



ALEJANDRO ERNESTO SVARCH PÉREZ, Director General de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), con fundamento en los artículos 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 22, fracción I, 58, fracción II, 59 fracciones I, V y XIV de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 74, párrafo segundo y 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 77 bis 1 y 77 bis 35, fracciones I y XVII de la Ley General de Salud; 1, 12, fracción VII y 15, fracciones I, IV, y XX del 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) y 7, fracción II, 16 y 17 fracciones XVIII y XIX del Estatuto Orgánico de IMSS-BIENESTAR y previa aprobación de la Junta de Gobierno de IMSS-BIENESTAR, y

CONSIDERANDO

Que, el artículo 4º párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en adelante CPEUM, establece: el reconocimiento del derecho humano que toda persona tiene en nuestro país a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de dicha Norma Fundamental, así como un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

Asimismo, el artículo 134 de la CPEUM, en su párrafo primero señala que los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

En términos del artículo 24, fracción I de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la programación y presupuestación del gasto público comprende las actividades que deberán realizar las dependencias y entidades para dar cumplimiento a los objetivos, políticas, estrategias, prioridades y metas con base en indicadores de desempeño, contenidos en los programas que se derivan del Plan Nacional de Desarrollo, en los términos de la Ley de Planeación.

El artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, en adelante LGS señala que todas las personas que se encuentren en el país y que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados al momento de requerir la atención, sin discriminación alguna y sin importar su condición social, asimismo, que la protección a la salud será garantizada por las entidades federativas y, en su caso, de manera concurrente con la Federación, a través del Sistema de Salud para el Bienestar.

Que, el artículo 77 bis 3 de la LGS, establece que el Sistema de Salud para el Bienestar se integra por la Secretaría de Salud, por los Servicios Públicos de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), así como por las instituciones y organismos que participen en el mismo y, en su caso, de manera concurrente, por las Entidades Federativas.

Que, el Programa U200 se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030, publicado en el Diario Oficial de la Federación, en adelante DOF, el 15 de abril de 2025, dentro de su Eje General 2: "Desarrollo con bienestar y humanismo" así como con el compromiso 41 para el Segundo Piso de la Cuarta Transformación.

Que, el Programa U200 coadyuva al cumplimiento de los compromisos establecidos en las Líneas de Acción y Estrategias del objetivo 1 "Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población" del Programa





Sectorial de Salud (PROSESA), publicado en el DOF el 04 de septiembre de 2025.

Que, las actividades del Programa U200 se enmarcan en las Líneas de Acción y Estrategias del Objetivo 2 “Reducir las brechas de acceso y calidad en los servicios de salud para la población sin seguridad social, garantizando una atención oportuna, gratuita y equitativa” del Programa Institucional IMSS-BIENESTAR 2025-2030, publicado en el DOF el 29 de agosto de 2025.

Que, el 31 de agosto de 2022, se publicó en el DOF el 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), el cual cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propio, así como autonomía técnica, operativa y de gestión; que tiene por objeto brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social, atención médica y hospitalaria integral, con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de gratuidad, universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna.

Que, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar publicado en el DOF el 25 de octubre de 2022, representa la base para la transformación operativa de los modelos de atención para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, bajo la responsabilidad de aquellas instituciones y programas de salud que conforman el Sistema de Salud para el Bienestar, por lo que el Programa U200 Fortalecimiento a la Atención Médica, como parte de este Sistema, armonizará operativa y normativamente sus acciones conforme al citado modelo.

Que, el artículo 33 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2026, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de noviembre de 2025, establece que la ejecución y operación de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social deben sujetarse a lo establecido por la Ley General de Salud, la Ley de Coordinación Fiscal, a las disposiciones previstas en el Transitorio Décimo Cuarto de la Ley de Ingresos, así como, en su caso, a las disposiciones de carácter general o específicas que emitan la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), o las Entidades competentes, en el ámbito de sus respectivas atribuciones.

Que, en términos de lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2026, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de noviembre de 2025, el gasto neto total se distribuye conforme a lo establecido en los Anexos 10, 13, 14, 17, 18 y 26 del citado Decreto.

Que, el Programa no se contrapone, afecta o presenta duplicidad con otros programas y acciones del Gobierno Federal, en cuanto a su diseño, beneficios, apoyos otorgados y cobertura; asimismo, los gastos indirectos del Programa se ajustarán a lo establecido tanto en el Presupuesto de Egresos de la Federación aprobado, en la Ley Federal de Austeridad Republicana y en las demás disposiciones que le resulten aplicables,

Que, con la finalidad de establecer criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad para el ejercicio de los recursos del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, así como para el seguimiento, control y Rendición de Cuentas de los recursos transferidos, se expiden los siguientes:

LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO U200 “FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA”, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2026





1. Disposiciones generales

Los presentes Lineamientos tienen por objeto regir la operación y funcionamiento del Programa U200 “Fortalecimiento a la Atención Médica” y se sujetará a lo establecido en los presentes Lineamientos de Operación y demás disposiciones aplicables.

1.1. Ámbito de aplicación

Los presentes Lineamientos son aplicables a:

- I. Las unidades administrativas del IMSS-BIENESTAR y SES participantes en el proceso de programación, recepción, administración, ejecución y comprobación, con cargo a los recursos del Programa, según sea el caso para Entidades Federativas concurrentes y no concurrentes.
- II. Las entidades federativas concurrentes con el IMSS-BIENESTAR en términos de lo dispuesto en la Ley General de Salud, así como en los Convenios de Coordinación correspondientes y los anexos que forman parte de estos.
- III. Las entidades federativas no concurrentes, son aquellas que no concurren con IMSS-BIENESTAR para la prestación de servicios de salud en términos del artículo 77 bis 16 A de la Ley General de Salud y que no han suscrito Convenios de Coordinación.

1.2. Normatividad aplicable

El artículo 4º párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general. Asimismo, la ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

El artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general.

El artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, señala que todas las personas que se encuentren en el país y que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados al momento de requerir la atención, sin discriminación alguna y sin importar su condición social.



El artículo 77 bis 3 de la Ley General de Salud, señala que el Sistema de Salud para el Bienestar se compone por la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), así como las instituciones y organismos que participan en el mismo y, en su caso, de manera concurrente por las Entidades Federativas.

El artículo 77 bis 11 de la Ley General de Salud, señala que la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para la atención integral de las personas que no cuenten con afiliación a las instituciones de seguridad social, será financiada de manera solidaria por la federación y por las Entidades Federativas en términos de la presente Ley y sus disposiciones reglamentarias y demás disposiciones aplicables.

Por lo anterior, el IMSS-BIENESTAR colaborará con la Secretaría de Salud en lo que respecta a la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social.

Asimismo, la LGS se prevé que el IMSS-BIENESTAR y las Entidades Federativas podrán celebrar convenios de coordinación para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en los cuales se considerará, entre otros aspectos, los derechos, bienes y obligaciones que se transferirán a IMSS-BIENESTAR, así como las gestiones que se deberán llevar a cabo para la transferencia del personal y la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, los gobiernos de las Entidades Federativas aportarán recursos sobre la base de lo que se establezca en los instrumentos o acuerdos de coordinación que se celebren.

El artículo 74, párrafo segundo de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria establece que los titulares de las dependencias y entidades, con cargo a cuyos presupuestos se autorice la ministración de subsidios y transferencias, serán responsables, en el ámbito de sus competencias, de que éstos se otorguen y ejerzan conforme a las disposiciones generales aplicables.

El artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria señala que los subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad.

Como parte de las políticas públicas orientadas a promover el derecho a la protección a la salud, el Estado Mexicano ha desarrollado y operado diversas estrategias y programas para extender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. Destacan, entre tales experiencias, el Programa de Extensión de Cobertura, el Programa Comunitario Rural, el Programa de Salud Rural, el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura, el Componente de Salud del Programa Solidaridad (Programa de Inclusión Social denominado posteriormente Oportunidades y Prospera), así como el Programa Caravanas de la Salud, que operó de 2007 a 2014.

En el año 2015, el Programa Caravanas de la Salud cambió su denominación a Programa Unidades Médicas Móviles y con motivo de la reestructuración programática mandatada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para el ejercicio fiscal 2016, el Programa Unidades Médicas Móviles se fusionó con el Programa presupuestario U006 Fortalecimiento a las Redes de Servicios de Salud, creándose así el Programa S200 Fortalecimiento a la Atención Médica. En 2025, la SHCP implementó la Estrategia de Simplificación de la Estructura Programática 2026, por lo que se modifica la clasificación programática y la denominación cambia a Programa U200 Fortalecimiento a la Atención Médica, el cual cuenta con presencia en las 32 Entidades Federativas y tiene como finalidad acercar de manera permanente los servicios de salud que otorga el IMSS-BIENESTAR, a la población sin seguridad social que habita en localidades o áreas con alto o muy alto grado de marginación, con dificultades de acceso geográfico y/o económico.





El Programa prevé la organización y operación efectiva de Unidades Médicas Móviles de diferente capacidad resolutive, reconociendo las desigualdades que existen por razón de sexo, edad, origen étnico, orientación sexual, identidades de género, condición de discapacidad, posición social, económica, capacidades diferentes, lugar de residencia, condición laboral o creencia religiosa y a las desigualdades territoriales. Su operación en campo es a través vehículos que contienen equipo de diagnóstico y tratamiento, operados por personal capacitado de las áreas de medicina, de enfermería, de promoción de la salud-polivalente y, en algunos casos, de odontología. Los servicios que brindan corresponden al primer nivel de atención vinculado con las Redes Integradas de Servicios de Salud a través de recorridos (rutas) bajo una programación mensual.

Los servicios que recibe la población sin seguridad social a través del Programa basan su operación en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR); que es el esquema de cuidados integrales que conjunta recursos, herramientas, estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país. Los principios del MAS-BIENESTAR y bajo los cuales se rige en Programa son: la gratuidad y cobertura universal, con el propósito de evitar el gasto de bolsillo de las familias y reducir el impacto financiero que ocasiona la búsqueda y atención de la salud; la accesibilidad, buscando minimizar las barreras culturales, económicas, geográficas o sociales; la oportunidad, atendiendo en tiempos razonables la demanda de servicios de salud preventivos y curativos de las personas; la continuidad, articulando los niveles de atención, particularmente ante el reto de las enfermedades crónicas; y calidad, fortaleciendo la capacidad estructural, técnica e interpersonal; además incluye los servicios personales y los de la salud colectiva.

1.3. Transitorios

PRIMERO. Los presentes Lineamientos entrarán en vigor al día siguiente de su aprobación por parte de la Junta de Gobierno y para su difusión deberán ser publicados en el Diario Oficial de la Federación y su vigencia será del 01 de enero al 31 de diciembre de 2026.

2. Datos de Identificación del Programa para el Bienestar (ProBien)

Ramo	56 Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
Modalidad del Programa presupuestario (Pp)	U
Clave del Programa presupuestario (Pp)	200
Denominación del Programa Presupuestario (Pp)	Fortalecimiento a la Atención Médica

3. Glosario de Términos

Para efectos de los presentes Lineamientos de Operación, se entenderá por:

Brigada de salud: Equipo de salud itinerante, integrado por personal de medicina, de enfermería, promoción de la salud, y en su caso personal de odontología destinados a proporcionar atenciones en salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la distribución de insumos para salud según la disponibilidad a su población objetivo.



Calidad: Grado de satisfacción por la prestación de los servicios de salud a las personas con eficiencia, accesibilidad y capacidad técnica.

Capacidad resolutive: Resultado evidenciable que puede ofrecer un establecimiento de salud para la solución o manejo de las necesidades de salud de la población a la que presta servicios utilizando su infraestructura, equipo médico, insumos y recursos humanos.

Cartera de servicios: Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, basados en la evidencia científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Contingencias: Sucesos inesperados que deben ser atendidos de manera inmediata.

Convenio de Colaboración: Instrumento jurídico que suscribe el IMSS-BIENESTAR y las entidades federativas para la operación del Programa U200 Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2026.

Convenios de coordinación: Convenios de Coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud, para las personas sin seguridad social que formaliza IMSS-BIENESTAR y las entidades federativas concurrentes en términos del Artículo 77 Bis 16 A, primer párrafo de la Ley General de Salud.

Desastre: Resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y/o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquéllos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Dificultades de acceso geográfico a servicios de salud: Se considera que una localidad tiene dificultades de acceso geográfico a servicios de salud cuando la población se encuentra a más de 15 kilómetros o 60 minutos a pie de un establecimiento de salud.

DNC: Detección de Necesidades de Capacitación

DOF: Diario Oficial de la Federación

Emergencia: Situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada o asociada con la inminencia, alta probabilidad o presencia de un agente perturbador.

Entidades federativas: En México, se denomina entidad federativa a cada uno de los 32 estados que conforman la República Mexicana, las cuales para los presentes Lineamientos serán representadas por los Servicios Estatales de Salud.

Entidades federativas concurrentes: que celebraron Convenios de Coordinación para la ejecución de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social con IMSS-BIENESTAR, a los que hace referencia el artículo 77 bis 6 y 77 bis 16 A.

Entidades federativas no concurrentes: Son aquellas que no concurren con IMSS-BIENESTAR para la prestación de servicios de salud en términos del artículo 77 bis 16 A de la Ley General de Salud y que no han suscrito Convenios de



Coordinación.

Establecimiento de salud: Toda aquella unidad de salud, pública, social o privada, fija o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de salud, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

Estudios de regionalización operativa (ERO): Instrumento de planeación que integra información cartográfica, sociodemográfica, epidemiológica y de unidades médicas en una región determinada. Su uso permite definir las áreas de responsabilidad, identificar barreras en el acceso a los servicios (económicas, geográficas, estructurales, culturales, etc.), delimitación operativa de las unidades existentes, capacidad resolutive, situación actual de la infraestructura existente, entre otras.

Fortalecimiento de la cobertura: Consiste en coadyuvar a la prestación de servicios de salud a cargo de las entidades federativas, mediante los servicios de salud otorgados por las Unidades Médicas Móviles.

Igualdad sustantiva: Acceso al mismo trato y oportunidades, para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

IMSS-BIENESTAR: Organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Lineamientos: Lineamientos de Operación del Programa U200 Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2026.

Localidad atendida: Área geográfica donde la Brigada de Salud de la Unidad Médica Móvil proporciona periódicamente los servicios de primer nivel de atención y se integra por localidades subsedes (urbanas o rurales) y Localidades de Área de Influencia (LAI)

Localidad de Área de Influencia (LAI): Área geográfica aledaña a una localidad subsede perteneciente al universo de trabajo donde la Unidad Médica Móvil con su Brigada de Salud podrá brindar servicios de salud de primer nivel de atención y, derivado a la cercanía, permite que la población se desplace hasta las subsedes, recibiendo así los servicios otorgados por el Programa.

Localidad Subsede: Área geográfica a la que llega la Unidad Médica Móvil con su Brigada de Salud para brindar servicios de salud de primer nivel de atención y para ampliar la cobertura, en la localidad subsede podrán concentrarse las LAI.

MAS-BIENESTAR: Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de octubre de 2022.

Personal gerencial: Son las personas administrativamente responsables del Programa. En las Entidades No Concurrentes está integrado por un Enlace Estatal y supervisor(es). En el caso de las Entidades Concurrentes se considera al Jefe de Oficina de Atención Médica de Primer Nivel.

Prestadores de servicios de salud: Establecimientos y sistemas de atención médica y urgencias de los Servicios Estatales de Salud y de IMSS-BIENESTAR.



Primer Nivel de Atención: Representa el primer contacto con el sistema de salud, para la conservación de la salud y la mejora del bienestar de las personas, la familia y la comunidad. Los servicios de salud incluyen la atención básica intramuros y extramuros que resuelve la mayor parte de las necesidades de atención médica.

Programa: Programa U200 Fortalecimiento a la Atención Médica.

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Ruta: Recorrido que realiza la Unidad Médica Móvil a las diferentes localidades para proporcionar los servicios de salud del primer nivel de atención. Las rutas son planeadas y definidas por el IMSS-BIENESTAR y en su caso, por los SES.

Secretaría: Secretaría de Salud.

Servicios Estatales de Salud (SES): Comprende a las Secretarías de Salud y a los Organismos Descentralizados responsables de la prestación de servicios gratuitos de salud a personas sin seguridad en las entidades federativas.

TESOFE: Tesorería de la Federación.

Unidades Médicas Móviles (UMM): Vehículos con motor, acuáticos, aéreos o terrestres, dotados de diferente capacidad resolutoria, asignados a las entidades federativas para la ejecución del Programa, mismos que funcionan como unidades de salud de primer nivel de atención. Estas unidades cuentan con equipo médico, instrumental e insumos para otorgar servicios de: promoción de la salud, prevención, detección, atención, tratamiento y control de enfermedades que recorren una ruta con una periodicidad de visitas de una a dos veces al mes.

Zonas de Atención Prioritaria (ZAP): Áreas definidas anualmente por la Secretaría de Bienestar y el Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (o en su caso la Institución que sustituya a este Consejo), cuya población registra índices de pobreza y marginación elevadas, indicativas de marcadas insuficiencias y rezagos en el ejercicio de sus derechos para el desarrollo social.

4. Instancias ejecutoras

4.1 Responsable

El IMSS-BIENESTAR será la instancia responsable de transferir los recursos de origen federal a las entidades federativas, así como la asignación de recursos humanos.

4.2 Ejecutoras

Las Entidades Federativas, a través de los SES (y las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR cuando sea el caso) son las únicas responsables de la recepción, custodia, administración, ejecución y comprobación de los recursos de origen federal que reciban para la operación del Programa. Además, serán responsables de resguardar y conservar la documentación original comprobatoria correspondiente al uso del recurso presupuestario, dicha información deberá estar disponible para cualquier requerimiento que soliciten directamente las instancias fiscalizadoras.

4.3 Normativa





El Programa es una estrategia federal cuya rectoría es responsabilidad del IMSS-BIENESTAR, por lo tanto, será la instancia normativa y de consulta que interpretará los presentes Lineamientos y sus determinaciones serán de observancia obligatoria para las unidades administrativas del organismo que intervienen en el Programa y por los SES.

La rectoría la ejercerá el IMSS-BIENESTAR por medio de la Unidad de Atención a la Salud, a través de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel, y la Unidad de Administración y Finanzas, a través de la Coordinación de Finanzas y de la Coordinación de Recursos Humanos, de acuerdo con su ámbito de competencia.

4.4 Coordinación institucional

La coordinación institucional es un componente fundamental en la implementación de estrategias para atender las necesidades en materia de salud de la población, por lo que el IMSS-BIENESTAR podrá formalizar instrumentos jurídicos con las dependencias de la administración pública federal, estatal y municipal, así como con organizaciones de la sociedad civil, academia, organismos internacionales y el sector privado, a fin de establecer esquemas de colaboración y/o coordinación que permitan fortalecer la capacidad operativa, la eficacia del Programa, reforzar sus beneficios y promover la cobertura universal de los servicios de salud. Dichas acciones tendrán que darse en el marco de lo establecido en los presentes Lineamientos y en las disposiciones aplicables, así como en función de la suficiencia presupuestaria autorizada.

IMSS-BIENESTAR podrá establecer mecanismos de colaboración institucionales para garantizar que el programa no se contraponga, afecte o presente duplicidades; así como para generar sinergias que permitan potenciar sus resultados.

IMSS-BIENESTAR podrá llevar a cabo las gestiones necesarias que permitan la vinculación institucional con las Entidades Federativas y la utilización de recursos para la prestación de servicios de salud para atender a la población afectada en caso de contingencias y/o emergencias causadas por agentes perturbadores naturales o antropogénicos.

5. Diagnóstico del problema público

El derecho a la salud es un pilar fundamental para el bienestar de la población en México. Si bien se han registrado avances importantes en su garantía, aún persisten desafíos significativos que afectan principalmente a los sectores más vulnerables, como quienes habitan en las Zonas de Atención Prioritaria (ZAP). Para reducir estas brechas, resulta indispensable fortalecer estrategias orientadas al autocuidado, la prevención y el acceso oportuno a servicios de salud cercanos y de calidad, como las Unidades Médicas Móviles, lo cual es esencial para avanzar hacia la justicia social y mejorar las condiciones de vida de millones de personas.

El problema público prioritario identificado es la limitada disponibilidad de servicios de salud adecuados que enfrenta la población sin seguridad social en México, lo que contribuye al aumento de enfermedades y muertes evitables.

Esta problemática se concentra particularmente en la población que habita en localidades de 2,500 habitantes o menos, especialmente aquellas ubicadas en Zonas de Atención Prioritaria o de difícil acceso geográfico, situación que presenta un doble impacto negativo:

- I. Imposibilidad de ejercer un derecho: Impide a esta población ejercer efectivamente el derecho a la protección de la salud.
- II. Deterioro de la Calidad de Vida: Agrava la vulnerabilidad de las comunidades debido a la falta de infraestructura adecuada y la carencia de recursos humanos en salud, perpetuando un ciclo de



desprotección y deterioro.

El análisis de problema revela que el deterioro de la calidad de vida agrava la vulnerabilidad de las comunidades debido a la falta de infraestructura adecuada y la carencia de recursos humanos en salud, perpetuando un ciclo de desprotección.

Las poblaciones predominantemente rurales y con altos grados de marginación exhiben un perfil de salud complejo. Continúa la morbilidad y mortalidad por afecciones respiratorias y gastrointestinales, amenazas materno-infantiles, y elevados índices de mala nutrición. Amplios segmentos de la población rural también presentan una alta prevalencia de padecimientos crónicos, como diabetes e hipertensión, además de trastornos de salud mental, adicciones y lesiones.

Entre 2015 y 2022 la tendencia de la mortalidad mostró un aumento constante, no obstante, se registró un incremento inusual y significativo en las defunciones durante el periodo 2020 a 2022, lo cual es atribuible al impacto de la pandemia de COVID-19.

Las principales causas de mortalidad analizadas entre 2015 y 2022 fueron:

- I. Causas crónicas: enfermedades isquémicas del corazón y diabetes mellitus fueron los padecimientos con mayores tasas específicas.
- II. Causas pandémicas: estas fueron superadas por la tasa de mortalidad por COVID-19 en los 2020 y 2021. El aumento en la tendencia de neumonía y enfermedades hipertensivas a partir de 2020 también estuvo relacionado con la pandemia.

Por último, el diagnóstico también señala que, en 2022, el 54.8 % de la población en localidades rurales carecía de acceso a los servicios de salud, mientras que este porcentaje disminuye a 33.9 % para las personas que viven en localidades urbanas.

6. Objetivos del Programa

6.1 Objetivo General

Transferir recursos presupuestarios de origen federal y asignar recursos humanos y UMM a las entidades federativas, para brindar servicios de primer nivel de atención en localidades con 2,500 habitantes o menos, y/o en Zonas de Atención Prioritaria y/o que presentan dificultades de acceso geográfico a servicios de salud, promoviendo el derecho a la protección de la salud de la población sin seguridad social.

6.2 Objetivos Específicos

- I. Transferir los recursos presupuestarios federales con carácter de subsidios a las entidades federativas para garantizar la operación del Programa.
- II. Asignar personal de salud capacitado en temas de salud a fin de brindar servicios de primer nivel de atención, promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica, a través de Unidades Médicas Móviles y Brigadas de Salud, fomentando el autocuidado, la participación comunitaria e incidiendo en la modificación de los comportamientos y entornos para mejorar la salud.



- III. Asignar Unidades Médicas Móviles a las Entidades Federativas para brindar servicios de salud en las localidades que cumplan con los criterios de elegibilidad y con énfasis en población en condiciones de vulnerabilidad.
- IV. Brindar servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica, a través de Unidades Médicas Móviles y Brigadas de Salud, fomentando el autocuidado, la participación comunitaria e incidiendo en la modificación de los comportamientos y entornos para mejorar la salud.
- V. Promover la participación de Brigadas de Salud para brindar servicios de salud dirigidos a la población objetivo del Programa.

7. Identificación de la Población objetivo y Cobertura

7.1 Población

7.1.1 Población potencial

Se considera como población potencial a las personas sin seguridad social que habitan en localidades de 2,500 habitantes o menos y/o que habitan en localidades que se encuentran en Zonas de Atención Prioritaria y/o aquellas que se encuentran en localidades en un radio de 15 kilómetros o 60 minutos o más a pie de traslado a un establecimiento de salud de Primer Nivel.

7.1.2 Población objetivo

La población objetivo corresponde a todas aquellas personas que se encuentran en la población potencial que cumplen con los criterios de elegibilidad que se señalan en los presentes Lineamientos y se encuentran en las localidades que válida el IMSS-BIENESTAR dentro de las rutas que recorren las Unidades Médicas Móviles en las entidades federativas.

7.1.3 Población atendida

Personas que reciben alguno de los servicios de salud que otorga el Programa a través de las UMM y las Brigadas de Salud.

7.1.4 Cobertura

El Programa tiene cobertura a nivel nacional, en las 32 Entidades Federativas, focalizada en aquellas localidades que cumplen con los criterios de elegibilidad que se señalan en los presentes Lineamientos.

8. Requisitos y criterios de elegibilidad para la población beneficiaria

Las localidades susceptibles de ser beneficiarias del Programa son aquellas que cumplan con los siguientes criterios:

1. Localidades donde habiten personas sin seguridad social,
2. Que las localidades se encuentren dentro de las rutas que recorren las Unidades Médicas Móviles en las Entidades Federativas,
3. Localidades con una población igual o menor a 2,500 habitantes y/o
4. Localidades que se encuentren en Zonas de Atención Prioritaria conforme al último Decreto por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2026, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de noviembre de 2025 y/o
5. Localidades que se encuentren en zonas sin un establecimiento de salud en un radio de 15 kilómetros o 60 minutos a pie de acuerdo con los Estudios de Regionalización Operativa que integra la Coordinación de



Normatividad y Planeación Médica del IMSS-BIENESTAR.

9. Tipo y monto de apoyo

Los subsidios de carácter federal se otorgarán atendiendo a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad, para lo cual IMSS-BIENESTAR promoverá que los recursos se utilicen exclusivamente para el cumplimiento de los objetivos del Programa y fomentará que el mecanismo de distribución, administración, ejercicio y comprobación faciliten la obtención de información, así como la evaluación de los beneficios derivados de su asignación y aplicación.

Asimismo, se evitará que los recursos se destinen a procesos administrativos onerosos, y que estos únicamente se utilicen para el cumplimiento de los objetivos del Programa.

El otorgamiento de los subsidios deberá sujetarse a las disposiciones aplicables y a lo señalado en los presentes Lineamientos y serán transferidos de conformidad con el contenido de los Convenios de Colaboración que se suscriban con las entidades federativas.

Los recursos de origen federal destinados para la operación del Programa deberán utilizarse única y exclusivamente para el cumplimiento de los objetivos del Programa, de conformidad con los conceptos de gasto autorizados en los Convenios de Colaboración con las entidades federativas.

El Programa, a través de las Unidades Médicas Móviles y las Brigadas de Salud, brinda servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica, así como servicios comunitarios de saneamiento y entrega de medicamentos.

A continuación, se enlistan los servicios que se otorgan a través del Programa.

Servicios de Prevención de enfermedades y Promoción de la salud
Imunizaciones (Programa de Vacunación Universal)
Acciones de promoción y educación para la salud
Acciones de prevención de enfermedades
Planificación familiar y consejería
Control prenatal
Vigilancia de la nutrición
Detección oportuna de enfermedades, incluyendo salud mental
Vigilancia Epidemiológica
Servicios de atención médica
Consulta de medicina general
Acciones Preventivas y Curativas de Odontología
Procesos de enfermería
Atención primaria de urgencias y lesiones
Manejo de infecciones respiratorias agudas
Manejo de enfermedades diarreicas agudas
Control y seguimiento de enfermedades crónicas
Control y seguimiento de cáncer cervicouterino





Atención al sobrepeso y la obesidad
Procedimientos quirúrgicos menores
Referencia
Servicios de Atención Integral
Atención prenatal, embarazo y puerperio
Atención integral a niños, niñas y adolescentes.
Atención integral a personas adultas y personas mayores.
Atención a la salud odontológica
Atención a la salud de personas migrantes e indígenas
Participación Comunitaria
Contraloría Social
Saneamiento básico a nivel familiar y comunitario
Entrega de medicamentos
Entrega gratuita de medicamentos

El otorgamiento de los servicios de salud se realiza de acuerdo con la capacidad resolutive de las Unidades Médicas Móviles y del personal que integre las Brigadas de Salud.

Tipología de las UMM:

- Unidad Médica Móvil tipo 0. Ofrece servicios de primer nivel de atención, entre los que se encuentran promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica; pueden apoyarse de casas de salud u otros sitios destinados para brindar atención; cuentan con medicamentos e insumos esenciales. La Brigada de Salud se integra por un (a) médico (a) general, un (a) enfermero (a) y un (a) promotor (a) de salud polivalente.
- Unidad Médica Móvil tipo 1. Tienen una mayor capacidad resolutive, ya que cuentan con un consultorio de medicina general con su respectivo equipamiento; ofrecen servicios de primer nivel de atención de una UMM tipo 0, la Brigada de Salud se integra por un (a) médico (a) general, un (a) enfermero (a) y un (a) promotor (a) de salud polivalente.
- Unidad Médica Móvil tipo 2. Ofrecen los servicios de primer nivel de atención de las UMM tipo 0 y UMM tipo 1, su capacidad resolutive se fortalece con un consultorio de odontología. La Brigada de Salud se integra por un (a) médico (a) general, un (a) odontólogo (a), un (a) enfermero (a) y un (a) promotor (a) de salud polivalente.
- Unidad Médica Móvil tipo 3. Ofrecen servicios de primer nivel de atención de las UMM tipo 2, su equipamiento consiste en consultorios de medicina general, odontología y telemedicina. La Brigada de Salud se integra por un (a) médico (a) general, un (a) odontólogo (a), un (a) enfermero (a) y un (a) promotor (a) de salud polivalente. Para el presente ejercicio fiscal las Unidades Médicas Móviles tipo 3 operarán como tipo 2.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables, las Entidades Federativas que ya suscribieron los Convenios de Coordinación que establecen la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud para las personas sin



seguridad social, a través de los SES en colaboración con las Coordinaciones Estatales del IMSS-BIENESTAR, llevarán a cabo las acciones necesarias y facilitarán las condiciones óptimas para la prestación de servicios de salud a través del Programa y las Unidades Médicas Móviles.

Las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR y los SES serán responsables de verificar que el equipamiento de las UMM asignadas al Programa se encuentren en condiciones de prestar los servicios que correspondan a cada tipología.

Para efectos de lo señalado, las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR y/o los SES informarán de manera trimestral al IMSS-BIENESTAR, el estado de los vehículos de UMM que tengan asignadas para la operación del Programa, así como la evidencia de las gestiones realizadas para el mantenimiento de las UMM.

Conforme a las necesidades de atención a la salud de la población y a la disponibilidad presupuestaria, se podrán incorporar UMM con las características descritas en los presentes Lineamientos.

10. Programación presupuestal por tipo de apoyo

10.1 Recursos presupuestarios por capítulo de gasto

Capítulo	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	\$3,420,012,818.00
2000 Materiales y suministros	Sin presupuesto asignado
3000 Servicios generales	Sin presupuesto asignado
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	\$275,457,164.00
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	Sin presupuesto asignado
6000 Inversión pública	Sin presupuesto asignado
Total	\$3,695,469,982.00

* Con cifras del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio 2026.

11. Metas físicas

Atender 9,944 localidades con población igual o menor a 2,500 habitantes y/o en Zonas de Atención Prioritaria y/o que presentan dificultades de acceso geográfico a servicios de salud; a través de las Unidades Médicas Móviles y Brigadas de Salud, acorde a los siguientes componentes:

COMPONENTES DEL PROGRAMA U200 FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA	
Nombre del Indicador	Meta
Porcentaje de servicios de promoción y prevención otorgados	45.00
Porcentaje de adolescentes evaluados para detección de depresión	10.00
Porcentaje de personas mayores de 20 años evaluadas para detección de diabetes tipo 2	18.00
Porcentaje personas que recibieron consulta médica solicitada de primera vez en el año	20.00





Porcentaje de mujeres embarazadas con factores de alto riesgo identificadas	28.85
-----------------------------------------------------------------------------	-------

12. Procedimiento de solicitud, selección y entrega

12.1 Transferencia de recursos presupuestarios federales

La transferencia de recursos presupuestarios federales a las Entidades Federativas se realizará con base en lo establecido en el Convenio de Colaboración que se formalice para tal fin. Los recursos transferidos deberán aplicarse exclusivamente para la operación del Programa, conforme a los montos autorizados en los conceptos, las partidas de gasto autorizadas en el mismo y los presentes Lineamientos de Operación.

Para llevar a cabo la transferencia de los recursos del Programa a las Entidades Federativas se deberá contar con la disponibilidad presupuestaria correspondiente, además las Entidades Federativas deberán cumplir con lo siguiente:

- A. Firmar de conformidad el Convenio de Colaboración, para su posterior formalización por el IMSS-BIENESTAR y dar cumplimiento a las obligaciones estatales contraídas en los mismos.
- B. A través de su Secretaría de Finanzas o equivalente, procederán a la apertura de una cuenta bancaria productiva única y específica a nombre del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica por cada Convenio de Colaboración y notificarán por escrito los datos de identificación de dicha cuenta a los SES. Estas cuentas bancarias no podrán utilizarse para la gestión de recursos con origen o fines distintos a los del Programa.
- C. La instancia ejecutora procederá a la apertura de una cuenta bancaria productiva única y específica a nombre del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica para cada Convenio de Colaboración que permita mantener los recursos plenamente identificados para la recepción, ejercicio, comprobación y cierre en la entidad federativa. Estas cuentas bancarias no podrán utilizarse para la gestión de recursos con origen o fines distintos a los del Programa.
- D. La unidad ejecutora notificará por escrito a la Coordinación de Unidades de Primer Nivel y a la Coordinación de Finanzas en un periodo no mayor a 10 (diez) días hábiles, a partir de la apertura de la cuenta bancaria, los datos de identificación las cuentas aperturadas por la Secretaría de Finanzas y por los Servicios Estatales de Salud, para que se lleve a cabo el registro correspondiente en el Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF).
- E. Una vez transferidos los recursos por el IMSS-BIENESTAR, deberán de ser aplicados única y exclusivamente para cumplir con los objetivos del Programa, así como con el objeto del Convenio de Colaboración, de conformidad con las partidas autorizadas en dicho instrumento, cumpliendo con los criterios de legalidad, honestidad, eficiencia, eficacia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, control y rendición de cuentas.
- F. Dar cumplimiento oportuno a todas las obligaciones estipuladas en el Convenio de Colaboración que se haya celebrado.

Una vez que se cuente con la información y documentación necesaria, corresponderá a la Coordinación de Unidades de Primer Nivel solicitar a la Coordinación de Finanzas llevar a cabo la transferencia de recursos presupuestarios a cada entidad federativa. Posteriormente, la Coordinación de Finanzas informará sobre la transferencia de los recursos a la instancia ejecutora en cada entidad federativa.

La unidad ejecutora deberá entregar a la Coordinación de Finanzas del IMSS-BIENESTAR, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días hábiles contados a partir de la fecha de la recepción del recurso, la documentación comprobatoria que acredite la recepción de los recursos presupuestarios federales.



A su vez, con la finalidad de asegurar la operación del Programa, la Secretaría de Finanzas de la entidad federativa o su equivalente, se obliga a ministrar íntegramente los recursos a la unidad ejecutora, junto con los rendimientos financieros que se generen dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a su recepción. Los rendimientos financieros en ninguno de los casos podrán permanecer en la cuenta apertura por la Secretaría de Finanzas o su equivalente de la entidad federativa.

Para el caso de las Entidades Federativas Concurrentes, en los términos acordados en los Convenios de Coordinación que establecen la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud para las personas sin seguridad social en las Entidades Federativas, el IMSS-BIENESTAR podrá administrar y ejercer los recursos asignados a éstas con cargo al Programa.

En términos de lo dispuesto en los artículos 58 y 59 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el IMSS-BIENESTAR podrá realizar, previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las adecuaciones presupuestarias que estime convenientes para el mejor cumplimiento de los objetivos del Programa.

Los recursos transferidos a los SES, por ningún motivo podrán ser ministrados a otras áreas, el recurso deberá ser ejercido por los SES mediante la cuenta bancaria destinada para tal fin, la cual permita mantener los recursos plenamente identificados para la recepción, ejercicio, comprobación y cierre.

Por ningún motivo se podrán utilizar los recursos del Programa para realizar ningún tipo de inversión, por lo que en caso de que la entidad federativa realice la apertura de una cuenta con dicha característica, deberá cancelar la cuenta inmediatamente, y aperturar una cuenta con las especificaciones establecidas en los presentes Lineamientos.

El ejercicio de los recursos en las entidades federativas estará sujeta a la normativa vigente, los presentes Lineamientos y los términos acordados en el Convenio de Colaboración suscrito entre las partes involucradas, en relación con el contenido del Clasificador por Objeto del Gasto de la Administración Pública Federal.

12.2 Ejercicio de los recursos

El ejercicio de los recursos presupuestarios deberá sujetarse a lo dispuesto en los presentes Lineamientos y a los rubros autorizados en el Convenio de Colaboración en relación con el contenido del Clasificador por Objeto del Gasto de la Administración Pública Federal, así como a las disposiciones aplicables.

El IMSS-BIENESTAR podrá destinar gastos indirectos para el desarrollo de diversas acciones asociadas con la planeación, operación, supervisión, seguimiento, atención ciudadana, evaluación, entre otros, del Programa, conforme a lo dispuesto en el apartado Aspectos Generales, numeral 18 del Manual de Programación, Presupuesto y Ejercicio del Gasto Público 2026, Los SES ejercerán el recurso transferido única y exclusivamente para la operación del Programa, conforme a los montos en los conceptos, las partidas de gasto y las CLUES de las UMM autorizados en el instrumento jurídico de referencia, en los presentes Lineamientos, cumpliendo con los criterios de legalidad, honestidad, eficiencia, eficacia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, control y rendición de cuentas.

Las Coordinaciones Estatales del IMSS-BIENESTAR colaborarán con los SES, para identificar e informar la detección de necesidades para la adecuada operación del Programa y la prestación de servicios de salud a través de las UMM, con la finalidad de que los SES puedan ejercer los recursos para dar cumplimiento a los objetivos del Programa.



12.3 Comprobación

La comprobación del ejercicio de los recursos corresponde a las instancias ejecutoras, la cual deberá elaborarse de forma trimestral en el Formato de Certificación de Gasto para "Gastos de Operación" establecido en los Convenios de Colaboración, así como la documentación soporte que acredite la comprobación señalada en los mismos y deberá ser entregada a la Unidad de Administración y Finanzas dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores al término de cada trimestre.

La documentación comprobatoria del gasto de los recursos federales transferidos deberá cumplir con los requisitos fiscales, en términos de lo establecido en el artículo 66, fracción III del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, así como de los artículos 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación, y deberá expedirse a nombre de la Entidad Federativa, o del IMSS-BIENESTAR según sea el caso, estableciendo domicilio, Registro Federal de Contribuyentes, concepto de pago, para lo cual deberán remitir archivo electrónico del Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI), salvo los casos de excepción establecidos en la legislación y normativa de la materia que así lo establezca, en cuyo caso deberán de atender las disposiciones especiales para su comprobación y deberán remitir el archivo electrónico correspondiente a la verificación.

Asimismo, deberá de reportar los rendimientos financieros generados en las cuentas bancarias productivas con periodicidad trimestral mediante el "Reporte de Rendimientos Financieros" del Convenio de Colaboración que se suscriba para la operación del Programa.

Los rendimientos financieros que generen en las cuentas bancarias productivas únicas y específicas serán utilizados para dar cumplimiento a los objetivos del Programa y deberán ser comprobados utilizando el Formato de Certificación de Gasto para "Gastos de Operación", acompañado de la documentación soporte que acredite dicha comprobación, especificando a su vez que se trata de recursos provenientes de rendimientos financieros.

El IMSS-BIENESTAR, a través de la Unidad de Administración y Finanzas y las áreas que esta determine, revisarán los formatos para verificar que el recurso haya sido asignado de acuerdo con los rubros autorizados en el Convenio de Colaboración y podrá solicitar a las instancias ejecutoras, el soporte documental o archivos electrónicos que permitan constatar la aplicación de los recursos presupuestarios transferidos a la entidad federativa, de conformidad con la normativa vigente.

Las instancias ejecutoras mantendrán bajo su custodia la documentación comprobatoria original, así como los archivos electrónicos de los recursos presupuestarios federales erogados.

La falta de comprobación de los recursos por parte de la Entidad Federativa, así como el incumplimiento de los objetivos del Programa o de las obligaciones que hayan contraído en el Convenio de Colaboración, darán lugar a las medidas correspondientes que determinen las autoridades competentes de control, supervisión y fiscalización de carácter local o federal.

12.4 Recursos no ejercidos

Los recursos no ejercidos y los no destinados a los fines del Programa, incluyendo los rendimientos financieros generados, deberán ser reintegrados a la TESOFE en los términos que establece el artículo 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios. Para realizar cualquier reintegro, los SES solicitarán la línea de captura a IMSS-BIENESTAR.



Cuando las instancias participantes tengan conocimiento de que los recursos transferidos no se hayan ejercido para lo establecido en el Convenio de Colaboración, para el cumplimiento del Programa o que no se están realizando las comprobaciones correspondientes, la Unidad de Administración y Finanzas del IMSS-BIENESTAR podrá solicitar la información que se considere necesaria hasta que los incumplimientos queden debidamente aclarados y se hayan entregado los informes pendientes. Asimismo, podrá solicitar el reintegro de los recursos cuando los incumplimientos no hayan sido solventados por los SES.

12.5 Cierre del ejercicio presupuestario

Al cierre del ejercicio fiscal las instancias ejecutoras elaborarán el cierre del ejercicio presupuestario de los recursos asignados al Programa conforme al anexo denominado "Cierre presupuestario" contenido en el Convenio de Colaboración, debiendo incluir como documentación soporte los estados de cuenta y conciliaciones bancarias. Dicho informe será entregado a la Unidad de Administración y Finanzas dentro de los 30 (treinta) días hábiles posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2026.

La cancelación de las cuentas aperturadas se entregará a la Coordinación de Finanzas del IMSS-BIENESTAR dentro de los 30 (treinta) días hábiles posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2026.

12.6 Operación de UMM

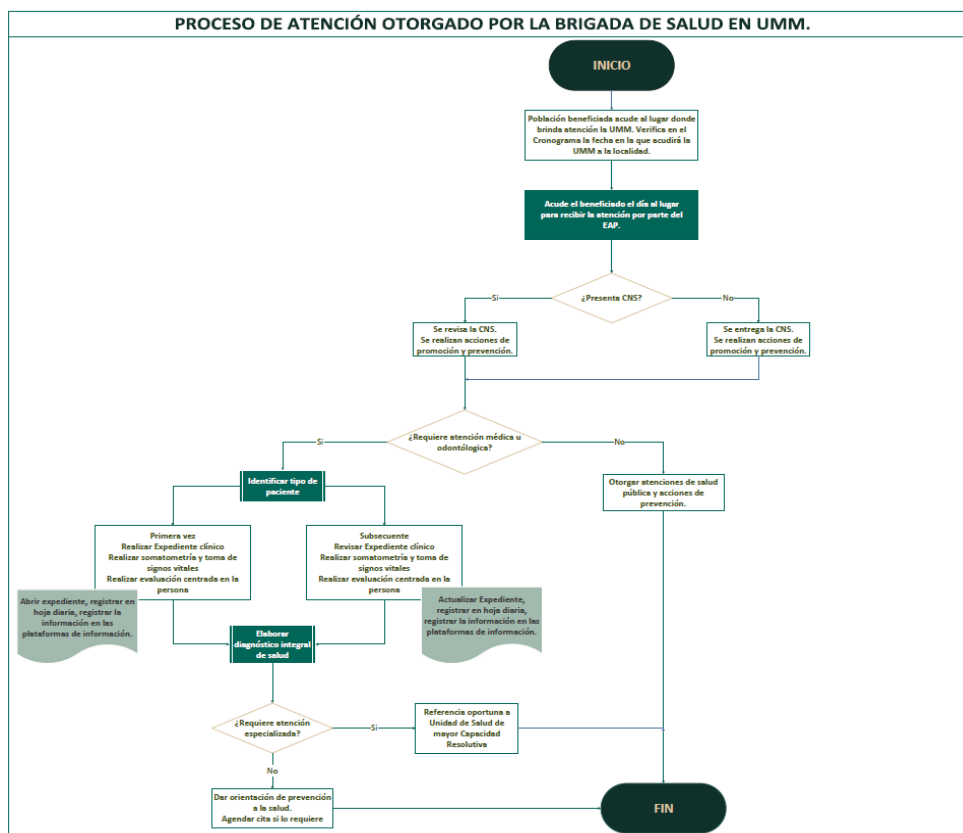
Las acciones que se realizan en el marco del Programa se encuentran alineadas a lo señalado en el MAS-Bienestar y a las prioridades de salud del país. Los servicios de salud serán proporcionados en la Unidad Médica Móvil, a través de la brigada de salud.

En la siguiente tabla se encuentran los recursos humanos de acuerdo con la tipología de cada UMM:

Tipo de Unidad	Recursos humanos
Tipo 0	1 personal de medicina general
Tipo 1	1 personal de enfermería
	1 personal de promoción de la salud
Tipo 2	1 personal de medicina general
Tipo 3	1 personal de enfermería
	1 personal de odontología
	1 personal de promoción de la salud

La operación de las UMM, se realizará con racionalización y optimización de los recursos financieros, humanos y materiales, buscando atender las necesidades de salud en las localidades y a la población objetivo, para ello cada entidad federativa definirá si el recorrido realizado durante un día debe incluir la salida y regreso de la UMM y la Brigada de Salud o en su caso, privilegiar la continuidad del recorrido hasta la cobertura completa de la totalidad de localidades, en este último supuesto se podrán identificar Casas de Salud para acortar tiempos de desplazamiento y en donde las UMM, Brigadas de Salud, los expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecerse podrán concentrarse en condiciones seguras.

La operación del Programa deberá alinearse a la normatividad y directrices que el IMSS-BIENESTAR establezca. En la siguiente figura se presenta el proceso de atención que brinda la Brigada de Salud y las UMM:



12.7 Criterios de inclusión para el establecimiento de rutas

La población susceptible para la atención del Programa será la que cumpla con los Criterios de elegibilidad señalados en los presentes Lineamientos, más la que habita en localidades que presenten alguna de las siguientes condiciones:

- Localidades que, aunque no cumplan con los criterios de elegibilidad, las entidades federativas las identifiquen como estratégicas para la prestación de servicios de salud, siempre que estas localidades no representen más del 10% de las localidades en ruta y sean autorizadas por IMSS-BIENESTAR.
- Localidades que, a solicitud expresa de los estados, sean justificadas para la atención por las UMM y previa autorización de IMSS-BIENESTAR.
- Localidades que por alguna contingencia requieran el apoyo de las Brigadas de Salud.

Área Geoestadística Básica Urbana (AGEB) Unidad básica del marco geoestadístico empleado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), cuyo perímetro está representado generalmente por calles, avenidas, brechas y, en ocasiones, por rasgos físicos naturales y/o culturales, normalmente reconocibles y perdurables en el terreno, en donde la cobertura de los establecimientos de salud fijos no cuenta con la capacidad de atención debido a las condiciones de vulnerabilidad de la población.

Una ruta estará conformada, hasta por 10 (diez) localidades subse-des (con sus respectivas LAI) preferentemente y cada localidad subse-de deberá ser visitada de una a dos veces al mes por la UMM, cumpliendo una jornada de trabajo completa a partir del momento en que inician su trayecto hacia la localidad donde brindarán los servicios de salud,



priorizando en todo momento la atención a la salud que demanda la población objetivo. Para aquellas entidades federativas que determinen incluir más de 10 (diez) localidades subsedes, será necesario que informen por escrito a la Coordinación de Unidades de Primer Nivel que cuentan con la capacidad suficiente para atender a las localidades incluidas en la planeación de rutas.

Cuando exista la disponibilidad presupuestaria, podrá considerarse brindar un gasto de camino, si las acciones para brindar los servicios de salud en una localidad excedieran las 8 (ocho) horas, siempre y cuando el personal operativo no pernocte y cumpla con los criterios de comprobación que solicite la Unidad de Administración y Finanzas, a través de la Coordinación de Finanzas.

En caso de que alguna UMM no cuente con la plantilla de personal completa, la entidad federativa, a través de la Coordinación Estatal de IMSS-BIENESTAR o los SES, podrán comisionar a personal de salud que realice las actividades como parte de la Brigada de Salud, en este caso, se brindarán gastos de camino o viáticos al personal comisionado, para ello, se deberá contar con la autorización del IMSS-BIENESTAR a través de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel.

La planeación de rutas será un ejercicio anual que se registrará en el Formato de Planeación de Rutas y deberá contar con la autorización del IMSS-BIENESTAR, a más tardar, durante el primer trimestre del 2026.

La Brigada de Salud cumplirá hasta 20 (veinte) días cada mes en ruta o en localidades, para ello, cada Entidad Federativa, dependiendo de sus necesidades elaborará su calendario y programación de visitas (cronograma) de manera trimestral. En algunos casos, se podrán identificar casas de salud para acortar tiempos de desplazamiento a las localidades más alejadas en donde sea posible concentrar de manera segura expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecerse.

En caso de que una localidad no pueda ser visitada por causas ajenas al Programa, se deberá notificar al IMSS-BIENESTAR, a través de la UAS para su debido registro y consideración en los ejercicios futuros de planeación.

En caso de presentarse un evento por caso fortuito o de fuerza mayor, se deberá notificar y solicitar al IMSS-BIENESTAR a través de la UAS, autorización a fin de efectuar modificaciones temporales en las rutas.

12.8 Criterios para la validación de rutas

La planeación de rutas será propuesta por las entidades federativas, a través de las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR, los SES, y las localidades deberán cumplir con lo establecido en los presentes Lineamientos. Posteriormente, se contrastarán con los Estudios de Regionalización Operativa del IMSS-BIENESTAR, esto con el fin de corroborar que la propuesta de ruta cumpla con los criterios establecidos para la operación del Programa.

Para evitar duplicidad en la atención y en la asignación de recursos, no podrán proponer rutas que sean responsabilidad de algún otro prestador público de servicios de salud.

12.9 Criterios de priorización

Atendiendo las prioridades nacionales, el Programa seguirá fortaleciendo el cuidado integral de la población que se encuentra en las localidades que atiende el Programa.

Además de las localidades que cuentan con las características mencionadas en los criterios de elegibilidad del



Programa, se tendrá como criterio de priorización la atención de las localidades que atraviesen por un caso de contingencia de acuerdo con los criterios que defina el IMSS-BIENESTAR y a la disponibilidad presupuestaria para la atención de estos casos, por lo que el Programa podrá colaborar con otras instituciones públicas en el marco de la participación del Programa en el Sistema Nacional de Protección Civil.

12.10 Referencia, seguimiento y contrarreferencia

Son procesos que garantizan la continuidad y el acceso a los servicios de salud para aquellos casos que requieren atención médica especializada en establecimientos de salud con mayor capacidad resolutive, con los recursos y capacidades necesarias para atender las necesidades de salud de la persona usuaria.

El Programa incluye la referencia de las personas usuarias a un nivel de atención con mayor capacidad resolutive previamente identificado en la RISS, cuando por sus necesidades de salud, requieran atención o intervenciones de mayor complejidad. Asimismo, corresponderá a la Brigada de salud de la Unidad Médica Móvil el seguimiento a la persona usuaria referida para dar continuidad a la atención médica y documentar el curso de su condición de salud hasta su mejoría o resolución. El seguimiento se refiere tanto a las consultas subsecuentes como a las visitas domiciliarias de las personas usuarias.

La contrarreferencia deberá buscarse en todas las personas usuarias referidas y es responsabilidad de la Brigada de Salud integrarla en el expediente clínico de la persona usuaria, así como mantener su resguardo, además se apegará a la normatividad vigente en materia de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados.

Se debe ofrecer a la persona usuaria las condiciones que garanticen la mejor calidad en su atención, de acuerdo con las necesidades de sus condiciones de salud.

Las instancias responsables en cada nivel de atención deberán garantizar un adecuado y eficiente sistema de referencia y contrarreferencia de usuarios entre los establecimientos de salud, móviles y fijos, que interactúen de manera flexible por medio de diversos sistemas organizacionales y de comunicación a través de los cuales deben fluir los usuarios en un proceso que asegure la continuidad de la atención.

12.11 Información de productividad

Al ser las UMM parte de la RISS, los mecanismos de integración de la información correspondiente a la ejecución del Programa se realizarán conforme a los criterios establecidos por la Secretaría de Salud federal y aquellos que determine el IMSS-BIENESTAR.

En el caso de atención médica a la población vulnerable, en riesgo o afectada por fenómenos perturbadores naturales o antropogénicos, deberá informar por evento al IMSS-BIENESTAR sobre las acciones realizadas, población atendida y descripción de las situaciones de riesgo.

12.12 Funcionamiento del Programa en caso de contingencias

En caso de contingencia por agentes perturbadores naturales o antropogénicos, el Programa, con base en la disponibilidad presupuestaria, colaborará interinstitucionalmente en la atención de emergencias y desastres, para brindar apoyo en las localidades que se encuentran en riesgo o afectadas, con servicios de promoción a la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica, para ello, las Brigadas de Salud se coordinarán con los diversos prestadores de servicios de salud con la finalidad de atender las necesidades en materia de salud en diversas



localidades.

Tomando en consideración las particularidades de las emergencias y desastres, los servicios que brinden las UMM podrán ser complementarios a los prestados en los establecimientos de salud con menor capacidad resolutive; así como en apoyo a establecimientos de salud inoperantes.

El Programa podrá coordinarse con las entidades federativas, organismos públicos descentralizados de carácter federal, u órganos desconcentrados de la Secretaría, y otras dependencias de la Administración Pública Federal; así como con los prestadores de servicios de atención médica, prehospitalaria, hospitalaria y de urgencias. Pudiendo incluir, en función de las circunstancias, el uso de hospitales móviles y/o de estructuras desplegables (viabiles de ser desplazables o movilizadas por tierra, mar o aire).

Para estar en posibilidad de movilizar a las UMM para la atención de contingencias, emergencias o desastres, se deberá contar con el recurso disponible en las partidas establecidas en el Convenio de Colaboración, además de que su utilización deberá contar con la autorización de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel del IMSS-BIENESTAR.

12.13 Criterios para la sustitución de UMM, adquisición de nuevas UMM y complementación del equipo

De conformidad con la suficiencia presupuestaria del Programa con que cuente el IMSS-BIENESTAR, podrá proceder a la sustitución de UMM, las cuales deberán cumplir con los siguientes criterios:

- Tener más 5 años de uso y/o más de 150,000km, y/o un alto costo de mantenimiento;
- Contar con plantilla de personal;
- Conservar su fuente de financiamiento original; y
- Tener a su cargo la atención de localidades dentro del Programa.

Asimismo, sujeto a la disponibilidad presupuestaria con que se cuente, se procederá la adquisición de UMM, solo en el caso de que un siniestro haya afectado la UMM y la aseguradora haya determinado que la UMM es pérdida total, dicha aseguradora procederá a pagar el seguro correspondiente y el recurso recibido deberá enterarse a la TESOFE.

Las UMM que se adquieran podrán ser asignadas a las entidades federativas, con base en la normatividad aplicable.

De igual modo, sujeto a la suficiencia presupuestaria con que cuente el Programa o con cargo a los recursos que el IMSS-BIENESTAR aporte conforme a lo señalado en los presentes Lineamientos, este último podrá llevar a cabo la adquisición de nuevas UMM y complementar el equipo de las UMM del Programa conforme a lo señalado en los presentes Lineamientos.

Las instancias ejecutoras deberán garantizar el aseguramiento de los bienes del Programa (UMM y su equipamiento), a fin de salvaguardar la vida de los integrantes de la Brigada de Salud; así como realizar la verificación vehicular, el emplacamiento, gestionar las tarjetas de circulación, y realizar el pago de impuesto sobre la tenencia de los vehículos, con recursos propios.

12.14 Recursos Humanos

IMSS-BIENESTAR, a través de la Unidad de Administración y Finanzas, así como las áreas que esta determine, serán responsables de garantizar, con cargo a los recursos del Programa, la contratación para la ocupación de las plazas del personal de medicina general, enfermería, odontología, promoción de la salud que formarán parte de las Brigadas de



Salud y, en su caso, el personal gerencial para la operación del Programa a partir del 1º(primer) de enero de 2026.

Las personas candidatas para ocupar las plazas para formar parte de las Brigadas de Salud y, en su caso, el personal gerencial para la operación del Programa deberá apegarse a los mecanismos de reclutamiento, selección y contratación que determine IMSS-BIENESTAR, a través de la Unidad de Administración y Finanzas y las áreas que esta determine.

El proceso de contratación deberá ser lo suficientemente ágil para contar con Brigadas de Salud completas y, en su caso, con el personal gerencial para la operación del Programa en el menor tiempo posible y se deberá apegar a la normatividad que establezca la Unidad de Administración y Finanzas, a través de la Coordinación de Recursos Humanos para el Ejercicio Fiscal 2026.

Según corresponda, las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR y los SES serán responsables de llevar a cabo el reclutamiento y selección del personal de medicina general, enfermería, odontología, promoción de la salud que formarán parte de las Brigadas de Salud, así como el personal gerencial del Programa.

Posteriormente, las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR y los SES remitirán la documentación completa de cada persona candidata a ocupar las plazas vacantes en el Programa a la Coordinación de Unidades de Primer Nivel para su revisión y verificación, una vez realizado este proceso, la Coordinación de Unidades de Primer Nivel informará y se solicitará a la Unidad de Atención a la Salud que se realicen las gestiones necesarias ante Unidad de Administración y Finanzas, y las áreas que esta determine, para continuar con el proceso de contratación de las personas candidatas a ocupar las plazas vacantes en el Programa.

Una vez que la Unidad de Administración y Finanzas, y las áreas que esta determine, realicen la contratación del personal que ocupará las plazas vacantes en el Programa, procederán a informarlo al área de Recursos Humanos de la Coordinación Estatal de IMSS-BIENESTAR o de SES según corresponda, para que estas se encuentren en condiciones de informar lo conducente a las personas contratadas.

En caso de no ser favorables los resultados para ninguna de las personas candidatas postuladas para la ocupación de puestos operativos y gerenciales, se realizará nuevamente un proceso de reclutamiento y selección, únicamente para la entidad federativa que aplique.

La permanencia del personal que forma parte de las Brigadas de Salud será anual y su contratación para el siguiente año, dependerá de la disponibilidad de recursos del Programa.

El personal que forme parte de la plantilla operativa y gerencial del Programa no deberá desempeñar otro empleo, cargo o comisión en la Administración Pública Federal, Estatal o Municipal. Asimismo, el reclutamiento y selección de dicho personal deberá realizarse con apego al principio de paridad de género.

12.15 Capacitación

El Programa deberá contar con recursos humanos capacitados, para la mejora de los conocimientos y habilidades, que se ven reflejados en la calidad del servicio y en la atención que se brinda a la población que habita en las localidades objetivo del Programa.

De acuerdo con la Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), con base en las prioridades de salud, panorama epidemiológico, atención de emergencias y desastres, así como de conocimientos gerenciales relacionados con el



Programa, el IMSS-BIENESTAR determinará el Programa Anual de Capacitación (PAC).

Además, el PAC prioritariamente deberá incluir los siguientes temas: Derechos Humanos, interculturalidad, contraloría social, cartera de servicios de salud, salud reproductiva, control del (de la) niño (a) sano (a), control nutricional de las personas menores de 5 años, diagnóstico y manejo de las personas usuarias con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias y obesidad, embarazo y puerperio, depresión, promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, vacunación, adicciones y salud bucal.

Adicionalmente considerará los siguientes temas: manejo del equipo médico instalado en la UMM, Leyes y Normas Oficiales Mexicanas en salud que sean aplicables, lectura crítica de guías de práctica clínica, mantenimiento vehicular, electrocardiografía, manejo de expediente clínico, lineamientos y manuales relacionados con la operación del Programa y cualquier otro tema técnico o administrativo que coadyuve con la mejora en el desempeño y cumplimiento de sus funciones.

El PAC estará a cargo de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel en colaboración con la Coordinación de Educación e Investigación del IMSS-BIENESTAR. Asimismo, cada entidad federativa será responsable de determinar las fechas de acuerdo con el cronograma operativo, para que las brigadas de salud y/o el personal participe una vez al mes en los módulos programados dentro del PAC.

La capacitación se llevará a cabo a través de la plataforma del Sistema Educativo de Salud para el Bienestar (SIESABI), permitiendo la gestión y certificación del cumplimiento de los módulos. El programa consta de 12 módulos, distribuidos de enero a diciembre, a su vez, se considerarán módulos a cargo de cada entidad, de acuerdo con la DNC, los cuales podrán ser de forma presencial o remota.

IMSS-BIENESTAR realizará una retroalimentación del avance de los módulos a las entidades federativas, las cuales deberán enviar a IMSS-BIENESTAR la evidencia del reporte del personal capacitado, con el cual se garantice que toda la Brigada de Salud y/o el personal que participe en la ejecución del programa se encuentra capacitado en los temas prioritarios, y deberá integrar en el expediente del personal la evidencia que sustente las capacitaciones reportadas de todo el ejercicio fiscal; lo cual podrá estar sujeto a revisión.

13. Derechos y obligaciones de los beneficiarios

Los beneficiarios directos del programa son las entidades federativas que mediante el acuerdo de colaboración reciben los recursos presupuestales asignados. Los derechos y obligaciones corresponden a las personas que habitan en las localidades de las entidades beneficiadas acorde a los criterios de inclusión y son los siguientes:

13.1 Derechos de las personas que habitan en las localidades incluidas en el Programa

- I. Recibir atención médica gratuita y servicios de salud efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural, con pleno respeto de las prácticas culturales de la comunidad, que respondan a sus expectativas;
- II. Recibir información precisa, clara, oportuna y veraz sobre la atención de su salud y riesgos de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se les indiquen o apliquen, así como la orientación necesaria acerca de alternativas de tratamiento;
- III. Decidir libremente sobre su atención;
- IV. Otorgar o no su consentimiento informado para recibir tratamientos o procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y/o quirúrgicos;



- V. Solicitar una segunda opinión, emitida por personal médico del Sistema Nacional de Salud, acerca del diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud;
- VI. Contar con un expediente clínico;
- VII. Recibir los medicamentos necesarios y acordes a la atención médica recibida; y cartera de servicios de la UMM o Brigada de Salud;
- VIII. Recibir la atención médica integral y ser tratado con dignidad, respeto y confidencialidad;
- IX. Tener un acceso equitativo a la atención;
- X. Brindar la información necesaria para que las personas sean referidas a establecimientos de salud con mayor capacidad resolutoria cuando así lo requiera su estado de salud;
- XI. Recibir información sobre mecanismos de acceso a servicios de atención a la salud en los establecimientos que para tal efecto se designen;
- XII. Recibir los servicios de salud que brindan las UMM, de acuerdo con la calendarización establecida por IMSS-BIENESTAR y, en su caso, los SES;
- XIII. Presentar quejas por falta o inadecuada prestación de los servicios de salud, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas;
- XIV. Recibir la Cartilla Nacional de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo, y
- XV. Conocer la información del Programa, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables en materia de transparencia y acceso a la información pública.

13.2 Obligaciones de las personas de las localidades incluidas en el Programa

- I. Colaborar con la Brigada de Salud informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;
- II. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;
- III. Cumplir con las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales a los que haya aceptado someterse;
- IV. Llevar a la práctica las recomendaciones emitidas por la Brigada de Salud;
- V. Ejercer la corresponsabilidad en el autocuidado de su salud;
- VI. Dar un trato respetuoso a la Brigada de Salud de las UMM, así como a las otras personas usuarias y a sus acompañantes;
- VII. Hacer uso responsable de los servicios de salud;
- VIII. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos de salud para el acceso y servicios de atención médica;
- IX. Asistir a las actividades de capacitación para el autocuidado de la salud;
- X. Participar activamente en la identificación de causas y soluciones a los problemas de salud de su comunidad, y
- XI. Presentar la Cartilla Nacional de Salud correspondiente, al momento de solicitar algún servicio de salud.

14. Mecanismos de evaluación

La evaluación del Programa se realizará conforme a la normatividad vigente para el ejercicio fiscal 2026, así como a lo dispuesto en el artículo 110 de la LFPRH. A través de la verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas; con base en indicadores estratégicos y de gestión vinculados a los objetivos del Programa, a efecto de contribuir con las Entidades Federativas para la prestación de servicios de salud, medicamentos gratuitos y demás insumos para la población sin seguridad social.



14.1 Evaluación interna

Los presentes Lineamientos fueron elaborados bajo el enfoque de la Metodología del Marco Lógico, por lo que se han establecido 12 indicadores vinculados a los objetivos del Programa. En cada uno de los indicadores de resultados planteados se describe: el nombre, la fórmula de cálculo y la periodicidad con la que se obtendrán los resultados de la operación, los cuales permitirán que la medición de los alcances del Programa y las UMM, contribuya con las entidades federativas para la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención en las localidades que atiende el Programa.

14.2 Evaluación externa

El IMSS-BIENESTAR dará cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Desarrollo Social, los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, los Lineamientos Generales aplicables a la gestión para resultados de los recursos públicos federales, el Programa Anual de Evaluación y demás normatividad aplicable a las evaluaciones que en su momento sean mandatadas por las instancias correspondientes. En caso de ser mandatada, el procedimiento se operará considerando la disponibilidad de los recursos presupuestarios y, una vez concluidas las evaluaciones del Programa, éste habrá de dar atención y seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora.

Las evaluaciones externas se realizarán de conformidad con las disposiciones aplicables y por las instancias facultadas para ello.

14.3 Control y seguimiento

El control y seguimiento de los recursos presupuestarios de carácter federal transferidos a las Entidades Federativas para la ejecución del Programa quedarán a cargo de las autoridades federales y locales según corresponda, en sus respectivos ámbitos de competencia y de conformidad con las disposiciones aplicables.

En caso de determinarlo conveniente, el IMSS-BIENESTAR podrá realizar, en cualquier momento, un muestreo de las acciones que estime convenientes, realizar visitas de campo de forma aleatoria en las Entidades Federativas a efecto de verificar la adecuada operación del Programa, además podrá solicitar a las Coordinaciones Estatales del IMSS-BIENESTAR o a los SES la información necesaria, y en su caso, las aclaraciones que considere necesarias. De igual forma, el IMSS-BIENESTAR, a través de la Coordinación de Supervisión, podrá llevar a cabo las visitas de campo de forma aleatoria a las Entidades Federativas, con el propósito de verificar la adecuada operación del Programa, así como capacitar en los diversos procesos operativos a la Brigada de Salud.

Todo lo anterior en función de la disponibilidad de recursos presupuestarios y de personal, y con base en el Modelo de Supervisión que establezca el IMSS-BIENESTAR.

14.4 Auditoría

Por tratarse de un subsidio, los recursos se consideran devengados al momento de ser transferidos a las Entidades Federativas y mantienen su naturaleza jurídica de recursos públicos federales para efectos de administración, ejecución, comprobación, fiscalización y transparencia, por lo tanto, podrán ser revisados y auditados por instancias fiscalizadoras. En este sentido, de manera enunciativa, mas no limitativa, el Programa y sus recursos podrán ser



auditados por la Auditoría Superior de la Federación, por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, por los Órganos Internos de Control en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y/o auditores/as independientes contratados para tal efecto, en coordinación con los Órganos Estatales de Control, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y demás instancias que en el ámbito de sus respectivas atribuciones resulten competentes.

15. Indicadores estratégicos y de gestión

A continuación, se describen los indicadores del Programa U200 Fortalecimiento a la Atención Médica:

INDICADORES DEL PROGRAMA U200 FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA			
Nivel	Nombre del Indicador	Método de cálculo	Frecuencia
Fin	Porcentaje de la población atendida mediante servicios de IMSS-BIENESTAR	(Personas que reportaron haber sido atendidas en una Unidad Médica Móvil de IMSS-BIENESTAR de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición/Total de la población en México)*100	Bienal
Propósito	Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición	(Total de niños menores de 5 años recuperados de desnutrición/Número de niños con desnutrición menores de 5 años en control nutricional)*100	Semestral
Propósito	Porcentaje de casos de embarazo de alto riesgo referidos a segundo nivel de atención	(Total de casos referidos de embarazo de alto riesgo a un segundo nivel de atención en el periodo/Número de casos de embarazo de alto riesgo de primera vez en el periodo)*100	Semestral
Propósito	Porcentaje de localidades objetivo del programa que fueron atendidas por las Unidades Médicas Móviles durante el periodo	(Total de localidades atendidas por el programa en el periodo/Número de localidades objetivo del programa en el periodo)*100	Anual
Propósito	Porcentaje de localidades indígenas atendidas por la Unidad Médica Móvil	(Número de Localidades Indígenas atendidas en el periodo/Número total de localidades indígenas de responsabilidad de la Unidad Médica Móvil)*100	Anual
Componente	Porcentaje de servicios de promoción y prevención otorgados	(Total de servicios de promoción y prevención realizados/Número de servicios de promoción y prevención solicitados por las	Semestral



		personas que fueron atendidas)*100	
Componente	Porcentaje de adolescentes evaluados para detección de depresión	(Número de detecciones aplicadas para depresión en adolescentes/Total de personas adolescentes que habitan en las localidades de responsabilidad)*100	Semestral
Componente	Porcentaje de personas mayores de 20 años evaluadas para detección de diabetes tipo 2	(Total de personas mayores de 20 años a las que se les realizó detección para diabetes tipo 2/Total de personas mayores de 20 años sin diabetes tipo 2 que habitan en las localidades de responsabilidad)*100	Semestral
Componente	Porcentaje personas que recibieron consulta médica solicitada de primera vez en el año	(Total de consultas de primera vez realizadas/Consultas solicitadas de primera vez en el año)*100	Semestral
Componente	Porcentaje de mujeres embarazadas con factores de alto riesgo identificadas	(Número de mujeres embarazadas con diagnóstico de alto riesgo/Total de mujeres con consulta de primera vez de control prenatal en el periodo)*100	Semestral
Actividad	Porcentaje del personal de la brigada de salud capacitado	(Total de personal capacitado/Número de personal contratado)*100	Trimestral
Actividad	Porcentaje de Unidades Médicas Móviles con brigadas de salud completas	(Número de Unidades Médicas Móviles que cuentan con el total del personal requerido según su tipología/Total de Unidades Médicas Móviles activas en el periodo evaluado)*100	Trimestral

16. Transparencia y rendición de cuentas

16.1 Difusión

Como parte de las actividades de transparencia, se dará amplia difusión del Programa a nivel nacional; por lo que los presentes Lineamientos serán publicados a través de los medios que determine IMSS-BIENESTAR.

La papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción de este Programa, incluirá la siguiente leyenda:

"Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos





proviene de los impuestos que pagan los contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa, deberá ser sancionado de acuerdo con las disposiciones aplicables y ante la autoridad competente".

16.2 Protección de Datos Personales

En todo momento las personas beneficiarias podrán ejercer los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición) de los datos personales recabados. El ejercicio de estos derechos se podrá realizar en la Plataforma Nacional de Transparencia <http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>

Los datos personales recabados por el Programa serán protegidos en los términos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás disposiciones aplicables.

16.3 Contraloría Social

La Contraloría Social es el mecanismo de las personas beneficiarias para verificar y vigilar de manera organizada o independiente, de forma voluntaria y honorífica, el cumplimiento de las metas y la correcta aplicación de los recursos públicos asignados a los programas de desarrollo social, relacionados con los derechos humanos en áreas como la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el trabajo, la seguridad social, el medio ambiente y la no discriminación, de conformidad con los artículos, 6, 69, 70 y 71 de la Ley General de Desarrollo Social; así como 67, 68, 69 y 70 de su reglamento.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los entes que reciban, administren, gestionen o ejerzan, total o parcialmente, recursos públicos federales, deberán observar las disposiciones normativas que para tal efecto emita la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, así como los instrumentos y documentos técnicos validados por dicha dependencia para su operación.

Las personas beneficiarias que deseen participar en el mecanismo de contraloría social, podrán solicitar su registro de manera organizada o independiente a la(s) unidad(es) responsable(s) de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a cargo del programa, mediante un escrito libre en el que se especifique como mínimo, el nombre del programa, el ejercicio fiscal, en su caso la representación del(los) Contralor(es) Social(es), el domicilio legal en donde se impulsó su participación, así como las actividades que realizarán y los mecanismos que utilizarán para el desarrollo de sus funciones.

La(s) unidad(es) responsable(s) del programa federal, a través de sus oficinas de representación federal y las instancias ejecutoras, deberá(n) verificar su calidad de personas beneficiarias y expedir las constancias de registro de los contralores sociales en un plazo no mayor de 15 días hábiles contados a partir de la solicitud y deberán registrarse en el sistema informático que establezca la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno para tales fines.

Asimismo, la(s) unidad(es) responsable(s) deberá(n) promover y difundir el mecanismo de la Contraloría Social entre las personas beneficiarias, con el propósito de fomentar su participación informada en las actividades de seguimiento y vigilancia de los programas de desarrollo social. Para tal efecto, se brindará asesoría, capacitación e información institucional que facilite el ejercicio de sus funciones, así como orientación sobre los procedimientos para la presentación de quejas y denuncias, conforme a las disposiciones aplicables en la materia.

La Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno proporcionará asesoría en materia de contraloría social por medio del





correo electrónico: contraloriasocial@buengobierno.gob.mx

Adicionalmente, la(s) unidad(es) responsable(s) del programa federal deberá(n) promover e implementar mecanismos de participación ciudadana orientados a la prevención y el combate a la corrupción, en coordinación con la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno. Dichos mecanismos podrán apoyarse en herramientas digitales y medios de comunicación institucionales que faciliten a las personas beneficiarias y a la ciudadanía en general su participación activa e incidencia en la materia. Asimismo, deberá(n) fomentar la participación social y garantizar que la información relativa al(os) programa(s) sea pública, clara, oportuna y comprensible, asegurando su difusión a través de los canales oficiales establecidos para tal efecto.

IMSS-BIENESTAR, a través de la Coordinación de Acción Comunitaria, establecerá a través de su representación (en entidades concurrentes) o Enlaces Estatales del Programa (en entidades no concurrentes), el mecanismo mediante el cual reconocerá la constitución de los Comités de Contraloría Social y realizará el registro correspondiente en apego a la normatividad vigente señalada por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno. Asimismo, les brindará la información pública necesaria para llevar a cabo sus actividades, así como asesoría, capacitación, y orientación sobre los medios para presentar quejas y denuncias.

La Coordinación de Acción Comunitaria podrá promover e implementar los mecanismos de participación social en la prevención y el combate a la corrupción impulsados por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, por medio de herramientas digitales, que faciliten a las personas atendidas, y la ciudadanía en general, la posibilidad de incidir en dicha materia.

16.4 Quejas, denuncias y solicitudes de información

Las quejas y denuncias vinculadas a la operación del Programa y a los servidores públicos que intervienen en el mismo, serán canalizadas a las instancias facultadas para el efecto, en los términos de las disposiciones aplicables a cada caso.

Las quejas y denuncias en materia administrativa podrán ser presentadas ante el Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Órgano Interno de Control en el IMSS-BIENESTAR, localizado en Calle Gustavo E. Campa No. 54, Guadalupe Inn, C.P. 01020, Álvaro Obregón, Ciudad de México.

Las denuncias por actos de corrupción o faltas administrativas de servidores públicos federales podrán ser presentados ante el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE), de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, a través del siguiente sitio web: <https://sidec.buengobierno.gob.mx/#!/denuncia#top>

En caso de requerir alguna asesoría podrá acudir a la Secretaría de Anticorrupción y Buen Gobierno ubicada en Avenida Insurgentes Sur 1735, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. Atención telefónica: 55 2000 2000 y 800 112 87 00.

La Coordinación de Acción Comunitaria desplegará las acciones tendientes a garantizar la atención de las quejas, denuncias, peticiones o sugerencias que presente la población de las localidades que atiende el Programa.

El IMSS-BIENESTAR vigilará que las disposiciones en materia de Contraloría Social para su operación garanticen la atención oportuna y eficiente de las quejas, denuncias, peticiones o sugerencias que presenten los beneficiarios del Programa y el público en general.



16.5 Solicitudes de información

Las solicitudes de información relacionadas con el Programa y sus Lineamientos podrán realizarse por escrito a través de la Coordinación de Transparencia y Vinculación del IMSS-BIENESTAR, al correo electrónico: siemprecontigo@imssbienestar.gob.mx

Domicilio: Calle Gustavo E. Campa No. 54, Guadalupe Inn, C.P. 01020, Álvaro Obregón, Ciudad de México.

16.6 Solicitudes de acceso a la información pública

- a) A IMSS-BIENESTAR a través de la página www.imssbienestar.gob.mx
- b) A través de la Plataforma Nacional de Transparencia: <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/>

16.7 Acciones de blindaje electoral

En la ejecución de los recursos federales asignados a este Programa se deberán observar y atender las medidas de carácter permanente contenidas en las leyes federales o locales en materia electoral aplicables, las disposiciones emitidas por las autoridades electorales federales y locales, así como las demás disposiciones aplicables.

17. Padrón de beneficiarios

La población objetivo corresponde a todas aquellas personas que se encuentran en la población potencial, que cumplen con los criterios de elegibilidad y se encuentran en las localidades que válida el IMSS-BIENESTAR dentro de las rutas que recorren las Unidades Médicas Móviles en las entidades federativas, la transferencia de los recursos y la asignación de recursos humanos para la operación del programa se realiza a través de las Entidades Federativas que mediante el Convenio de Colaboración por lo que, para términos de estos Lineamientos serán ellas quienes funjan como los beneficiarios directos, no obstante el IMSS BIENESTAR está obligado de conformidad a la normatividad en la materia a informar el total de la población atendida, mismos que serán reportados por los medios correspondientes.

El Programa se rige bajo un esquema de provisión directa de bienes y servicios públicos, conforme al artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, lo cual implica que los recursos asignados se destinan al financiamiento de infraestructura, personal médico, insumos y equipamiento necesarios para garantizar la continuidad y calidad de la atención.

18. Anexos técnicos, formatos, etc.

Todos los anexos de los presentes Lineamientos se encontrarán disponibles en la página institucional de IMSS-BIENESTAR.

Dado en la Ciudad de México, a los 29 días del mes de diciembre de 2025

ALEJANDRO ERNESTO SVARCH PÉREZ

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

