de personal en la plantilla de la Unidad de Salud)
De proceso	**Capacitación en atención integral**	Número de personal de salud capacitado en la atención integral de las personas / Total de personal en la plantilla de la Unidad de Salud
De resultado	**Proporción de personas indígenas y afromexicanas atendidas en la unidad**	Total de consultas a personas indígenas y personas afromexicanas / Total de consultas de primera vez en mujeres y hombres de todas las edades x 100
De resultado	**Proporción de consultas con atención de línea de vida en personas indígenas**	Consultas con atención integrada de línea de vida a personas indígenas / Total de consultas a personas indígenas x 100
De resultado	**Proporción de personas activa que ejercen la partería**	Personas activas que ejercen la partería activa / Personas inscritas que ejercen la partería x 100
De resultado	**Personas capacitadas que ejercen la partería**	Personas capacitadas que ejercen la partería / Personas activas que ejercen la partería x 100
De resultado	**Ferias promoción de la salud para población indígena**	Ferias de promoción de la salud para población indígena programadas / Ferias de promoción de la salud para población indígena realizadas
De resultado	**Proporción de personas migrantes atendidas en la unidad**	Total de consultas a personas migrantes (nacionales, internacionales y retornadas) / Total de consultas de primera vez en mujeres y hombres de todas las edades x 100
De resultado	**Consultas con atención de línea de vida en personas migrantes**	Consultas con atención integrada de línea de vida a personas migrantes / Total de consultas a personas migrantes x 100

De resultado	**Ferias promoción de la salud para población migrante**	Ferias de promoción de la salud para población migrante programadas / Ferias de promoción de la salud para población migrante realizadas
De resultado	**Razón de Detección de VIH en personas de la diversidad sexo-genérica**	Numero de segundas detecciones de prueba rápida para VIH en mujeres trans, hombres trans, hombres que tienen sexo con otros hombres / Numero de primeras detecciones para VIH en mujeres trans, hombres trans Y hombres que tienen sexo con otros hombres
De resultado	**Proporción de detecciones de Hepatitis B en las personas de la diversidad sexo-genérica**	Número de pruebas rápidas reactivas de hepatitis B / Número de Primera detección. Enzimoinmunoensayo positivas y negativas
De resultado	**Razón de atención en población con discapacidad**	Numero de atenciones en consulta externa otorgadas a personas con discapacidad / Número estimado de personas que viven con discapacidad de acuerdo con el INEGI
PRIMER NIVEL		
Tipo	Nombre	Construcción
De proceso	**Porcentaje de unidades con diagnóstico completo**	(Número de diagnósticos situacionales completos / Total de unidades programadas para el levantamiento de los diagnósticos situacionales) * 100
De proceso	**Porcentaje de unidades que realizan Pacto por la Salud**	(Número de unidades que realizaron el Pacto por la Salud / Número de unidades con diagnóstico completo) * 100
De proceso	**Porcentaje de unidades con implementación de agenda de citas**	(Número de unidades de salud de primer nivel con implementación de agenda de citas / Total de unidades de salud de primer nivel) * 100

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Tabla 9. Indicadores de resultado para la evaluación de la implementación del Comando Alma-Ata en las Unidades de Salud de Primer Nivel.

TIPO	NOMBRE	CONSTRUCCIÓN
De resultado	**Incremento de consultas por médico por turno con enfoque de atención integrada**	14 a 16 consultas por médico por turno.
De resultado	**Incremento proporcional de consulta programada vs espontánea.**	Cambio proporcional de las consultas a sanos + consultas de crónicos en control contra las consultas por patología

TIPO	NOMBRE	CONSTRUCCIÓN
De resultado	**Cobertura de acciones preventivas**	Cobertura de población de responsabilidad con consulta anual de acciones preventivas acorde curso de vida
De resultado	**Proporción de COSABI con fortalecimiento de activos en salud**	COSABI que realizan actividades para generar entornos saludables con apoyo de activos en salud locales / COSABI totales

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

- De igual manera se realizará el cálculo de los 30 indicadores que evalúa la CUPN (Anexo 5).

12. ESCALAMIENTO A LOS ESTADOS

La implementación del "Comando Alma-Ata" en las demás entidades federativas se llevará a cabo de forma escalonada durante el periodo 2025 – 2026.

La primera etapa de expansión de los *diagnósticos transformadores como método innovador de acción, monitoreo y gestión colaborativa* en las entidades concurrentes del IMSS-BIENESTAR, consiste en la intervención de 10 entidades con 41 zonas de servicios médicos y 1,835 unidades de salud de primer nivel (Tabla 10).

Tabla 10. Entidades federativas de la primera etapa de expansión del Comando Alma-Ata.

Entidad	Regiones Operativas	Zonas de Servicios Médicos	USPN
Baja California Sur	3	3	69
Colima	2	2	132
Campeche	3	5	137
Baja California	3	3	160
Quintana Roo	3	4	179
Tlaxcala	4	4	196
Morelos	3	4	224
Zacatecas	4	5	235
Sonora	5	7	250
Nayarit	3	4	253

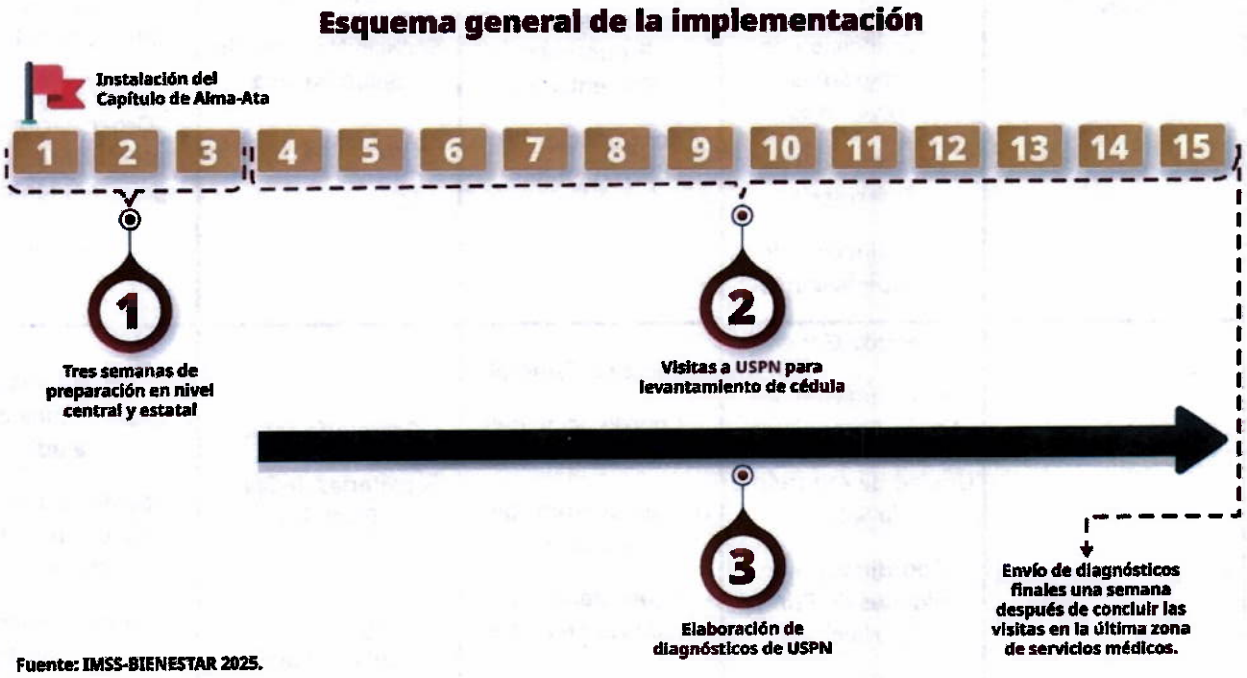
Fuente: IMSS-BIENESTAR 2025.

El despliegue se inicia con la instalación del "Comando Alma-Ata" en cada entidad, y se continua en tres tiempos: 1) preparación a nivel central y estatal, 2) visita a las USPN para el levantamiento de las cédulas y 3) elaboración del diagnóstico transformador de las unidades, tal como se muestra en la figura 6.

El proceso de preparación en nivel central y estatal constará de la identificación de responsables, selección del personal, consolidación y capacitación de los equipos que llevarán a cabo el levantamiento, y así mismo la definición del programa de trabajo en campo.

Posteriormente, para la semana cuatro se hará el arranque oficial del diagnóstico de acuerdo con el plan de trabajo y un análisis simultáneo de los diagnósticos transformadores de acuerdo con el avance que se tenga en cada entidad.

Figura 6. Esquema general de implementación del Comando Alma-Ata.



Fuente: IMSS-BIENESTAR 2025.

La segunda etapa contempla la expansión en el resto de las entidades: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.

13. MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN

PILARES ESTRATÉGICOS	IMSS-BIENESTAR OFICINAS CENTRALES	RESPONSABLES IMSS-BIENESTAR	COLABORACIÓN SECTORIAL	COOPERACIÓN INTERNACIONAL
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Dirección General Coordinación de Acción Comunitaria Unidad de Atención a la Salud Coordinación de Unidades de Primer Nivel Coordinación de Programas Preventivos Coordinación de Enfermería Coordinación de Supervisión	Unidad de Atención a la Salud Coordinación de Unidades de Primer Nivel Coordinación de Programas Preventivos Coordinación de Epidemiología	Secretaría Salud Secretarías de Salud Estatales Servicio Nacional de Salud Pública	Organización Panamericana de la Salud Agencias de Cooperación Embajadas Organismos internacionales y fondos Organizaciones internacionales no gubernamentales Think tanks
ATENCIÓN PROACTIVA	Dirección General Coordinación de Acción Comunitaria Unidad de Atención a la Salud Coordinación de Unidades de Primer Nivel Coordinación de Enfermería Coordinación de Supervisión	Dirección General Coordinación de Acción Comunitaria Unidad de Atención a la Salud Coordinación de Unidades de Primer Nivel Coordinación de Unidades de Segundo Nivel	Secretaría Salud Secretarías de Salud Estatales Presidencia Agenda de Transformación Digital y Telecomunicaciones	Organización Panamericana de la Salud Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Organización Internacional para las Migraciones Embajadas y Agencias de Cooperación
ACCESO EFECTIVO	Unidad de Atención a la Salud	Unidad de Atención a la Salud	Organización Panamericana de la Salud	

PILARES ESTRATÉGICOS	IMSS-BIENESTAR OFICINAS CENTRALES	RESPONSABLES IMSS-BIENESTAR	COLABORACIÓN SECTORIAL	COOPERACIÓN INTERNACIONAL
	Coordinación de Unidades de Primer Nivel Coordinación de Supervisión	Coordinación de Unidades de Primer Nivel Coordinación de Normatividad y Planeación Médica Unidad de Administración y Finanzas	Secretaría Salud Secretarías de Salud Estatales	Organización Panamericana de la Salud Banco Mundial Banco Interamericano para el Desarrollo OCDE
GESTIÓN TERRITORIAL	Dirección General Coordinación de Acción Comunitaria Unidad de Atención a la Salud Coordinación de Unidades de Primer Nivel Coordinación de Programas Preventivos Coordinación de Supervisión	Dirección General Coordinación de Acción Comunitaria Unidad de Atención a la Salud Coordinación de Unidades de Primer Nivel Coordinación de Programas Preventivos	Secretaría de Salud Secretarías de Salud Estatales Secretaría del Bienestar	Organización Panamericana de la Salud Organismos internacionales y fondos Agencias de cooperación Organizaciones internacionales no gubernamentales

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Un pacto que abre sus puertas al mundo

- *Rumbo a una coalición innovadora con la cooperación internacional para desplegar estrategias que impacten en la transformación y producción social de vidas y comunidades saludables.*

La articulación y acción estratégica del "Comando Alma Ata" con la cooperación internacional para la revalorización y fortalecimiento del primer nivel de atención, se concibe como una coalición para desplegar distintas modalidades de cooperación, tales como: i) diálogos y debates, ii) creación y desarrollo de capacidades institucionales, iii) estrategias de posicionamiento y gestión de percepciones, iv) aprendizaje de experiencias comparadas.

Basado en una estrategia innovadora, denominada DIA (Dignificación + Innovación + Activación), la cooperación puede ser guiada para robustecer puentes entre la Unidad de salud, la Comunidad y la Cooperación.

- *Dignificación* de las Unidades de salud y sus condiciones de trabajo (infraestructura equipamiento, valorización)
- *Innovaciones* para la salud (activos en salud, uso y habilitación comunitaria de espacios/entornos)
- *Activación* comunitaria (empoderamiento de comunidades para la salud, acción preventiva, apropiación).

14. TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

La transformación del primer nivel de atención requiere un cambio profundo y planificado que no solo renueve las estrategias de trabajo, sino también redefina la cultura organizacional, planteando una visión renovada que responda a las necesidades en salud de la población, así como las identificadas en las unidades de salud, privilegiando fortalecer el enfoque preventivo de la atención en salud.

La cultura organizacional, entendida como el conjunto de valores, creencias y normas compartidas, representa un factor crítico en cualquier proceso de cambio planificado. Actúa como una fuente primaria de resistencia, pero también como un recurso estratégico para alcanzar una transformación exitosa hacia nuevos paradigmas [(16)]. La modificación de arquetipos culturales puede fomentar la unidad, el propósito y la adaptación al cambio, incrementando la satisfacción del personal y fortaleciendo la efectividad institucional [(17)].

Para hacer realidad esta transformación, se requiere una gestión del cambio estructurada y sistemática que guíe la transición de las unidades desde su estado actual hacia una nueva realidad organizacional [(18)]. Este proceso tiene como objetivo reducir la resistencia al cambio, promover la aceptación y facilitar la adopción de prácticas innovadoras que respondan a las necesidades institucionales y comunitarias [(19)], apoyándose en herramientas como el desarrollo organizacional, que define, implementa y supervisa acciones específicas para el cambio (19). Además, integra seis elementos centrales: 1) Gobernanza y liderazgo, 2) Participación de las partes interesadas, 3) Comunicaciones, 4) Análisis y rediseño de flujos de trabajo, 5) capacitación, y 6) Seguimiento y evaluación [(18)].

Para lograr una transformación efectiva es necesario considerar dos factores clave: 1) la calidad técnica del proceso, que incluye la innovación tecnológica, el diseño metodológico y la claridad en la ejecución de las estrategias; y 2) la aceptación del cambio por parte del personal, cuya colaboración activa es esencial para el éxito del proyecto [20].

Este esfuerzo busca establecer un modelo inspirado en la vigencia de los principios de Alma Ata centrado en las personas, promoviendo prácticas que respondan a las necesidades identificadas mediante un enfoque participativo [18]. La transición requiere que el personal asuma un papel activo en el cambio, reconociendo su importancia como agentes clave en el desarrollo institucional.

De esta manera, el "Comando Alma-Ata" no solo atiende las demandas actuales, sino que también crea una base sólida para enfrentar los desafíos futuros. De esta manera, se avanza hacia un sistema de salud más resiliente, participativo y comprometido con el bienestar integral de las comunidades.

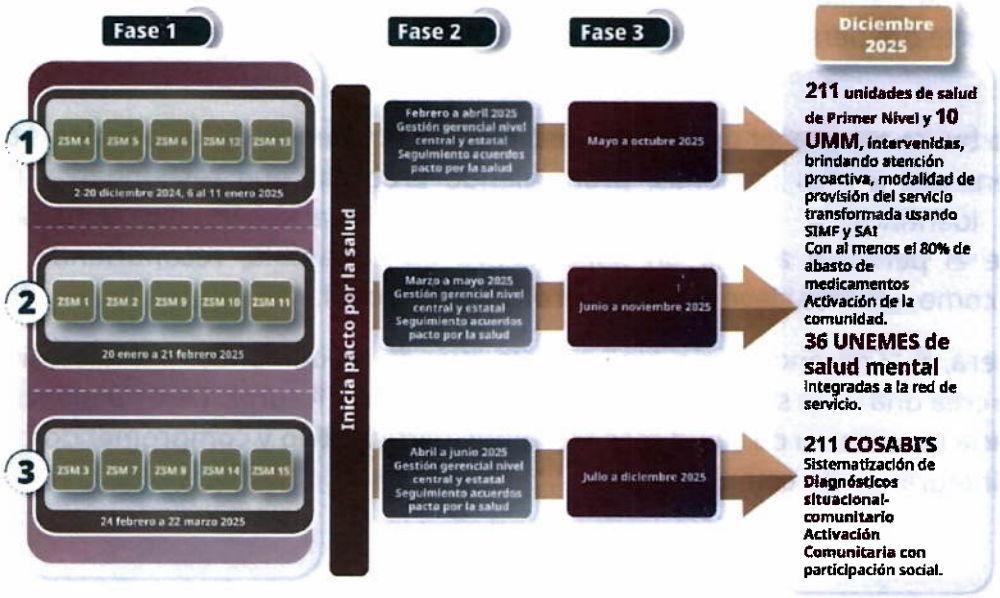
15. PACTO POR LA SALUD.

CAPÍTULO: CIUDAD DE MÉXICO

A partir de la instalación del "Comando Alma-Ata" el día de 29 de noviembre de 2024, se inició con la organización y programación de actividades para la implementación del "Capítulo: Ciudad de México".

Para su activación, se llevó a cabo una reunión de presentación, encabezada por las Coordinaciones de Nivel Central involucradas en la operatividad de este proyecto: la Coordinación de Unidades de Primer Nivel, la Coordinación de Programas Preventivos y la Coordinación de Acción Comunitaria, convocando a la Ciudad de México para establecer el Plan de Trabajo para este Capítulo, y explicando que se llevará a cabo en tres Fases y que la proyección para completarse se programó para el mes de diciembre de 2025 como se describe a continuación.

Figura 7. Plan operativo para la implementación del Comando Alma – Ata, Capítulo Ciudad de México, 2024-2025.

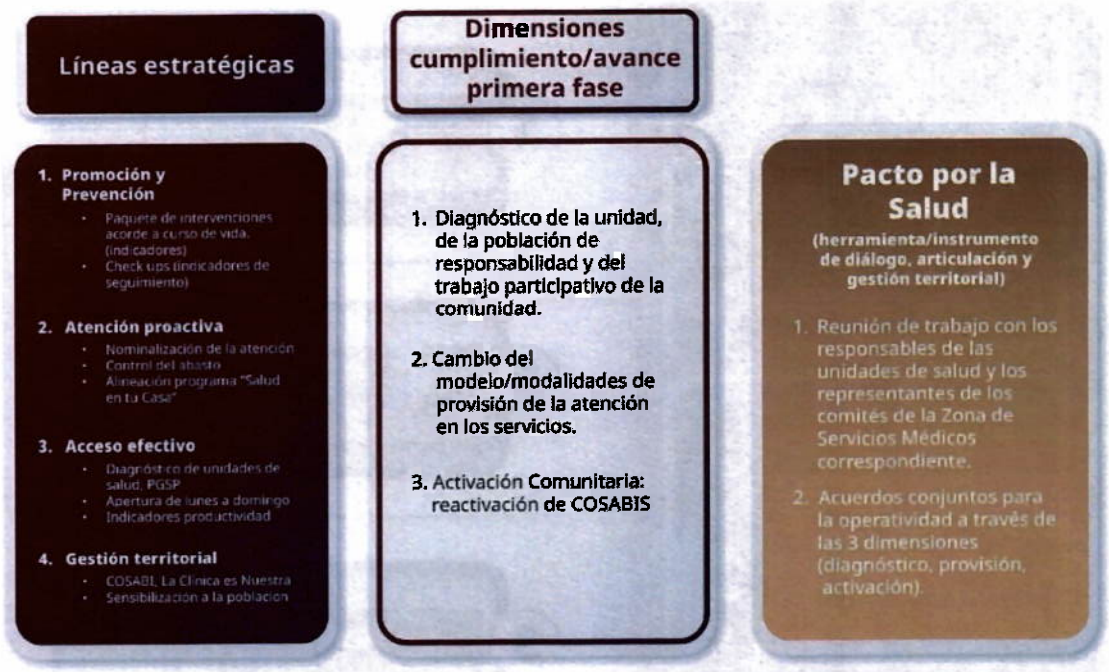


Fuente: IMSS-BIENESTAR, noviembre 2024

Una vez realizada la presentación, con las autoridades de Ciudad de México, así como con los responsables de los equipos de conducción, se acordó iniciar con una capacitación a los integrantes de las Brigadas que participarían en el levantamiento del diagnóstico situacional de las Unidades de Primer Nivel de IMSS-BIENESTAR de la entidad en las diferentes Zonas de Servicios Médicos (ZSM) que la integran.

El día 29 de noviembre de 2024, se llevó a cabo la capacitación con la participación de 83 asistentes, en la cual se dio a conocer el objetivo, las líneas estratégicas, las dimensiones y actividades para el cumplimiento de la Primera Fase como a continuación se describe.

Figura 8. Líneas estratégicas, dimensiones y cumplimiento de avance Primera Fase del Comando Alma-Ata, Capítulo Ciudad de México, 2024 – 2025.



Fuente IMSS-BIENESTAR, noviembre 2024

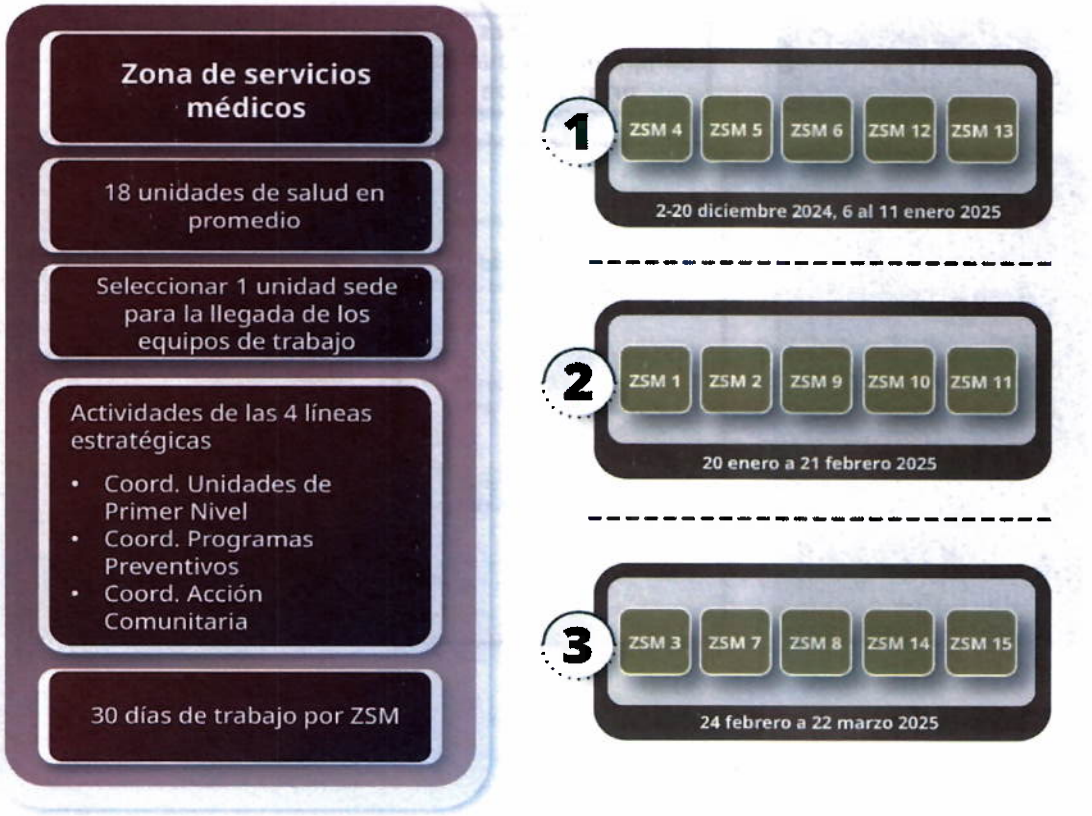
Asimismo, se instruyó en el llenado de la Cédula de supervisión de unidades de primer nivel de atención del IMSS-BIENESTAR alojada en el Portal de Gestión de Salud Poblacional, así como en la cédula de Acción Comunitaria.

Por otra parte, se llevó a cabo la presentación de cómo se llevaría a cabo el monitoreo del avance a través de la evaluación del cumplimiento en el llenado de los diferentes instrumentos de recolección para la integración del diagnóstico situacional.

Una vez capacitado el personal, el 2 de diciembre de 2024 se llevó a cabo la reunión para la planeación de las actividades de campo que iniciarían el día siguiente, contando con la participación de las tres Coordinaciones de Nivel Central junto con la Coordinación Estatal de IMSS-BIENESTAR de la Ciudad de México con representación de las Zonas de Servicios Médicos que participarían en el Primer Bloque.

En términos generales, se presentó la estructura de los Bloques que integrarían las distintas Fases del Capítulo de la Ciudad de México.

Figura 9. Zonas de Servicios Médicos, Cuidad de México.



Fuente: IMSS-BIENESTAR, noviembre 2024

La logística para la primera fase consistió en la asignación de los integrantes de brigada para cada una de las Zonas de Servicios Médicos y el nombramiento de un líder, con representación de cada una de las Coordinaciones de Nivel Central.

Para llevar a cabo un seguimiento de la operación en campo, se elaboró un formulario en Google Forms, para el registro del avance diario de los diagnósticos de las unidades visitadas por Brigada en las diferentes Zonas de Servicios Médicos, así como la estandarización de un formato para la construcción del cronograma de programación de actividades y visitas a las Unidades de Salud de Primer Nivel.

Por último, de manera diaria cada brigada envía sus evidencias fotográficas del trabajo realizado.

16. ANEXOS

Anexo 1. Líneas de acción específicas de acuerdo con cada línea estratégica.

1.1. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

LÓGICA VERTICAL

Línea estratégica	Implementar un proceso de atención preventiva con enfoque en curso de vida			
Insumos	• Cédulas de levantamiento diagnóstico otorgamiento de acciones preventivas y disponibilidad de insumos • Unidades de Salud de Primer Nivel • Personal operativo de la CUPN • Unidades de Salud de Primer Nivel	• Diagnóstico • Personal operativo para la implementación	• Diseño de capacitaciones de acuerdo con necesidades operativas sobre programas y estrategias preventivas • Material didáctico • Instructores capacitados • Espacios físicos y/o virtuales para capacitaciones	• Diseño de indicadores y metas • Definición y elaboración de herramientas (cedulas) para la supervisión y recolección de datos y su anátisis • Personal supervisor (CUPN y zonal)
Actividades	• Diagnóstico de mecanismo de otorgamiento de cartera de servicios preventivos en las USPN y disponibilidad de insumos para realización de acciones preventivas	Proceso de implementación de acciones preventivas y estrategias (DIT, CAI, CASA, SAISME)	Capacitación para la implementación de las estrategias preventivas	Asesoría, seguimiento y evaluación de la implementación
Productos	• Información para la toma de decisiones en la mejora de procesos de prevención • Listado de requerimientos para la oferta de servicios preventivos • Plan de abastecimiento y proyecciones de consumo anual	• Mecanismo de implementación de procesos integrales de prevención por curso de vida	• Inicio de la implementación del proceso preventivo para el PNA	• Información sobre el progreso de la implementación • Visitas de supervisión y asesoría a unidades operativas Implementación • Planes de mejora con base en la evidencia documentada
Resultados	• Optimización de los procesos preventivos • Reducción del desabasto • Mejora de la organización de los servicios ofertados por curso de vida • Disponibilidad de insumos con base en evidencia	• Estandarización de los servicios con base en los protocolos • Atención integral en las USPN	• Mejora de las competencias del personal operativo • Estandarización de los procesos en las USPN	• Implementación de los procesos de manera efectiva • Corrección oportuna de áreas de oportunidad
Impactos	• Mejora de la salud de la población de responsabilidad del IMSS BIENESTAR	• Mejora del acceso a servicios preventivos • Garantizar la continuidad de la atención y los servicios preventivos	• Incremento de la oferta de los servicios preventivos por curso de vida • Mejora de la calidad de la atención	• Incremento de la cobertura de acciones preventivas por curso de vida. • Sostenibilidad y adaptación territorial de los procesos

1.2. Atención Proactiva

LÓGICA VERTICAL

Línea estratégica	Fomentar la cultura de prevención y autocuidado en la población de responsabilidad del IMSS BIENESTAR			
Insumos	• Cédulas de levantamiento diagnóstico de programas preventivos. Se hará en conjunto con la línea estratégica de "Proceso de Atención Preventiva con enfoque en curso de vida" • Unidades de Salud de Primer Nivel • Personal operativo de la CUPN • Unidades de Salud de Primer Nivel	• Diagnóstico de salud de la entidad para establecer prioridades. • Personal capacitado para la planeación estratégica	• Diseño de capacitaciones • Material didáctico • Instructores capacitados • Espacios físicos y/o virtuales para capacitaciones	• Diseño de indicadores según capacidades de la entidad • Definir las herramientas para la recolección de datos y su análisis • Personal supervisor (CUPN y zonal)
Actividades	Realizar un diagnostico de necesidades de insumos para la oferta de Chequeo preventivo anual en USPN	Conformar e implementar una estrategia de paquete preventivo anual por curso de vida	Capacitar al personal operativo para la implementación de la estrategia Chequeo preventivo anual	Asesoría y seguimiento operativo de la implementación
Productos	• Información sobre barreras y necesidades para la operación de una estrategia de chequeos preventivos anuales por curso de vida	• Paquete preventivo anual definido por curso de vida • Protocolos de atención • Plan de implementación	• Personal capacitado para la implementación de los procesos	• Información sobre el progreso de implementación • Planes de mejora con base en la evidencia documentada
Resultados	• Mejora de la disponibilidad de los insumos • Optimización de recursos • Mejorar la planeación del otorgamiento de los insumos y su uso • Eficiencia en los procesos de atención	• Estandarización de paquete básico anual de prevención • Atención integral en las USPN • Mejora de la organización y administración de insumos y recursos	• Mejora de las competencias del personal operativo • Homologación de procesos	• Implementación de los procesos de manera efectiva • Corrección oportuna de áreas de oportunidad
Impactos	• Garantizar la disponibilidad de los servicios preventivos a los usuarios	• Detección oportuna de enfermedades	• Incremento de las atenciones preventivas integrales en la población • Calidad en atención	• Sostenibilidad y adaptación territorial de los procesos

LÓGICA VERTICAL

Línea estratégica	Nominalización de usuarios y control de abasto			
Insumos	Información: - Concentrado de aplicación de cédulas de supervisión para Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención - Relación de plantillas de personal, cartera de servicios y dotación de medicamentos e insumos por servicio	Infraestructura: - Total de Unidades fijas de Salud del Primer Nivel de Atención en la entidad - Red de instalación eléctrica por unidad - Red de internet por unidad	Equipamiento: - Servidores de sistemas de información - Equipos de cómputo para consultorios y ventanillas de farmacia	Recursos Humanos: - Personal de conducción zonal y regional estatal - Equipos operativos y administrativos de salud de las Unidades
Actividades	Identificación de necesidades de equipamiento e infraestructura tecnológica de las unidades de salud del primer nivel de atención	Habilitación tecnológica de unidades de salud del primer nivel de atención	Desarrollo de claves de acceso para personal	Capacitación del personal en uso del sistema de información
Productos	Concentrado de necesidades de equipamiento e infraestructura tecnológica del 100% de USPN fijas de la entidad	Instalación de equipos de cómputo para operación del sistema de información y verificación de red eléctrica y de internet del 100 % de USPN fijas de la entidad	Capacitación virtual de más del 85% del personal de las unidades de la entidad en capacitación presencial de más del 75% del personal	
Resultados	Operativización de los sistemas de información en más del 80% de las USPN fijas de la entidad	Migración de la prestación de servicios a entorno digital, homologado e integrado	Automatización del control de abasto de medicamentos e insumos en el Primer Nivel de Atención	
Impactos	Mejora de la calidad de atención de usuarios de los Servicios de Salud de IMSS BIENESTAR y mayor capacidad de atención integral por los equipos de salud	Mejora de la calidad del registro de información de atenciones otorgadas en el Primer Nivel de Atención	Incremento de la capacidad de gestión del abasto de medicamentos e insumos médicos de las USPN	

LÓGICA VERTICAL

Línea estratégica	Implementar en el primer nivel de atención una estrategia de fidelización relacionada con la atención de DM2 e HAS			
Insumos	• Presentación de capacitación • Insumos digitales para su aplicación (equipo de cómputo, internet, etc) • Calendario de capacitación • Proceso de notificación a las USPN	• Proceso de seguimiento • Metas e indicadores de seguimiento • Vía de comunicación para la retroalimentación • Informes de seguimiento	- Instrumento de evaluación de conocimientos técnicos - Recursos tecnológicos para la implementación de sesiones de actualización	• Análisis de seguimiento de Unidades • Recepción de resultados de fidelización de usuarios • Incentivos: reconocimientos, credencial de fidelización de usuarios • Insumos para sesiones digitales o presenciales de otorgamiento de recompensas
Actividades	Capacitación para la implementación de la estrategia	Asesoría y seguimiento de la aplicación de la estrategia	Diseñar e implementar un proceso de evaluación y mejora de capacidades técnicas para la atención de DM2 e HAS	Otorgamiento de incentivos
Productos	• USPN con capacidades técnicas para la implementación de la estrategia	• Identificación de fortalezas y áreas de oportunidad operativas de la estrategia • Incremento de las USPN que implementan la estrategia	• Documento e temas centrales para la capacitación al personal • Calendario anual de capacitación	• Reconocimiento de las unidades con mejora de procesos de atención • Incremento de la motivación para el control de su padecimiento a pacientes con DM2 e HAS
Resultados	• Implementación de la estrategia de fidelización en USPN	• Plan de mejora en los procesos de la estrategia	• Personal de salud capacitado para el otorgamiento de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas más eficaces a la población con DM2 e HAS atendida en USPN	• Personal de salud reconocido por mejora en el control de DM2 e HAS • Pacientes reconocidos por su corresponsabilidad en el control de DM2 e HAS
Impactos	• Incremento en la proporción de pacientes con DM2 e HAS en control	• Incremento de USPN con adecuada la implementación de la estrategia	• Incremento de las capacidades técnicas y conocimientos para un mejor tratamiento a pacientes con DM2 e HAS • Otorgamiento de tratamientos más eficaces a pacientes con DM2 e HAS	• Mejora en la percepción del valor de la atención y autocuidado para la prevención de complicaciones de la DM e HAS

1.3. Acceso Efectivo

Línea estratégica	Implementar estrategias para mejorar el acceso efectivo a través de las Unidades Médicas Móviles			
Insumos	- UMM en óptimas condiciones - Personal de las Brigadas de salud contratados. - Equipamiento - Insumos			
Actividades	Diagnóstico de las necesidades en UMM	Capacitación: A los jefes de oficina y enlaces Estatales. Envío de la capacitación al personal que conforman las Brigadas de Salud.	Implementación Uso de la Herramienta de Gestión de Información	Seguimiento: Envío de los resultados de la productividad a las Entidades. Realizar estrategias de mejoras para aumentar la productividad
Productos	1277 Brigadas de salud de UMM, mejorando la productividad con atención de calidad.			
Resultados	-Incremento en las consultas que se brindan a la población vulnerable.			
Impactos	-Otorgar atenciones de mejor calidad a mayor número de población de responsabilidad.			

Línea estratégica	Implementar la estrategia de TELESALUD para mejorar el acceso efectivo a través de las Unidades Médicas Móviles			
Insumos	**Unidad consultantes:** **Estación de telemedicina** **Equipo médico**	**Unidad interconsultante:** **Estación de telemedicina** **Equipo administrativo.**	**Tecnológico:** **Software adaptable.** **Conectividad.**	
Actividades	Diagnóstico: Analizar las UMM en donde se realizarán las pruebas pilotos. Realizar el presupuesto y las gestiones correspondientes.	Planeación: Identificación del paciente Solicitud de laboratorios y estudios de gabinete Resumen clínico Agenda	Implementación : Presentación del paciente Interrogatorio y valoración Diagnóstico y tratamiento	Seguimiento: Envío de estudios vía correo electrónico al especialista Seguimiento mensual por parte de la UMM Agenda de acuerdo con solicitud de especialista
Productos	**39 UMM realizando consultas y capacitaciones de manera virtual.**	**26 UNEMES de Enf. Cardiovasculares**	**72 UNEMES de Salud Mental**	**14 Hospitales Generales**
Resultados	-Reducir la brecha de atención entre la consulta de medicina general y especializada			
Impactos	**-285 localidades con aproximadamente 85,112 beneficiarios.**			

LÓGICA VERTICAL

Línea estratégica	Pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia (POCT -Point of Care Testing)			
Insumos	- Cédulas de levantamiento de infraestructura (luz e internet), equipamiento (equipo de cómputo y red de frío) de las Unidades de Salud de Primer Nivel. - Personal operativo de la CUPN, de las Coordinaciones Estatales y de las Unidades de Salud de Primer Nivel.			
Actividades	Regionalización de USPN por estado, para determinar las unidades de salud donde se implementaría POCT	Diagnóstico de infraestructura y equipamiento específico de las USPN	Proceso de Licitación Contratación	Capacitación y puesta en marcha. Seguimiento y monitoreo de lo ejercido mensual y trimestralmente.
Productos	Análisis del costo beneficio de POCT en USPN con difícil acceso y grandes distancias a los laboratorios centrales.			
Resultados	Acceso y oportunidad en los servicios de atención en USPN.	Eficiencia en los procesos de diagnóstico oportuno, tratamiento y referencia asertiva de pacientes a los otros niveles de atención.	Aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.	Estadística sobre las ventajas de contar con POCT en USPN.
Impactos	Detección temprana de enfermedades, mejora de la salud y prevención de enfermedades en la población de responsabilidad del IMSS BIENESTAR	Reducción en la brecha para contar con herramientas y un sistema de laboratorio más eficiente desde Primer Nivel de Atención.	Mayor capacidad resolutiva, mejor toma de decisiones clínicas	

LÓGICA VERTICAL

Línea estratégica	Fortalecimiento de infraestructura, equipamiento y mobiliario			
Insumos	- Cédula de Infraestructura, equipamiento y mobiliario en Unidades de Salud de Primer Nivel - Personal operativo de la CUPN, de las Coordinaciones Estatales y de las Unidades de Salud de Primer Nivel			
Actividades	Capacitación del personal para levantamiento de cédulas	Diagnóstico del estatus y de las necesidades de cada USPN. Análisis de los datos obtenidos	Priorización de las necesidades detectadas	Gestión con las áreas correspondientes inter e intra institucional para solventar las necesidades
Productos	Informe de las necesidades de cada USPN.	Vinculación con las áreas responsables de acuerdo con el tipo de necesidad.	Gestión para contar con los recursos necesarios.	Adquisición de equipo y mobiliario; así como mejoras en infraestructura e instalaciones para la operación de las unidades.
Resultados	Análisis de las necesidades de las Unidades de Primer Nivel.	Mejora en la infraestructura, equipamiento y mobiliario de las Unidades de Primer Nivel.	Mejora en la calidad de la atención de los servicios ofertados.	Mejora de la percepción y confianza de usuarios, como de profesionales de la salud que operan en dichas unidades.
Impactos	Mejora de la salud y seguridad de los pacientes IMSS BIENESTAR.	Fortalecimiento de las Unidades de Salud de Primer Nivel.		

1.4. Gestión Territorial

Línea estratégica	Fortalecer la colaboración y vinculación entre la comunidad y la Unidad de Salud de Primer Nivel mediante la participación activa de los COSABIs.			
Insumos	▪ Cedula para la integración del comité. ▪ Minutas de trabajo. ▪ Formatos para diagnóstico y plan de trabajo. ▪ Guías y manuales de apoyo para la operación de actividades. ▪ Formato para informe de resultados.			
Actividades	Fomento de actividades de promoción de la salud y prevencion de enfermedades con un enfoque de agentes de cambio.	Participación activa de los integrantes del comité.	Fortalecimiento de alianzas institucionales.	Ejecución de proyectos y actividades para el mejoramiento de los diferentes entornos dentro de la comunidad.
Productos	Información para la toma de decisiones en la mejora de procesos de prevención	Planes de trabajo definido para el diseño de estrategias.	Redes de colaboración para la aplicación de proyectos en la comunidad.	Proyectos elaborados a partir de la identificación de las necesidades desde el ámbito comunitario.
Resultados	Empoderamiento de la población para el autocuidado de su salud.	Mejora en la organización del comité y hacía la comunidad.	Desarrollo de programas o servicios que beneficien a la población.	Uso eficiente de los recursos aplicados en los proyectos identificados.
Impactos	Impulso de prácticas saludables para reducir factores de riesgo en la población con atención en grupos vulnerables.	Participación activa y proactiva para la ejecución de actividades integrales para el beneficio de la comunidad.	Mejoras en la salud de la persona y su entorno.	Sostenibilidad a través de la colaboración de todos los integrantes de la comunidad.

Anexo 2. Apartados y secciones de la Cédula de supervisión de unidades de primer nivel de atención del IMSS-BIENESTAR.

LÓGICA VERTICAL

Línea estratégica	Elaborar una estrategia de mercadotecnia social en salud que contribuyan a la auto identificación de riesgos y fomenten comportamientos saludables en la población usuaria de los servicios de las USPN del IMSS BIENESTAR			
Insumos	• Análisis de temas prioritarios por etapa de curso de vida	• Análisis del contexto social y necesidades de salud de la entidad • Evidencia de estrategias que funcionan en poblaciones similares	• Diseño de capacitaciones de acuerdo con necesidades operativas • Material didáctico • Instructores capacitados • Espacios físicos y/o virtuales para capacitaciones	• Diseño de indicadores • Definir las herramientas para la recolección de datos y su análisis • Personal supervisor (CUPN y zonal)
Actividades	Diseñar estrategia de autoidentificación de riesgos con base en prioridades por etapa del curso de vida	Diseñar proceso de implementación en las USPN	Capacitación para pilotaje e implementación la estrategia a las USPN	Asesoría y seguimiento de la implementación
Productos	• Estrategia de autoidentificación de riesgos para apoyo en las USPN	• Plan de implementación de los procesos	• Validación de instrumentos • Personal capacitado para la implementación de los procesos	• Información sobre el progreso de implementación • Planes de mejora con base en la evidencia documentada
Resultados	• Identificación de brechas comunicativas con la población general • Priorización de acciones • Base para planeación estratégica con lo identificado	• Fomento al autocuidado en la población usuaria del PNA del IMSS BIENESTAR mediante la identificación individual de factores de riesgo	• Mejora de las competencias del personal • Mejora de competencias de la población	• Implementación de los procesos de manera efectiva • Corrección oportuna de áreas de oportunidad
Impactos	• Estrategia de autocuidado para su implementación en el PNA	• Aumento enfoque preventivo de la atención a la salud en el PNA	• Mejora en la percepción de la corresponsabilidad del cuidado en la salud • Fomento en la participación activa de la población en el cuidado de su salud	• Sostenibilidad y adaptación territorial de los procesos

Anexo 3. Apartados y secciones de la Cédula de supervisión de Acción Comunitaria del IMSS-BIENESTAR.

Apartado	Sección
Inclusión	Tipo de población que atiende la Unidad Médica
	Capacidad del personal para brindar atención con trato diferenciado
	Capacitación al personal sobre inclusión
	Protocolo de acción en casos de discriminación o violencia
	Barreras de acceso que enfrenta la población
Accesibilidad	Idiomas, señalética, vinculación con traductores/interpretes
	Traslados para acceder a los servicios de salud
	Atención integral
	Difusión de servicios de salud
Organización comunitaria	Comités de Salud, voluntarios, parteras y/o médicos tradicionales.
	Capacitaciones y participación de los integrantes de los comités.
Aval Ciudadano	Presencia del Aval Ciudadano
	Actividades en las que participa el Aval Ciudadano
	Respuestas a las expresiones ciudadanas.
	Presencia de medios para captación de expresiones ciudadanas.
Contraloría Social	Presencia del Comité de Contraloría Social
	Participación del Comité de Contraloría Social
	Captación de Expresiones ciudadanas
Participación Comunitaria	Parteras y médicos tradicionales
	Organizaciones o líderes comunitarios que colaboran con la Unidad de Salud
	Proyectos comunitarios implementados en la comunidad
	Espacios dentro del entorno comunitario
	Servicios públicos en la comunidad
	Figuras/líderes que participan en actividades de promoción
	Medios de comunicación locales

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

Anexo 4. Pacto por la Salud: estamos en acción

El Pacto por la Salud es una herramienta innovadora de gestión y articulación estratégica sensible a las distintas realidades locales y regionales, enfocada en la cooperación y compromiso entre diferentes actores sociales e instituciones que buscan un objetivo común: mejorar y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad para todas las personas, en todos los lugares.

Gracias a la participación de distintos actores clave, como gobiernos, organizaciones internacionales, las comunidades y otras instituciones para crear un frente común de forma coordinada, los Pactos por la Salud sirven como mecanismos para fortalecer las acciones del Comando Alma-Ata,

Trabajar en conjunto entre las partes involucradas permite diseñar intervenciones y acuerdos más efectivos, sostenibles y adecuados a las necesidades en salud de las personas y sus contextos territoriales.

Los compromisos establecidos deben basarse en un enfoque integral tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud, orientados a cambios sobre las reformas, adecuaciones en la distribución de recursos y una estrecha colaboración entre las partes involucradas a fin de asegurar que todas las personas, sin importar su condición económica, geográfica o cultural tenga acceso efectivo a servicios de calidad.

Un Pacto por la Salud es clave para fortalecer el sistema de salud asegurando la equidad, la calidad y la accesibilidad de los servicios basados en la atención primaria de la salud, y que el derecho a la salud sea una realidad tangible y cotidiana para toda la población.

Anexo 5. Indicadores de evaluación de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel del IMSS-BIENESTAR.

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
Programa de Vacunación Universal	1	**Cobertura de vacunación en menores de un año (%)**	Resultado	(Número de niñas y niños menores de un año con esquema de vacunación de la unidad de vacunadora / población menor de un año de responsabilidad de la unidad de salud del IMSS-B) *100	RDA/SIS-SINBA	≥95.0%	90.0-94.9%	80.0-89.9%	≤79.9
Tamiz Neonatal Metabólico	2	**Cobertura de Tamiz metabólico neonatal**	Proceso	(Número de tamices neonatales realizados / Número de recién nacidos vivos para el periodo a evaluar) *100	SIS/SINAC	≥95.0%	90.0-94.9%	80.0-89.9%	≤79.9
Enfermedades crónicas	3	**Cobertura de detección de diabetes**	Resultado	(Total de detecciones de glucemia capilar en mayores de 20	SIS/SINBA	≥42.5%	31.87-42.49%	21.25-31.86	≤21.24

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				años en la población de responsabilidad institucional en el periodo a evaluar, por entidad federativa / Cantidad de detecciones programadas en el periodo a evaluar por entidad federativa) * 100					
	4	**Cobertura de detección de hipertensión**	Resultado	(Total de detecciones de hipertensión arterial en mayores de 20 años en la población de responsabilidad institucional en el periodo a evaluar, por entidad federativa / Cantidad de detecciones programadas en	SIS/SINBA	≥42.5%	31.87-42.49%	21.25-31.86%	≤21.24

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	**Satisfactorio / Regular**	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				el periodo a evaluar por entidad federativa) * 100					
	5	**Proporción de personas con diabetes controlada**	Resultado	(Total de pacientes mayores de 20 años en tratamiento por Diabetes Mellitus con cifras de glicemia de control en el periodo a evaluar / Total de pacientes mayores de 20 años en tratamiento por Diabetes Mellitus registrados en el periodo a evaluar) *100	SIS/SINBA	≥ 45	39.25-44.99	35.20-39.24	≤35.19
	6	**Proporción de personas con hipertensión arterial sistémica controlada**	Resultado	(Total de pacientes mayores de 20 años en tratamiento por hipertensión	SIS/SINBA	>80%	70-79%	60-69%	<60%

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				arterial con cifras de T/A de control en el periodo a evaluar / Total de pacientes mayores de 20 años en tratamiento por Hipertensión Arterial Sistémica registrados en el periodo a evaluar) *100					
	7	**Cobertura de Detección de Obesidad**	Resultado	(Número de detecciones de obesidad en la población de 20 años y más años en unidades de médicas de primer nivel de atención / Total de consultas de primera vez realizadas a la población de 20 años y más en unidades de primer nivel de atención) * 100	SIS/SINBA	>70%	60-69%	50-59%	<50%

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
Cáncer de la mujer	8	**Cobertura de detección de cáncer cervicouterino con citología cervical**	Resultado	(Total de detecciones de cáncer a través de citologías cervicales realizadas a mujeres de 25 a 64 años / Total de población de responsabilidad de mujeres de 25 a 64 años) *100	SIS/SINBA	≥2.5%	1.20-2.49%	0.92-1.19%	≤0.91
	9	**Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres con bajo riesgo**	Proceso	(Número de mastografías realizadas a mujeres de 40 a 49 años / Mujeres sin derechohabiencia de 40 a 49 años) *100	SICAM	>10 %	6 - 9.9%	4 - 5.9%	<4
	10	**Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía c/ riesgo**	Proceso	(Número de mastografías realizadas a mujeres de 50 a 69 años / Mujeres sin derechohabiencia	SICAM	>10 %	6 - 9.9%	4 - 5.9%	<4

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				de 50 a 69 años) *100					
Salud mental	11	**Cobertura de detecciones de trastornos de salud mental en la población mayor de 10 años**	Proceso	(Total de pacientes mayores de 10 años al que se le aplica tamizaje de depresión y ansiedad / Total de la población objetivo mayores de 10 años de IMSS-BIENESTAR) *100	SIS/SINBA	>40%	20-39%	10-19%	<10%
Salud materna	12	**Cobertura de detección de VIH en embarazadas**	Proceso	Número de pruebas rápidas de primera vez de VIH realizadas en mujeres embarazadas / Número de consultas de primera vez en embarazadas	SIS/SINBA	≥1.9	1.80-1.89	1.60-1.79	≤1.59
	13	**Oportunidad del inicio del control prenatal**	Proceso	(Número de consultas prenatales de primera vez atendidas en el	SIS/SINBA	>49%	41.0% - 48.9%	35-0% - 40.9%	<34.9%

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				primer trimestre de la gestación en el IMSS-B / Total de consultas prenatales de primera vez en el cualquier trimestre de la gestación en unidades del IMSS-B) * 100					
	14	**Promedio de consultas prenatales**	Proceso	(Total de consultas de prenatales de 1era vez y subsecuentes otorgadas en el cualquier trimestre de la gestación en unidades del IMSS-B / Número de consultas prenatales de primera vez otorgadas en cualquier trimestre de la gestación en	SIS/SINBA	>4.5	4.0 - 4.4	3.6 - 3.9	<3.5

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				unidades del IMSS-B)					
	15	**Porcentaje de embarazadas adolescentes**	Resultado	(Número de consultas prenatales de primera vez en mujeres de 10 a 19 años en unidades del IMSS-B / Total de consultas prenatales de primera vez en total de mujeres durante cualquier trimestre de la gestación en unidades del IMSS-B) * 100	SIS/SINBA	< 24.4%	24.5% - 26.4%	26.5% - 27.9%	> 28%
Salud mental	16	**Porcentaje de personal médico y enfermería, aprobado en la guía de intervención para los TMNSmhGAP**	Proceso	(Total de personal médico y enfermería de primer nivel de atención, aprobado en la guía/Total de la plantilla médico y	SiESABI	>60%	50-59%	40-49%	<39%

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				enfermería de primer nivel de atención) *100					
	17	**Indice de consultas subsecuentes en materia de salud mental**	Proceso	(Número total de consultas subsecuentes en materia de salud mental y adicciones / Número total de consultas de primera vez en materia de salud mental y adicción) * 100	SIS-SINBA	≥3	2-2.9	1-1.9	<0.9
Atención proactiva	18	**Porcentaje de atención integral en personas mayores a través de la Estrategia Atención Proactiva**	Resultado	(Número de personas mayores con enfermedades prioritarias que reciben atención integral en su domicilio / Número de personas que reciben atención integral en su domicilio) *100	Portal de Gestión de Salud Poblacional	>60%	60-45%	45-15%	<15%

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
Atención Médica y utilización de servicios	19	**Promedio de consulta general por personal médico por día**	Proceso	(Total de consultas de medicina general por médico general por mes calendario en unidades del IMSS-B de 1er nivel de atención/(Total de médicos generales en las unidades del IMSS-B de 1er nivel de atención) /20	SIS-SINBA	> 14	11-13%	8-10%	< 8
Unidad Médica Móvil	20	**Cobertura de territorialización por UMM**	Proceso	(Total de localidades atendidas por el programa en el periodo / Número de localidades objetivo del programa en el periodo) *100	Informe Gerencial	>90%	90-75%	74-40%	<40%
	21	**Fidelización del beneficiario y el personal de salud**	Resultado	(Número de unidades de primer nivel con al	SIS/SINBA CLUES	>70%	60-69%	50-59%	<50%

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				menos el 60% de pacientes en control de Hipertensos / Entre el total de CLUES en la Coordinación Estatal) *100					
	22	**Lactancia materna exclusiva**	Estratégico	(Total de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva de responsabilidad de IMSS-BINESTAR / Total de niños y niñas menores de 6 meses en control de niño sano de responsabilidad de IMSS-BIENESTAR) *100	SIS/SINBA	>70%	60-69.9%	50-59.9%	<50%
Nutrición	23	**Cobertura de Evaluación Nutricional en menores de 2 años (Estrategia 1000 días)**	Resultado	(Total de ingresos a control nutricional en menores de 2 años / Total de consultas de niño	SIS-SINBA	80-100%	61.6-79.9%	42.9-61.5%	≤24.2

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				sano de primera vez y subsecuentes en el mismo periodo) * 100					
Acción Comunitaria	24	**Integración de Comités de Salud y Bienestar**	Resultado	(Total de COSABI/ Total de Unidades Médicas de Primer Nivel y UMM programadas) *100	Sistema de Información de Acción Comunitaria	>90%	90-75%	74-40%	<40%
	25	**Orientación del COSABI**	Resultado	(Total de COSABI capacitados en sus funciones / Total de COSABI integrados) *100	Sistema de Información de Acción Comunitaria	>70%	60-69%	50-59%	<50%
	26	**Reactivación de Aval Ciudadano**	Resultado	(Aval Ciudadano activo / Total de Unidades Médicas de Primer Nivel y UMM programadas) *100	Sistema de Información de Acción Comunitaria	>70%	60-69.9%	50-59.9%	<50%
	27	**Atención de expresiones ciudadanas**	Proceso	(Total de expresiones ciudadanas derivadas al responsable de la	Sistema de Información de Acción Comunitaria	80-100%	61.6-79.9%	42.9-61.5%	<24.2

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	**Satisfactorio / Regular**	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
				UM durante el trimestre / Expresiones ciudadanas recibidas en el trimestre) * 100					
	28	**Acciones de Orientación y Promoción a la Salud**	Resultado	(Número de actividades de Orientación y Promoción a la salud realizadas / Número de actividades de orientación y promoción a la salud programadas) *100	Sistema de Información de Acción Comunitaria	>90%	90-75%	74-40%	<40%
	29	**Jornadas de entornos saludables realizadas**	Resultado	(Jornadas de entornos saludables realizadas / Jornadas de entornos saludables programadas) *100	Sistema de Información de Acción Comunitaria	>90%	90-75%	74-40%	<40%

Componente	No.	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Fuentes de información	Valores esperados			
						Sobresaliente/ Esperado	Satisfactorio / Regular	Mínimo/ Crítico	Precario/ No adecuado
	30	**Diagnóstico participativo**	Proceso	(Total de diagnóstico participativos sistematizado / Total de diagnóstico participativo levantado) *100	Sistema de Información de Acción Comunitaria	>90%	90-75%	74-40%	<40%

Fuente: IMSS-BIENESTAR 2024.

17. REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Informe IMSS, Capitulo 9: Programa IMSS-SOLIDARIDAD. 2019. Disponible en: http://apps.salud.gob.mx/transparencia/informes/primer_informe/imss.pdf
2. Diario Oficial de la Federación (DOF). Decreto por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS-COPLAMAR. 1985. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4742477&fecha=24/06/1985#gsc.tab=0
3. Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR. Historia IMSS-BIENESTAR. 2024. Disponible en: https://imssbienestar.gob.mx/servicios_salud.html
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional en Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, USSR. 1978. Disponible en: https://www.unicef.org/media/85611/file/Alma-Ata-conference-1978-report.pdf
5. Giraldo A, Vélez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Aten Primaria. 2013 Aug-Sep;45(7):384-92. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6985524/
6. Diario Oficial de la Federación (DOF). ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). 2022. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco operacional para la atención primaria de salud. 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/operational-framework-for-primary-health-care-wha73-sp.pdf
8. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S220-S232. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf
9. Tetelboin, C. Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México. Volúmen 1, 2020. Disponible en: https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.12-03-Propuestas-avances-y-pandemia.pdf
10. Robledo, Z. La transformación del sistema de salud mexicano. Salud Publica Mex. 2024; 66:767-773. Disponible en: https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15742/12595
11. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). Las barreras culturales en los servicios de salud.

12. Vértiz-Ramírez J de J, Ramírez-Palacios P, Ríos-Cázares G, Sánchez-Domínguez MS, Ochoa-Torres M del P, De Negri-Filho AA, Saturno-Hernández PJ. Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. Salud Publica Mex [Internet]. 22 de agosto de 2024 [citado 16 de diciembre de 2024];66(4, jul-ago):556-70. Disponible en: https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/16199
13. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(3):223–9.
14. Bautista-Arredondo S, Vargas-Flores A, Moreno-Aguilar LA, Colchero MA. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. Salud Publica Mex. Disponible en: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14813
15. Levesque, JF., Harris, M.F. & Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health 12, 18 (2013). https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18
16. Urenda S, Fernández J, Escotet L, Mengíbar M. Gestión del cambio. En: Montes J, Torres M, editores. Gestión hospitalaria. 5.ª ed. McGraw-Hill Education; 2011. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492&sectionid=98855850
17. Chalmers R, Brannan GD. Organizational Culture [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [actualizado 22 de mayo de 2023; citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560543/
18. Organización Panamericana de la Salud. Gestión del cambio en la salud pública [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023. [citado el 10 de diciembre de 2024] Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57020
19. Gómez D. Estrategias de cambio organizacional: la gestión de calidad en los hospitales del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En: V Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Sociología; 2008. Disponible en: https://www.aacademica.org/000-096/672.pdf
20. Cano, M.C. Gestión del cambio en proyectos de eSalud: Revisión Bibliográfica y estudio de caso [Internet]. Open Access UOC; 2022 [citado el 10 de diciembre de 2024] Disponible en: https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/140467/6/mcano94TFM0122memoria.pdf

FIRMAS PARA APROBACIÓN DEL DOCUMENTO MARCO COMANDO ALMA ATA PARA SU DIFUSIÓN

Aprobó

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Coordinación Responsable

Dra. Luz Arlette Saavedra Romero
Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Coordinaciones participantes

Iliana Araiza Mota
Titular de la Coordinación de Acción Comunitaria

Lic. Nemer Alexander S Henkel
Titular de la Coordinación de Programas Preventivos

Revisión Normativa

Dr. Gabriel Padrón Segura
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

6 de junio del 2025