

PROGRAMA PRESUPUESTAL E071 SERVICIOS POR PRESTACIONES SOCIALES

UNIDAD DE PRESTACIONES SOCIALES





Contenido

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO (PP)	4
1 INTRODUCCIÓN	4
2 DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	7
2.1 ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	14
2.1.1 <i>Estado del Arte</i>	18
2.1.2 <i>Situación Actual</i>	23
2.1.3 <i>Diagnóstico situacional de las UR</i>	36
3 EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN	64
3.1 ÁMBITO CULTURA FÍSICA Y DEPORTE	64
3.1.1 <i>Venezuela</i>	64
3.1.2 <i>Chile</i>	66
3.1.3 <i>Italia</i>	67
3.1.4 <i>Reino Unido</i>	67
3.1.5 <i>Dinamarca</i>	67
3.1.6 <i>Brasil</i>	67
3.1.7 <i>Colombia</i>	68
3.1.8 <i>Argentina</i>	68
3.2 ÁMBITO DE LA CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO TÉCNICO	69
3.2.1 <i>Chile</i>	69
3.2.2 <i>México</i>	69
3.3 ÁMBITO DE LA CULTURA	70
3.3.1 <i>Nueva Zelanda</i>	70
3.3.2 <i>España</i>	71
3.3.3 <i>México</i>	71
3.4 ÁMBITO DE SERVICIOS FUNERARIOS	71
4 ANÁLISIS DE POBLACIONES	73
4.1 POBLACIÓN POTENCIAL	74
4.2 POBLACIÓN OBJETIVO	74
4.3 FUENTE DE INFORMACIÓN Y FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN	75
5 ÁRBOL DEL PROBLEMA	76
5.1 CAUSAS	77
6 ÁRBOL DE OBJETIVOS	82
6.1 MEDIOS	83
7 ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS	87
8 ESTRUCTURA ANALÍTICA DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO (EAPP)	95
8.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS	95
8.1.1 <i>Problema central</i>	95
8.1.2 <i>Causas</i>	95
8.1.3 <i>Efectos</i>	95
8.2 ÁRBOL DE OBJETIVOS	96
8.2.1 <i>Fin</i>	96



8.2.2	Propósito.....	96
8.2.3	Medios o soluciones.....	96
9	VINCULACIÓN CON LA PLANEACIÓN NACIONAL DEL DESARROLLO	98
10	DISEÑO OPERATIVO	100
10.1	MODALIDAD PRESUPUESTARIA	100
10.2	UNIDADES RESPONSABLES.....	100
10.3	BIENES Y SERVICIOS.....	102
10.4	COBERTURA	103
11	REGISTRO DE POBLACIÓN ATENDIDA	106
12	ANÁLISIS DE SIMILITUDES, COMPLEMENTARIEDADES Y DUPLICIDADES	107
13	INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO	109
14	ANÁLISIS PRESUPUESTAL	115



Datos de identificación del Programa presupuestario (Pp)

Ramo	050 Instituto Mexicano del Seguro Social
Modalidad del Pp	"E" Prestación de servicios públicos
Clave del Pp	071
Denominación Pp	Servicios por prestaciones sociales

1 Introducción

El Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] es la institución con mayor presencia en materia de atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943. Para ello, combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados y el otorgamiento de prestaciones sociales para brindar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y sus familias, ante cualquiera de los riesgos especificados en la Ley del Seguro Social [LSS].

En el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM] está consagrada la seguridad social como derecho de todos los trabajadores. Para el caso del Instituto, de conformidad con los artículos 208, fracción I, 209 y 210, fracciones I, II, III VI, VII y IX de la LSS, se establecen dentro del ramo de prestaciones sociales, las denominadas Prestaciones Sociales Institucionales, cuyos fines son el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes, así como la contribución a la elevación general de los niveles de vida de la población, las cuales serán proporcionados mediante programas de promoción a la salud, cursos de adiestramiento técnico y capacitación para el trabajo, centros vacacionales y el establecimiento y administración de velatorios, entre otros.

Asimismo, el artículo 210-A de la citada Ley, establece que el IMSS podrá ofrecer sus instalaciones deportivas, sociales, culturales, recreativas y vacacionales a la población en general, considerando en todos los casos las cuotas de recuperación de costos correspondientes, a efecto de generar recursos para apoyar el financiamiento de su operación y mantenimiento, y de colaborar con la sociedad en general en la promoción de este tipo de actividades.

Por lo anterior, la finalidad de las prestaciones sociales institucionales del IMSS es contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, así como fomentar la salud a través de la prevención de enfermedades y accidentes.



Es en este contexto, el otorgamiento de prestaciones sociales institucionales que incidan positivamente en el bienestar de la población, con especial enfoque en aquella con mayor vulnerabilidad, puede ser vista como una política progresiva, que tiene un impacto final positivo en la salud y el nivel de vida derivado del incremento en capacidades por el acceso a mayor seguridad social.

Cabe destacar que, al incidir en el bienestar de la población, se está incidiendo en la salud de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1946) y que aún está vigente¹:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La protección a la salud es un derecho humano, fundamental y universal. Asimismo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en su artículo 25 menciona que^{2 3}:

“Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por las circunstancias independientes de su voluntad”

La Carta de Ottawa menciona que las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y comunitarios, constituyen la clave para una comprensión holística de la salud y concreta las acciones de la promoción de la salud en cinco áreas⁴:

1. Construcción de políticas públicas saludables.
2. Creación de entornos y espacios saludables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales).
3. Participación comunitaria y empoderamiento ciudadano.
4. Desarrollo de habilidades y capacidades en las personas (estilos de vida).
5. Reorientación de los sistemas y servicios de salud (hacia la atención primaria).

¹ OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004

² Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, [Internet]. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2016. 136 p.

³ Knaut F, González-Pier E, Gómez- Dantés O, García - Junco D, Arreola - Ornelas H, Barraza - Lloréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud : protección social para todos en México. Salud Pública Mex. 2013;55(2):207–35

⁴ Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Rev Sanid Hig Pública (Madr) [Internet]. 1987; 1:129



Las áreas 2, 3 y 4 de la Carta de Ottawa, están relacionadas directamente con el otorgamiento de prestaciones sociales del IMSS.

Por otra parte, es importante señalar que en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación [PPEF] para el Ejercicio Fiscal 2016, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP] emprendió una revisión de objetivos y alcances de los programas presupuestarios [Pp] de la APF con el objetivo de identificar posibles complementariedades, similitudes o duplicidades, a fin de llevar a cabo fusiones, re-sectorizaciones o eliminaciones de los programas, en aras de mejorar la eficiencia y la eficacia de la ejecución del gasto público.

Por tal motivo, en 2016 fue creado el Pp E012 “Prestaciones Sociales” [Pp E012] como resultado de la fusión de los Pp E009 “Prestaciones Sociales Eficientes” y el Pp E010 “Otorgamiento de las Prestaciones de Velatorios, Centros Vacacionales y Tiendas” que, de acuerdo con la SHCP, se consideraron complementarios debido a que atendían a la misma población potencial: todos los habitantes del país.

Conforme a los *Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*, se establece que los Pp de nueva creación o con cambios sustanciales, están sujetos a cumplir con la elaboración del diagnóstico y su consecuente evaluación. Asimismo, la instancia coordinadora del Pp E012 era el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo [CONEVAL].

En 2026, como parte del proceso de simplificación de la estructura programática del Ramo 50 Instituto Mexicano del Seguro Social, el Pp E012 cambió de clave y denominación convirtiéndose en el Pp E071 Servicios por prestaciones sociales.

El Pp E071 “Servicios Prestaciones Sociales” está clasificado programáticamente bajo la modalidad “E” Prestación de Servicios Públicos, debido a que a través de éste, se ofertan servicios en materia de desarrollo cultural, cultura física y deporte, recreación, entre otros.



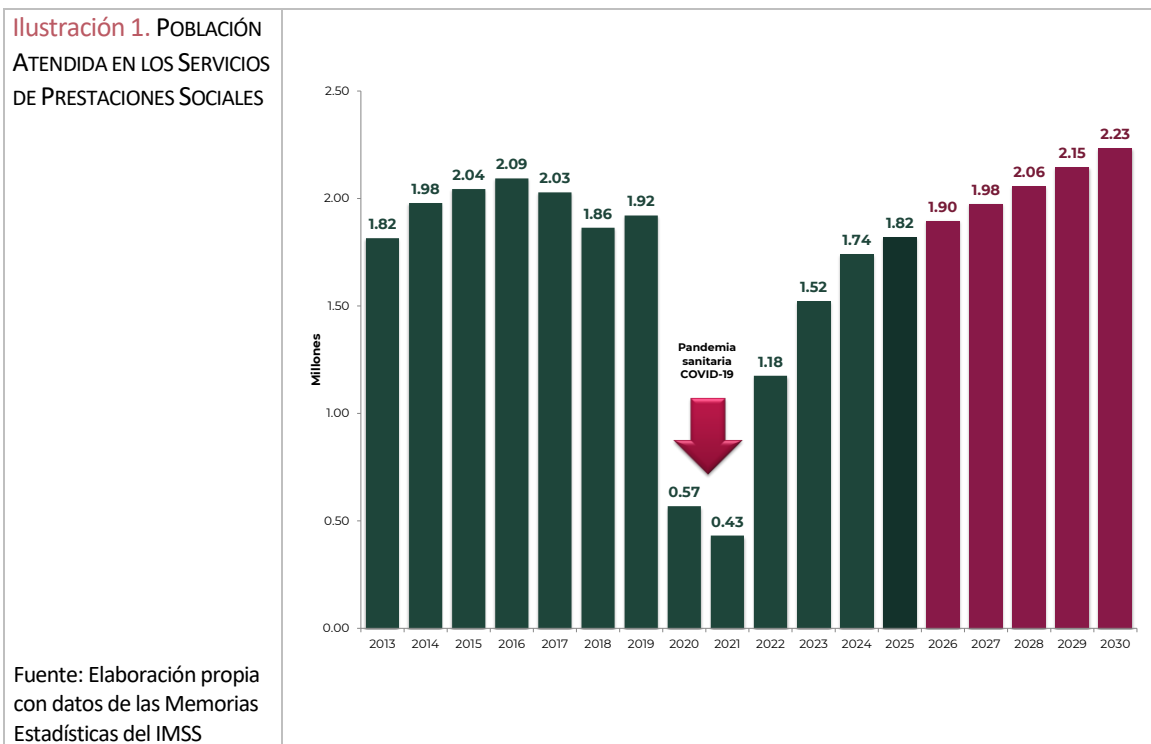
2 Definición y análisis del problema

El problema público que busca atender el Pp E071 se determina de la siguiente manera:

“Las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS presentan dificultades para acceder eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales”.

Al respecto, se ha podido observar que durante los últimos años han disminuido de forma importante los usuarios a los servicios de prestaciones sociales, producto de diversos factores que en presente documento se enunciarán.

Lo anterior, se puede observar en la siguiente gráfica:



Lo anterior, ha llevado a redefinir el propio programa ya que su aportación a la población atendida impacta de forma positiva en diversos ámbitos.

Por ejemplo, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas [ONU], como se mencionó en los antecedentes de este documento:



“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En este sentido, en materia de salud, ha habido avances sin precedentes durante el último siglo. Por ejemplo, la esperanza de vida se ha incrementado, dependiendo del país de que se trate, entre 25 a 30 años. La mayoría de las enfermedades infecciosas han sido erradicadas. La mortalidad infantil ha tenido disminuciones importantes. Adicionalmente, las personas han ganado peso y altura, con importantes avances en materia de desnutrición.

Sin duda, el crecimiento económico, acompañado de un desarrollo económico sostenido, ha jugado un rol primordial en estos logros, así como las políticas públicas en materia de salud, educación, sanidad y sistemas de bienestar. Sin embargo, a la par de ello, las enfermedades crónicas han cobrado mayor relevancia los últimos años.

Derivado de lo anterior, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] ha realizado los últimos años diversos estudios en materia de análisis de enfermedades crónicas degenerativas, así como de bienestar social.

Los estudios se centran en proveer a los gobiernos las herramientas suficientes para que éstos puedan interpretar, a través de un punto de vista económico, cómo la gente tiende hacia los malos hábitos mediante la toma de decisiones. Por ello, dicha Organización ayuda a identificar áreas de oportunidad para que se realicen diferentes tipos de intervenciones y así lograr mitigar dichos problemas e incrementar el bienestar social.

En este sentido, la OCDE indica que para diseñar programas públicos es necesario interpretar los estilos de vida de la población, quienes a través de elecciones en consumo optan por productos como tabaco, alcohol, comida chatarra; así como también la baja actividad física.

Para ello, es importante que los programas o políticas públicas atiendan las fallas de información (asimetrías), las cuales contribuyen a que las personas tengan hábitos poco saludables ya que desconocen las consecuencias, en el largo plazo, de sus decisiones el día de hoy

Los programas sociales deben reducir las externalidades negativas (por ejemplo, el consumo en alimentos poco saludables) o potencializar las externalidades positivas (a través de la educación, deporte, cultura, entre otras).



Las enfermedades crónico-degenerativas hoy en día son la principal causa de muertes en el mundo. Dicho grupo está conformado por enfermedades como cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes, hipertensión, sólo por mencionar algunas. Éstas afectan a todos los grupos de edad de la población, a todas las clases sociales (OMS, 2002). Por sólo dar un ejemplo, durante el año 2005 hubo 58 millones de muertes, donde aproximadamente 35 millones se debieron a alguna enfermedad de este tipo. La misma OMS, en su momento, estimó que este tipo de muertes tendrían un incremento del 17% durante el periodo de 2005 a 2015.

La atención a las enfermedades crónicas, una vez que éstas se manifiestan, hacen que se recupere el bienestar individual y social perdido. Desde luego, las intervenciones a éstas dependerán de la disponibilidad de recursos, tanto humanos, físicos como monetarios.

Derivado de lo anterior, es que Sassi et al⁵ (2009) señalan que una estrategia de prevención puede ser concebida como una mezcla de intervenciones, que deberá balancear los recursos disponibles, analizando la aplicación de éstos en una línea de tiempo, a la par de que deberá medir los impactos en salud, distribución de costos y los resultados por grupos poblacionales.

En este sentido, Knudsen et al⁶ (2006) comenta que hay un interés en el bienestar social de la población infantil. Dicho interés es fundamentado en evidencia reciente, tanto de las ciencias biológicas como de las sociales, donde se señala la importancia de moldear las competencias que promueven el bienestar social a lo largo de la vida.

Las bases para el éxito o el fracaso en la edad adulta son sembrados en la edad temprana. Los niños criados en ambientes desfavorecidos inician su desarrollo tiempo después y se mantienen detrás, respecto a aquellos que se desarrollan en ambientes más favorecidos, durante toda su vida. Las brechas en aspectos cognitivos y de comportamiento surgen cada día. El riesgo de enfermedades se incrementa más rápidamente con la edad en poblaciones con carencias. De acuerdo con McLanahan⁷ (2004) y a Heckman⁸ (2008).

Sassi et al señalan que la prevención es más costo benéfica que la atención. Los programas de atención a adolescentes y a adultos, de acuerdo

⁵ Sassi, F. et al. (2009), "Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies", OECD Health Working Papers, No. 48, OECD

⁶ Knudsen, E.I., J.J. Heckman, J.L. Cameron and J.P. Shonkoff (2006). "Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce." PNAS, 103(27): 10155-10162

⁷ McLanahan, S. "Diverging Destinies: How Children Are Faring Under the Second Demographic Transition." Demography, 41(4), November 2004, 607-627.

⁸ Heckman, J.J. (2008). "Schools, skills, and synapses." Economic Inquiry, 46(3): 289-324.



con Cunha et al⁹ (2006) tienen tasas de retorno más bajas que aquellas observadas en programas de la infancia ya que éstos últimos atienden los problemas antes de que aparezcan.

Por otra parte, fue C. E. Winslow¹⁰ en el año de 1920, en Estados Unidos, quien redactó la primera definición de salud pública. Dicho concepto lo definió como:

“La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria y la organización de los servicios médicos y de enfermería. Así como el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud”

Aunado a lo anterior, después del estudio realizado por Marc Lalonde en 1974¹¹, es que se empieza a hablar de los determinantes de la salud. Su estudio cuyo nombre es *“New perspectives on the health of Canadians”* contiene una muestra representativa, en materia epidemiológica, de las principales causas de muerte y enfermedad de la población canadiense.

En este sentido, es importante señalar que se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores, tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de la gente.

Dichos determinantes se pueden clasificar en diversos grupos, pero una agrupación generalmente utilizada abarca dos grupos mayoritarios:

1. Determinantes económicos, sociales y políticos. - De responsabilidad multifactorial del Estado.
2. Determinantes de la salud. - se refiere a vigilancia y control, así como de promoción y actuación directa en temas relaciones a la salud de la población.

A su vez, los determinantes de la salud todavía se pueden dividir en categorías más específicas como por ejemplo:

1. Estilos de vida.
2. Factores ambientales

⁹ Cunha, F., L. L. Lochner and D. Masterov (2006). “Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation.” In E. Hanushek and F. Welch, eds., *Handbook of the Economics of Education*, (North Holland: Amsterdam), pp. 697–812

¹⁰ Winslow, C.E.A. (1920): *The untilled Fields of public Health Science* J 1(23):33

¹¹ Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.



3. Factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población
4. Servicios de salud.

De acuerdo con García Alzugarate fue Henry Sigerist (1948)¹² quien sostuvo que:

“La salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”

Y nombró a la promoción de la salud como:

“La tarea de lograr el acceso de la población a ella”.

Bajo este tenor, a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención las más activas para conseguir una vida sana y digna.

De acuerdo a Villar Aguirre (2011)¹³, en la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención, las acciones dirigidas a la prevención (donde también están incluidas las de promoción de la salud) deben ocupar un lugar preponderante, porque permiten incrementar los niveles de salud de la población, evitar que esta se enferme, a un costo menor, en comparación a los altos costos que generan la atención de la salud recuperativa.

La prevención de enfermedades es una de las cinco funciones básicas de la Salud Pública, las cuales en conjunto constituyen las etapas del proceso de atención integral de la salud.

Villar Aguirre indica que las cinco funciones básicas de la atención de la salud de la población, de acuerdo con la doctrina de la salud pública son:

1. Promoción de la salud
2. Protección de la salud
3. Prevención de la enfermedad
4. Restauración de la salud
5. Rehabilitación

El estado de salud o enfermedad de un ser humano es el resultado de un proceso dinámico, lo que significa que está permanentemente pasando de

¹² Alzugarate, O. G. (2009). En: La salud pública en el mundo contemporáneo. Primera Parte. Pg, 153.

¹³ Villar Aguirre, Manuel (2011), Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención, Acta Med Per 28(4).



un nivel a otro de salud o de enfermedad, por lo cual se habla de un proceso de salud-enfermedad.

Dicho autor menciona que, para comprender las cinco funciones de la salud pública en el proceso de atención integral, es necesario entender el proceso de la enfermedad en sí.

Para ello, indica que toda enfermedad en el ser humano se gesta en el denominado período prepatogénico¹⁴, cuya duración, dependiendo del padecimiento, puede ser por un período corto o largo.

Durante dicho período, el ser humano entra en contacto con el (los) agente que lo van a enfermar o ante las causas de otra naturaleza. Dichas causas se les denomina factores de riesgo y son:

“Variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarlas, las que en un determinado momento de la vida producen alteraciones orgánicas que llegan a producir un estímulo que lleva a la enfermedad o entra el organismo en contacto con una causa suficiente o necesaria, que se agrega a las otras y se produce la enfermedad”.

Es en este sentido, que la meta de la primera función de la salud pública (promoción) sea la de desarrollar actividades que mitiguen dichos factores, y es donde el Pp E071 Servicios Prestaciones Sociales juega un rol importante, dentro del Instituto, ya que a través de los servicios que éste tiene, se le brinda a la población usuaria conceptos y actividades esenciales para que tengan un mejor control sobre su salud, derivando, en ahorros económicos y no económicos, importantes.

Por lo anterior, se debe recalcar que la salud incluye aspectos subjetivos, como el bienestar físico y mental; pero también aspectos objetivos como la capacidad del funcionamiento y ausencia de enfermedad; y finalmente, aspectos sociales de adaptación y trabajo productivo¹⁵.

Por lo que es fundamental reconocer a los determinantes sociales de la salud como una influencia en la posibilidad de tener una buena salud y bienestar. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, los definió como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”.

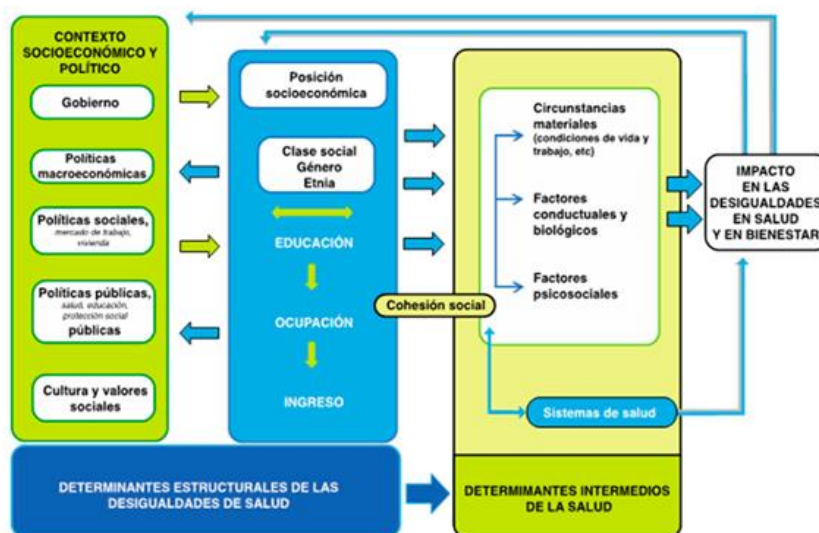
¹⁴ Se refiere a la interrelación entre el ser humano, con los factores de riesgo: los biológicos, las relacionadas con sus estilos de vida, con los factores ambientales y los relacionados con el sistema de atención de su salud.

¹⁵ De La Guardia Gutiérrez Mario Alberto, Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR [Internet]. 2020 Ene [citado 2022 Ago 08]; 5(1): 81-90.



La OPS/OMS describe el siguiente Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que aborda dos grandes tipos de determinantes, las estructurales y/o sociales y las determinantes intermedias y/o personales; como se muestra en la siguiente figura:

Ilustración 2. MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Fuente: Organización Mundial de la Salud

Los determinantes estructurales y/o sociales son aquellos atributos que estratifican y definen la posición socioeconómica de la gente y “determinan” o configuran la salud de un grupo social en función de las mismas; por otro lado, los determinantes intermedios y personales de la salud, se refieren a la calidad de vivienda y del vecindario, circunstancias de vida, factores psicosociales, redes de apoyo, nutrición, actividad física, consumo de sustancias adictivas, cohesión social y el acceso a los sistemas de salud .

Es en los determinantes intermedios de la salud donde el IMSS contribuye a través de las prestaciones sociales a la salud y bienestar de los derechohabientes y no derechohabientes

El concepto de bienestar descrito en una Institución de Seguridad Social, debe alinearse a una visión holística de la salud y no sólo la ausencia de enfermedades.



2.1 Estado Actual del problema

El Pp E071 incluye 6 diferentes causas profundas que conlleva a una entrega de servicios de mala calidad de prestaciones sociales institucionales del IMSS:

- I. Las inadecuadas acciones de capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud generan que se pierda la posibilidad de que los usuarios adquieran competencias para la empleabilidad para que mejoren sus niveles económicos y su bienestar y por otro lado, sin acciones adecuadas de autocuidado de la salud, se pierde el empoderamiento de los usuarios en torno a su salud, desfavoreciendo la posibilidad de promover la salud sin enfocarse en la enfermedad.
 - a) Existe obsolescencia en el equipamiento y mantenimiento inadecuado en los centros de seguridad social que ofertan acciones de capacitación para la empleabilidad, por lo que el ambiente de aprendizaje se torna incómodo para el usuario y es posible que por esta situación busque alternativas en otras instituciones. Esto sucede también en los cursos relacionados con el autocuidado de la salud que se ofertan en la plataforma CLIMSS, si bien, estos cursos son en línea, el equipo de trabajo no cuenta con recursos tecnológicos (hardware y software) para la producción de cursos de manera eficiente.
 - b) Los programas de capacitación presencial son obsoletos, debido a que su diseño se enfocó a los conceptos de empleabilidad de hace varias décadas y actualmente la empleabilidad debería ser de manera más sostenible como lo indican los ODS, así como el desarrollo de competencias blandas y competencias STEM (Ciencias, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas) aunado a lo anterior, las guías didácticas de los cursos no están actualizadas y en algunos casos no tienen una metodología educativa descrita de manera clara.
 - c) El personal docente que oferta los programas de capacitación presencial cuenta con competencias obsoletas, precisamente debido al punto anterior, porque los programas de capacitación son obsoletos. Es necesario que desarrollen competencias docentes y que además vayan enfocándose a nuevas formas de ver la empleabilidad, aunado a lo anterior, existe una dificultad en la reposición de plazas de docentes, por lo que varios de los cursos se dan a través de voluntarios.



- II.** Servicios de actividades físicas y deportivas deficientes, identificando como causa principal la desactualización de los docentes, el personal administrativo y el inadecuado mantenimiento de las instalaciones deportivas.
 - a) En cuanto los docentes y personal administrativo, éste se encuentra en la mayoría de los casos sin actualización reciente en materia deportiva o mantenimiento, con información y métodos obsoletos, siguiendo guías didácticas desactualizadas que ya no obedecen a las nuevas corrientes de aprendizaje y entrenamiento, ni contando con las herramientas o material adecuado a la necesidad.
 - b) La insuficiente implementación de campañas de difusión y promoción de actividades y servicios deportivos impiden que los usuarios o derechohabientes conozcan los servicios deportivos que la institución les ofrece, situación agravada por una cobertura geográfica limitada de éstos.
 - c) En el caso de las condiciones físicas de las instalaciones se tiene un déficit en el mantenimiento correctivo y preventivo de algunas de ellas e insuficiente equipamiento y material deportivo.
- III.** Los inadecuados servicios culturales conllevan a un exiguo aprovechamiento de los servicios culturales institucionales entre derechohabientes del IMSS y no derechohabientes, lo que se vislumbra a partir de una deficiente calidad en el otorgamiento de los servicios, el desconocimiento de los servicios culturales del Instituto, además de un insuficiente desarrollo de las habilidades recreacionales entre la población. Lo anterior queda de manifiesto cuando se analiza de manera fehaciente las siguientes circunstancias:
 - a) Población sin acceso a servicios culturales. Las actividades de desarrollo-cultural de la sociedad, derechohabientes y público en general, en determinados contextos sociales son escasas y la carencia de estas oportunidades va en detrimento de su bienestar individual y colectivo.
 - b) Personas sin desarrollo de habilidades recreacionales. Este factor social contribuye al rezago social participativo, afectando negativamente a cada una de las personas, lo que desfavorece la cohesión social y la posibilidad de generar una mejor condición de vida.



- c) Negativo desarrollo de habilidades creativas, empáticas y pensamiento crítico. Es una característica de la problemática que se observa cuando la población, derechohabientes y público en general, no cuentan con las oportunidades que les permitan mejorar su nivel de vida y desfavorecen la convivencia en su entorno social.
 - d) Desaparición de los servicios culturales del IMSS. El análisis de la problemática refleja una disminución y/o desvío de la vocación original de los servicios de desarrollo cultural que se tiene como objetivo, lo que causa el desfavorecimiento del desarrollo de la sociedad y sus integrantes.
 - e) Menos espacios para el ejercicio de actividades culturales, para las personas dedicados a la cultura y el arte. La oferta de lugares disponibles para la práctica de actividades recreativas, culturales y de desarrollo social, con los efectos socioeconómicos de la pandemia se han visto disminuidos, consecuencia del cierre temporal o definitivo de los mismos.
- IV.** Las inadecuadas acciones de capacitación en temas de promoción de la salud dan como resultado la disminución en la calidad de las intervenciones en los programas ofrecidos a las personas usuarias, y con ello la disminución en la eficacia de las acciones para fomentar hábitos y estilos de vida saludables.
- a) Existe obsolescencia en el equipamiento de prestaciones sociales, y mantenimiento inadecuado de la infraestructura en los Centros de Seguridad Social que ofertan acciones de promoción de la salud para la población a través de programas como el "PASS", "PERA" y "por un peso saludable", Esto contribuye a demeritar la calidad de la atención otorgada y baja eficacia terminal de las intervenciones.
 - b) El personal docente cuenta con competencias obsoletas lo cual conlleva a la falta de cumplimiento de los objetivos institucionales de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la población derechohabiente, si bien estas acciones tienen impacto en los usuarios, la falta de actualización de las competencias no permite que estas acciones sean interdisciplinarias y tengan congruencia con otras tomadas desde otras áreas del instituto. La falta de personal contribuye al deterioro de la capacidad operativa y cobertura de los servicios.



- c) Los programas de capacitación presenciales en materia de promoción de la salud actualmente son obsoletos y no se encuentran alineados a los objetivos institucionales, la falta de congruencia de estos a los objetivos planteados a corto y mediano plazo afecta en el impacto y eficacia terminal de los programas en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social.
- V. Los Velatorios en su generalidad, presentan una falta de presencia en sus distintas zonas de influencia comercial; generada por:
 - a) Falta de promoción y difusión que permee la actividad social, comercial y de apoyo a la población en general. Considerando la social propiamente como un servicio de apoyo al usuario con escasa capacidad económica y en lo referente a lo comercial al nivel competitivo por los servicios que se ofrecen.
 - b) El siguiente aspecto a mencionar corresponde a un limitado plan de inversión tanto en infraestructura, tecnológica, humana y automotriz, aunado a una publicidad que genere como resultado una baja rentabilidad y un ineficiente uso de su capacidad instalada; considerando la capacidad instalada aquel conjunto de elementos de su infraestructura que no son usados en forma continua, tal es el caso de las capillas, aunado a ello una falta de vinculación hacia el área generadora de cliente cautivo identificada como el área médica.
 - c) Los dos aspectos anteriormente descritos, están directamente vinculados a una deficiente comercialización que tienen demérito, en difusión constante, falta de uso de las redes sociales y a su vez en medios impresos y locales.
 - d) Los tres aspectos anteriores compilados se difiere al capital humano que elabora en cada uno de los Velatorios donde la falta de capacitación origen que homologa y estandariza el desempeño profesional, de la cual se carece y aunado a ello una ausencia de perfiles propios que se integran al persona de Velatorios sin capacitación especializada, que genera una desvinculación ética y profesional, dando con ello desviaciones de servicio, una inadecuada atención al derechohabiente y el desarrollo de reprocesos y re trabajos propios de la operación y en casos más complicados confusiones en el otorgamiento de servicio.



- VI.** Las deficientes instalaciones y servicios en los Centros Vacacionales generan que disminuya la afluencia de usuarios y con ello, la posibilidad de satisfacer sus niveles de bienestar y desarrollo personal a lo largo de su vida, limitando los espacios destinados para su recreación y el esparcimiento indispensables para favorecer la calidad de vida de los seres humanos.
- a) No hay suficientes acciones de supervisión en los Centros Vacacionales que permitan conocer la percepción de los usuarios respecto a la calidad de las instalaciones y servicios otorgados y, por ende, identificar áreas de oportunidad que potencialicen el uso de la infraestructura institucional.
 - b) Las acciones realizadas para la promoción y difusión de los Centros Vacacionales son deficientes, ya que los medios que actualmente se utilizan para la difusión de contenidos y los esquemas de descuento para la comercialización de las instalaciones resultan obsoletos para cubrir la demanda actual de servicios turísticos.
 - c) Percepción negativa de la población usuaria respecto a los servicios proporcionados en los Centros Vacacionales debido a que no existe una herramienta que permita identificar de manera clara y precisa las acciones que deberán implementar las unidades operativas para atender las áreas de oportunidad identificadas y reportadas a través de diferentes medios.

En la siguiente subsección se desarrollarán éstas con base en una revisión bibliográfica profunda y con el más alto rigor académico.

2.1.1 Estado del Arte

El estudio del bienestar se puede concentrar en dos ramas principales: la hedónica, representada por una sólida línea de investigación que se ha ocupado del estudio del bienestar subjetivo, y la eudaemónica, la cual se centra en el bienestar psicológico¹⁶.

En lo que respecta al bienestar subjetivo, éste se encuentra dentro de un marco esencialmente emocional que ha tomado diversas denominaciones: (Argyle¹⁷, 1992; Fierro¹⁸, 2000), satisfacción con la vida (Veenhoven¹⁹, 1994), y

¹⁶ Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002

¹⁷ Argyle, M. (1992). La Psicología de la felicidad. Madrid: Alianza

¹⁸ Fierro, A. (2000). Sobre la vida feliz. Málaga: Aljibe.



afectos positivos o negativos (Bradburn²⁰, 1969) que se desprenden de las condiciones en las que se desenvuelve nuestra existencia.

Por otra parte, el bienestar psicológico centra su interés en el desarrollo personal, la forma en cómo la gente afronta los retos vitales, y en el esfuerzo por alcanzar las metas planteadas.

Ambas vertientes teóricamente se relacionan, pero empíricamente se diferencian, es decir, se interesan en un mismo proceso psicológico, pero se sirven de distintos indicadores para medirlo. Por ejemplo, (Costa y McCrae²¹, 1996; Díaz y Sánchez²², 2002) se enfocan en rasgos y estilos de personalidad, así como en variables sociodemográficas.

Dado que en el mundo el crecimiento económico no ha derivado en un desarrollo económico homogéneo, diversos organismos internacionales, entre ellos la Organización de las Naciones [ONU] y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], comenzaron a realizar estudios en materia de bienestar social donde se abordaban las necesidades básicas de la población.

En dichos estudios, se entiende el bienestar como un concepto multidimensional, el cual está conformado por diferentes variables tales como: salud, agua y saneamiento, vivienda, educación, cultura, deporte, ocio y recreación, seguridad, convivencia y participación social, sólo por mencionar algunas.

Dicha construcción pudiera presentar un vacío conceptual, debido a que no tiene una definición teórica, por lo que se justifica de manera abstracta y de forma compleja en el concepto. Ello ocasiona, por ejemplo, un sesgo técnico-analítico, el cual es epistemológicamente opuesto a la perspectiva metodológica-conceptual.

Al respecto, Rodríguez Jaume²³ (2000) señala que:

“La primera entiende a los indicadores como datos obtenidos de la observación empírica, que se relacionan con un concepto, y la segunda

¹⁹ Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

²⁰ Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

²¹ Costa, P. y McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism of subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678

²² Díaz, J. y Sánchez, M.ª P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14, 100-105

²³ Rodríguez Jaume, María José (2000) *Modelos sociodemográficos*. Atlas Social de la Ciudad de Alicante. Tesis de doctorado. Universidad de Alicante.



como equivalentes empíricos de una dimensión de un concepto que pertenece a alguna teoría social”.

Para Lazarfeld²⁴ (1973), la elaboración de conceptos debe partir de una representación literaria, de forma que queden reflejados sus rasgos definitorios, para posteriormente especificarlos a través de su descomposición por dimensiones o aspectos relevantes que engloba.

Para el caso del concepto de bienestar social dicha tarea no es algo sencillo, ya que está compuesto por diferentes dimensiones (salud, educación, nivel de vida, calidad de vida, actividad física, entre otros) y cada una requiere su propia definición conceptual. En consecuencia, se da lo señalado por Mayntz, Holm y Hübner²⁵ (1993) lo que denominan como cadenas definicionales, llevando a lo señalado por Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio²⁶ (1991) como definición constitutiva.

En este sentido, Actis Di Pasquale²⁷ (2015) elaboró una definición conceptual del término bienestar social luego de haber realizado un proceso de selección que surgió de comparar diferentes enfoques del bienestar humano, considerando supuestos ontológicos, epistemológicos y éticos. Así pues, partiendo de las perspectivas de well-being o bienestar amplio, considerando a grandes autores como Sen, Nussbaum, Doval, Gough, Dewey y Durkheim, define al bienestar social como:

“Una especie de orden social, en el cual todas las personas alcanzan logros –específicos para su edad- que favorecen tanto el desarrollo individual como social”.

Por lo anterior, comenta que las dimensiones de ésta son: gozar de buena salud, contar con seguridad ciudadana, alcanzar un nivel educativo apropiado, trabajo decente, contar con un hogar adecuado.

En lo que respecta a la salud, ésta es uno de los componentes elementales del bienestar, el no tenerla conlleva a diversos impactos tanto en materia económica como en calidad de vida. Por ello, este concepto se encuentra presente en diversos enfoques del denominado well-being.

²⁴ Lazarsfeld, Paul F. (1973). "De los conceptos a los índices empíricos". En: Boudon, R. y Lazarsfeld, P. Metodología de las ciencias sociales. Barcelona: LAIA.

²⁵ Mayntz, Renate; Holm, Kurt y Hübner, Peter (1993) Introducción a los métodos de la sociología empírica. Madrid: Alianza Universidad

²⁶ Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar (1991) Metodología de la investigación. México: Mac Graw Hill.

²⁷ Actis Di Pasquale, Eugenio (2015) "Hacia una definición conceptual de bienestar social. El debate desde la Economía del Bienestar hasta Enfoque de las Capacidades". En: VI Encuentro Regional de Estudios del Trabajo Pre- Aset. 7 y 8 de Setiembre de 2015. Tandil: PROIEPS – FCH – UNICEN.



Amartya Sen²⁸ (2000) indica la importancia de evitar la morbilidad y la mortalidad, llevar una buena nutrición y tener movilidad (actividad física), entre otras. Nussbaum²⁹ (2003) adiciona dos capacidades: vida y salud corporal. Mientras tanto, Doyal y Gough³⁰ (1994) priorizan la salud como una de las dos necesidades básicas de las personas, que dependen de tres necesidades intermedias.

En lo respectivo a la educación, para Doyal y Gough ésta también es considerada como uno de los pilares principales en los enfoques del well-being, ya sea como mecanismo de interacción o como una relación primaria significativa, o bajo la perspectiva de Nussbaum (2003) que la entiende como la capacidad de tener sentidos, imaginación y pensamiento. De hecho, para el mismo Sen (2000) la considera como una capacidad fundamental de las personas.

Durkheim³¹ es el primer sociólogo que interpreta la educación como un fenómeno social que podía ser objeto de estudio de la sociología. La contempla como el proceso social estableciendo, a través de estudios comparativos de carácter histórico, la relación entre los cambios estructurales sociales y los sistemas educativos. Además, consideró que en cada ser humano hay dos seres, el individual y el social, que son distintos pero inseparables, por lo que la educación tiene como fin constituir al ser social en cada uno de nosotros mismos.

Para Álvarez de Zayas³² (1999) el vínculo que existe entre educación y sociedad surge mediante una relación a la que se le denomina problema-objeto-objeto, la cual conforma una tríada dialéctica que se caracteriza por el desenvolvimiento del proceso docente-educativo. En pocas palabras, la sociedad crea las instituciones educativas con el fin de resolver un problema que se denomina encargo social, el cual consiste en preparar a las personas tanto en su pensamiento, como en sus sentimientos, además de la preparación inmediata para su incorporación al trabajo en correspondencia con los valores más importantes de la misma.

En lo concerniente a la actividad física, diversos estudios señalan al sedentarismo como un factor que acompaña la aparición y gravedad de

²⁸ Sen Amartya K. (2000) Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta.

²⁹ Nussbaum, Martha C. (2003) "Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice". En: *Feminist Economics*, Vol. 9, Issue 2-3, pp: 33-59

³⁰ Doyal, Len y Gough, Ian (1994) Teoría de las necesidades humanas. Traducción de José Antonio Moyano y Alejandro Colás. Barcelona: Icaria/FUHEM

³¹ Durkheim, Émile (1991) "La educación, su naturaleza y su papel". En: Mateo, F. (comp.) Teoría de la educación y sociedad. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina

³² Álvarez de Zayas, Carlos (1999) La escuela en la vida. La Habana: Ed. Pueblo y Educación.



enfermedades crónicas como la diabetes, obesidad, hipertensión arterial, entre otras.

En América Latina, siendo México el país con mayor obesidad y con una baja actividad física, se tienen cifras alarmantes en población mayor a 14 años.

Así pues, la actividad física, en diversos estudios, se ha asociado con disminuciones de cuadros de ansiedad y depresión (Dunn et al³³, 2001; Paluska y Schwenk³⁴, 2000), además de ser considerada una herramienta importante en el tratamiento de dichos padecimientos (Blumenthal³⁵, 1999).

Sonstroem³⁶ (1984) señala que el practicar algún deporte o realizar alguna actividad física ayuda a la construcción de una mayor autoestima, Maxwell y Tucker³⁷ (1992) señalan que las mujeres tienden a tener una auto-imagen de sí mismas más positiva, Laforge et al³⁸ (1999) señala que niños y adultos tiene una mejora en su calidad de vida, y finalmente, Mutrie y Parfitt³⁹ (1998) señala que el ejercicio contribuye a la reducción de conductas autodestructivas y antisociales en los jóvenes.

Estudios desarrollados por la Universidad de Illinois comprobaron que los procesos cognitivos de las personas mejoraban conforme éstas realizaban alguna actividad física o deporte, es decir, a mayor actividad aeróbica, menor degeneración neuronal. Inclusive estudios aplicados a animales brindaron resultados similares (Neeper, Pinilla, Choi y Cotman⁴⁰, 1996).

Adicionalmente, diversos estudios han encontrado una relación positiva entre la práctica deportiva y el rendimiento académico de las personas, tal es el caso de Dwyer et al⁴¹ (2001), Dwyer et al⁴² (1983), Linder⁴³ (2002), Shepard⁴⁴ (1997) y Tremblay et al⁴⁵ (2000).

³³ Dunn, A.; Trivedi, M. y O'Neal, H. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 587-97.

³⁴ Paluska, S. y Schwenk, T. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29, 3, 167-80.

³⁵ Blumenthal, J.; Babyak, M.; Moore, K.; Craighead, W.; Herman, S. y Khatri, P. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159, 19, 2349-56

³⁶ Sonstroem, R. (1984). Exercise and self-esteem exercise. *Sport Science Review*, 12, 123-155.

³⁷ Maxwell, K. y Tucker, L. (1992). Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: predictors of greatest benefit. *American Journal of Health Promotion*, 6, 5, 338-344.

³⁸ Laforge, R.; Rossi, J.; Prochaska, J.; Velicer, W.; Levesque, D. y McHorney, C. (1999). Stage of regular exercise and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 28, 349-360.

³⁹ Mutrie, N. y Parfitt, G. (1998). Physical activity and its link with mental, social and moral health in young people. In S. Biddle, J. Sallis, y N. Cavill (Eds.), *Young and active: young people and health-enhancing physical activity evidence and implications*. London: Health Education Authority.

⁴⁰ Neeper, S.; Gomez, F.; Choi, J. y Cotman, C.W. (1996). Physical activity increases mRNA for brain-derived neurotrophic factor and nerve growth factor in rat brain. *Brain Res*, 726(1-2), 49-56.

⁴¹ Dwyer, T.; Sallis, J. F.; Blizzard, L.; Lazarus, R. y Dean, K. (2001). Relation of Academic Performance to Physical Activity and Fitness in Children. *Pediatric Exercise Science*, 13, 225-238.



2.1.2 Situación Actual

Como se ha mencionado en los apartados anteriores el Pp E071 pretende contribuir a la salud de los usuarios desde un punto de vista de la salud más holístico, es decir, este programa tiene un enfoque de salud pública con énfasis en la incidencia de los determinantes sociales de la salud que coadyuven al mejoramiento de la salud de los usuarios a través de la mejora de ingresos con acciones de empleabilidad, a las acciones de promoción de la salud que incluyan el autocuidado de la salud, a la mejora de la salud mental a través de la cultura y el esparcimiento en los centros vacacionales, a una adecuada actividad física como factor protector de enfermedades crónicas y finalmente a la disminución del gasto en salud o gasto de bolsillo de los usuarios, no sólo por la prevención de enfermedades sino también por el ahorro en los velatorios IMSS en caso de que la familia tenga algún fallecimiento.

Este Pp busca de manera indirecta, que contribuya a la disminución en las consultas por especialidad debido a la prevención de enfermedades, una disminución en los servicios clínicos, una disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad de las personas usuarias y disminución de prevalencia de ECNT como Diabetes e Hipertensión y por ende una disminución en los gastos de salud o gastos de bolsillo de las familias.

Es por este motivo que en el presente apartado se presentan de forma aleatoria algunas estadísticas sobre estos temas que presentan la situación actual de estas problemáticas en el sector salud y en el IMSS.

En este sentido, se eligieron de forma aleatoria algunas especialidades donde se obtuvieron el número de consultas al año:

⁴² Dwyer, T.; Coonan, W.; Leitch, D.; Hetzel, B. y Baghurst, R. (1983). An investigation of the effects of daily physical activity on the health of primary school students in South Australia. *International Journal of Epidemiologists*, 12, 308-313

⁴³ Linder, K. (2002). The Physical Activity Participation--Academic Performance Relationship Revisited: Perceived and Actual Performance and the Effect of Banding (Academic Tracking). *Pediatric Exercise Science*, 14, 155-170.

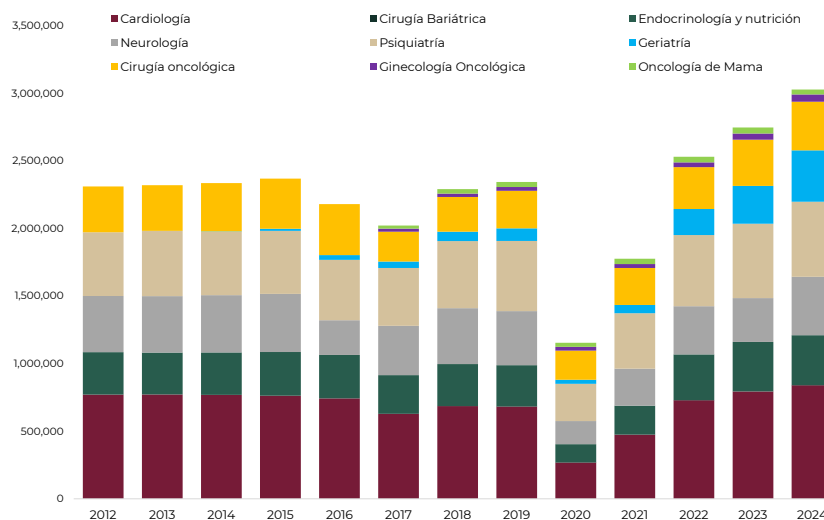
⁴⁴ Shephard, R. (1997). Relation of Academic Performance to Physical Activity and Fitness in Children. *Pediatric Exercise Science*, 13, 225-238.

⁴⁵ Tremblay, M.; Inman, J. y Willms, J. (2000). The Relationship Between Physical Activity, Self-Esteem, and Academic Achievement in 12-Year-Old Children. *Pediatric Exercise Science*, 12, 312-324.



Ilustración 3. CONSULTAS ANUALES POR ESPECIALIDAD SELECCIONADA

Fuente: Elaboración propia con datos de la División de Información en Salud de la Dirección de Prestaciones Médicas



Tal como se puede apreciar, hay especialidades que conforme ha transcurrido el tiempo, su participación porcentual dentro del total de consultas de especialidades se ha incrementado de forma notable. Más aún, se observa un cambio de dirección en la atención médica, migrando de enfermedades gastrointestinales, por poner un ejemplo, a enfermedades crónico-degenerativas.

Calculando la tasa de crecimiento media anual [TCMA], podemos observar que la cirugía bariátrica tiene una TCMA de 11.31%, la geriatría 75.39%, la oncología de mama 6.91% y ginecología oncológica con 13.20%.

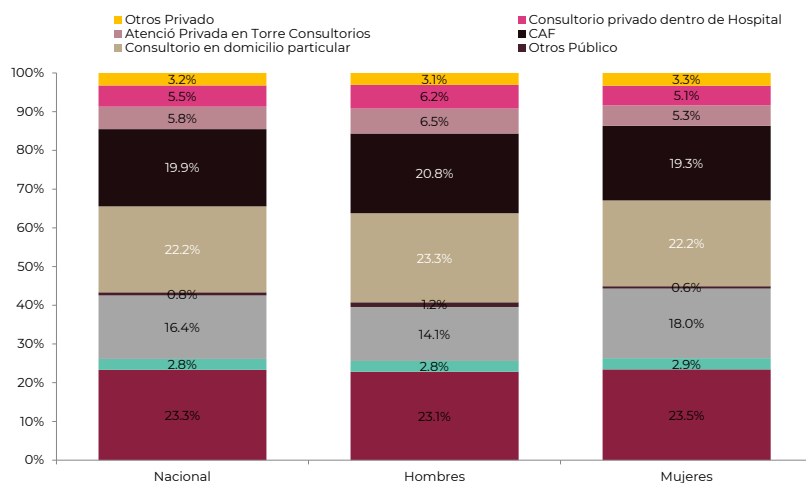
En las subsecciones siguientes se describirán algunos datos sobre la situación en diversos ámbitos, ya sea salud, deporte, cultura, tipo de enfermedades, entre otras

2.1.2.1 Utilización de los servicios de salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021, a nivel nacional, 56.6% de la población se atendió en servicios privados (36.7% en un consultorio, clínica u hospital privado y 19.9% en consultorios adyacentes a farmacias [CAF]), 23.3% en el IMSS, 16.4% en la Secretaría de Salud (SS), 2.8% en ISSSTE y 0.8% en otros.



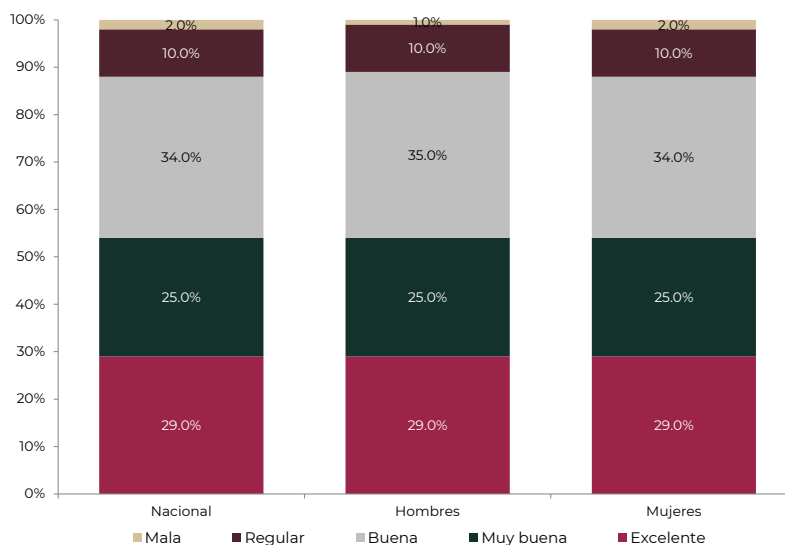
**Ilustración 4. UTILIZACIÓN
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
POR INSTITUCIÓN**



Fuente: Elaboración propia
con datos de la ENSANUT
2021

Aunado a lo anterior, esa misma encuesta reportó la calificación en el servicio de atención médica recibido. Dichas calificaciones son las siguientes:

**Ilustración 5.
CALIFICACIONES ATENCIÓN
MÉDICA**



Fuente: Elaboración propia
con datos de la ENSANUT
2021

La ENSANUT señala que el 56% de la población se inclina por atenderse en servicios privados, patrón que se observa a nivel nacional, por sexo, tipo de



localidad y por región. Otro dato importante es que únicamente un tercio de la población eligió el lugar donde recibió atención médica por afiliación, lo que lleva a explicar la inclinación por los servicios privados. Dicha decisión considera la cercanía de los servicios privados, su bajo costo, la rapidez con la que reciben atención y la forma en cómo son atendidos.

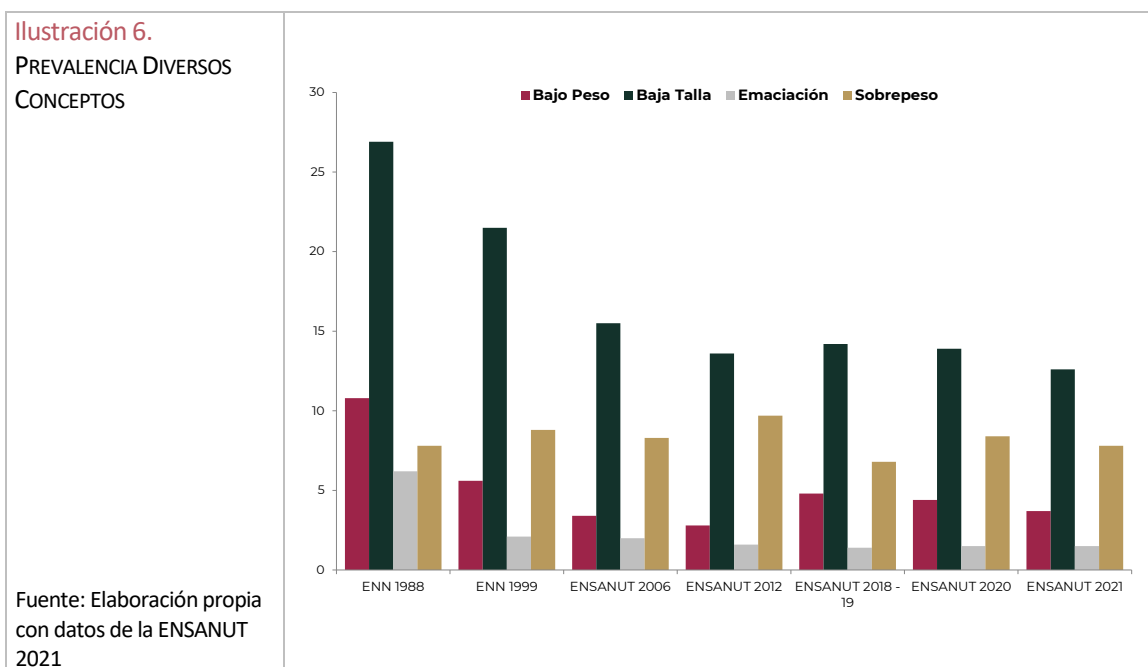
2.1.2.2 Nutrición

Siguiendo los resultados observados de la ENSANUT 2021, en esta sección se describe en el estado de nutrición por grupos de edad, así como los problemas que estos presentan, mismos que tienen un impacto financiero, tanto directo como indirecto, en sus hogares.

2.1.2.2.1 Niños y niñas menores de 5 años

En este apartado, la ENSANUT considera la población menor a los 5 años de edad.

En el siguiente gráfico, se puede observar el comparativo de la prevalencia, de diversos conceptos, en un histórico de aplicación de dicha encuesta.



Al desglosar dichos datos, por grupos de edad medidos en meses, se observa lo siguiente:



Tabla 1 PREVALENCIA DIVERSOS CONCEPTOS POR GRUPO DE EDAD

Condición	Total		0 a 23.9 meses		24 a 59.9 meses	
	n	N (miles)	%	IC95%	%	IC95%
Bajo Peso	1,765	9,992.0	4.6	2.7,7.7	3.3	2.1,5.0
Bajo Talla	1,765	9,992.0	11.3	8.4,15.1	13.1	10.7,16.1
Emaciación	1,765	9,992.0	1.7	0.6,4.9	1.5	0.9,2.5
Sobrepeso + Obesidad	1,765	9,992.0	6.5	4.3,9.8	8.3	6.7,10.4

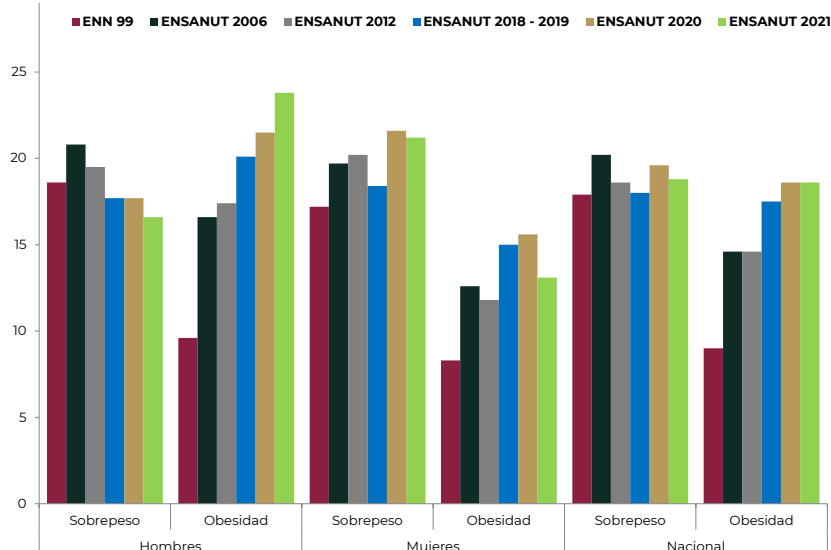
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2021

2.1.2.2.2 Niñas y niños de 5 a 11 años

En este grupo de edad, la prevalencia de sobrepeso a nivel nacional fue de 18.8%, es decir, casi 1 de cada 5 niños. Desglosando por género, en hombres fue de 16.6% y en mujeres de 21.2%. En lo concerniente a la prevalencia de obesidad se observó en 18.6% de los escolares, 23.8% en hombres y 13.1% en mujeres. Comparando el histórico de la ENSANUT, ambos conceptos presentan un alta importante, especialmente en los hombres.

Ilustración 7.

PREVALENCIA DE
SOBREPESO Y OBESIDAD EN
POBLACIÓN DE 5 A 11 AÑOS



Fuente: Elaboración propia
con datos de la ENSANUT
2021

2.1.2.2.3 Adolescentes

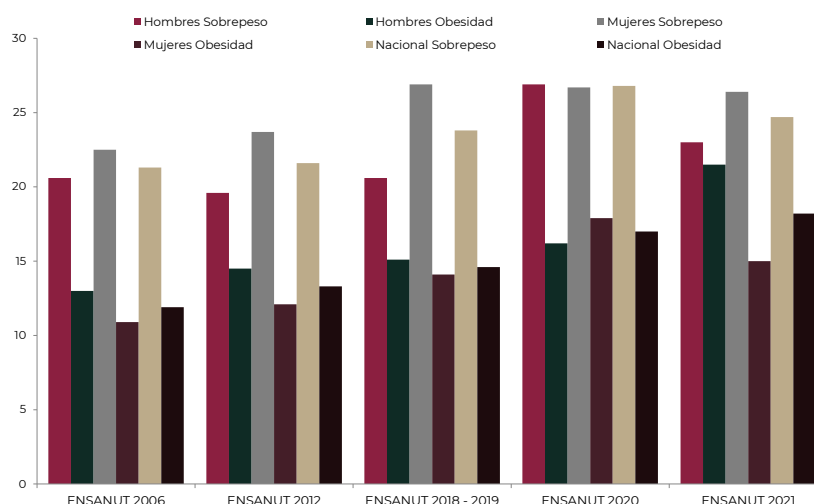


El grupo de adolescentes, de acuerdo con la ENSANUT, abarca la población de los 12 a los 19 años.

La prevalencia de sobrepeso para este grupo de edad fue de 24.7% de forma general, y desglosando por género se observó que el 26.4% de las mujeres tiene sobrepeso, así como el 23% de los hombres. En lo que respecta a la obesidad, de manera general la prevalencia fue de 18.2%, mientras que en mujeres fue de 15% y en hombres fue de 21.5%. Dichos conceptos presentan incrementos importantes durante el periodo de aplicación de la ENSANUT.

Ilustración 8.

PREVALENCIA DE
SOBREPESO Y OBESIDAD EN
POBLACIÓN DE 12 A 19
AÑOS



Fuente: Elaboración propia
con datos de la ENSANUT
2021

2.1.2.2.4 Adultos

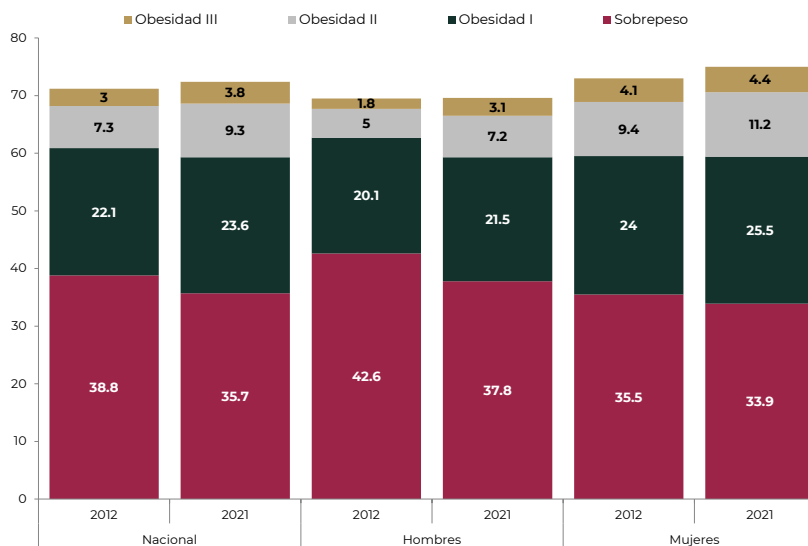
En el grupo de edad correspondiente a adultos, se pueda apreciar que la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad, es decir tener un IMC ≥ 25 kg/m², de 2012 a 2021 aumentó en hombres un 0.2% y en mujeres en un 2.7%. Comparando únicamente obesidad, los hombres tuvieron un incremento del 18.6% pasado de 26.8% (2012) a 31.8% (2021); mientras que las mujeres sufrieron un incremento del 9.6% pasando de 37.5% (2012) a 41.1% (2021).



Ilustración 9.

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS

Fuente: Elaboración propia
con datos de la ENSANUT
2021



2.1.2.3 Enfermedades crónicas

Es fundamental que las enfermedades crónicas (EC) sean abordadas desde diferentes frentes, no sólo para su tratamiento y atención, sino fundamentalmente desde la prevención y control de sus factores de riesgos relacionados. Las EC son en gran porcentaje prevenibles si se generan ambientes protectores para los factores de riesgo.

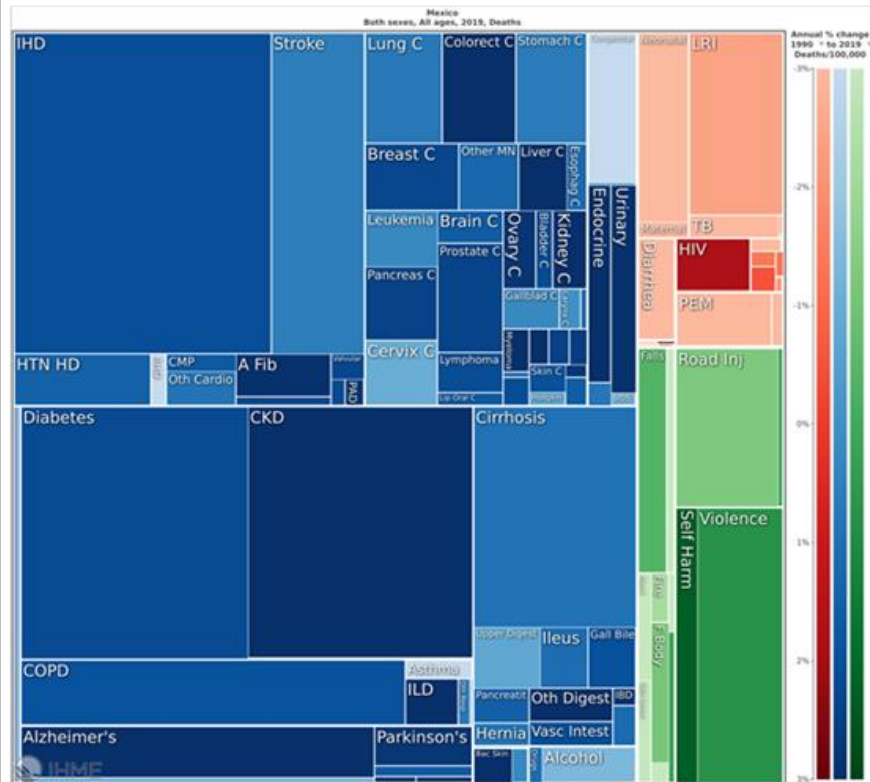
En la siguiente gráfica podemos ver en azul las muertes asociadas a EC, en rojo las muertes asociadas a Enfermedades Infecciosas y en verde las relacionadas con violencia y accidentes.

Vemos que, en México, hay un mayor porcentaje de muertes asociadas a EC. Por otro lado, podemos ver en azul oscuro, el porcentaje de muertes de cada EC que está atribuido a algún factor de riesgo. Por ejemplo, el 100% de las muertes por Diabetes Mellitus tipo II son atribuidas a algún factor de riesgo, esto quiere decir que se puede incidir en los factores de riesgo para contribuir a la disminución de la prevalencia de esta enfermedad⁴⁶.

⁴⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden Disease (GBD) Compare [Internet]. University of Washington. 2019. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>



Ilustración 10.
DISTRIBUCIÓN DE MUERTES
ATRIBUIDAS A FACTORES DE
RIESGO (2019)



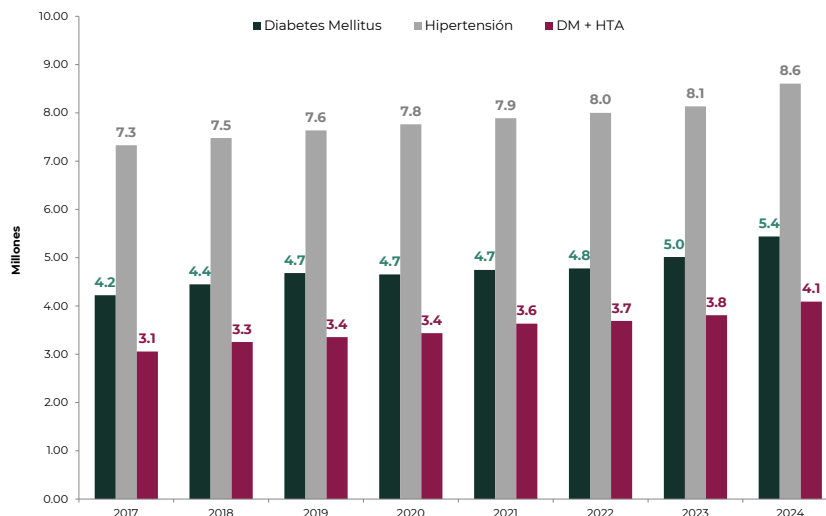
Fuente: Institute for Health
Metrics and Evaluation.
Global Burden Disease
(GBD)

Aunado a lo anterior, el IMSS levanta, de manera anual, un censo en su población derechohabiente respecto a padecimientos como diabetes e hipertensión.

Así pues, tal como se muestra en la siguiente gráfica, dichas variables presentan incrementos importantes, causando fuertes presiones en materia financiera al Instituto.



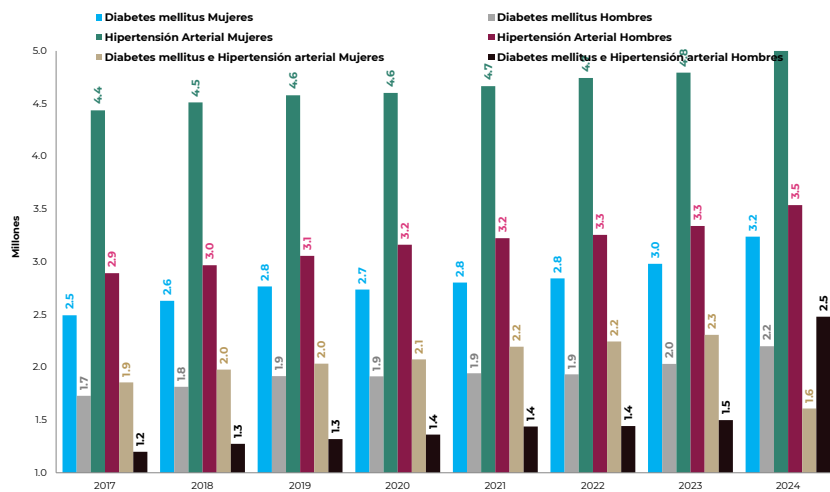
**Ilustración 11. CENSO
IMSS DIABETES E
HIPERTENSIÓN**



Fuente: Elaboración propia
con datos de la División de
Información en Salud de la
Dirección de Prestaciones
Médicas

Analizando dichas cifras por género, por padecimiento, por año, se observa lo siguiente

**Ilustración 12. CENSO
INSTITUCIONAL DM E HTA
POR GRUPO POBLACIONAL**



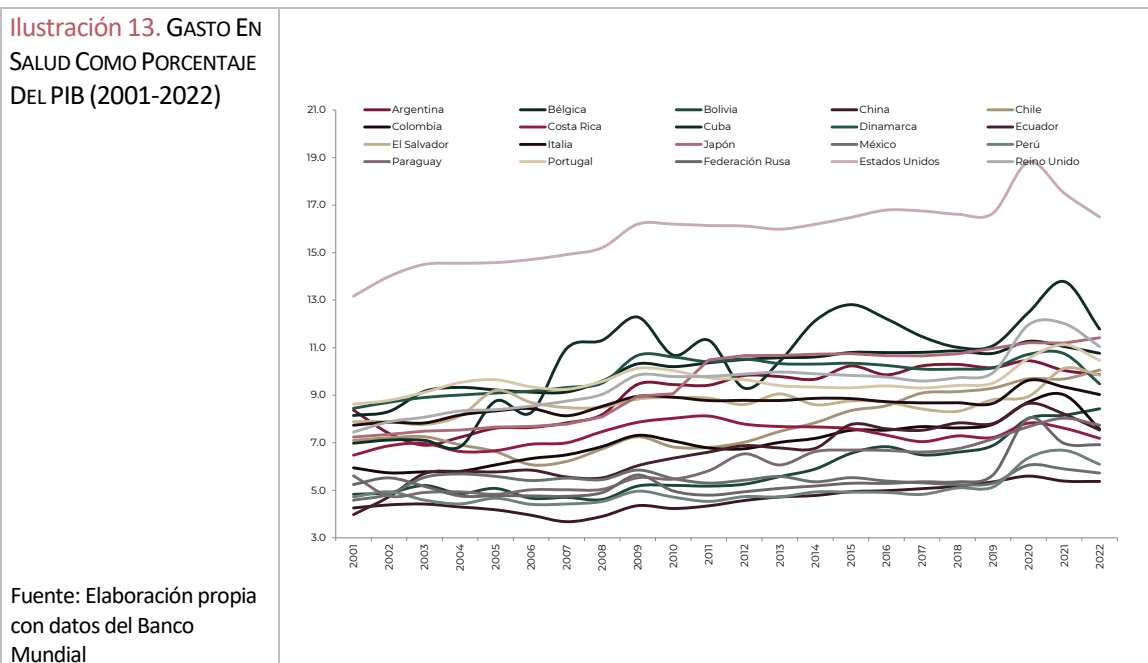
Fuente: Elaboración propia
con datos de la División de
Información en Salud de la
Dirección de Prestaciones
Médicas



2.1.2.4 Gasto en salud

Así como es importante hablar de las enfermedades crónicas degenerativas, también lo es el tema de gasto en salud.

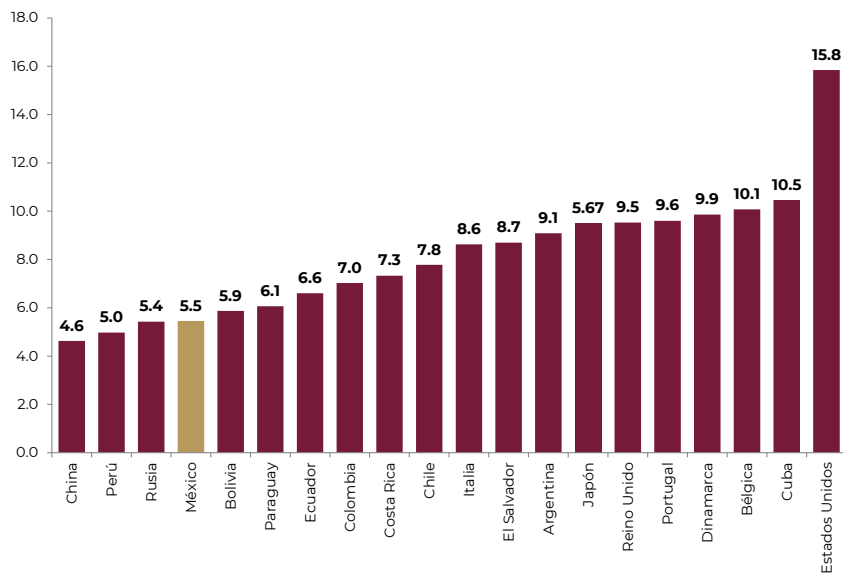
En este sentido, con datos del Banco Mundial, se muestra la siguiente gráfica del gasto en salud, por una serie de países seleccionados aleatoriamente, como porcentaje de su Producto Interno Bruto [PIB]:



A manera resumen, se muestra la siguiente gráfica con la participación porcentual, de dichos países, durante 2001-2022:



Ilustración 14. PROMEDIO
GASTO EN SALUD COMO
PORCENTAJE DEL PIB
(2001-2022)



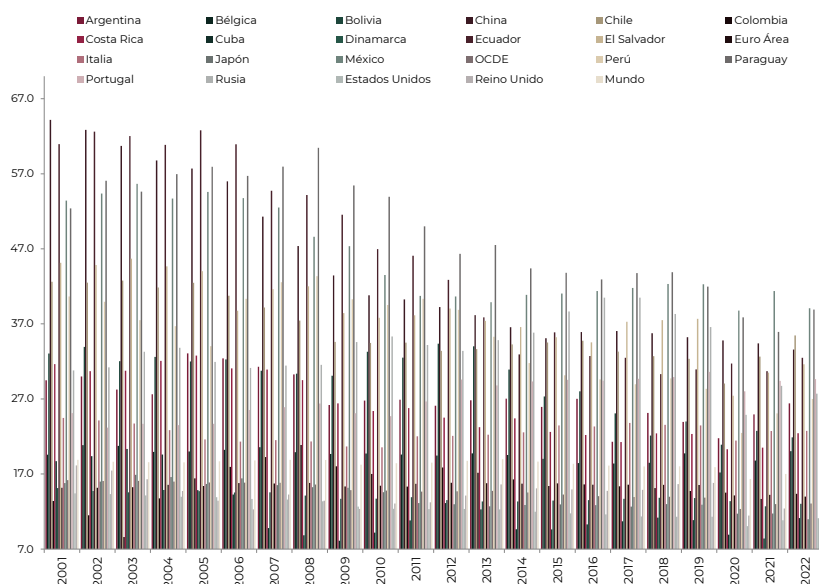
Fuente: Elaboración propia
con datos del Banco
Mundial

Así pues, se observa que en esas casi dos décadas, el gasto en salud, como porcentaje del PIB, asciende apenas a 5.5% lo cual implica retos importantes, derivando en que parte del financiamiento en salud se dé a través del denominado gasto de bolsillo, realizado por la propia gente.

Muestra de lo anterior se expone en la siguiente gráfica:



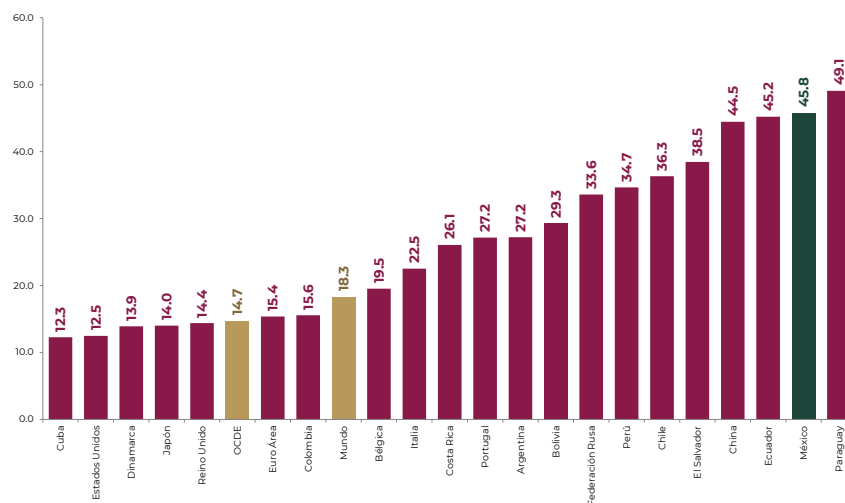
Ilustración 15. GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DE GASTO DE SALUD (2001-2022)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial

Obteniendo un promedio de participación, del 2001-2022, se observa lo siguiente:

Ilustración 16. PROMEDIO GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DEL GASTO DE SALUD (2001-2022)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial

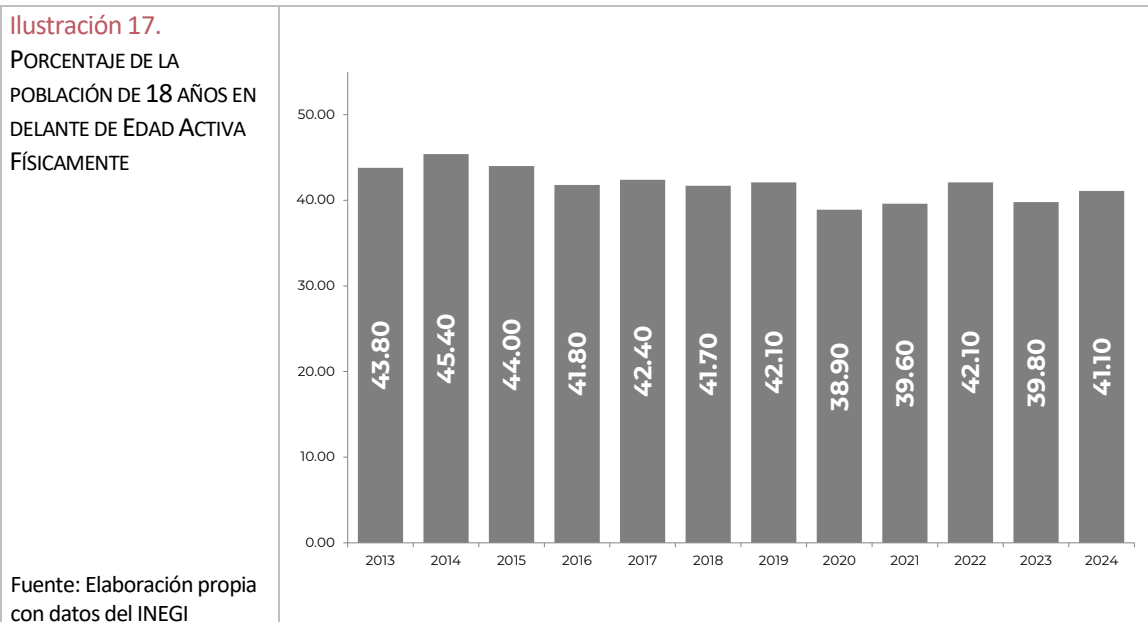


2.1.2.5 Actividad Física

La OMS señala que, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y reducir el riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ETN) y depresión, se recomienda a la población de 18 64 años de edad:

“Acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas”.

De acuerdo con el último reporte (enero 2025) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], en el Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico [MOPRADEF], en 2024, el 41.4% de la población de 18 y más años de edad realiza práctica físico-deportiva en tiempo libre (46% hombres y 36.8% mujeres).



2.1.2.6 Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)

De acuerdo con Dávila Cervantes et al (2014)⁴⁷, los indicadores para medir el desempeño de los sistemas de salud son diversos y miden aspectos diversos aspectos, entre ellos la mortalidad. No obstante lo anterior, se han evidenciado dificultades empíricas en su análisis, especialmente por su

⁴⁷ Dávila-Cervantes, Claudio Alberto y Agudelo-Botero, Marcela (2014), Mortalidad evitable en México y su contribución a los años de vida perdidos. Análisis por grado de marginación estatal, 2001-2010, Papeles de Población No. 82, pp. 267-286



carácter multicausal y su relación con características individuales y contextuales que hacen más compleja su comprensión (Franzini y Spears, 2003⁴⁸; Winkleby y Cubbin; 2003⁴⁹; Sudano y Baker, 2006⁵⁰).

Por ello, es fundamental generar información de calidad que ponga en evidencia las disparidades existentes entre los diferentes grupos poblacionales, que sirvan de insumo para la toma de decisiones en salud pública y para la priorización de estrategias de intervención

Recientemente, en la ciencia y literatura médica, se ha propuesto la utilización del Indicador Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP⁵¹).

Como antecedente, se sabe que este indicador se utilizó por primera vez en 1947 por Dempsey⁵² con la finalidad de medir el impacto de la mortalidad por tuberculosis, comparando los años de vida perdidos a causa de las defunciones por esta causa con los producidos por las defunciones por enfermedades del corazón y los tumores malignos

Dicho indicador evalúa la importancia de las diferentes causas de muerte, combinando dos criterios simultáneamente: magnitud y temporalidad.

En este sentido, este indicador supone que una defunción que ocurre "antes de lo esperado" provoca una pérdida de vida potencial cuya magnitud en años es mayor cuanto más joven es la persona que fallece.

Por lo tanto, el indicador resulta de la suma de los años perdidos por cada una de las defunciones ocurridas por una causa específica respecto de un límite superior de edad, el cual es fijado con base en la esperanza de vida al nacimiento de la población en estudio

2.1.3 Diagnóstico situacional de las UR

En la presente sección, se describirá, de manera breve, la situación actual de cada División participante en el Pp E071 "Servicios por Prestaciones Sociales".

⁴⁸ Franzini, L., y W. Spears, (2003), Contributions of social context to inequalities in years of life lost to heart disease in Texas, USA, en Soc Sci Med, 57(10).

⁴⁹ Winkleby, M. y C. Cubbin, (2003), Influence of individual and neighbourhood socioeconomic status on mortality among black, Mexican-American, and white women and men in the United States, J Epidemiol Community Health, 57(6).

⁵⁰ Sudano, J.J. y D.W. Baker, (2006), Explaining US racial/ethnic disparities in health declines and mortality in late middle age: the roles of socioeconomic status, health behaviors, and health insurance, Soc Sci Med, 62(4).

⁵¹ Este índice se obtiene a partir de un ajuste de los años que un individuo deja de vivir, según su edad, al momento de la muerte en relación a la esperanza de vida al nacer

⁵² Romeder IM, McWhinnie IR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: An indicator of premature mortality for health planning. Int Epidemiol 1977;6:143-151



2.1.3.1 División de Capacitación y Adiestramiento Técnico [DCAT]

2.1.3.1.1 Antecedentes

La DCAT, con base en su población objetivo, se encuentra identificando qué cursos de empleabilidad son acordes a las necesidades actuales del mercado laboral para cada región, para establecer un plan estratégico de capacitación a docentes de los Centros de Seguridad Social [CSS] con cursos alineados a competencias.

2.1.3.1.2 Problemática Actual

Un aspecto fundamental, es que los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada [OOAD], antes delegaciones, realicen las gestiones necesarias para la cobertura de plazas vacantes de docentes y personal administrativo de los CSS para dar respuesta a las nuevas demandas de capacitación y disminuir la subutilización de espacios.

Adicionalmente, se prevé mejorar los instrumentos de evaluación que miden la “*Satisfacción de usuarios e instalaciones*” mediante una validación profesional y establecer los mecanismos metodológicos para hacer factible su aplicación y análisis.

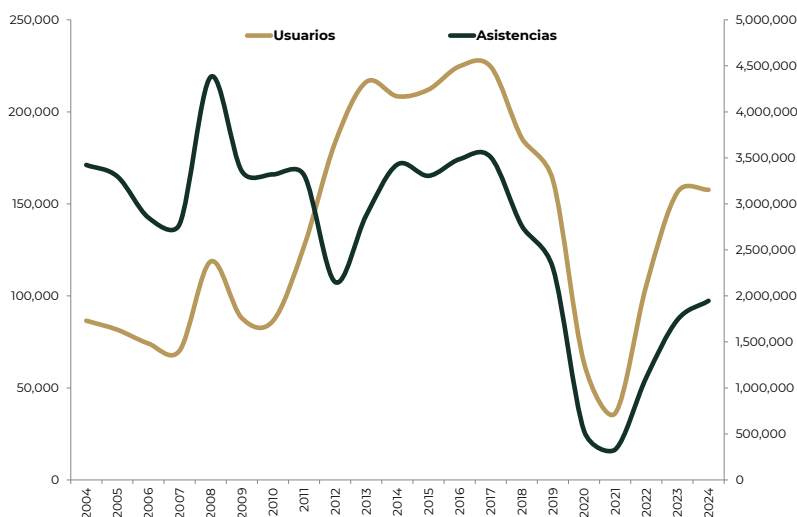
Finalmente, se está trabajando en la masificación de la educación, actualmente a través de la plataforma de Cursos en Línea Masivos del IMSS [CLIMSS] que tiene como finalidad favorecer la alfabetización en salud de la población mexicana.

2.1.3.1.3 Evolución de la prestación social

Respecto al número de usuarios y asistencias a los cursos que se ofertan, se puede observar lo siguiente:



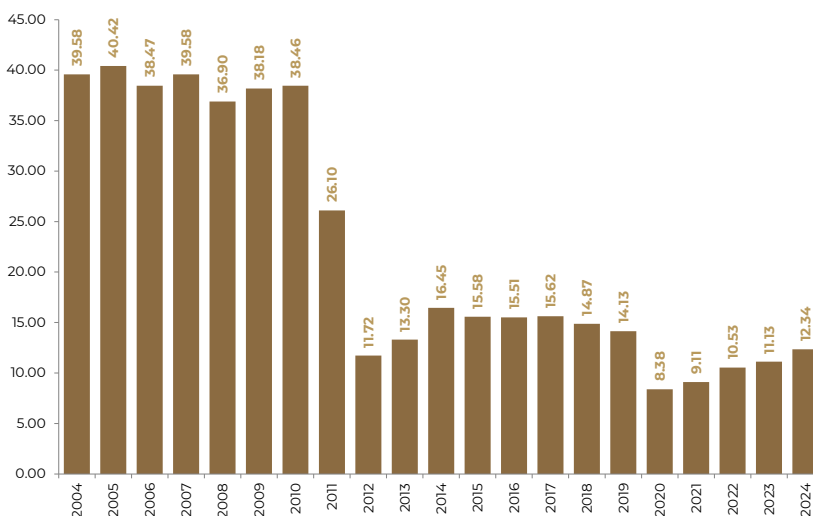
Ilustración 18. USUARIOS
Y ASISTENCIAS A CURSOS DE
LA DCAT



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024

Se aprecia que el número de usuarios (inscritos) se ha incrementado debido a una TCMA de 3.05%, mientras que las asistencias presentan una TCMA negativa de 2.78%. Obteniendo la relación entre ambas variables, podemos observar lo siguiente:

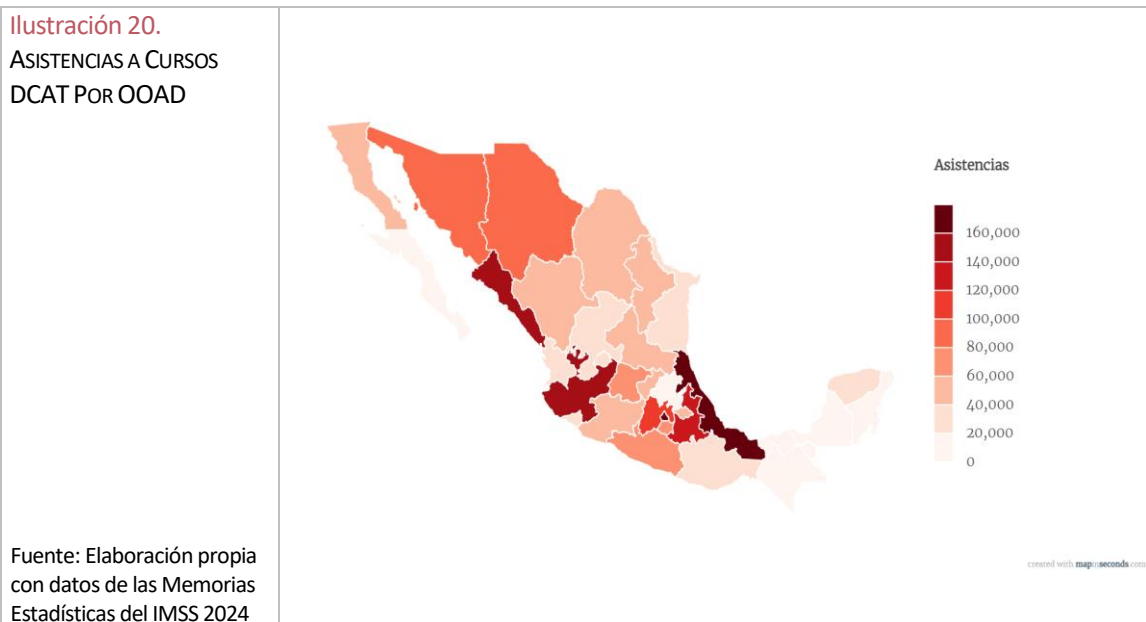
Ilustración 19.
ASISTENCIAS ANUALES
PROMEDIO CURSOS DCAT



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024



Bajo una perspectiva geo-referenciada, podemos apreciar lo siguiente:



La plataforma CLIMSS que depende de la DCAT, tiene una cobertura nacional con más de 13 millones de usuarios que han alcanzado más de 30 millones inscripciones a sus diferentes cursos; es decir que un gran número de usuarios se inscriben a más de un curso. Es necesario que se evalúen periódicamente los resultados en términos de Eficiencia Terminal, Ganancia de Competencias y Satisfacción al Usuario, para poder seguir apuntalando su crecimiento. Las características generales de los participantes a los cursos en CLIMSS se muestran a continuación:

Tabla 2 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS INSCRITAS A CLIMSS [A DICIEMBRE 2024]

Concepto	Porcentaje
Edad	
Menos de 20 años	5.09 %
20-29	41.86 %
30-39	27.14 %
40-49	15.69 %
50-59	7.91 %
60 o más	2.04 %
Sexo	
Masculino	44 %
Femenino	56 %
Escolaridad	



Preparatoria o menos	0.5 %
Estudiante universitario	22.2 %
Técnico	26.4 %
Licenciatura terminada	47.8 %
Maestría o más	3.1 %

Fuente: Elaboración propia con datos de la DCAT

2.1.3.2 División de Cultura Física y Deporte [DCFyD]

2.1.3.2.1 Antecedentes

De conformidad con el artículo 208, fracción I, artículos 209, 210 y 210A de la LSS, el IMSS tiene la facultad de otorgar prestaciones sociales institucionales, las cuales contempla como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes para contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, por lo que la Coordinación de Bienestar Social, como parte del plan anual de trabajo, en específico, los programas a cargo de la División de Cultura Física y Deporte (DCFyD) tienen el propósito de mejorar los niveles de vida de la población a través de actividades de promoción del deporte y propiciar la mejora de hábitos saludables.

Aunado a lo anterior, el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social [PIIMSS] 2020-2024, en su objetivo prioritario 4, señala que se deberá garantizar el derecho a guarderías y a prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas; e impulsar la promoción de la salud y tutela de la salud en el trabajo de lo cual en la estrategia prioritaria de este objetivo puntualiza lo siguiente:

- Estrategia prioritaria 4.6: Impulsar y gestionar programas de cultura física, deporte y desarrollo cultural, de acuerdo con las prioridades y necesidades de la población.

Acciones puntuales que impactan a la cultura física y el deporte son:

- 4.6.1 Ampliar y dignificar la infraestructura social del IMSS.
- 4.6.3 Formular el Plan de activación física y deporte: Órgano Deportivo del Instituto (ODEIMSS).
- 4.6.5 Establecer una política para promover el respeto de los derechos de las personas con discapacidad; así como, impulsar acciones para su inclusión



Como datos relevantes de la actividad física en la población tenemos los arrojados a través de la ENSANUT, misma que señala en su informe 2020 sobre Covid-19 (Resultados Nacionales), que se estudió la experiencia de la población durante la pandemia y los cambios ocurridos como resultado de ésta, entre otros aspectos la actividad física con los siguientes resultados:

Información sobre la realización de alguna actividad física o deporte previo al confinamiento por Covid-19 de 30 947 individuos mayores de 10 años, los cuales representan a 105, 728,608 personas a nivel nacional.

“En cuanto a cambios en la actividad física y alimentación en el confinamiento, se identificó que sólo 31.8% de la población mayor de 10 años reportó realizar actividad física o practicar algún deporte. De esa fracción, en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años, 68.8% disminuyó su actividad física y aumentó en 41.2% el tiempo que pasa sentado o reclinado. Estas cifras fueron de 60 y 35.3% en adolescentes de 15 a 19 años; mientras que 61.7% de los adultos de 20 años y más disminuyó su actividad física, y 29.1% incrementó el tiempo sentado o reclinado. Así mismo los grupos que reportaron ser más activos fueron los hombres.”

“A las personas que respondieron afirmativamente a realizar alguna actividad física previa al confinamiento, se les preguntó si el tiempo dedicado a esa actividad física o deporte disminuyó, aumentó o se mantuvo igual durante el periodo de confinamiento en comparación con el tiempo dedicado previo al mismo, a lo que 70.7% de los sujetos reportó cambios en su actividad física durante el confinamiento. El grupo de edad más afectado fue el de los adolescentes de 10 a 14 años, ya que 68.8% disminuyó su actividad física durante el confinamiento. Al analizar por sexo, no se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres en los tres grupos de edad.”

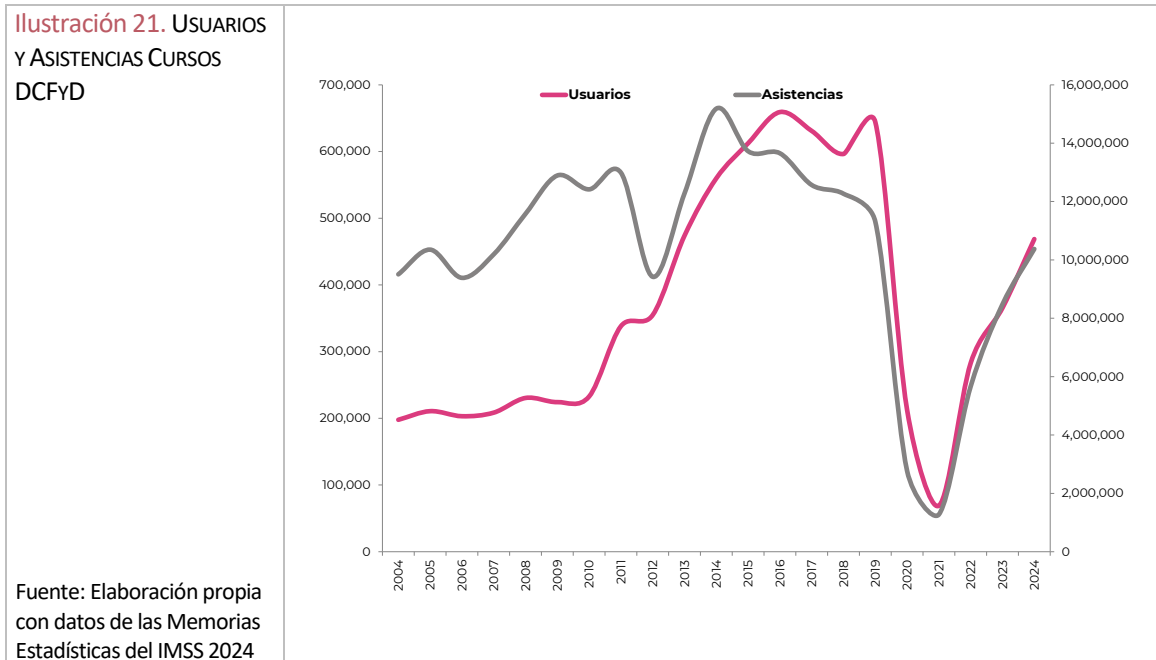
2.1.3.2.2 Problemática Actual

La principal problemática que se detecta en materia de cultura física y deporte, para el cumplimiento del mandato señalado en la LSS en los artículos 208, 209 y 210, se centra en la baja incidencia de la población en los cursos y talleres en materia deportiva, teniendo por consecuencia un bajo impacto en la activación física, lo anterior resulta en la poca práctica deportiva, pudiendo tener como consecuencia bajos niveles de salud en la población en general aunado con el impacto en la disminución de actividad física por la Covid-19.

2.1.3.2.3 Evolución de la prestación social



A continuación, se muestra el número de usuarios y el número de asistencias durante el periodo 2004-2024:

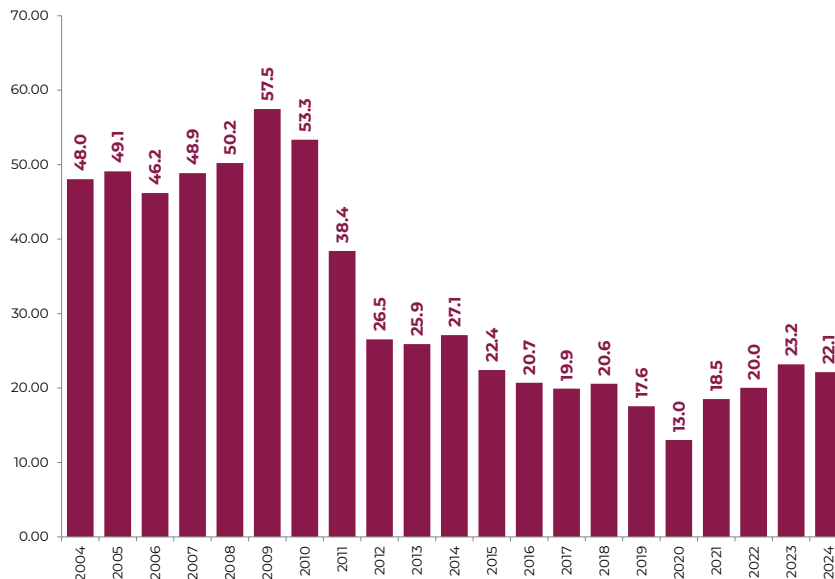


Analizando dicha gráfica podemos ver que, durante el periodo señalado, el número de usuarios presentó una TCMA de 4.41%, mientras que las asistencias de 0.44%. Ello, deriva a que la relación de asistencias promedio al año por usuario muestre una tendencia decreciente:



Ilustración 22.

**ASISTENCIAS ANUALES
PROMEDIO CURSOS DCFyD**



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024

Para el ejercicio fiscal 2020 hubo una considerable disminución respecto a los años que anteceden derivado de la pandemia por COVID -19. Asimismo, consideramos que las siguientes causas han impactado a la concurrencia de derechohabientes y población en general a los cursos y talleres de cultura física y deporte:

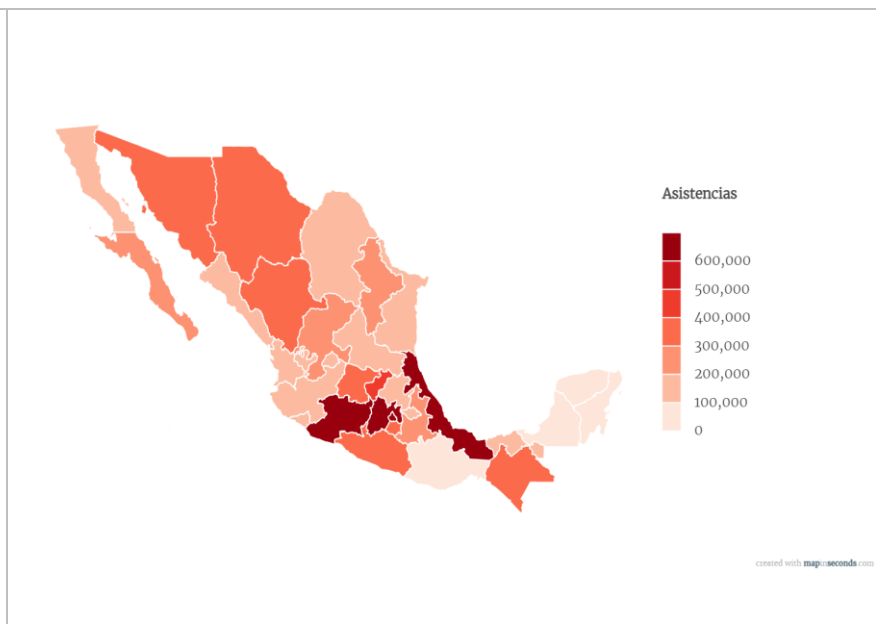
- Altos niveles de desaprovechamiento entre los derechohabientes y población en general de los servicios de cultura física y deporte del IMSS
- Deficiente calidad en los servicios de cultura física y deporte
- Deficiente cobertura de los servicios de cultura física y deporte.

Sin menoscabo de lo anterior, a continuación, se muestra el siguiente mapa de asistencias a cursos en materia deportiva durante el año 2020, por estado:



Ilustración 23.
ASISTENCIA A CURSOS
DCFYD POR OOAD

Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024



2.1.3.2.4 Experiencia de atención

De acuerdo con los datos reportados por la OMS, los beneficios y riesgos de la actividad física y el comportamiento sedentario son los siguientes:

La actividad física regular, como caminar, montar en bicicleta, pedalear, practicar deportes o participar en actividades recreativas, es muy beneficiosa para la salud. Es mejor realizar cualquier actividad física que no realizar ninguna. Al aumentar la actividad física de forma relativamente sencilla a lo largo del día, las personas pueden alcanzar fácilmente los niveles de actividad recomendados.

La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad por enfermedades no transmisibles. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen un riesgo de muerte entre un 20% y un 30% mayor en comparación con las personas que alcanzan un nivel suficiente de actividad física.

La actividad física regular puede:

- Mejorar el estado muscular y cardiorrespiratorio;
- Mejorar la salud ósea y funcional;
- Reducir el riesgo de hipertensión, cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares, diabetes, varios tipos de cáncer (entre ellos el cáncer de mama y el de colon) y depresión;



- Reducir el riesgo de caídas, así como de fracturas de cadera o vertebrales; y
- Ayudar a mantener un peso corporal saludable.

En los niños y adolescentes, la actividad física mejora:

- El estado físico (cardiorrespiratorio y muscular)
- La salud cardiometabólica (tensión arterial, dislipidemia, hiperglucemia y resistencia a la insulina)
- La salud ósea
- Los resultados cognitivos (desempeño académico y función ejecutiva)
- La salud mental (reducción de los síntomas de depresión)
- La reducción de la adiposidad

En los adultos y los adultos mayores, los niveles más altos de actividad física mejoran:

- La mortalidad por cualquier causa
- La mortalidad por enfermedades cardiovasculares
- Los incidentes de hipertensión
- Los cánceres específicos del órgano en que se produce el incidente (vejiga, mama, colon, endometrio, adenocarcinoma esofágico y cánceres gástricos y renales)
- Los incidentes de diabetes de tipo 2
- La prevención de las caídas
- La salud mental (reducción de los síntomas de ansiedad y depresión)
- La salud cognitiva
- El sueño
- También pueden mejorar la medición de la adiposidad

En las mujeres durante el embarazo y el puerperio:

La actividad física confiere a la salud materna y fetal los siguientes beneficios, una disminución del riesgo de:

- Preeclampsia
- Hipertensión gestacional
- Diabetes gestacional (por ejemplo, una reducción del riesgo del 30%)
- Un aumento excesivo de peso durante el embarazo
- Complicaciones en el parto



- Depresión puerperal
- Complicaciones de los recién nacidos,
- Y la actividad física no tiene efectos adversos sobre el peso al nacer ni entraña un mayor riesgo de muerte prenatal.

2.1.3.2.5 Riesgos del comportamiento sedentario para la salud

Los modos de vida son cada vez más sedentarios por el uso del transporte motorizado y la utilización cada vez mayor de pantallas para el trabajo, la educación y las actividades recreativas. Los datos demuestran que un mayor grado de sedentarismo está asociado con los deficientes resultados de salud que se enumeran a continuación:

En los niños y adolescentes:

- Un aumento de la adiposidad (aumento de peso)
- Una salud cardiometabólica, aptitud física, conducta comportamental/comportamiento social más deficientes
- Una menor duración del sueño

En los adultos:

- Mortalidad por cualquier causa, mortalidad por enfermedades cardiovasculares y mortalidad por cáncer
- Incidencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes de tipo 2.

2.1.3.2.6 Niveles de actividad física en todo el mundo

- Más de una cuarta parte de la población adulta mundial (1 400 millones de adultos) no alcanza un nivel suficiente de actividad física.
- En todo el mundo, alrededor de una de cada tres mujeres y uno de cada cuatro hombres no realizan suficiente actividad física para mantenerse sanos.
- Los niveles de inactividad representan en los países de ingresos altos el doble que en los de ingresos bajos.
- Los niveles mundiales de actividad física no han mejorado desde 2001.
- La insuficiente actividad física aumentó en un 5% (del 31,6% al 36,8%) en los países de ingresos altos en el período comprendido entre 2001 y 2016.



El aumento de los niveles de inactividad física tiene repercusiones negativas en los sistemas de salud, el medio ambiente, el desarrollo económico, el bienestar de la comunidad y la calidad de vida.

A nivel mundial, el 28% de los adultos de 18 años o más no eran lo suficientemente activos en 2016 (el 23% de los hombres y el 32% de las mujeres). Esto significa que no se cumplieron las recomendaciones mundiales de realizar actividades físicas moderadas durante al menos 150 minutos a la semana, o actividades físicas intensas durante 75 minutos a la semana.

En los países de ingresos altos, el 26% de los hombres y el 35% de las mujeres no realizaban suficiente actividad física, en comparación con el 12% de los hombres y el 24% de las mujeres en los países de ingresos bajos. Los niveles bajos o decrecientes de actividad física suelen corresponderse con países que tienen un producto nacional bruto alto o en aumento.

La disminución de la actividad física se debe en parte a la inactividad durante el tiempo de ocio y al comportamiento sedentario en el trabajo y en el hogar. Asimismo, el aumento del uso de medios de transporte «pasivos» también contribuye a una actividad física insuficiente.

A nivel mundial, el 81% de los adolescentes de 11 a 17 años de edad no alcanzaron un nivel suficiente de actividad física en 2016. Las adolescentes realizaban menos actividades físicas que los adolescentes, y el 85% de ellas frente al 78% de ellos no cumplían las recomendaciones de la OMS de realizar actividades físicas moderadas a intensas durante al menos 60 minutos al día.

2.1.3.3 División de Desarrollo Cultura [DDC]

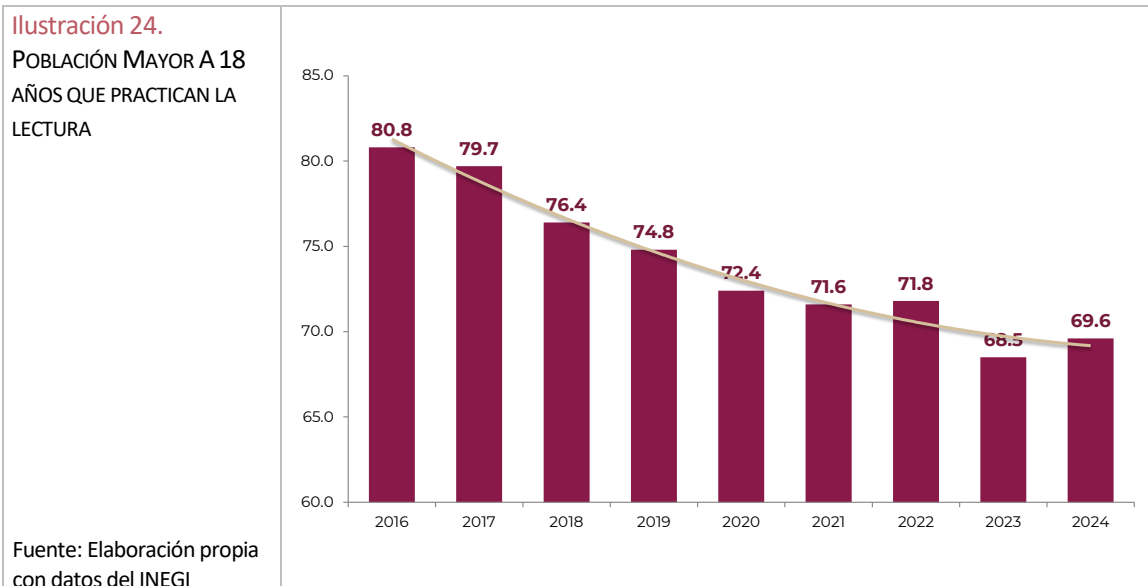
2.1.3.3.1 Antecedentes

La lectura es una actividad que enriquece nuestras vidas y nos abre las puertas a la información y el conocimiento, aunque también leemos por entretenimiento: las buenas historias también contribuyen a hacer volar la imaginación y son una válvula de escape en determinadas situaciones (depresión, estrés). Cuando leemos, no solo estamos mejorando nuestra memoria de trabajo. Está demostrado que la lectura nos hace sentir mejor y más positivos. Además, puede mostrarnos nuestra propia vida reflejada en la de otra persona. Nuestra empatía con los demás se extiende a través de la lectura, al igual que lo hacen nuestra imaginación y nuestra comprensión⁵³.

⁵³ Alonso Arévalo, J., Fernández-Martín, C., Mirón-Canelo, J., & Alonso-Vázquez, A. (2018). La lectura y su relación con la salud y el bienestar de las personas. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 29(4).



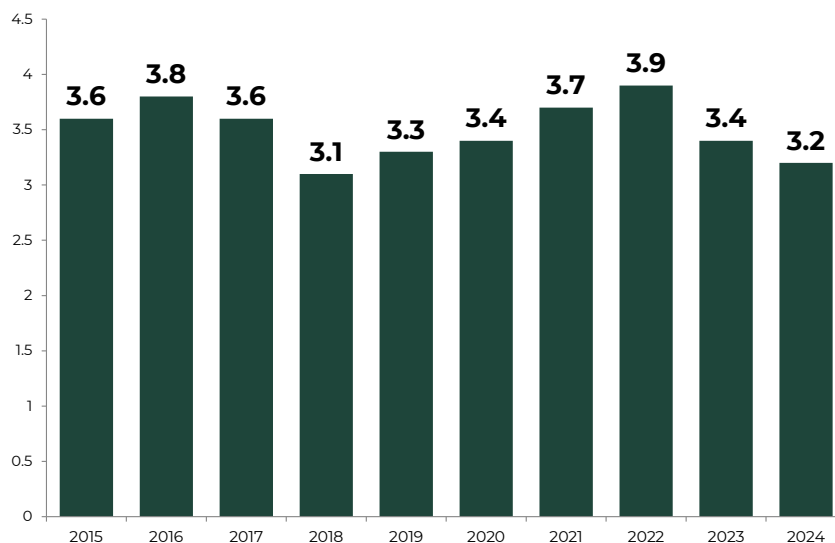
En el Módulo de Lectura [MOLEC] del INEGI, el cual proporciona información sobre el comportamiento del lector, características de la lectura y expresiones sociales de la misma, registra que en México para 2024 el 69.6% de la población de 18 años y más que saben leer y escribir un recado (alfabetas), declararon leer alguno de los materiales considerados por MOLEC que son: libros, revistas, periódicos, historietas y páginas de Internet, foros o blogs, el cual ha disminuido casi 12 puntos porcentuales comparándolo con el levantamiento de hace 8 años.



La población adulta declaró leer más libros comparado con levantamientos anteriores, el promedio de libros que leyó en los últimos doce meses fue de 3.2 ejemplares.



**Ilustración 25. PROMEDIO
LIBROS LEÍDOS DURANTE LOS
ÚLTIMOS 12 MESES
POBLACIÓN DE 18 AÑOS Y
MÁS**



Fuente: Elaboración propia
con datos del INEGI

En el siguiente gráfico, se exhibe la población atendida en los cursos de los programas de Desarrollo Cultural, por Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada [OOAD] en el período 2019-2024.

**Ilustración 26.
POBLACIÓN ATENDIDA
CURSOS DDC POR OOAD**



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024



Tal como se puede apreciar, el año 2020 fue un año atípico ya que, derivado del COVID-19, los Centros de Seguridad Social y Teatros tuvieron que cerrar sus puertas por motivos de seguridad sanitaria

2.1.3.3.2 Problemática Actual

La DDC comenzó con las tareas necesarias para la construcción de su población objetivo y potencial. Adicionalmente, empezó a analizar las problemáticas que enfrente los servicios que ofrece, registrándose los siguientes:

Tabla 3 PROBLEMÁTICAS DDC

Grupo	Problemática
Recursos Humanos	No cobertura de plazas de orientadores de actividades artísticas e instructores de enseñanza técnica artesanal. Afecta a los usuarios, la problemática se concentra en los CSS. La tendencia es que incrementan las plazas desocupadas por que los orientadores se jubilan y quedan vacantes. Si el problema no se atiende se corre el riesgo de que desaparezcan los cursos y talleres que ofrece la DDC
Recursos Materiales	Subutilización de espacios culturales (teatros cubiertos y al aire libre, salones de danza, centros de artesanías, salas de exposiciones, etc.). Afecta a las metas de la DDC. Baja programación y falta de difusión de los servicios ofertados. Si no se aborda el problema seguirá a la baja las metas establecidas.
Recursos Financieros	Desconocimiento de los objetivos y necesidades específicas de la División de Desarrollo Cultural por parte de las áreas de adquisiciones lo cual entorpece la gestión del presupuesto.
Promoción y Difusión	Poca inclusión de contenidos culturales en canales de comunicación social interna y



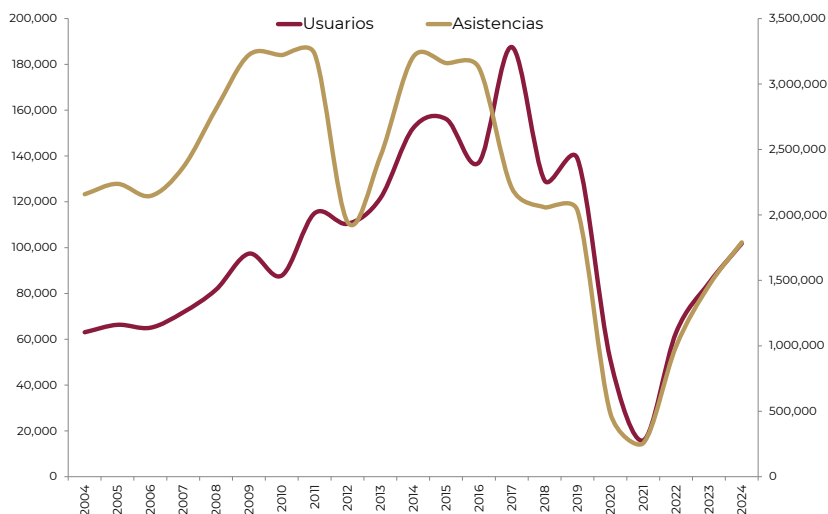
	externa del Instituto. Afecta al derechohabiente y usuarios al no haber visibilidad de la oferta de servicios. Sucede porque los canales se enfocan en temas mayormente médicos. Deriva en subutilización de servicios ofertados. Se han hecho acuerdos con Com Soc para un mayor impacto en sus canales.
--	---

Fuente: División de Desarrollo Cultural

2.1.3.3 Evolución de la prestación social

En lo que respecta al número de usuarios y asistencias, analizando el mismo periodo de 2004 a 2024, se observa lo siguiente:

Ilustración 27. USUARIOS Y ASISTENCIAS A CURSOS DE LA DDC

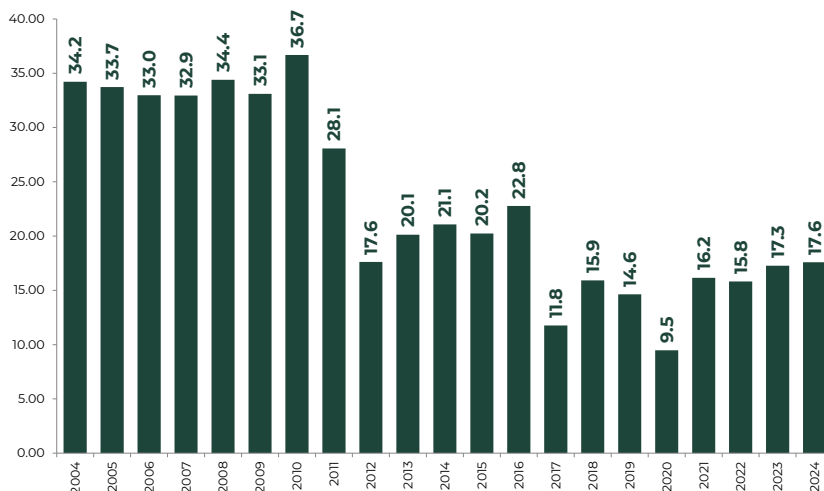


Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2024

Calculado la TCMA de usuarios se obtuvo que ésta es de 2.4%; sin embargo, la correspondiente al número de asistencias resultó negativa en un 0.9%, derivando en la siguiente relación de asistencias, por usuario, promedio al año:



Ilustración 28.
ASISTENCIA ANUAL
PROMEDIO CURSOS DDC



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024

2.1.3.4 División de Promoción de la Salud [DPS]

2.1.3.4.1 Antecedentes

La DPS tiene como objetivo mediante estrategias, programas y servicios de promoción de la salud favorecer la capacidad individual y comunitaria para ejercer mejor control sobre su salud, a fin de que las personas, familias y comunidades, tengan entornos que faciliten los estilos de vida saludable.

Actualmente, la División tiene a su cargo programas enfocados en atender a la gente desde 4 ejes, salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social, los cuales basan sus intervenciones en estrategias de prevención primaria como comunicación de riesgos, educación para la salud y modificación de estilos de vida.

Las intervenciones y programas ofertados por la División, así como la Coordinación de Bienestar Social [CBS] deben estar en constante actualización y renovación, para ofrecer una nueva visión que complemente las intervenciones médicas ofertadas a los derechohabientes en beneficio de su bienestar.

Derivado del análisis efectuado, se encontró que el principal problema a afrontar por la DPS es la disminución de promoción de la salud que se realizan por parte del personal de salud y la población en conjunto para el



cuidado de la salud, y la principal variable que influye es el alcance de los servicios, pero además existen otras variables involucradas como la gestión y coordinación, los recursos humanos, difusión de los programas, satisfacción de los usuarios y calidad de la atención.

Por lo tanto, se pretende abordar un objetivo final de incrementar las acciones preventivas que se realizan a través del aumento del alcance de los programas de la DPS a través de sus 5 principales enfoques.

2.1.3.4.2 Problemática Actual

Desde la publicación de la Carta de Ottawa en 1980, la Promoción de la Salud se enfoca en atender los factores de riesgo que deterioran la salud y calidad de vida de las personas, así como el bienestar individual y colectivo para el adecuado desarrollo de los individuos y las comunidades.

De acuerdo con la OMS las Enfermedades no Transmisibles [ECNT] son un conjunto de padecimientos no agudos, prevenibles y/o controlables, que deterioran la salud y disminuyen la calidad de vida de las personas, son el principal problema de salud pública a nivel mundial, anualmente se reporta que aproximadamente 41 millones de personas fallecen por año, esto equivale a 71% del total de muertes registradas, estas enfermedades se intervienen y previenen en todas las etapas de la vida de las personas, es por ello que la promoción de la salud realiza acciones transversales durante toda la vida.

Las intervenciones para disminuir y controlar estas enfermedades están enfocadas en todos los niveles de prevención, pero lo que ha demostrado ser más costo efectivo a largo plazo son todas aquellas medidas de prevención primaria que disminuyen la incidencia de estas enfermedades desde un punto de vista integral, así como las estrategias de prevención terciaria orientadas a controlar estos padecimientos y evitar complicaciones. Este tipo de acciones eleva además el nivel de bienestar y calidad de vida de los individuos y la comunidad.

El enfoque de atención mundial actual para el tratamiento de enfermedades consiste en un enfoque integral de riesgo donde las enfermedades no solo son vistas bajo el esquema medicalizado, sino tienen una visión de determinantes sociales de la salud y ciclo de vida, en la cual existen factores inherentes al individuo y el contexto social que pueden ser atendidos desde la promoción de la salud comunitaria.

El enfoque actual de prescripción social y atención multidisciplinaria de la DPS, permite que desde un enfoque de bienestar social pueda contribuirse al control de las ECNT y otros problemas de salud pública mediante el



empoderamiento de los derechohabientes con respecto a su salud, es por ello que se propone trabajar en intervenciones de comunicación social y educación para la salud para lo cual es necesario incrementar los niveles de cobertura y asistencia a las Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales [UOPSI], promover los programas ofertados y elevar la calidad de estos.

De acuerdo con el análisis realizado en la DPS y la CBS del IMSS, el principal problema a tratar en conjunto es la insatisfacción de la población con sus niveles de bienestar y desarrollo personal, esto visto desde el punto de vista integral está relacionado con las acciones preventivas que la población hace para el empoderamiento de su salud.

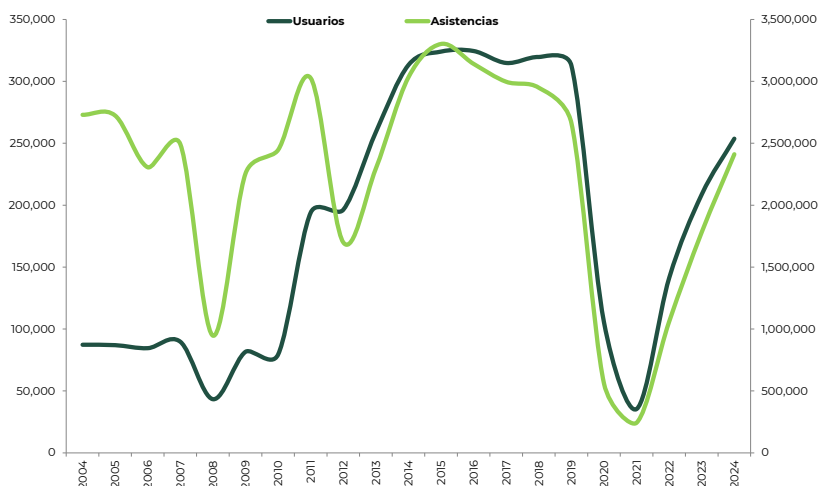
Este problema se relaciona con la baja percepción social y estimulación funcional en todo el ciclo de vida de las personas. En conjunto, estos problemas, desde las atribuciones de esta división, están asociados a un alcance insuficiente de los programas ofertados por la DPS.

2.1.3.4.3 Evolución de la prestación social

En lo concerniente a la frecuencia de asistencia a cursos de promoción de la salud, así como lo correspondiente al número de usuarios, se tiene que la TCMA de asistencias fue de -0.62%, mientras que la de usuarios fue de 5.48%.

Ilustración 29.
ASISTENCIA Y USUARIOS
CURSOS DPS

Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024

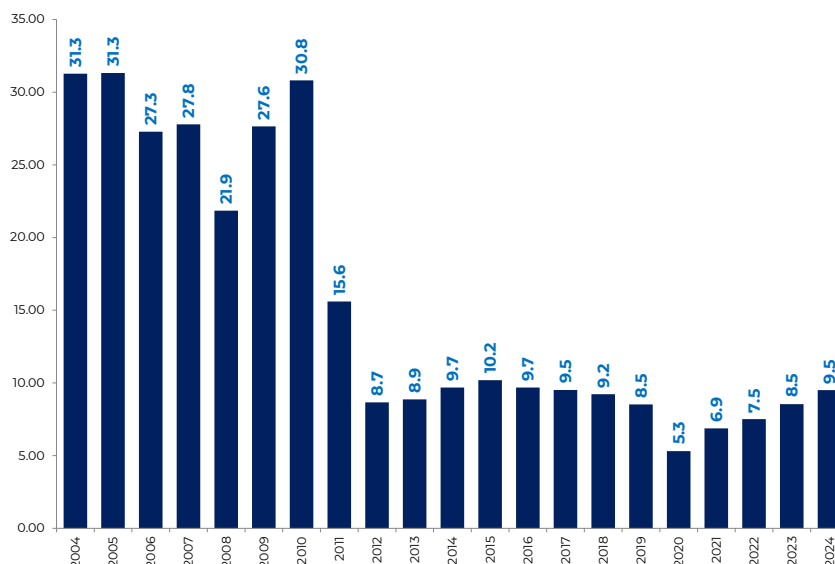


Finalmente, el promedio anual de asistencias por usuario, durante el periodo 2004-2024, se muestra a continuación:



Ilustración 30.

**ASISTENCIAS ANUAL
PROMEDIO CURSOS DDC**



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024

2.1.3.5 División de Velatorios

2.1.3.5.1 Antecedentes

La operación de los Velatorios IMSS inicia a partir de 1974, de conformidad con lo establecido en la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación [DOF] el 12 de marzo de 1973, en el Título Cuarto, Capítulo Único “De los Servicios Sociales”, artículos 232, fracción I y 234, fracción IX, los cuales prevén que:

“Las prestaciones sociales serán proporcionadas mediante programas de “Establecimiento y administración de velatorios, así como otros servicios similares”.

Los Velatorios IMSS surgieron bajo los siguientes principios:

- Instalar el servicio de Velatorios en las localidades donde se encuentran Unidades Médicas de concentración foránea como son Centros Médicos y Hospitales de Especialidades, con la finalidad de efectuar los traslados oficiales que de éstos se deriven.
- Otorgar el servicio de Velatorios en las localidades de alta concentración poblacional.
- Designar recursos para la operación de los Velatorios, acorde a los programas presupuestales institucionales.



Por ello, los Velatorios IMSS ofrecen sus servicios al público en general, y pueden contratarse a través de paquetes como son, velación en capilla; velación en domicilio; servicio directo local; traslado particular; traslado oficial; embalsamamiento; artículos funerarios (ataúdes, urnas, ceras) y otros servicios como cremación, renta de camiones pulman, etc. Actualmente, los 17 Velatorios IMSS, brindan servicio las 24 horas, los 365 días del año, en apego a las disposiciones legales y sanitarias federales, y de cada localidad donde se encuentren ubicados. Asimismo, se podrán ofrecer servicios funerarios que serán adquiridos a un bajo costo, los que estarán orientados para que las y los trabajadores IMSS, población derechohabiente del IMSS, y público en general cuenten con un servicio funerario que los respalde en cualquier ocasión que llegara a necesitarse, incluyendo en los mismos, recolección del cadáver, velación en capilla o domicilio, ataúd económico, arreglo estético, carroza para cortejo y la asesoría necesaria, conforme a la Normatividad Vigente.

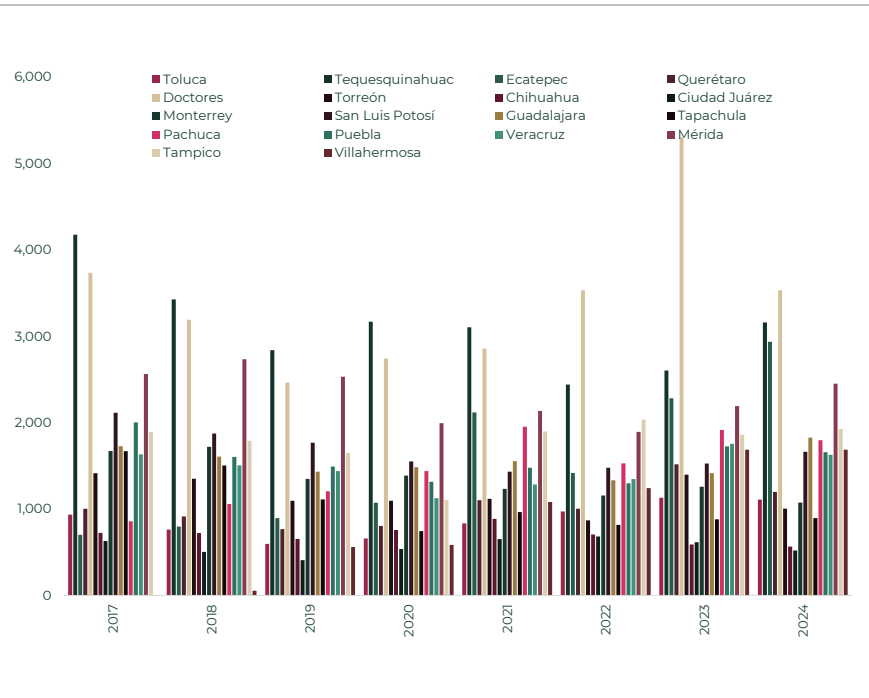
Aunado a lo anterior, es importante señalar que, con el propósito de mejorar el aprovechamiento comercial y la administración de los Velatorios, el Instituto Mexicano del Seguro Social celebró el Contrato de Fideicomiso de Administración denominado "*Fideicomiso de Beneficios Sociales*" (FIBESO), de conformidad con lo establecido en los artículos 9 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y 213 del Reglamento de esa Ley, constituyéndose el "Fideicomiso de Beneficios Sociales" (FIBESO), el 29 de junio de 1990, registrado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, bajo el número 700019GYR344.

2.1.3.5.2 Evolución de la prestación social

A continuación, se muestra un histórico de servicios otorgados por parte de los Velatorios IMSS:



Ilustración 31. SERVICIOS OTORGADOS POR VELATORIO



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2024

En lo referente a defunciones dentro del Instituto, se expone la siguiente⁵⁴:

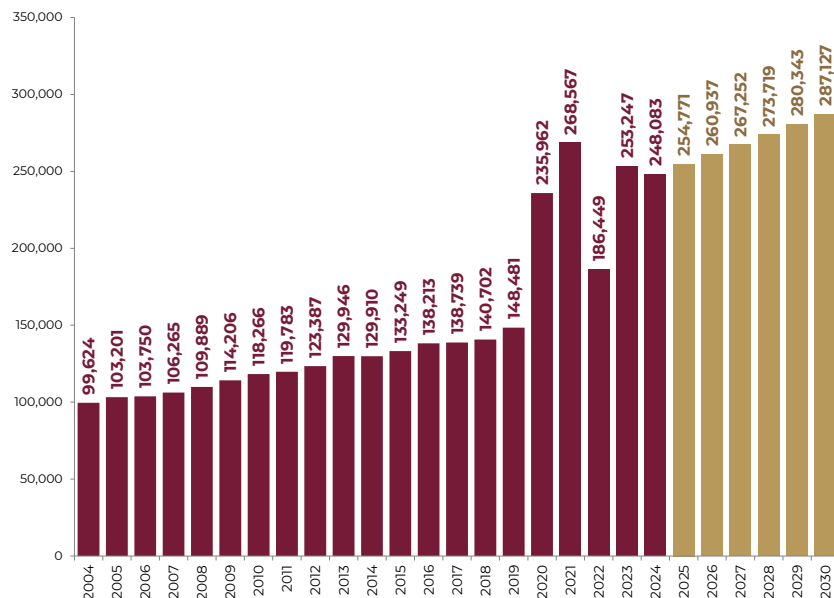
⁵⁴ Proyecciones propias a partir del año 2025.



Ilustración 32.

DEFUNCIONES IMSS 2004-2030

Fuente: Elaboración propia con datos de División de Información en Salud de la Dirección de Prestación Médicas



A pesar de que en dicha gráfica se muestran los estragos causados por el COVID-19, se espera para que los años subsecuentes se estabilice el número de defunciones, siendo el mercado potencial de esta prestación los OOAD donde se ubican dichos velatorios.

2.1.3.5.3 Problemática actual

De acuerdo con el Pp E071 “*Servicios de Prestaciones Sociales*”, la seguridad social es el derecho de los miembros de la comunidad a la protección de diversos aspectos sociales de los individuos ante determinados riesgos, mediante políticas públicas que brindan prestaciones sociales. De tal forma, las prestaciones sociales son los bienes y servicios mediante los cuales se concreta la seguridad social, garantizando aspectos necesarios para tener una vida sana y de calidad, atendiendo aspectos como la salud, capacitación en el trabajo, fomento a la vivienda propia, recreación y cultura.

Es así que el otorgamiento de los servicios de los Velatorios IMSS tiene como propósito dar cumplimiento al mandato que establece la Ley del Seguro Social respecto a proporcionar esta prestación a la población con un sentido social, buscando mejorar su economía, haciendo posible el acceso a servicios que contribuyan a su bienestar.



La definición de los programas y proyectos en esta materia están orientados a la satisfacción de los usuarios, teniendo como base la viabilidad operativa y financiera a través del uso eficaz y eficiente de los recursos.

En este orden de ideas, para que la prestación de acceso al servicio de los Velatorios IMSS llegue a la población de cada país, primero es necesario dar estabilidad y fortalecer a los 18 Velatorios que operan en la actualidad, incrementando la accesibilidad de los servicios funerarios a una mayor cantidad de personas, en mejores condiciones de calidad, calidez y a su vez, hacer prioritario la consolidación financiera de los Velatorios IMSS.

El problema público que buscan atender los Velatorios IMSS se determina de la siguiente manera: el público en general, tanto las personas con acceso a seguridad social y servicios de salud por afiliación al IMSS, como las que no, presentan bajo conocimiento en los servicios de Velatorios, es decir, la mayoría de la población desconoce esta prestación social y sus servicios a precios competitivos.

Por ello, tanto la División de Velatorios a nivel normativo, así como, el Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO) y las 18 unidades operativas (Velatorios IMSS) en las que se proporcionan los servicios funerarios, enfrentan diversos retos que constituyen áreas de oportunidad encaminadas al mejoramiento de los servicios que se proporcionan, para lo cual, es inminente la necesidad de implementar un programa de mejora que comprenda los siguientes aspectos:

- Revisión y/o reingeniería del modelo de productividad de las Unidades Operativas.
- Establecimiento de planes estratégicos orientados a resultados.
- Impulso de la titularidad normativa para propiciar las modificaciones al marco legal que favorezcan las condiciones de venta de servicios.
- Nuevo esquema de gobierno orientado al bienestar social en lo que respecta al acompañamiento en el final de la vida.
- Fortalecer relación de la División de Velatorios con el FIBESO y los 18 Velatorios IMSS.
- Promover la identidad IMSS entre colaboradores de la División de Velatorios y los Velatorios IMSS.

2.1.3.5.4 Experiencias de atención

De acuerdo con el Programa Presupuestario E071, no es común que se integren servicios de velatorios. En este contexto a continuación se ofrece una revisión sobre las evidencias de los efectos en la población que se han



encontrado en México y en distintos países para servicios similares a los otorgados por el Programa.

2.1.3.5.5 Servicios funerarios

El análisis de gasto de bolsillo identifica la falta de un sistema de aseguramiento universal como principal determinante de pagos de bolsillos excesivos. En 1955, Alemania incorporó a su sistema de seguridad social el Seguro de Vejez, naciendo así los seguros sociales que garantizarían la seguridad social. Más tarde esta sería considerada un derecho humano mundial.

El Seguro Médico Siglo XXI (MISXXI) en México proporciona fondos para la atención médica y preventiva de niños de hogares que carecen de seguro de salud, con el fin de reducir el empobrecimiento debido a problemas de salud. Este documento analiza la mortalidad de los niños menores de dos años de edad afiliados a este programa y los gastos de bolsillo atribuibles a este evento.

El Programa E045 Prestaciones sociales del ISSSTE ofrece servicios durante todo el procedimiento funerario a precios accesibles, tanto a derechohabientes como al público en general. Para su atención cuentan con siete velatorios institucionales ubicadas en las zonas de mayor concentración urbana del país: tres en la Ciudad de México, dos en el Estado de México, uno en Jalisco y otro en Nuevo León. De manera adicional cuenta con 41 capillas para velación y cuatro hornos crematorios. Las Delegaciones estatales del ISSSTE han establecido convenios con agencias funerarias privadas, que otorgan descuentos del 10 al 25 por ciento a los derechohabientes, así como otros convenios que obligan a las funerarias privadas a operar bajo los mismos costos y las mismas condiciones que prevalecen en los velatorios institucionales.

En síntesis, en el presente apartado se mostró la diversidad de intervenciones y los diferentes efectos que han logrado sobre la población atendida. En este sentido, el apartado mostró la considerable complejidad que implica atender el tema del acceso a prestaciones sociales para mejorar el bienestar social a través de la promoción a la salud, la cultura física y el deporte, así como en cuanto a capacitación, adiestramiento técnico, servicios culturales, centros vacacionales y servicios funerarios.

2.1.3.6 División de Centros Vacacionales y Unidad de Congresos [DCVyUC]

2.1.3.6.1 Antecedentes



El 5 de diciembre de 1960 se publicó en el Diario Oficial de la Federación [DOF] una reforma constitucional en materia laboral, que adicionó el apartado B al artículo 123 de la Carta Magna. Lo anterior abrió la puerta para la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE], mediante la transformación de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro. En la fracción XI, inciso e), del mismo artículo se señala que:

“Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficios de los trabajadores y sus familias”.

Hay que señalar que, si bien el apartado B del artículo 123 se refiere únicamente a trabajadores al servicio del Estado, la reforma y su contenido marca una pauta importante en el otorgamiento de prestaciones sociales desde el sector público.

En virtud de lo anterior, los Centros Vacacionales del IMSS comenzaron a operar con el compromiso de proporcionar los servicios de hospedaje y recreación a través de la modernización de sus procesos administrativos, impulsando una cultura turística de calidad, fortaleciendo el carácter social de la misma, que ha de promover el conocimiento y cuidado del patrimonio turístico nacional. El 28 de noviembre de 1966 comenzó a operar el Centro Vacacional Oaxtepec, posteriormente, a principios de los años 80 iniciaron operaciones los Centros Vacacionales La Trinidad, Malintzi y Atlixco-Metepec.

El objetivo de estos lugares recreativos es fomentar el goce de la recreación y contribuir a una vida sana para los trabajadores y sus familias; fueron considerados una necesidad social para el uso adecuado del tiempo libre, así como para contribuir al desarrollo físico, mental, social y moral, en el plano individual y colectivo. Fueron abiertos a todo el público (y continúan con esta modalidad), con la finalidad de que todos los trabajadores como los campesinos, obreros y empleados públicos disfrutaran de ellos ya que brindaban sus servicios a precios accesibles.

2.1.3.6.2 Problemática actual

El 27 de febrero de 2020, se confirmó el primer caso de COVID-19 en nuestro país. A partir de ello, la propagación de la enfermedad se fue incrementando, por lo que el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, expidió las Medidas de Seguridad Sanitaria en las cuales se contemplaba la suspensión inmediata de labores, tanto en el ámbito público como privado, de los sectores no esenciales, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión de la enfermedad.



Esta medida, derivó en la suspensión de los servicios que brindan los Centros Vacacionales y la Unidad de Congresos al público en general a partir del 23 de marzo y hasta nuevo aviso, así como la Reconversión de los Centros Vacacionales Oaxtepec y Atlixco-Metepec en Albergues COVID-19 para la atención de pacientes asintomáticos y/o con síntomas leves causados por el virus SARS-CoV2. Lo anterior, afectó directamente el número de usuarios atendidos e ingresos captados por las Unidades Operativas en relación con los años anteriores, debido a la cancelación y/o diferimiento de reservaciones.

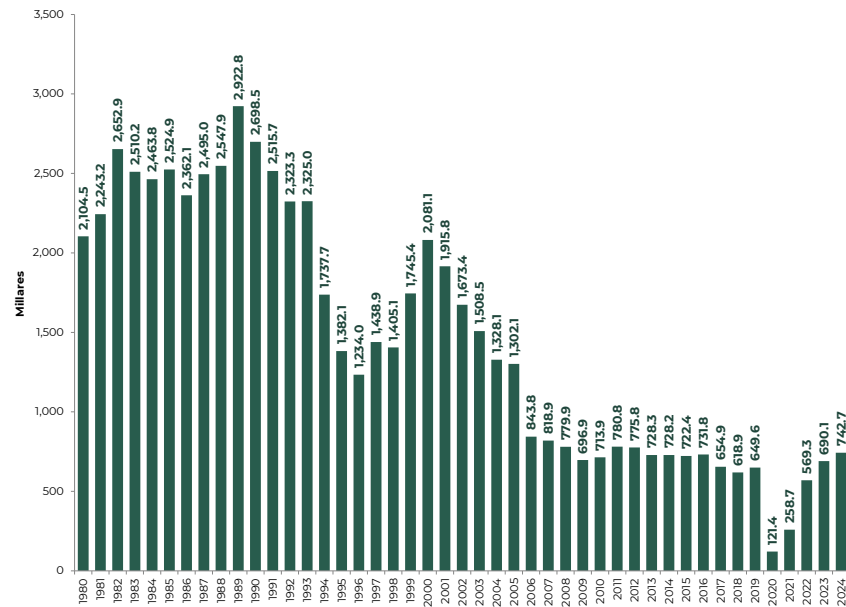
En virtud de lo anterior, la ocupación de los Centros Vacacionales permanece por debajo de lo deseado, aspecto que debe mejorarse para un mayor provecho de la infraestructura. Aunado a esto, se debe trabajar en incrementar los ingresos reales, en contener el gasto operativo y optimizar el proceso para la actualización de las cuotas de recuperación, ya que aplicar anualmente el Índice Nacional de Precios al Consumidor [INPC] publicado por el INEGI, no es suficiente para lograr una pronta recuperación. Además, se debe trabajar en diferentes esquemas de publicidad y de pago, mismos que deberán ser acordes a la realidad actual, y así lograr captar personas de diferentes grupos de edad.

2.1.3.6.3 Evolución de la prestación social

Los Centros Vacacionales han tenido el siguiente comportamiento, durante los últimos 40 años, lo que implica grandes esfuerzos y retos aún más grandes para potencializar su utilización:



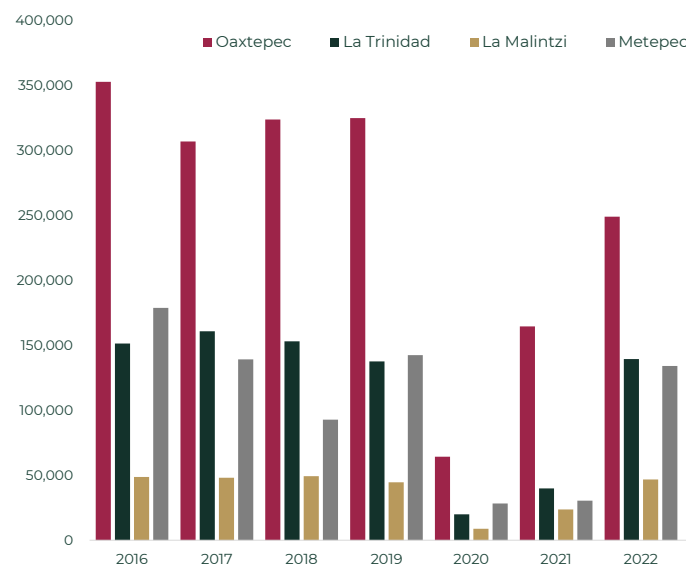
**Ilustración 33. USUARIOS
CENTROS VACACIONALES
1980-2024**



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024

Visto desde una perspectiva desglosada, podemos apreciar lo siguiente:

**Ilustración 34.
POBLACIÓN USUARIA POR
UNIDAD OPERATIVA 2016-
2024**



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2024



3 Experiencias de atención

Derivado a que el Pp E071 es un programa cuyo origen radica en la LSS y en el cual se brindan servicios diversos, mismos que van desde la recreación, aspectos culturales, aspectos deportivos, capacitación, de promoción de la salud, hasta servicios funerarios, no se cuenta con alguna política pública comparable en el ámbito nacional.

No obstante, se tomaron algunos ejemplos de normatividad, programas, planes o políticas públicas de algunos países, abordando los servicios que este Pp oferta.

3.1 Ámbito Cultura Física y Deporte

La actividad física puede tener implicaciones en el bienestar social de la población, mismo que depende en parte de la prevención y calidad de vida (al prevenir deterioro físico, mejorar la condición física, entre otros), además, de contribuir a la salud física y mental. Su práctica regular, aun siendo de intensidad moderada, puede reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y prevenir ciertas enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes, la osteoporosis y algunos tipos de cáncer. También ayuda a mejorar la salud mental mediante la reducción de estrés, ansiedad, trastornos depresivos y promueve el bienestar y la autoestima. Estudios recientes han demostrado importantes efectos positivos en la salud de los empleados por practicar ejercicio regular en su lugar de trabajo: reducción de ausentismo, aumento en la productividad, en el ánimo y por lo tanto, en la calidad de vida. Estos resultados también influyen en el nivel compromiso y la retención de la fuerza laboral. Cuando una institución implementa actividades que mejoran la salud de su capital humano también favorece su imagen ante la sociedad⁵⁵.

A continuación, se describen brevemente algunas experiencias en el ámbito de la cultura física y deporte.

3.1.1 Venezuela

En Venezuela, con base en Reyes (2015)⁵⁶, se tiene el Plan Nacional de Recreación para el Buen Vivir (PNRBV) finalmente llamado Plan Nacional de

⁵⁵ Villaseñor, Benjamín. Salud laboral: Deporte y actividad física en el lugar de trabajo.
<https://www.uhmasalud.com/blog/bid/268240/Salud-laboral-Deporte-y-actividad-f%C3%ADsica-en-el-lugar-de-trabajo> (última consulta 30/08/2018)

⁵⁶ Reyes, A. (2015) Human Artes. Revista Electrónica de Ciencias Sociales y Educación, Año 4, N° 7, julio – diciembre, pp: 8-32



Recreación para el Vivir Bien (PNRVB), concebido como el primer plan nacional del gobierno venezolano en su historia para brindar atención al tema de la recreación como derecho público y constitucional de la población.

En este sentido, en el 2009 se desarrolló la primera experiencia del PNRVB a través de los siguientes programas: Festival de Ríos y Playas, Plan Vacacional Comunitario, y Reto Juvenil.

Al respecto, el Plan Vacacional Comunitario es uno de los programas más emblemáticos, ya que permite que niños, niñas y adolescentes puedan incorporarse a un plan vacacional gratuito en cualquier parte del país.

El PNRVB, en los últimos años, se ha fortalecido con la adición de diversos planes tales como:

- Plan Nacional de Turismo
- Barrio Adentro Deportivo
- Plan Nacional de Actividad Física
- Plan Nacional de Campismo

Adicionalmente, también se sumaron otras actividades tales como:

- Caimaneras Juveniles Comunitarias
- Reto Juvenil Adolescente
- Plan de Turismo Estudiantil
- Campismo de la Juventud Bicentenario
- Parques Biosaludables

El PNRVB se subdivide en programas de acuerdo con la siguiente clasificación:

Tabla 4 DESGLOSE PNRVB

Clasificación	Programas
Estructurales	• Festival de playas y parques, ríos y balnearios • Ecologismo • Festival Comunitario de Aficionados: • Recreación de la Batalla de Carabobo • Plan Vacacional Comunitario



	• Reto Juvenil
Permanentes	• Escuela de Preventores Sociales • Escuela de Ecorecreación • Campismo • Festival Deportivo Comunitario • Turismo Social • Escuela de Alternativas para las Artes y los Saberes Populares: • Gran Exposición Cultural Bicentenaria
Especiales	• Encuentro de Homólogos • Efemérides, fechas patrias o históricas, días mundiales • Exposiciones

Fuente: Elaboración propia con datos de Reyes, A. (2015)

3.1.2 Chile

En lo que respecta a Chile, con base en Escobar Clavería y Rivas Humeres (2013)⁵⁷, se pudo conocer que dicho país cuenta con diversos programas, en materia deportiva, para diferentes grupos poblacionales.

Por ejemplo, el Instituto Nacional de Deportes, en 2001, incorporó programas de actividad física para embarazadas y enfermos crónicos en los lugares de atención primaria de salud.

Aunado a lo anterior, cuenta con programas de actividad física en empresas, tanto públicas como privadas, donde los trabajadores realizan pausas para realizar ejercicios, implementando incentivos directos a las empresas y sus empleados a través de subsidios o premios.

También cuentan con el programa Plazas VIDA CHILE, mismo que contribuye a la recuperación de espacios públicos para que la población pueda realizar actividades físicas, ya sean recreativas, deportivas o de educación nutricional

⁵⁷ Escobar Clavería, Hernán et al (2013), Diagnóstico de las políticas públicas deportivas en Chile. Tendencias globales y desafíos para nuestro país, Universidad de Chile, Tesis para obtener el grado Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales



3.1.3 Italia

De acuerdo con Escobar Clavería y Rivas Humeres (2013) el modelo deportivo italiano se encuentra descentralizado. Ello, deriva a que no se cuente con un organismo central que encabece el deporte en el país.

La planificación y desarrollo deportivo está a cargo del Comité Olímpico Italiano [CONI]. De acuerdo con dichos autores, la última reforma importante relacionada con el CONI fue hace más de diez años, revisándose diversos problemas tales como la situación entre deportistas y representantes, la privatización de las federaciones, la inclusión de un Comité para todo Deporte Nacional, entre otras temáticas

3.1.4 Reino Unido

En lo que respecta al Reino Unido, las políticas públicas en materia deportiva son de índole descentralizada, agrupándose por consejos locales en cada región de las naciones que lo conforman.

3.1.5 Dinamarca

En lo correspondiente a Dinamarca, su modelo deportivo se rige bajo el principio de autonomía y autoadministración de las entidades deportivas, es decir, clubes y federaciones.

El rol del gobierno se limita únicamente a un papel de colaboración en los aspectos deportivos que tienen mayor relevancia social, como el deporte en las escuelas, el enfocado a las personas con discapacidad o para la integración de inmigrantes, dejando el resto a las entidades privadas.

3.1.6 Brasil

En el Sistema Deportivo Brasileño, hay cuatro ramas en que se desmiembra: el Deporte Comunitario⁵⁸, el Deporte Estudiantil, el Deporte Militar y el Deporte Clasista⁵⁹.

⁵⁸ Se encarga de la supervisión disciplinaria y normativa del deporte brasileño. Abarca las actividades del Comité Olímpico Brasileño, las Confederaciones, las Federaciones, las Ligas deportivas y las Asociaciones.

⁵⁹ Enfocado a trabajadores y empresas para poder organizar una asociación deportiva clasista, con personalidad jurídica de derecho privado.



3.1.7 Colombia

Para Colombia, el deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, son elementos fundamentales de la educación y factor básico en la formación integral de cada habitante.

Por este fundamento es que recibe la denominación de ser un CCV Derecho Social, esto quiere decir que su fomento, desarrollo y práctica son parte integrante del servicio público educativo y constituyen un gasto público social, bajo los siguientes principios:

- Universalidad
- Participación Comunitaria
- Participación Ciudadana
- Integración Funcional
- Democratización
- Ética Deportiva

Los deportistas colombianos que reciban reconocimiento en campeonatos nacionales, internacionales, olímpicos o mundiales reconocidos por el organismo nacional del deporte en categorías de oro, plata o bronce, individualmente o por equipos, tendrán derecho a los siguientes estímulos:

- Seguro de vida
- Seguro de invalidez
- Seguridad social
- Auxilio funerario

3.1.8 Argentina

En lo correspondiente a Argentina existen algunos programas en materia deportiva y promoción de la salud.

Primeramente, está el Programa Nacional Deporte y Salud cuyas actividades se enfocan en la atención de los déficits y/o alteraciones anátomo-fisio-psicológicas. Dicho programa consta de los siguientes proyectos:

- Proyecto Deporte y Adultos Mayores
- Proyecto Deporte y Asma
- Proyecto Deporte y Diabetes
- Proyecto Deporte y Sedentarismo



- Proyecto Deporte y Trasplantados
- Proyecto Deporte y Obesidad
- Proyecto Deporte y Cardíacos

En segundo lugar, se conoció del Programa Nacional Deporte y Discapacidad, mismo que contiene los siguientes proyectos:

- Proyecto Deporte para personas con discapacidad intelectual (NACER)
- Proyecto Deporte para personas con discapacidad motriz
- Proyecto Deporte para personas con discapacidad visual
- Proyecto Deporte para personas con parálisis cerebral

3.2 Ámbito de la Capacitación y Adiestramiento Técnico

3.2.1 Chile

En dicho país se contaba con el Programa Aprendices, Servicio Nacional de Capacitación y Empleo [SENCE], que se basaba en la formación dual, donde una persona es formada a través de componentes teóricos (enseñanza relacionada o capacitación) y prácticos (formación en la empresa). Estos dos componentes constituían el "Plan de Aprendizaje".

El Programa tenía el doble objetivo de generar empleabilidad al aprendiz y productividad a la empresa y/o sector productivo, a través del desarrollo de competencias que le permitan a la persona llevar a cabo una ocupación. Busca generar empleabilidad al aprendiz y productividad a la empresa y/o sector productivo, a través del desarrollo de competencias que le permitan a la persona llevar a cabo una ocupación⁶⁰.

3.2.2 México

En el nivel local, la Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo de la Ciudad de México [CDMX] contaba con el Programa de Apoyo a la Capacitación en el Trabajo y Fomento a la Productividad [PACTyFP] que otorgaba apoyos económicos indirectos, y en un esquema de coparticipación, a micros, pequeñas y medianas empresas de la CDMX (incluidas las del sector social) que estimulaban y fomentaban acciones de capacitación específica en la plantilla laboral mediante el pago a través de

⁶⁰ Servicio Nacional de Capacitación y Empleo. Ficha de Diseño "Aprendices año 2017" http://www.sence.cl/601/articles-7412_archivo_02.pdf.



instructores externos (80% en micro, 70% en pequeña y 60% en medianas empresas).

Asimismo, en el país se cuenta con el Programa E045 Prestaciones sociales del ISSSTE, que busca contribuir a mejorar la APF mediante la capacitación para el desarrollo profesional y personal de los trabajadores del ISSSTE, además de capacitar a los derechohabientes en el conocimiento de los seguros, prestaciones y servicios que éste les ofrece.

3.3 Ámbito de la Cultura

Algunos estudios han encontrado una relación directa, positiva y estadísticamente significativa entre las actividades culturales y el estado de salud reportado. Se atribuye a que las actividades culturales favorecen la interacción con amigos y otras personas, disminuyen el estrés y pueden dar un mayor sentido a la vida. Otros estudios han encontrado beneficios individuales de la música y de la educación musical sobre la salud y el bienestar, la motivación, el estrés y la inmunidad; y de la asistencia a eventos y la práctica de las artes sobre la salud física y psicológica, sobre la calidad de vida, la satisfacción con la vida, la afiliación, la participación social, el sentido de pertenencia comunitaria y el número de relaciones en la comunidad, y el trabajar como voluntario en causas sociales⁶¹.

3.3.1 Nueva Zelanda

El Ministerio de ese país define el bienestar cultural como la vitalidad que disfrutan las comunidades y los individuos a través de: a) la participación en actividades recreativas, creativas y culturales; y b) la libertad de retener, interpretar y expresar sus artes, historia, herencia y tradiciones. El concepto adopta un enfoque que abarca muchas de las actividades que las autoridades locales realizan, incluida la provisión de bibliotecas, museos, parques, lugares e instalaciones recreativas, apoyo a las artes, celebración de eventos, promoción del idioma, protección del patrimonio, provisión programas en la calle, etc. Los consejos locales se involucraron en la provisión de instalaciones y coordinación de recreación y actividades deportivas. De esta forma abarcaron eventos con una conexión histórica y deportes que reflejan diferentes influencias culturales y eventos recreativos que son parte de actividades de la comunidad⁶².

⁶¹ Para mayores referencias revisar: Hill Strategies Research Inc.: Art Research Monitor articles, category = Health benefits of the arts. <http://www.hillstrategies.com/resources/arts-research-monitor> (última consulta 28/12/2017).

⁶² Toda la información puede consultarse en la página del gobierno de Nueva Zelanda, en ligas como las siguientes: <http://www.mch.govt.nz/what-we-do/our-projects/completed/cultural-well-being>,



3.3.2 España

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el desarrollo (AECID) considera que con la cooperación cultural para el desarrollo se contribuye al bienestar colectivo y, por ello, ha de participar y lograr impactos en los procesos de lucha contra la pobreza y reducción de la exclusión social. Sus principios y enfoques consideran que las políticas culturales deben fomentar la participación de los agentes sociales, para garantizar la pluralidad y diversidad como forma de vida democrática; que la cultura genera procesos de participación de la población por la misma naturaleza de las actividades que propone (fiestas, carnavales, conciertos, cine, teatro, exposiciones, etc.); debe saber utilizar este potencial en la consolidación de la ciudadanía contribuye al desarrollo y a la cohesión social y que el acceso a la cultura por parte de la ciudadanía se convierte en un derecho y una responsabilidad de las instituciones públicas y la sociedad civil; además, es una vía para evitar la exclusión social, que constituye una dimensión importante de la pobreza.

3.3.3 México

En el país, existía el Programa Especial de Cultura y Arte 2014-2018 que buscaba ampliar el acceso de todos los mexicanos a las diversas manifestaciones creativas e intelectuales mediante el desarrollo de la perspectiva de equidad e inclusión sociales a la acción cultural en su conjunto, a través de nuevos programas enfocados al desarrollo, la seguridad y la prevención social, a la par del desarrollo de acciones de modernización de la infraestructura existente para mejorar la oferta artística y cultural. Para ello planteaba trabajar en la recuperación de la cobertura social y la oferta cultural y artística del Programa Alas y Raíces a través de convenios con las entidades federativas y los gobiernos municipales; poner especial atención en el diseño y puesta en operación de programas culturales para el verano y temporadas vacacionales, particularmente en zonas de alta marginación; asimismo, brindar opciones creativas para el uso del tiempo libre, recuperar espacios comunitarios para la interacción y restitución del tejido social a través del Programa Cultura para la Armonía, con el apoyo de agrupaciones artísticas comunitarias, de caravanas culturales; entre otras actividades.

3.4 Ámbito de Servicios Funerarios

El Programa E045 Prestaciones sociales del ISSSTE ofrece servicios durante todo el procedimiento funerario a precios accesibles, tanto a derechohabientes como al público en general. Para su atención cuentan con siete velatorios institucionales ubicadas en las zonas de mayor concentración urbana del país: tres en la Ciudad de México, dos en el estado de México, uno



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Económicas y
Sociales
Unidad de Prestaciones Sociales



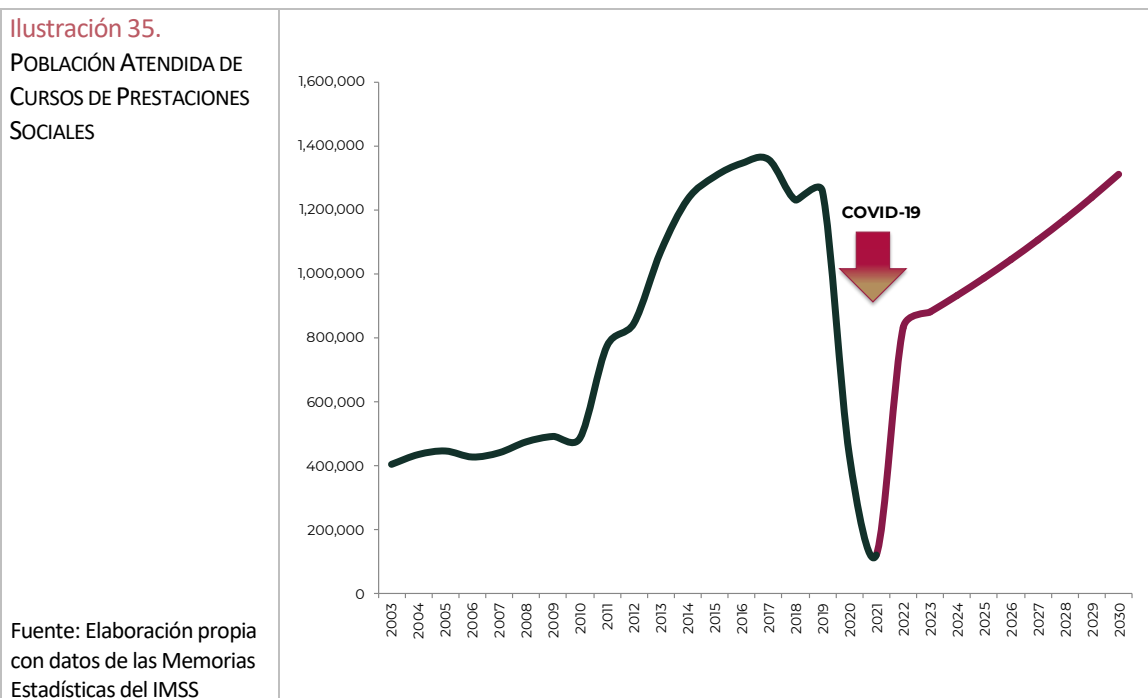
en Jalisco y uno en Nuevo León. De manera adicional cuenta con 41 capillas para velación y cuatro hornos crematorios. Las Delegaciones estatales del ISSSTE han establecido convenios con agencias funerarias privadas, que otorgan descuentos del 10 al 25 por ciento a los derechohabientes, así como otros convenios que obligan a las funerarias privadas a operar bajo los mismos costos y las mismas condiciones que prevalecen en los velatorios institucionales



4 Análisis de poblaciones

A continuación, se muestran las proyecciones realizadas para la población atendida⁶³ durante los siguientes años con base en una serie histórica propia del Instituto⁶⁴.

Es importante señalar que en los años subsecuentes el programa se abocará, los primeros años, en recuperar la población atendida que dejó tomar los cursos de prestaciones sociales derivado de la pandemia por COVID-19:



Así pues, al sumar a los usuarios de los cursos de prestaciones la población atendida en los Centros Vacacionales y servicios funerarios se puede apreciar la siguiente gráfica⁶⁵:

⁶³ Incluye la población derechohabiente y no derechohabiente

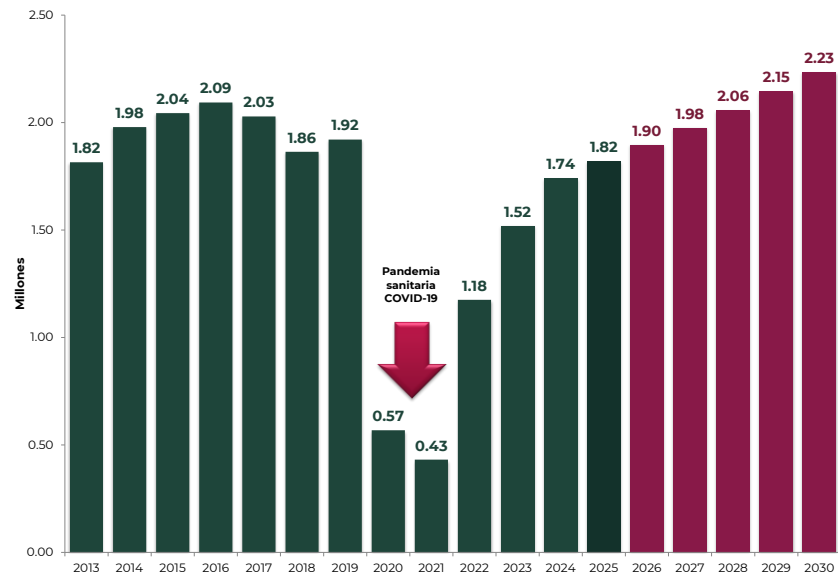
⁶⁴ Con base en las Memorias Estadísticas del IMSS 2002-2024, cuya frecuencia es anual.

⁶⁵ Meta para 2025, estimaciones para el período 2026-2030



Ilustración 36.

**POBLACIÓN ATENDIDA DE
LOS SERVICIOS DE LAS
PRESTACIONES SOCIALES**



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS

4.1 Población potencial

Tabla 5 POBLACIÓN POTENCIAL

Tipo	Definición
Potencial	La población potencial es toda aquella que se encuentra dentro de la República Mexicana.

4.2 Población objetivo

Tabla 6 POBLACIÓN OBJETIVO

Tipo	Definición
Objetivo	Se considera como Población objetivo a las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS. Siendo esta población



aquella que cumplió con los requisitos para utilizar dichos servicios. Lo anterior, derivado a que la naturaleza del Pp E071 es brinda servicios de prestaciones sociales (funerarios; cursos y talleres; servicios de balneario, campamento y hospedaje en los centros vacacionales) bajo demanda, dejando la posibilidad de que cualquier persona sea susceptible de utilizar los servicios. En este sentido, esta población objetivo incluye a todas las personas, sea derechohabiente o no, de ser susceptibles para utilizar los servicios del programa, siempre y cuando paguen la cuota de recuperación correspondiente según la naturaleza del servicio. Por último, para la estimación de la población objetivo se utilizarán datos administrativos históricos de los usuarios de dichas prestaciones con los que cuenta cada una de las Unidades Responsables de la operación de los diferentes servicios.

4.3 Fuente de información y frecuencia de actualización

La frecuencia de actualización tanto de la población objetivo como de la población potencial se realizará de manera anual.

Lo anterior, con base en la información estadística del Instituto y del Consejo Nacional de Población [CONAPO].



5 Árbol del problema





5.1 Causas

El Pp E071 incluye 6 diferentes causas directas que conlleva a una entrega de servicios ineficientes de prestaciones sociales institucionales del IMSS:

- I. Las inadecuadas acciones de capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud generan que se pierda la posibilidad de que los usuarios adquieran competencias para la empleabilidad para que mejoren sus niveles económicos y su bienestar y por otro lado, sin acciones adecuadas de autocuidado de la salud, se pierde el empoderamiento de los usuarios en torno a su salud, desfavoreciendo la posibilidad de promover la salud sin enfocarse en la enfermedad.
 - a) Existe obsolescencia en el equipamiento y mantenimiento inadecuado en los centros de seguridad social que ofertan acciones de capacitación para la empleabilidad, por lo que el ambiente de aprendizaje se torna incómodo para el usuario y es posible que por esta situación busque alternativas en otras instituciones. Esto sucede también en los cursos relacionados con el autocuidado de la salud que se ofertan en la plataforma CLIMSS, si bien, estos cursos son en línea, el equipo de trabajo no cuenta con recursos tecnológicos (hardware y software) para la producción de cursos de manera eficiente.
 - b) Los programas de capacitación presencial son obsoletos, debido a que su diseño se enfocó a los conceptos de empleabilidad de hace varias décadas y actualmente la empleabilidad debería ser de manera más sostenible como lo indican los ODS, así como el desarrollo de competencias blandas y competencias STEM (Ciencias, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas) aunado a lo anterior, las guías didácticas de los cursos no están actualizadas y en algunos casos no tienen una metodología educativa descrita de manera clara.
 - c) El personal docente que oferta los programas de capacitación presencial cuenta con competencias obsoletas, precisamente debido al punto anterior, porque los programas de capacitación son obsoletos. Es necesario que desarrollen competencias docentes y que además vayan enfocándose a nuevas formas de ver la empleabilidad, aunado a lo anterior, existe una dificultad en la reposición de plazas de docentes, por lo que varios de los cursos se dan a través de voluntarios.



II. Servicios de actividades físicas y deportivas deficientes, identificando como causa principal la desactualización de los docentes, el personal administrativo y el inadecuado mantenimiento de las instalaciones deportivas.

- d) En cuanto los docentes y personal administrativo, éste se encuentra en la mayoría de los casos sin actualización reciente en materia deportiva o mantenimiento, con información y métodos obsoletos, siguiendo guías didácticas desactualizadas que ya no obedecen a las nuevas corrientes de aprendizaje y entrenamiento, ni contando con las herramientas o material adecuado a la necesidad.
- e) La insuficiente implementación de campañas de difusión y promoción de actividades y servicios deportivos impiden que los usuarios o derechohabientes conozcan los servicios deportivos que la institución les ofrece, situación agravada por una cobertura geográfica limitada de éstos.
- f) En el caso de las condiciones físicas de las instalaciones se tiene un déficit en el mantenimiento correctivo y preventivo de algunas de ellas e insuficiente equipamiento y material deportivo.

III. Los inadecuados servicios culturales conllevan a un exiguo aprovechamiento de los servicios culturales institucionales entre derechohabientes del IMSS y no derechohabientes, lo que se vislumbra a partir de una deficiente calidad en el otorgamiento de los servicios, el desconocimiento de los servicios culturales del Instituto, además de un insuficiente desarrollo de las habilidades recreacionales entre la población. Lo anterior queda de manifiesto cuando se analiza de manera fehaciente las siguientes circunstancias:

- a) Población sin acceso a servicios culturales. Las actividades de desarrollo-cultural de la sociedad, derechohabientes y público en general, en determinados contextos sociales son escasas y la carencia de estas oportunidades va en detrimento de su bienestar individual y colectivo.
- b) Personas sin desarrollo de habilidades recreacionales. Este factor social contribuye al rezago social participativo, afectando negativamente a cada una de las personas, lo que desfavorece



la cohesión social y la posibilidad de generar una mejor condición de vida.

- c) Negativo desarrollo de habilidades creativas, empáticas y pensamiento crítico. Es una característica de la problemática que se observa cuando la población, derechohabientes y público en general, no cuentan con las oportunidades que les permitan mejorar su nivel de vida y desfavorecen la convivencia en su entorno social.
- d) Desaparición de los servicios culturales del IMSS. El análisis de la problemática refleja una disminución y/o desvío de la vocación original de los servicios de desarrollo cultural que se tiene como objetivo, lo que causa el desfavorecimiento del desarrollo de la sociedad y sus integrantes.
- e) Menos espacios para el ejercicio de actividades culturales, para las personas dedicados a la cultura y el arte. La oferta de lugares disponibles para la práctica de actividades recreativas, culturales y de desarrollo social, con los efectos socioeconómicos de la pandemia se han visto disminuidos, consecuencia del cierre temporal o definitivo de los mismos.

IV. Las inadecuadas acciones de capacitación en temas de promoción de la salud dan como resultado la disminución en la calidad de las intervenciones en los programas ofrecidos a las personas usuarias, y con ello la disminución en la eficacia de las acciones para fomentar hábitos y estilos de vida saludables.

- a) Existe obsolescencia en el equipamiento de prestaciones sociales, y mantenimiento inadecuado de la infraestructura en los Centros de Seguridad Social que ofertan acciones de promoción de la salud para la población a través de programas como el "PASS", "PERA" y "por un peso saludable", Esto contribuye a demeritar la calidad de la atención otorgada y baja eficacia terminal de las intervenciones.
- b) El personal docente cuenta con competencias obsoletas lo cual conlleva a la falta de cumplimiento de los objetivos institucionales de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la población derechohabiente, si bien estas acciones tienen impacto en los usuarios, la falta de actualización de las competencias no permite que estas acciones sean interdisciplinarias y tengan congruencia con otras tomadas desde otras áreas del instituto. La falta de



personal contribuye al deterioro de la capacidad operativa y cobertura de los servicios.

- c) Los programas de capacitación presenciales en materia de promoción de la salud actualmente son obsoletos y no se encuentran alineados a los objetivos institucionales, la falta de congruencia de estos a los objetivos planteados a corto y mediano plazo afecta en el impacto y eficacia terminal de los programas en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social.
- V. Los Velatorios en su generalidad, presentan una falta de presencia en sus distintas zonas de influencia comercial; generada por:
 - a) Falta de promoción y difusión que permee la actividad social, comercial y de apoyo a la población en general. Considerando la social propiamente como un servicio de apoyo al usuario con escasa capacidad económica y en lo referente a lo comercial al nivel competitivo por los servicios que se ofrecen.
 - b) El siguiente aspecto a mencionar corresponde a un limitado plan de inversión tanto en infraestructura, tecnológica, humana y automotriz, aunado a una publicidad que genere como resultado una baja rentabilidad y un ineficiente uso de su capacidad instalada; considerando la capacidad instalada aquel conjunto de elementos de su infraestructura que no son usados en forma continua, tal es el caso de las capillas, aunado a ello una falta de vinculación hacia el área generadora de cliente cautivo identificada como el área médica.
 - c) Los dos aspectos anteriormente descritos, están directamente vinculados a una deficiente comercialización que tienen demérito, en difusión constante, falta de uso de las redes sociales y a su vez en medios impresos y locales.
 - d) Los tres aspectos anteriores compilados se difiere al capital humano que elabora en cada uno de los Velatorios donde la falta de capacitación origen que homologa y estandariza el desempeño profesional, de la cual se carece y aunado a ello una ausencia de perfiles propios que se integran al persona de Velatorios sin capacitación especializada, que genera una desvinculación ética y profesional, dando con ello desviaciones de servicio, una inadecuada atención al derechohabiente y el desarrollo de reprocesos y re trabajos propios de la operación y

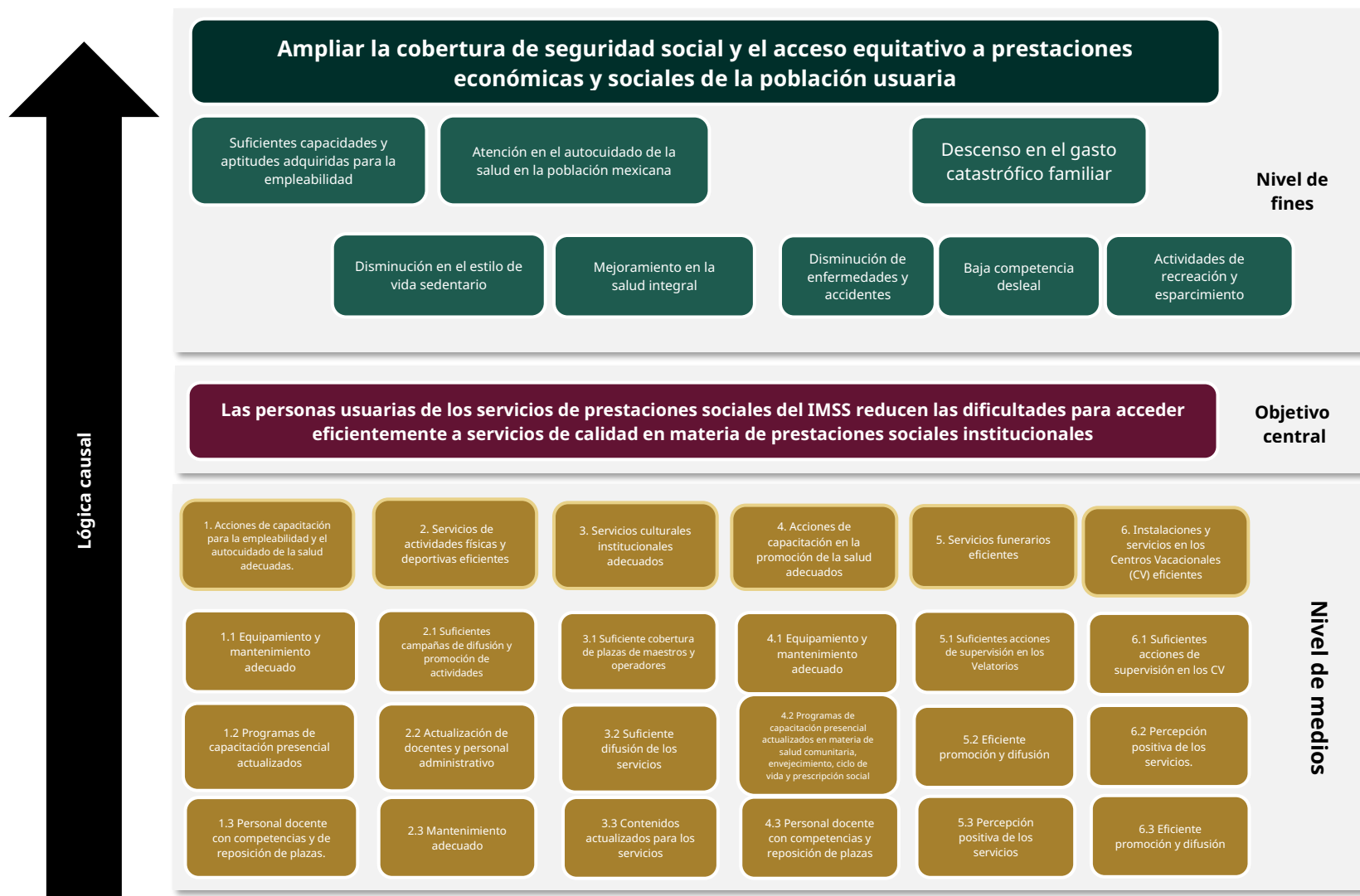


en casos más complicados confusiones en el otorgamiento de servicio.

- VI.** Las deficientes instalaciones y servicios en los Centros Vacacionales generan que disminuya la afluencia de usuarios y con ello, la posibilidad de satisfacer sus niveles de bienestar y desarrollo personal a lo largo de su vida, limitando los espacios destinados para su recreación y el esparcimiento indispensables para favorecer la calidad de vida de los seres humanos.
- a) No hay suficientes acciones de supervisión en los Centros Vacacionales que permitan conocer la percepción de los usuarios respecto a la calidad de las instalaciones y servicios otorgados y, por ende, identificar áreas de oportunidad que potencialicen el uso de la infraestructura institucional.
 - b) Las acciones realizadas para la promoción y difusión de los Centros Vacacionales son deficientes, ya que los medios que actualmente se utilizan para la difusión de contenidos y los esquemas de descuento para la comercialización de las instalaciones resultan obsoletos para cubrir la demanda actual de servicios turísticos.
 - c) Percepción negativa de la población usuaria respecto a los servicios proporcionados en los Centros Vacacionales debido a que no existe una herramienta que permita identificar de manera clara y precisa las acciones que deberán implementar las unidades operativas para atender las áreas de oportunidad identificadas y reportadas a través de diferentes medios.



6 Árbol de objetivos





6.1 Medios

A través de la integración de los siguientes medios se busca alcanzar que las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales reduzcan las dificultades para acceder eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales del IMSS de manera que esto contribuya a ampliar la cobertura de seguridad social y el acceso equitativo a prestaciones económicas y sociales de la población usuaria.

- I. La creación de acciones de capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud adecuada, contribuirán a la mejora de los ingresos de la población usuaria, además del empoderamiento a su propia salud y por ende un mayor bienestar.
 - a) El equipamiento y mantenimiento adecuado a los CSS promoverá un espacio amigable para las acciones de enseñanza – aprendizaje en empleabilidad, así los usuarios encontrarán un espacio digno para aprender. Aunado a lo anterior, el equipamiento para la producción de cursos en línea es necesario para la eficiencia en la producción de cursos y robustez en la plataforma educativa, de manera que pueda seguir contribuyendo a la cobertura de servicios educativos que promuevan el autocuidado de la salud.
 - b) Los programas de capacitación presencial se deben actualizar a través de diferentes etapas, primero con su misma temática deben contar con metodologías claras y estrategias de enseñanza-aprendizaje adecuadas, se busca también que estén alineados a estándares de competencias y finalmente se espera que se vayan actualizando estos programas con un enfoque de sustentabilidad y STEM.
 - c) Derivado de la acción anterior, el personal docente tiene que capacitarse, primero en competencias docente, de manera que sepan aplicar las estrategias de enseñanza en sus aulas, después capacitarse en su propio estándar de competencias y finalmente capacitarse en otras temáticas que modernicen los planes de estudio con un enfoque de sustentabilidad y STEM.
- II. La actualización de los docentes y personal administrativo en materia deportiva y mantenimiento respectivamente, con contenidos, método, técnicas y tácticas dictadas por instancias educativas y deportivas oficiales, así como la certificación de competencias y el mantenimiento constante de las instalaciones



deportivas contribuirán a tener servicios y actividades físicas y deportivas eficientes.

- a) La actualización docente se llevará a cabo ofreciendo varias alternativas para su realización, así como su periodización, vinculando al área con instituciones de educación superior y deportivas certificadoras de competencias en el ámbito de entrenamiento deportivo acorde con la demanda.
- b) Llevar a cabo campañas de difusión de los servicios de actividad física y deportiva que se ofrecen en los OOAD's dirigida a los trabajadores del IMSS y población en general, mediante los medios de comunicación oficiales, así como implementar acciones de promoción deportiva, fomentará la actividad física y el deporte como parte de un estilo de vida saludable.
- c) La promoción de la mejora en el mantenimiento correctivo y preventivo de las instalaciones inicia con un levantamiento de necesidades de mantenimiento y material deportivo en los OOAD's lo cual será el insumo para priorizar el mantenimiento de instalaciones y en su caso dotación de material deportivo que coadyuve para incentivar el interés de la población en la oferta deportiva y de cultura física que ofrece el IMSS, así como la implementación de sistemas de medición estandarizada de la satisfacción del usuario permitirá realizar la medición de la percepción de los usuarios en cuanto a la eficiencia de los servicios de actividades físicas y deportivas y encontrar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios.

III. Mediante la implementación de las siguientes acciones se busca incrementar y fortalecer el aprovechamiento de los servicios culturales institucionales, entre derechohabientes del IMSS y no derechohabientes; al buscar establecer servicios que favorezcan el otorgamiento de las prestaciones sociales, en particular las relativas al desarrollo de actividades culturales, aportando al beneficio del bienestar y promoción de la salud de la comunidad y sus integrantes.

- a) Mejorar la calidad de los servicios culturales del IMSS. Lo anterior, al cubrir las plazas de maestros y operarios de las actividades culturales vacantes en el IMSS; asimismo, impulsando el buen estado de conservación de la infraestructura social y cultural del IMSS, así como los contenidos innovadores en los servicios culturales.



- b) Incrementar el conocimiento de los servicios culturales entre la derechohabiente. Difundir la oferta de los servicios culturales ampliamente, a través de los diferentes medios como son impresos y digitales, considerando las diferentes redes sociales disponibles; además de visibilizar, entre la sociedad el beneficio de las actividades culturales para mejorar su calidad de vida.
 - c) Desarrollar habilidades recreacionales entre los usuarios. Llevar a cabo e implantar las estrategias que permitan favorecer la práctica de actividades culturales entre la población derechohabiente del Instituto y público en general, además de fomentar estilos de vida saludables, que propicien la creatividad de las personas y una mayor cohesión social.
- IV.** El fomento a acciones de capacitación en la promoción de la salud adecuados contribuirá en mejorar la calidad de las intervenciones otorgadas, así como la eficacia de los programas ofertados en prestaciones sociales, lo cual permitirá que las personas aumenten su bienestar social en salud por medio de la adquisición de estilos de vida saludables a corto y mediano plazo.
- d) El mantenimiento de la infraestructura social, así como el equipamiento adecuado conforme a nuevos métodos de enseñanza y aprendizaje permitirá que las personas usuarias puedan tener intervenciones adecuadas para los objetivos planteados en los programas, mejorar la calidad de instalaciones y equipo permite un mayor aprovechamiento de recursos y eficiencia terminal de los programas.
 - e) La reposición de plazas debe de plantearse para el futuro inmediato y mediano, teniendo en cuenta los proyectos y proyecciones necesarios para ampliar la cobertura de manera exponencial a nivel nacional, esto debe de ser acompañado de un plan de capacitación y actualización de las competencias necesarias en materia de promoción de la salud y prescripción social, y a su vez temas de liderazgo y trabajo colaborativo para tener personal más y mejor preparado para la atención integral de las personas usuarias.
 - f) Para poder llevar a cabo programas de capacitación del personal, debe de actualizarse los objetivos de los programas e intervenciones ofertadas, para que estas se encuentren alineadas a los objetivos institucionales y que esta congruencia permite que el impacto de las intervenciones permee en otros



todos los aspectos de la esfera bio-psicosocial de los derechohabientes.

V. Para lograr servicios funerarios eficientes se espera:

- a) Capacitar al personal de los Velatorios IMSS en atención al usuario y desarrollar acercamiento con las áreas delegacionales de trabajo social, a su vez un incremento de promotores en los Velatorios IMSS para las unidades médicas del Instituto.
- b) Capacitar al personal de Atención y Orientación al Derechohabiente con el Curso Básico de Velatorios IMSS en la plataforma eduTKIMSS, con respecto a la capacitación origen a efecto de consolidar un perfil de desempeño profesional.
- c) Formular estrategias de promoción y difusión, posicionando a los Velatorio IMSS como la opción más viable para el usuario y el derechohabiente a través de planes integrados y asociados con Instituciones, áreas internas y medios de promoción.
- d) Llevar a cabo un plan de inversión en la infraestructura tecnológica y automotriz que permita una interacción continua, fácil y eficiente con usuarios o solicitantes de servicio de Velatorios que denote un comparativo moderno con la competencia y permita un servicio continuo en prestaciones propias de la seguridad social.
- e) Al consolidar los aspectos antes mencionados, lo que da como resultante una evaluación cuantitativa y cualitativa en referencia al uso y número de servicio otorgados, contar la infraestructura y capacidad instalada.
- f) Considerar inversiones futuras en la expansión comercial de los Velatorios IMSS, previendo aspectos propios como son personal capacitado, selección de perfiles adecuados al servicio, considerar requerimiento para la difusión y comercialización en nuevas zonas de influencia comercial.
- g) Consolidar una imagen Institucional, comercial y de servicio, que facilite a las unidades el desarrollo integral que le permita a un mediano plazo integrarse a la implementación del Modelo de Competitividad en los Velatorios IMSS y su participación en el Premio IMSS.



- VI.** La modernización y diversificación de las instalaciones y servicios de los Centros Vacacionales contribuirán a incrementar el número de usuarios que hacen uso de estas unidades, así como a la realización de actividades orientadas a fomentar la recreación, el fortalecimiento de la cohesión familiar, social y el sano esparcimiento.
- a) La implementación de suficientes acciones de supervisión en los Centros Vacacionales fomentará acciones de mejora continua que derivarán en espacios incluyentes y accesibles para la población usuaria, así como en resultados cuantitativos y cualitativos positivos.
 - b) La eficiente promoción y difusión de los Centros Vacacionales incentivará la afluencia de usuarios y paralelamente, fomentará el uso de la infraestructura institucional principalmente durante periodos en los que se registra una menor cantidad de usuarios.
 - c) En contexto con lo anterior, será posible contribuir a generar una percepción positiva de los usuarios que hacen uso de las instalaciones y servicios de los Centros Vacacionales, propiciando los medios para que se vuelvan usuarios asiduos o bien, recomienden los CV como espacios propicios para viajar.

7 Análisis de alternativas

Sabemos que un problema o necesidad pública tiene más de una solución posible. El objetivo es elegir la mejor en bajo los criterios de nivel de incidencia, factibilidad, marco institucional y el contexto de implementación.

En el caso del Pp E071 Prestaciones sociales no se considera el análisis de alternativas ya que su origen está en una disposición legal, concretamente, en las denominadas prestaciones sociales institucionales, definidas en la LSS vigente, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995. Desde entonces, el IMSS tiene la obligación por ley de proporcionar dichas prestaciones sociales, con el fin de fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población en general

Por lo anterior, tal como se identificó en el árbol de problemas, se detallaron algunas causas que contribuyen de alguna manera en la generación del problema o necesidad detectada. Con base en la metodología de marco lógico, al transitar del árbol de problemas al árbol de objetivos se identifican los medios directos e indirectos a través de los que se puede contribuir a la solución del



problema; por lo que los medios directos del árbol por lo que serán la base para el desarrollo de esta sección. Asimismo, como se mencionó en los numerales 1 y 7 del presente diagnóstico, el Pp E071 “Servicios de *Prestaciones Sociales*” nace por lo señalado en la LSS en sus artículos 209, 210 y 210-A, es decir, su origen se debe además de atender o subsanar una necesidad problema público, al cumplimiento de dicha ley; es por ello que, en la matriz de alternativas, se califican todas las identificadas con la ponderación más alta.

		Matriz de alternativas				
Criterios de valoración		Alternativa 1 Acciones de capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud	Servicios de actividades físicas y deportivas	Servicios culturales institucionales	Acciones de capacitación en la promoción de la salud ⁴	Instalaciones y servicios en los Centros Vacacionales (CV)
Nivel de incidencia	Mayor efecto esperado en el cumplimiento del objetivo central	3	3	3	3	3
	Mayor aceptación de la alternativa por parte de la población afectada	3	3	3	3	3
Factibilidad	Menor costo de implementación	3	3	3	3	3
	Mayor financiamiento disponible	3	3	3	3	3
	Menor tiempo para obtener resultados	3	3	3	3	3
	Mayor capacidad técnica	3	3	3	3	3
Marco institucional	Se encuentra en el marco de las atribuciones de la dependencia o entidad que implementa el Pp	3	3	3	3	3
	Mayor contribución a los objetivos de la dependencia o entidad y de la Planeación Nacional del Desarrollo	3	3	3	3	3
Contexto de implementación	Entorno político favorable	3	3	3	3	3
	Mejor percepción social	3	3	3	3	3
	Menor impacto ambiental	3	3	3	3	3
	Mayor pertinencia cultural y territorial	3	3	3	3	3
Otro	Otros criterios aplicables	3	3	3	3	3
Total		39	39	39	39	39

Escala de comparación propuesta: 1=bajo; 2=medio; 3=alto.



Dicho lo anterior, es importante describir las aportaciones que éste programa realiza respecto al bienestar social y a la promoción y prevención de la salud.

Por ejemplo, en lo correspondiente a la actividad física, la mayoría de los estudios señalan que la población, en general, tiene muy bajos niveles, por lo que es fundamental que éstos se incrementen para poder aspirar a un estado de salud mejor⁶⁶.

De hecho, la misma OMS considera la actividad física como un factor primordial que interviene en el estado de la salud de las personas, y la define como la principal estrategia en la prevención de la obesidad entendiéndola como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades de rutina diaria, como las tareas del hogar y del trabajo”⁶⁷.

En este mismo orden de ideas, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] en su estrategia referente al régimen alimentario, de actividad física y salud, señala que la realización de actividades físicas se vinculan al concepto de salud y calidad de vida como “una estrategia o intervención efectiva que permite mejorar la autopercepción, el nivel de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas y los beneficios reconocidos que esta trae desde lo biológico, psicosocial y cognitivo, además de ser un factor de protección para prevenir, en general, la instauración de enfermedades crónicas”⁶⁸.

Adicionalmente, una postura que define y clasifica la actividad física es la establecida por el Colegio Americano de Medicina Deportiva [ACSM, por sus siglas en inglés] que afirma que cuando una persona se mueve su metabolismo aumenta derivado de la actividad muscular, detonándose así el inicio de la actividad física⁶⁹. Bajo esta perspectiva, una misma acción representará el inicio de la actividad física, únicamente diferenciándose entre personas debido a sus limitantes y alcances⁷⁰.

El siguiente nivel de la actividad física es el denominado ejercicio físico, donde se establece un programa de actividad física con objetivos y metas, el último nivel es el denominado de alto rendimiento o fitness^{71 72}.

⁶⁶ Serrato M. Nuevas tendencias en recomendaciones de actividad física y prescripción del ejercicio. Bogotá: AMEDCO; 2003

⁶⁷ Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton J, McPherson B, eds. Exercise, Fitness and Health. A Consensus of Current Knowledge. Champaign: Human Kinetics; 1990.

⁶⁸ CDC. Promoción de la actividad física: la mejor inversión en salud pública. Human Kinetics 1999:8-35.

⁶⁹ Organización Panamericana de la Salud. Estrategia mundial OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS). Plan de ejecución en América latina y el Caribe 2006-2007

⁷⁰ La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud. Gac Sanit 1998; 12(3):100-109.

⁷¹ American College of Sports Medicine Guidelines for exercises. Testing and prescription. 5th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1995.

⁷² American College of Sports Medicine. The recommended quantity and quality of exercises for developing maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults medicine and science in Sports and exercise 1990; 22(2):265-71



Aunado a lo anterior, la actividad física se interrelaciona con otras actividades, como lo son el arte, la cultura, el cine, el teatro, la música, sólo por mencionar algunas⁷³, que de manera conjunta buscan mejorar la calidad de vida en la sociedad.

Es importante mencionar que la falta de actividad física, acompañada de otros hábitos nocivos (tabaquismo, estrés, uso inadecuado del tiempo libre, drogadicción, mala alimentación, entre otros) ha derivado en una potencialización de enfermedades crónico-degenerativas, como lo es la diabetes⁷⁴.

En el estudio realizado por Vidarte Claros et al (2011) se indica que las conceptualizaciones planteadas sobre actividad física conllevan a asumir su abordaje desde diferentes vertientes: desde la salud y terapéutica, desde el entrenamiento deportivo, y desde la educación.

Desde la salud y la terapéutica, se comenta que se ha convertido en un elemento ideal para evitar algunas enfermedades en su aparición o en su desarrollo, para combatir las secuelas o la manera cómo afecta la calidad de vida algunas enfermedades.

Bajo la perspectiva del entrenamiento deportivo, se plantea como el resultado de la teoría y la práctica de las ciencias del deporte.

Por último, desde la educación, es abordada a partir de un objeto de estudio que es muy similar a otras profesiones (el movimiento humano), lo que hace pensar que cada una, al compartir dicho objeto de estudio, requiere de una mutua colaboración en todos los procesos realizados desde sus campos de acción y áreas de intervención.

Otro aspecto importante que aborda el Pp E071 a través de sus diferentes cursos en materia de promoción de la salud, se refiere a la salud en el trabajo y a los entornos laborales saludables.

Al respecto, es importante mencionar que un entorno laboral saludable es esencial, no sólo para potencializar o mejorar la salud de los trabajadores, sino también tiene un aporte positivo en materia de productividad, motivación, satisfacción y calidad de vida⁷⁵.

⁷³ José Armando. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.1, enero - junio 2011, págs. 202 - 218

⁷⁴ Meléndez N. Calidad de vida y tiempo libre. Education for leisure. European Journal of education 1986 ;(3):265-274.

⁷⁵ OMS, OPS. Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo Nº 6 - Documento de Trabajo. Ginebra. (Swz): Organización Mundial de la Salud; 2000.



En este orden de ideas, es importante señalar que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad; además, se debe atender su preservación y promoción, no sólo los aspectos físicos, sino también a los psíquicos y sociales; la salud puede considerarse en términos de capacidad y posibilidad de satisfacer necesidades vitales, entre las cuales incluimos la autonomía, la alegría y la solidaridad.

Para ello, la OMS ha descrito el proceso de capacitación de las personas para aumentar su control sobre su salud y mejorarla como “promoción de la salud”⁷⁶.

Bajo este tenor, dicho proceso abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas⁷⁷.

Asimismo, es importante señalar que la dimensión holística de la promoción de la salud implica la necesidad de abordar el tema de desarrollo comunitario como esencial, favoreciendo la acción cooperativa de la comunidad y asegurando el acceso equitativo a educación, seguridad económica y apoyo social, en el contexto de políticas públicas de acuerdo con los objetivos de salud⁷⁸, factores en los cuales incide de manera directa e indirecta el Pp E071 “Prestaciones Sociales”.

Uno de los resultados esperados, a lo largo del tiempo, de contribuir a la promoción y prevención de la salud, así como del fomento de hábitos y estilos de vida saludables, actividad física constante es el poder tener un envejecimiento de la mejor manera posible.

Al respecto, hay estudios que señalan que existen diferencias entre un “envejecimiento exitoso” y un “envejecimiento normal”⁷⁹. Dicho estudio relata que la salud y los problemas relativos al “envejecimiento normal” no son del todo normales, y más bien evidencian el resultado de estilos de vida y otros factores que expusieron las personas al riesgo de enfermedades y discapacidades en la vejez. Por otra parte, un “envejecimiento exitoso” se describe como una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental.

Envejecer con salud requiere otras condiciones durante el curso de la vida, como el acceso a la educación o capacitación, a la recreación y descanso, eventos o cursos en materia de cultura y actividad física, mismos que son ofertadas en este programa.

⁷⁶ Solé M. La promoción de salud en el trabajo: ¿utopía o necesidad? Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Argentina. [publicación periódica en línea] 2004

⁷⁷ Alvarez-Dardet C. Promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. España.

⁷⁸ Bracht N, editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999.

⁷⁹ Brigeiro, M. “Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: Problemas y retos para la promoción de la salud, Investigación y Educación en Enfermería - Medellín, Vol. XXIII N.º 1, marzo de 2005



Así pues, una vez descritas brevemente algunas de las aportaciones que realiza el programa a las vidas de los usuarios, es importante señalar también que su no existencia traería consecuencias importantes en la vida de las personas, ya que los servicios que oferta son en su mayoría de forma gratuita a la población derechohabiente o en su caso a precios muy competitivos tanto para la población derechohabiente como al público en general.

La población atendida, es decir la derechohabiente y no derechohabiente, no contaría con una oferta en materia deportiva, cultural, de capacitación, recreacional, promoción de la salud y de previsión y atención funeraria, derivando en potenciales problemas tanto en materia de salud como en materia económica.

Por ejemplo, la población atendida podría caer en bajos niveles de prevalencia de práctica de actividad física, dando como resultado un sedentarismo. Al respecto, la misma OMS lo definió como “la poca agitación o movimiento”⁸⁰.

En términos de gasto energético, se considera una persona sedentaria, cuando en sus actividades cotidianas no aumenta más del 10% la energía que gasta en reposo. Dicho gasto se mide a través de MET´s (Unidad de Equivalencia Metabólica), durante la realización de diferentes actividades físicas como caminar, podar el pasto, hacer el aseo de la casa, subir y bajar escaleras, entre otras⁸¹.

Si el sedentarismo es prologando, deriva en una reducción acentuada y progresiva de la masa muscular, de la fuerza, la flexibilidad y el equilibrio⁸².

Lo anterior, debido a que hay estudios que señalan que la actividad física regular, al menos tres veces a la semana, promueve diferencias significativas en los índices de grasa corporal, disminuyendo significativamente los riesgos de contraer enfermedades de origen coronario, dislipidemias, hipertensión, resistencia a la insulina, entre otras.

Aunado a lo anterior, en lo que respecta a los servicios de velatorios, con base en un estudio que realizaba el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] de precios promedio de diferentes productos o servicios, se observa que los servicios ofertados en materia funeraria tienen precios altamente competitivos,

⁸⁰ Serrato M. Nuevas tendencias en recomendaciones de actividad física y prescripción del ejercicio. Bogotá: AMEDCO; 2003.

⁸¹ Correa J. Documento marco que sustenta la relación del grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano con los currículos de programas de pregrado de rehabilitación de la escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá: Universidad del Rosario; 2010.

⁸² American Heart Association. El sedentarismo (inactividad física). [En línea] 2007. Disponible en URL: www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3018677



derivando en que la población usuaria no caiga en gastos catastróficos de bolsillo al momento de atender tan lamentable y triste situación.

A manera de ejemplo, se muestra en la siguiente tabla, el monto [suma total] de los servicios ofrecidos⁸³, la cantidad de servicios⁸⁴, del estudio que realizaba el INEGI en cuarenta y seis ciudades del país.

Tabla 7 PRECIOS PROMEDIO POR CIUDAD – SERVICIOS FUNERARIOS

Ciudad	Monto	Cantidad de servicios	Promedio a Julio 2018	Actualización a Junio 2025
Acapulco, Gro.	\$408,900	28	\$14,604	\$20,523
Aguascalientes, Ags.	\$353,808	28	\$12,636	\$17,757
Área Met. de la Cd. de México	\$2,423,078	140	\$17,308	\$24,323
Campeche, Camp.	\$127,140	28	\$4,541	\$6,381
Cd. Acuña, Coah.	\$237,700	14	\$16,979	\$23,861
Cd. Juárez, Chih.	\$393,936	28	\$14,069	\$19,771
Chetumal, Q. Roo.	\$150,780	14	\$10,770	\$15,135
Chihuahua, Chih.	\$469,314	28	\$16,761	\$23,554
Colima, Col.	\$415,380	28	\$14,835	\$20,848
Córdoba, Ver.	\$193,850	28	\$6,923	\$9,729
Cortázar, Cto.	\$243,333	14	\$17,381	\$24,426
Cuernavaca, Mor.	\$421,929	28	\$15,069	\$21,176
Culiacán, Sin.	\$465,386	28	\$16,621	\$23,357
Durango, Dgo.	\$355,653	28	\$12,702	\$17,850
Fresnillo, Zac.	\$169,680	14	\$12,120	\$17,032
Guadalajara, Jal.	\$828,779	42	\$19,733	\$27,731
Hermosillo, Son.	\$448,203	28	\$16,007	\$22,495
Huatabampo, Son.	\$246,442	14	\$17,603	\$24,737
Iguala, Gro.	\$99,000	14	\$7,071	\$9,937

⁸³ A precios promedio de julio 2018

⁸⁴ La gama de servicios analizada es variada, abarcando desde servicios de previsión funeraria, hasta cremación o inhumación.



Ciudad	Monto	Cantidad de servicios	Promedio a Julio 2018	Actualización a Junio 2025
Jacona, Mich.	\$181,020	14	\$12,930	\$18,171
Jiménez, Chih.	\$130,200	14	\$9,300	\$13,069
La Paz, B.C.S.	\$456,106	28	\$16,290	\$22,892
León, Gto.	\$747,565	28	\$26,699	\$37,520
Matamoros, Tamps.	\$423,972	28	\$15,142	\$21,279
Mérida, Yuc.	\$218,451	28	\$7,802	\$10,964
Mexicali, B.C.	\$229,458	28	\$8,195	\$11,516
Monclova, Coah.	\$255,966	28	\$9,142	\$12,847
Monterrey, N.L.	\$878,995	56	\$15,696	\$22,058
Morelia, Mich.	\$427,650	28	\$15,273	\$21,463
Oaxaca, Oax.	\$192,900	28	\$6,889	\$9,681
Puebla, Pue.	\$912,455	42	\$21,725	\$30,530
Querétaro, Qro.	\$401,633	28	\$14,344	\$20,158
San Andrés Tuxtla, Ver.	\$72,800	14	\$5,200	\$7,308
San Luis Potosí, S.L.P.	\$376,221	28	\$13,436	\$18,882
Tampico, Tamps.	\$390,725	28	\$13,954	\$19,610
Tapachula, Chis.	\$199,500	28	\$7,125	\$10,013
Tehuantepec, Oax.	\$138,600	14	\$9,900	\$13,912
Tepatitlán, Jal.	\$290,350	14	\$20,739	\$29,145
Tepic, Nay.	\$457,100	28	\$16,325	\$22,942
Tijuana, B.C.	\$765,000	28	\$27,321	\$38,394
Tlaxcala, Tlax.	\$72,520	14	\$5,180	\$7,279
Toluca, Edo. de Méx.	\$308,185	28	\$11,007	\$15,468
Torreón, Coah.	\$213,500	28	\$7,625	\$10,715
Tulancingo, Hgo.	\$52,500	14	\$3,750	\$5,270
Veracruz, Ver.	\$318,327	28	\$11,369	\$15,977
Villahermosa, Tab.	\$450,790	28	\$16,100	\$22,625

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI

Es importante señalar que a dichos precios promedio, y a manera de ejemplo, se les añadió la inflación acumulada⁸⁵ de agosto 2018 a diciembre 2021, para

⁸⁵ La inflación acumulada de agosto 2018 a diciembre 2021 fue de 16.73%.



dejar las cifras a enero 2022 y comprobar los precios competitivos que el Instituto oferta por sus servicios funerarios.

8 Estructura Analítica del Programa presupuestario (EAPp)

El Programa Presupuestario E0071 – Servicios por Prestaciones Sociales del IMSS tiene como objetivo que las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS reduzcan las dificultades para acceder eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales.

Para su diseño, seguimiento y evaluación, se aplica la Metodología del Marco Lógico (MML), la cual permite establecer una lógica de intervención clara, orientada a resultados. La cual se establece de acuerdo con lo siguiente:

8.1 Árbol de problemas

El análisis inicia con la identificación de un problema central, sus causas y efectos:

8.1.1 Problema central

Las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS presentan dificultades para acceder eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales.

8.1.2 Causas

- Acciones de capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud inadecuadas.
- Servicios de actividades físicas y deportivas deficientes.
- Servicios culturales institucionales inadecuados.
- Acciones de capacitación en la promoción de la salud inadecuados.
- Servicios funerarios deficientes.
- Instalaciones y servicios en los Centros Vacacionales (CV) deficientes.

8.1.3 Efectos

- Incremento en el estilo de vida sedentario.
- Deterioro en la salud integral.
- Incremento de enfermedades y accidentes.



- Aumento de competencia desleal.
- Limitadas actividades de recreación y esparcimiento.
- Limitada cobertura de seguridad social y acceso inequitativo a prestaciones económicas y sociales entre la población usuaria.

Este árbol permite diagnosticar con precisión el problema público que el programa E072 busca atender.

8.2 Árbol de Objetivos

A partir del problema identificado, se construye un árbol de objetivos donde se transforma cada elemento negativo en uno positivo:

8.2.1 Fin

Ampliar la cobertura de seguridad social y el acceso equitativo a prestaciones económicas y sociales de la población usuaria.

8.2.2 Propósito

Las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS reducen las dificultades para acceder eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales.

8.2.3 Medios o soluciones

- Acciones de capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud adecuadas.
- Servicios de actividades físicas y deportivas eficientes.
- Servicios culturales institucionales adecuados.
- Acciones de capacitación en la promoción de la salud adecuados.
- Servicios funerarios eficientes.
- Instalaciones y servicios en los Centros Vacacionales (CV) eficientes.

Este árbol permite definir líneas estratégicas claras que guían la intervención del programa. Con esta información, a continuación se construye la tabla de Estructura Analítica del Programa presupuestario E071.



Estructura Analítica del Pp

Situaciones negativas derivadas del árbol del problema		Solución óptima derivada del árbol de objetivos	
Efectos		Fines	
1	Incremento en el estilo de vida sedentario.	1	Disminución en el estilo de vida sedentario.
2	Deterioro en la salud integral.	2	Mejoramiento en la salud integral.
3	Incremento de enfermedades y accidentes.	3	Disminución de enfermedades y accidentes.
4	Aumento de competencia desleal.	4	Baja competencia desleal.
5	Limitadas actividades de recreación y esparcimiento.	5	Actividades de recreación y esparcimiento adecuadas.
Problema central		Objetivo central	
Las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS presentan dificultades para acceder eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales		Las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS reducen las dificultades para acceder eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales	
Causas		Medios	
1	Acciones de capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud inadecuadas.	1	Acciones de capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud adecuadas.
2	Servicios de actividades físicas y deportivas deficientes	2	Servicios de actividades físicas y deportivas eficientes
3	Servicios culturales institucionales inadecuados.	3	Servicios culturales institucionales adecuados.
4	Acciones de capacitación en la promoción de la salud inadecuados.	4	Acciones de capacitación en la promoción de la salud adecuados.
5	Servicios funerarios deficientes.	5	Servicios funerarios eficientes.
6	Instalaciones y servicios en los Centros Vacacionales deficientes.	6	Instalaciones y servicios en los Centros Vacacionales eficientes.

Es importante precisar, que la cadena causas-problema-efectos fue desarrollada en el apartado del árbol de problemas.



9 Vinculación con la Planeación Nacional del Desarrollo

El Pp E071 “*Servicios por Prestaciones Sociales*” cuenta con la siguiente alineación estratégica:

Tabla 8 VINCULACIÓN DEL PROGRAMA CON DIVERSOS INSTRUMENTOS

Instrumento	Eje / Objetivo Prioritario	Objetivo/ Estrategia Prioritaria / Meta
Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030	Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	Objetivo 2.7 Garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana mediante la consolidación y modernización del sistema de salud, con un enfoque de acceso universal que cierre las brechas de calidad y oportunidad, protegiendo el bienestar físico, mental y social de la población.
Programa Institucional del IMSS 2025-2030	3. Ampliar la cobertura de seguridad social y el acceso equitativo a prestaciones económicas y sociales de la población usuaria.	3.2 Fortalecer las actividades deportivas y culturales, a fin de contribuir al desarrollo integral de las personas.
		3.4 Evaluar y reforzar las capacidades operativas de Tiendas, Centros Vacacionales y Servicios Funerarios para incrementar su rentabilidad y garantizar un servicio de calidad a la población usuaria.
Objetivos de Desarrollo Sostenible	3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.	3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
		3.13 Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de



Instrumento	Eje / Objetivo Prioritario	Objetivo/ Estrategia Prioritaria / Meta
		alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.
	12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.	12.10. Elaborar y aplicar instrumentos que permitan seguir de cerca los efectos en el desarrollo sostenible con miras a lograr un turismo sostenible que cree puestos de trabajo y promueva la cultura y los productos locales

Fuente: Elaboración propia



10 Diseño operativo

El diseño del programa se detalla a continuación:

10.1 Modalidad presupuestaria

Tal como se mencionó con anterioridad, en 2016 fue creado el Pp E012 “Prestaciones Sociales” como resultado de la fusión de los Pp E009 Prestaciones Sociales Eficientes y E010 Otorgamiento de las Prestaciones de Velatorios, Centros Vacacionales y Tiendas que, de acuerdo con la SHCP, se consideraron complementarios debido a que atendían a la misma población potencial: todos los habitantes del país.

Posteriormente, y a partir de 2026, el Pp E012 se convertirá en el Pp E071 Servicios por Prestaciones Sociales, está clasificado programáticamente bajo la modalidad “E” Prestación de Servicios Públicos, debido a que está encaminado a la atención de los derechos para el desarrollo social, cultural y humano de la población, en particular con la seguridad social, salud, servicios culturales y deportivos.

El programa presupuestario tiene la siguiente modalidad y denominación:

Tabla 9 FICHA DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

Modalidad del Programa	Denominación del programa
E071	Servicios por Prestaciones Sociales

Fuente: Elaboración propia

10.2 Unidades Responsables

Las Unidades Responsables [UR] del Pp E071 Servicios por Prestaciones Sociales son las que a continuación se enuncian⁸⁶:

- División de Capacitación y Adiestramiento Técnico [DCAT]
- División de Promoción de la Salud [DPS]
- División de Cultura Física y Deporte [DCFyD]
- División de Velatorios [DV]
- División de Desarrollo Cultural [DDC]

⁸⁶ Este programa presupuestario se lleva de manera conjunta entre la Coordinación de Bienestar Social y la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas



- División de Centros Vacacionales y Unidad de Congresos [DCVyUC]

Adicional a dichas UR, se cuenta con dos unidades enlace y de seguimiento que son las siguientes:

- División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos [DATMP]
- Área de Evaluación de la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas

Cada UR realiza la planeación y seguimiento de sus servicios en cada uno de los OOAD con los que cuenta el Instituto en territorio nacional.

Tabla 10 UNIDADES RESPONSABLES

Denominación de la UR	Funciones de cada UR
División de Capacitación y Adiestramiento Técnico [DCAT]	A través de Implementación del programa operativo de cursos y talleres de Capacitación y Adiestramiento Técnico con enfoque en Andragogía, como estructura para la planeación y desarrollo de los cursos, así como de materiales de apoyo de prácticas pedagógicas, que permiten la adecuada selección de estrategias didácticas, se brindan cursos en línea enfocados en la capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud
División de Promoción de la Salud [DPS]	En la División de Promoción de la Salud a fin de contribuir a la formación de una cultura de salud, prevenir enfermedades y accidentes e incidir en la superación del nivel de vida ofrece Cursos en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social, los cuales basan sus intervenciones en estrategias de prevención primaria como comunicación de riesgos, educación para la salud y modificación de estilos de vida.
División de Cultura Física y Deporte [DCFyD]	La División de Cultura Física y Deporte ofrece cursos y talleres en materia deportiva en los más de 120 Centros de Seguridad Social del Instituto.
División de Velatorios [DV]	La División de Velatorios ofrece paquetes de servicio como lo son: velación en capilla; velación en domicilio; servicio directo local; traslado particular; traslado oficial;



Denominación de la UR	Funciones de cada UR
	embalsamamiento; artículos funerarios (ataúdes, urnas, ceras) y otros servicios como cremación o previsión funeraria.
División de Desarrollo Cultural [DDC]	Brinda cursos y talleres en materia cultural y artística, así como presentaciones artísticas en materia de artes escénicas (música, teatro, danza), exposiciones museísticas, funciones de cine, actividades de fomento a la lectura y de educación patrimonial, pláticas de cultura y salud en los Centros de Seguridad Social, Red de Teatros del IMSS, Biblioteca, Sala de Exposiciones Temporales y Centros Culturales.
División de Centros Vacacionales y Unidad de Congresos [DCVyUC]	Ofrece servicios de alojamiento y recreación (campamento, zona de albercas, spa, actividades de turismo deportivo, entre otras), servicios de arrendamiento para realización de eventos sociales, deportivos o culturales (ejemplo: conferencias, seminarios, simposios, etcétera)
División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos [DATMP]	División enlace por parte de la Coordinación de Bienestar Social, da seguimiento y asesoría a las Divisiones pertenecientes a dicha Coordinación
Área de Evaluación	Área enlace por parte de la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas, da seguimiento y asesoría a las todas Divisiones participantes dentro del programa.

Fuente: Elaboración propia

10.3 Bienes y servicios

El Pp E071 no otorga bienes, únicamente otorga servicios, dependiendo de la División Normativa o Área correspondiente:

Tabla 11 BIENES Y SERVICIOS OTORGADOS POR DIVISIÓN

División / Área	Prestación / Servicio
División de Promoción de la Salud	Cursos en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social, los cuales basan sus intervenciones en estrategias



División / Área	Prestación / Servicio
	de prevención primaria como comunicación de riesgos, educación para la salud y modificación de estilos de vida.
División de Velatorios	Paquetes de servicio como lo son: velación en capilla; velación en domicilio; servicio directo local; traslado particular; traslado oficial; embalsamamiento; artículos funerarios (ataúdes, urnas, ceras) y otros servicios como cremación.
División de Centros Vacacionales y Unidad de Congresos	Ofrece servicios de alojamiento y recreación (campamento, zona de albercas, spa, actividades de turismo deportivo, realización de eventos, entre otras)
División de Desarrollo Cultural	Brinda cursos en materia cultural y artística en los Centros de Seguridad Social y Red de Teatros del IMSS.
División de Cultura Física y Deportes	Ofrece cursos y talleres en materia deportiva en los más de 120 Centros de Seguridad Social del Instituto.
División de Capacitación y Adiestramiento Técnico	Brinda cursos en línea enfocados en la capacitación para la empleabilidad y el autocuidado de la salud
División de Apoyo Técnico y Mejora de Proceso	División enlace por parte de la Coordinación de Bienestar Social, da seguimiento y asesoría a las Divisiones pertenecientes a dicha Coordinación
Área de Evaluación	Área enlace por parte de la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas, da seguimiento y asesoría a las todas Divisiones participantes dentro del programa.

Fuente: Elaboración propia

10.4 Cobertura

La cobertura del Pp E071 “*Servicios por Prestaciones Sociales*” abarca, de forma general, todo el territorio nacional, y se encuentra delimitado por OOAD quienes ejercen recursos importantes de este programa, así como en Nivel Central.



Muestra de lo anterior, y a manera de ejemplo, se muestra la siguiente tabla con la participación porcentual, por OOAD, del número de usuarios que tomaron algún curso de prestaciones sociales:

Tabla 12 PARTICIPACIÓN PORCENTUAL ASISTENCIA CURSOS 2024

OOAD	Participación Porcentual
Campeche	0.27%
Yucatán	0.70%
Tabasco	0.77%
Colima	0.94%
Nayarit	1.10%
Quintana Roo	1.10%
Hidalgo	1.36%
Zacatecas	1.43%
Oaxaca	1.44%
Aguascalientes	1.47%
San Luis Potosí	1.72%
Durango	1.89%
Baja California	1.91%
Tamaulipas	1.91%
Coahuila	1.94%
Tlaxcala	2.01%
Baja California Sur	2.54%
Chiapas	2.54%
Querétaro	2.69%
Guerrero	2.82%
Morelos	2.89%
Guanajuato	2.93%
Michoacán	3.07%
Nuevo León	3.18%
Puebla	3.74%
Veracruz Sur	3.78%
México Oriente	4.06%
Chihuahua	4.09%
CDMX Sur	4.45%
Sonora	4.67%
Sinaloa	4.78%



OOAD	Participación Porcentual
Veracruz Norte	5.43%
México Poniente	5.59%
Jalisco	6.52%
CDMX Norte	8.27%
Total	100

Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS

Finalmente, en la siguiente tabla, se muestra la presencia, por OOAD, de cada una de las UR participantes en el programa:

Tabla 13 PRESENCIA DE LAS UR POR OOAD

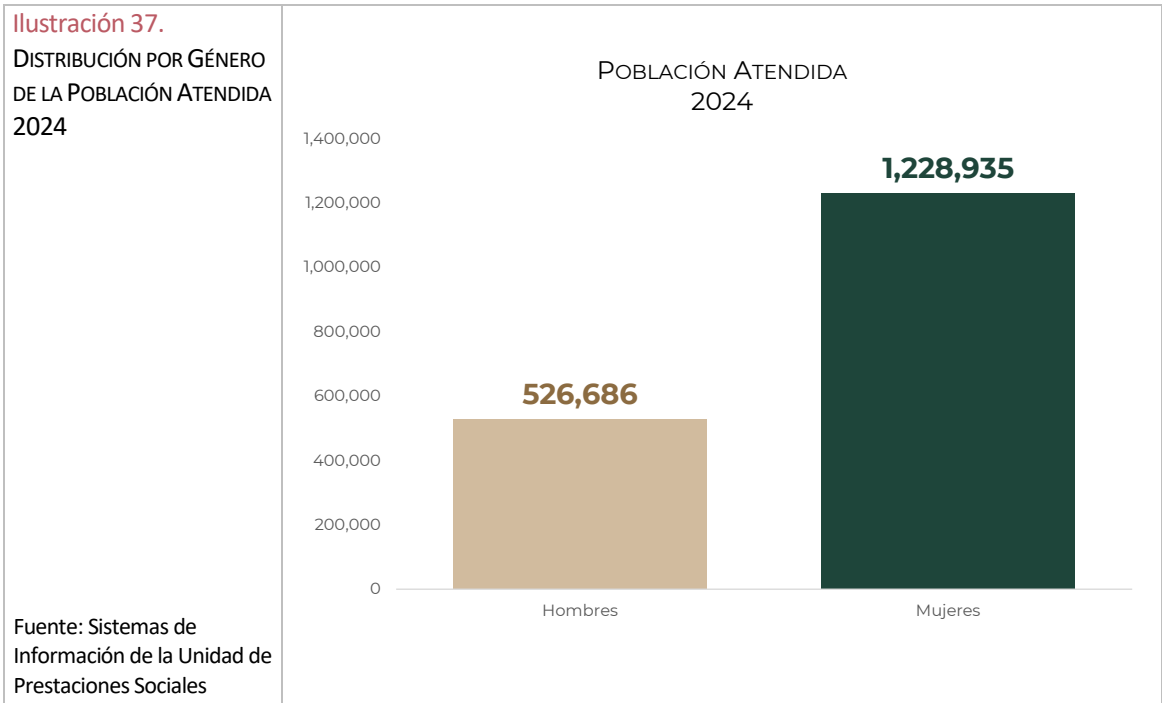
OOAD	DPS	DCAT	DCFyD	DDC	DCVyUC
Aguascalientes	X	X	X	X	
Baja California	X	X	X	X	
Baja California Sur	X	X	X	X	
Campeche	X	X	X	X	
Coahuila	X	X	X	X	
Colima	X	X	X	X	
Chiapas	X	X	X	X	
Chihuahua	X	X	X	X	
CDMX Norte	X	X	X	X	X
CDMX Sur	X	X	X	X	X
Durango	X	X	X	X	
Guanajuato	X	X	X	X	
Guerrero	X	X	X	X	
Hidalgo	X	X	X	X	
Jalisco	X	X	X	X	
México Oriente	X	X	X	X	X
México Poniente	X	X	X	X	X
Michoacán	X	X	X	X	
Morelos	X	X	X	X	X
Nayarit	X	X	X	X	
Nuevo León	X	X	X	X	
Oaxaca	X	X	X	X	
Puebla	X	X	X	X	X
Querétaro	X	X	X	X	



OOAD	DPS	DCAT	DCFyD	DDC	DCVyUC
Quintana Roo	X	X	X	X	
San Luis Potosí	X	X	X	X	
Sinaloa	X	X	X	X	
Sonora	X	X	X	X	
Tabasco	X	X	X	X	
Tamaulipas	X	X	X	X	
Tlaxcala	X	X	X	X	X
Veracruz Norte	X	X	X	X	
Veracruz Sur	X	X	X	X	
Yucatán	X	X	X	X	
Zacatecas	X	X	X	X	

11 Registro de población atendida

En lo que respecta a población atendida, durante el año 2024, se atendieron a 1.75 millones de personas, mismas que se distribuyen de la siguiente manera:





12 Análisis de similitudes, complementariedades y duplicidades

Derivado de una revisión sobre posibles similitudes que pudiera tener el programa E071 Servicios por Prestaciones Sociales con algún otro problema federal se encontró que el Pp 046 “*Servicios deportivos, culturales, turísticos y funerarios*” por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE] cuenta con servicios similares para los trabajadores que laboran en las diferentes secretarías de estado.

En este sentido, con base en la Ficha Inicial de Monitoreo 2019-2020 se observa que el objetivo de dicho programa es el de “*contribuir al bienestar social de los trabajadores del Estado, familiares de los trabajadores y de pensionados y jubilados*”.

Respecto a las poblaciones, dicho programa se focaliza a los trabajadores al servicio del Estado, familiares de trabajadores y de pensionados y jubilados.

Desde un punto de vista de indicadores de componentes, el Pp E071 presenta complementariedad con el Pp E004 “*Capacitación para incrementar la productividad*” perteneciente a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, dado que ambos programas brindan cursos de capacitación y adiestramiento a los trabajadores asalariados.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con la MIR 2021, el objetivo del nivel Fin del Pp E004 es “*contribuir a dignificar el trabajo y estimular la productividad*” y el objetivo a nivel propósito es que los “*trabajadores de los sectores formal e informal de la economía incrementan sus competencias laborales*”.

Análisis de similitudes, complementariedades y duplicidades

Nombre y clave del Pp	Dependencia o entidad	Problema público	Objetivo central	Población objetivo	Cobertura geográfica	Bien y/o servicio generado	Relación identificada (Similitud, complementariedad o duplicidad)	Explicación
046 Servicios deportivos, culturales, turísticos y funerarios	ISSSTE	Baja participación social en su comunidad.	Contribuir al bienestar social de los trabajadores del Estado, familiares de los trabajadores y de pensionados y jubilados	Derechohabientes del ISSSTE	Delegaciones ISSSTE	Servicios sociales entregados	Servicios deportivos, culturales, recreativos y funerarios	Programa similar al que se tienen en el IMSS, aunque la DH del IMSS es mayor



004 Capacitación para incrementar la productividad	STPS	Deficiencia en las competenci as laborales	Contribuir a dignificar el trabajo y estimular la productivi dad	Empresas y trabajadore s	Población abierta	Cursos de capacitación	Cursos de capacitación	Cursos similares en materia de capacitación pero con enfoque distinto
--	------	---	--	--------------------------------	----------------------	---------------------------	---------------------------	---



13 Instrumento de Seguimiento del Desempeño

	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
FIN	Contribuir a ampliar la cobertura de seguridad social y el acceso equitativo a prestaciones económicas y sociales de la población usuaria.	Tasa de variación anual de las personas beneficiarias de las prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI), Sistema de Administración y Contable de Velatorios (SIACOV) y Sistema de Administración Hotelero para Centros vacacionales IMSS (OFIMÁTICA/SAH); Anual; Área responsable: La Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas y la Coordinación de Bienestar Social de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	Las condiciones socioeconómicas del país permiten que el Instituto contribuya al bienestar social de las personas.
	Contribuir a ampliar la cobertura de seguridad social y el acceso equitativo a prestaciones económicas y sociales de la población usuaria.	Cobertura de personas beneficiarias de potenciales prestaciones sociales	Inscripciones (numerador): Base de datos de la DPES, Anual; Área responsable: Dirección de Prestaciones Económica y Sociales (DPES). Incripciones proyectadas (denominador) Programa Anual de Trabajo (PAT); Anual; Área responsable: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES).	Las condiciones socioeconómicas del país permiten que el Instituto contribuya al bienestar social de las personas.
Propósito	Las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS reducen las dificultades para acceder eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales.	Promedio de ocupación de los servicios de las prestaciones sociales institucionales.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI), Sistema de Administración y Contable de Velatorios (SIACOV) y Sistema de Administración Hotelero para Centros vacacionales IMSS (OFIMÁTICA/SAH); Anual; Área responsable: La Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas y la Coordinación de Bienestar Social de la la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	Los usuarios consumen los servicios de las prestaciones sociales institucionales.
	Las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales del IMSS reducen las dificultades para acceder	Tasa de variación anual de satisfacción de los servicios de prestaciones institucionales.	Encuestas de Satisfacción y Calidad de los servicios; Anual; Área responsable: La Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas y la Coordinación de Bienestar Social adscritas a la Dirección de Prestaciones Económicas y	Los usuarios consumen los servicios de las prestaciones sociales institucionales.



	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
	eficientemente a servicios de calidad en materia de prestaciones sociales institucionales.		Sociales. Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	
Componente	C.1. Cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud impartidos.	Porcentaje de eficiencia terminal cursos presenciales sobre empleabilidad.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas. La demanda de los cursos y talleres es estable.
Componente	C.1. Cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud impartidos.	Porcentaje de eficiencia terminal de cursos CLIMSS sobre autocuidado de la salud.	Base de datos descargadas de la plataforma CLIMSS; Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Bienestar Social adscrita a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas. La demanda de los cursos y talleres es estable.
Componente	C.1. Cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud impartidos.	Tasa de variación de cursos y talleres realizados de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas. La demanda de los cursos y talleres es estable.
Componente	C.2. Actividades físicas y deportivas otorgadas.	Porcentaje de actividades físicas y deporte otorgadas en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (UOPSI).	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales; información Trimestral; Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas para realizar las actividades de cultura física y Deporte.
Componente	C.2. Actividades físicas y deportivas otorgadas.	Proporción de personas que hacen uso de los servicios de Cultura Física y Deporte en las Unidades Operativas de	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales; información Trimestral; Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc,	Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas para realizar las actividades de cultura física y Deporte.



	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
		Prestaciones Sociales (UOPSI).	Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	
Componente	C.3. Servicios Culturales Institucionales impartidos.	Porcentaje de los servicios otorgados en los servicios culturales del IMSS.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Los usuarios asisten y resuelven la encuesta de satisfacción
Componente	C.3. Servicios Culturales Institucionales impartidos.	Porcentaje de los usuarios que utilizaron los servicios culturales del IMSS.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Los usuarios asisten y resuelven la encuesta de satisfacción
Componente	C.4. Cursos en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social otorgados.	Porcentaje de cursos y talleres de promoción a la salud impartidos a los usuarios.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas.
Componente	C.4. Cursos en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social otorgados.	Porcentaje de usuarios que hacen uso de los cursos de promoción a la salud.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas.
Componente	C.5. Servicios (alojamiento, recreación, deporte e integración) en los Centros Vacacionales otorgados.	Tasa de variación porcentual de los usuarios que hacen uso de las instalaciones y servicios de los Centros Vacacionales.	Sistema de Administración Hotelero para Centros vacacionales IMSS (OFIMÁTICA/SAH); Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas adscrita a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas. La demanda de los Centros Vacacionales se mantiene estable.



	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Componente	C.6. Servicios funerarios otorgados.	Tasa de variación en servicios funerarios otorgados.	Reporte VEL-A-10 emitido por el Sistema Administrativo y Contable de Velatorios, proporcionado por cada Velatorio y el Fideicomiso de Beneficios Sociales, Concentrado General de Paquetes Nuevos y aplicativo Fibesoft del Fideicomiso de Beneficios Sociales; Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	Las personas tienen interés en contratar los servicios funerarios.
Actividad	C.1.A.1. Inscripción de usuarios a cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud.	Porcentaje de personas inscritas en los cursos y talleres presenciales.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Los usuarios se inscriben en tiempo y forma a los cursos y talleres.
Actividad	C.1.A.1. Inscripción de usuarios a cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud.	Porcentaje de personas inscritas en los cursos y talleres virtuales.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Los usuarios se inscriben en tiempo y forma a los cursos y talleres.
Actividad	C.2.A.2. Inscripción de personas a las actividades físicas y Deportivas.	Porcentaje de personas inscritas a cursos, talleres y eventos de activación física y deporte en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (UOPSI).	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Los usuarios se inscriben en tiempo y forma a los cursos, talleres y eventos de activación física y deporte.
Actividad	C.3.A.3. Inscripción de personas a cursos y talleres de desarrollo cultural del IMSS.	Porcentaje de personas inscritas a cursos y talleres de Desarrollo Cultural.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Los usuarios se inscriben en tiempo y forma a los cursos y talleres.
Actividad	C.4.A.4. Inscripción de personas a	Porcentaje de personas inscritas	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales	Los usuarios se inscriben en tiempo y



	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
	cursos de Promoción a la Salud.	a cursos de Promoción a la Salud.	(SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Trimestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	forma a los cursos y talleres.
Actividad	C.4.A.5. Actualización de programas a usuarios de los servicios de Promoción de la Salud.	Porcentaje de programas de capacitación actualizados de Promoción de la Salud.	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) a cargo de la Coordinación de Bienestar Social dependiente de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, información Semestral, Manuel Villalongín 117, Tercer Piso, Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.	Actualización de lineamientos y objetivos del Instituto.
Actividad	C.5.A.6. Promoción de servicios de los Centros Vacacionales IMSS.	Porcentaje de personas usuarias que se enteraron de los servicios a través de la promoción y difusión de Centros Vacacionales en Internet.	Reporte de Encuestas de Calidad en el Servicio aplicadas en los Centros Vacacionales; Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas adscrita a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales; Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	La población usuaria tiene conocimiento de las promociones que se difunden de los Centros Vacacionales del IMSS.
Actividad	C.5.A.6. Promoción de servicios de los Centros Vacacionales IMSS.	Porcentaje de usuarios que utilizan algún descuento en las tarifas, respecto del total de usuarios registrados.	Sistema de Administración Hotelero para Centros vacacionales IMSS (OFIMÁTICA/SAH); Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas adscrita a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales; Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500	La población usuaria tiene conocimiento de las promociones que se difunden de los Centros Vacacionales del IMSS.
Actividad	C.6.A.7 Captación de finados en los velatorios IMSS.	Porcentaje de capacidad del servicio de velaciones en capilla otorgadas en los servicios funerarios.	Reporte VEL-A-10 emitido por el Sistema Administrativo y Contable de Velatorios, proporcionado por cada Velatorio y el Fideicomiso de Beneficios Sociales, Concentrado General de Paquetes Nuevos y aplicativo Fibesoft del Fideicomiso de Beneficios Sociales; trimestral; Área responsable: Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas; Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía	La demanda de los servicios de velatorios IMSS se mantiene estable.



	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
			Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	
Actividad	C.6.A.7 Captación de finados en los velatorios IMSS.	Porcentaje de captación de finados en Velatorios IMSS.	Reporte Información Estadística de Velatorios IMSS proporcionados por cada Velatorio y el Fideicomiso de Beneficios Sociales; trimestral, Área responsable: Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos; Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	La demanda de los servicios de velatorios IMSS se mantiene estable.
Actividad	C.6.A.8 Promoción y difusión de servicios funerarios.	Variación porcentual de pláticas de promoción y difusión de los servicios funerarios.	Correos y Oficios de Jefes de Oficina de Sociales de Ingreso y Velatorios IMSS; Trimestral; Área responsable: División de Velatorios pertenecientes a la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas; Manuel Villalongín #117, Tercer Piso Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, CP 06500.	La población usuaria asiste a las pláticas de los servicios de Velatorios IMSS.



14 Análisis presupuestal

El Pp E071, en el Presupuesto de Egresos de la Federación de 2025, tiene presupuesto asignado en cuatro diferentes capítulos de gasto.

Los montos se detallan en la siguiente tabla.

Recursos presupuestarios por capítulo de gasto

Capítulo	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	1,166,257,213.00
2000 Materiales y suministros	204,445,662.00
3000 Servicios generales	703,071,485.00
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	132,491,083.00
Total	

Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación, disponible en: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/DatosAbiertos/Bases_de_datos_presupuesto/XLSX/PEF_2025.xlsx

Fuente u origen de los recursos

El Pp E071 “*Servicios por Prestaciones sociales*”, tiene como única fuente de financiamiento para el ejercicio presupuestal 2025 a los ingresos propios

Fuente de Recursos	Porcentaje respecto al presupuesto estimado
Recursos Fiscales	
Otros recursos ⁸⁷ (especificar fuente(s))	100
Total	100

Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación, disponible en: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/DatosAbiertos/Bases_de_datos_presupuesto/XLSX/PEF_2025.xlsx

Para analizar el comportamiento de la asignación presupuestal del E071 Servicios por Prestaciones Sociales, se conjuntó una base de datos que comprendió el período 2016-2024, para posteriormente establecer como año base el 2024, y así deflactar a precios constantes.

Derivado de lo anterior, se muestra la siguiente gráfica, misma que contiene los montos en cifras nominales y reales:

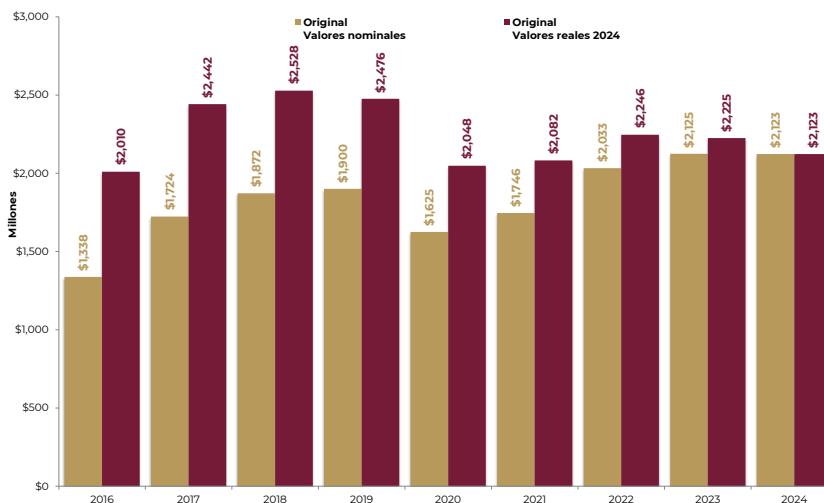
⁸⁷ Recursos propios del Instituto



Ilustración 38.

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL
A PRECIOS CORRIENTES Y
PRECIOS CONSTANTES
(2016-2024)

Fuente: Elaboración propia
con datos de la Dirección de
Finanzas e INEGI



Tal como se puede apreciar, durante el 2024, el programa, en términos reales, tuvo una disminución presupuestal del 4.6%. Sin menoscabo de lo anterior, y derivado de alcanzar economías importantes en el ejercicio presupuestal, además de una eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, se logró llegar a más población usuaria.

De hecho, la siguiente gráfica muestra la asignación presupuestal, a precios constantes, por usuario atendido:

Ilustración 39.

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL
PER CÁPITA A PRECIOS
CONSTANTES 2024

Fuente: Elaboración propia
con datos de la Dirección de
Finanzas e INEGI

