

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y
SOCIALES**

**COORDINACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL
COORDINACIÓN DE CENTROS VACACIONALES,
VELATORIOS, UNIDAD DE CONGRESOS Y TIENDAS**

**DIAGNÓSTICO DEL PP E012 “PRESTACIONES
SOCIALES”**





GOBIERNO DE
MÉXICO



CONTENIDO

CONTENIDO	3
Acrónimos	6
1. Antecedentes	8
2. Identificación, definición y descripción del problema	11
2.1 Identificación.....	11
2.2 Definición	11
2.3 Descripción	18
2.4 Estado Actual del problema	20
2.4.1 Estado del Arte.....	25
2.4.2 Situación Actual	29
2.4.3 Diagnóstico situacional de las UR.....	43
2.5 Evolución del Problema	68
2.5.1 División de Capacitación y Adiestramiento Técnico [DCAT].....	68
2.5.2 División Promoción de la Salud [DPS].....	69
2.5.3 División de Velatorios.....	72
2.5.4 División de Centros Vacacionales y Unidad de Congresos [DCVyUC]	77
2.5.5 División de Cultura Física y Deporte [DCFyD]	82
2.5.6 División de Desarrollo Cultural [DDC].....	86
2.6 Experiencias de Atención	93
2.6.1 Ámbito Cultura Física y Deporte	94
2.6.2 Ámbito de la Capacitación y Adiestramiento Técnico	98
2.6.3 Ámbito de la Cultura.....	99
2.6.4 Ámbito de Servicios Funerarios	101
2.7 Árbol del Problema	101
2.7.1 Causas	102
3. Objetivo	107
3.1 Árbol del Objetivo	107
3.1.1 Medios	107
3.2 Determinación de los objetivos del programa	112
3.2.1 Objetivo a Nivel Fin.....	112
3.2.2 Objetivo a Nivel Propósito.....	112
3.2.3 Objetivo a Nivel Componente	112
3.3 Aportación del programa a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y de la Institución	113
4. Cobertura	117
4.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque potencial.....	119
4.2 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque objetivo.....	119
4.3 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.....	123
4.4 Frecuencia de actualización de la población o área de enfoque potencial y objetivo..	124
4.5 Conceptos Poblaciones	124
5. Análisis de Alternativas.....	126



6.	Diseño del Programa propuesto o con cambios sustanciales.....	133
6.1	Modalidad del programa.....	133
6.2	Diseño del programa.....	133
6.3	Previsiones para la integración y operación del padrón de beneficiarios.....	136
6.4	Matriz de Indicadores para Resultados.....	136
6.4.1	Antecedentes.....	136
6.4.2	Resultado Final.....	141
7.	Análisis de similitudes o complementariedades.....	143
8.	Presupuesto.....	144
8.1	Impacto presupuestario y fuentes de financiamiento.....	144
9.	Anexo MIR.....	150
	Bibliografía.....	166
	ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	173
	ÍNDICE DE TABLAS.....	175

ACRÓNIMOS

Tabla 1 TABLA DE ACRÓNIMOS

Acronimo	Significado
AE	Área de Evaluación
CBS	Coordinación de Bienestar Social
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo
CSS	Centros de Seguridad Social
DATMP	División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos
DCAT	División de Capacitación y Adiestramiento Técnico
DCFyD	División de Cultura Física y Deporte
DCVyUC	División de Centros Vacacionales y Unidad de Congresos
DDC	División de Desarrollo Cultural
DOF	Diario Oficial de la Federación
DPES	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
DPS	División de Promoción de la Salud
DV	División de Velatorios
ENT	Enfermedades no Transmisibles
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FIBESO	Fideicomiso de Beneficios Sociales
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
LSS	Ley del Seguro Social
MIR	Matriz de Indicadores de Resultados
MML	Matriz de Marco Lógico
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONU	Organización de Naciones Unidas
OOAD	Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PIIMSS	Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social
PND	Plan Nacional de Desarrollo
Pp	Programa Presupuestario
PPEF	Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación
SECTUR	Secretaría de Turismo
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
TCMA	Tasa de Crecimiento Media Anual
UOPSI	Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales
UR	Unidades Responsables

Fuente: Elaboración propia

1. ANTECEDENTES

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:

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

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

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 Knaul 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

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 será el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo [CONEVAL].

El Pp E012 “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. IDENTIFICACIÓN, DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

2.1 IDENTIFICACIÓN

El Pp E012 identificó que existe un problema público definido que engloba el desaprovechamiento del uso de espacios protectores que contribuyen a favorecer la salud y bienestar de los derechohabientes a través de la cultura, la activación física, la recreación y la capacitación. Asimismo, tal como se mencionó con anterioridad su objetivo o enfoque es lograr que las personas atendidas accedan a servicios de calidad de prestaciones sociales institucionales.

Por lo anterior, se identificó la siguiente problemática para el Pp:

“Las personas usuarias acceden a servicios de mala calidad de prestaciones sociales institucionales”.

Derivado de lo anterior, se realizó un análisis con cada una de las Unidades Responsables de la Operación del Programa Presupuestario [UROPP] y se identificó que, aunque los servicios ofertados son diferentes, hay una coincidencia en las causas que ocasionan este problema, entre las que destacan

- Desgaste y subutilización de la infraestructura.
- Limitado control de calidad de los cursos/talleres que se ofertan.
- Falta de cobertura de plazas de personal docente y operativo.
- Recursos tecnológicos y materiales limitados.
- Baja productividad en las unidades operativas.
- Desconocimiento de los servicios de prestaciones sociales por limitada difusión.

2.2 DEFINICIÓN

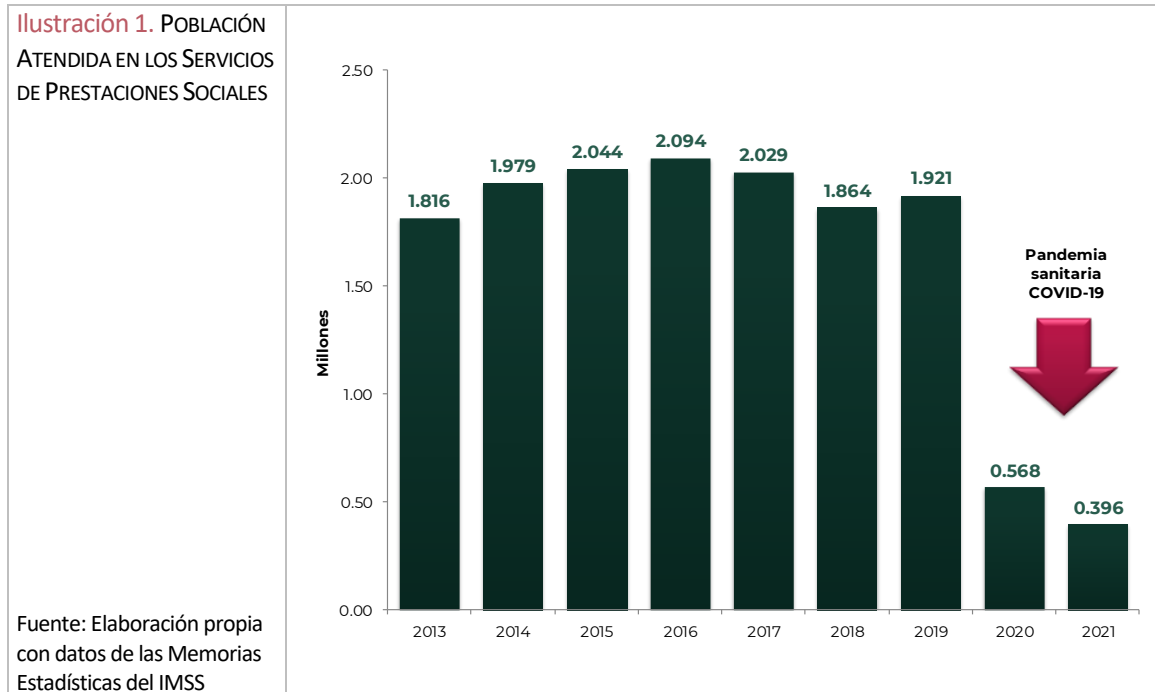
El problema público que busca atender el Pp E012 se determina de la siguiente manera:

“Las personas usuarias acceden a servicios de mala calidad 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 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

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.

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

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:

- Determinantes económicos, sociales y políticos.- De responsabilidad multifactorial del Estado.
- 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:

- Estilos de vida.
- Factores ambientales
- Factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población
- 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”.

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

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

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:

- Promoción de la salud
- Protección de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Restauración de la salud
- 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 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:

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

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.

“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 E012 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.

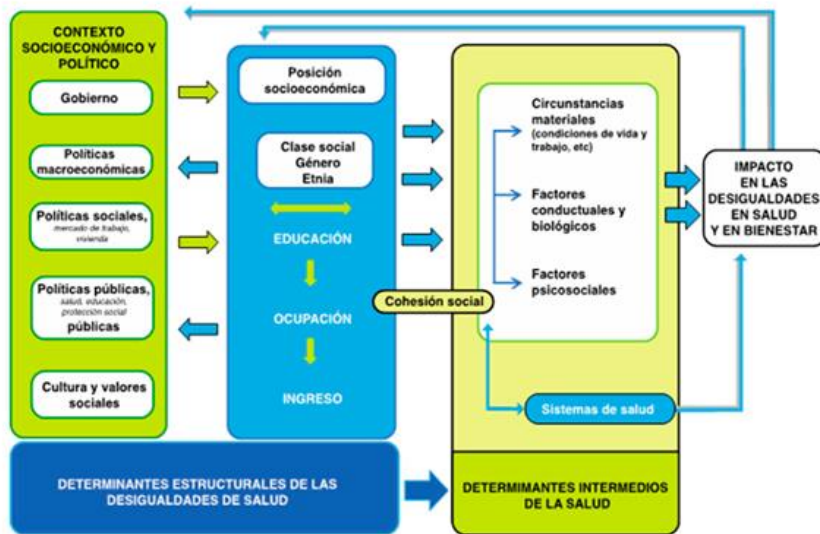
Por lo anterior, se debe recalcar que la salud incluye aspectos subjetivos, como el bienestar físico y mental; pero también aspectos objetivos como la capacidad del funcionamiento y ausencia de enfermedad; y finalmente, aspectos sociales de adaptación y trabajo productivo¹⁵.

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”.

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:

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.

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

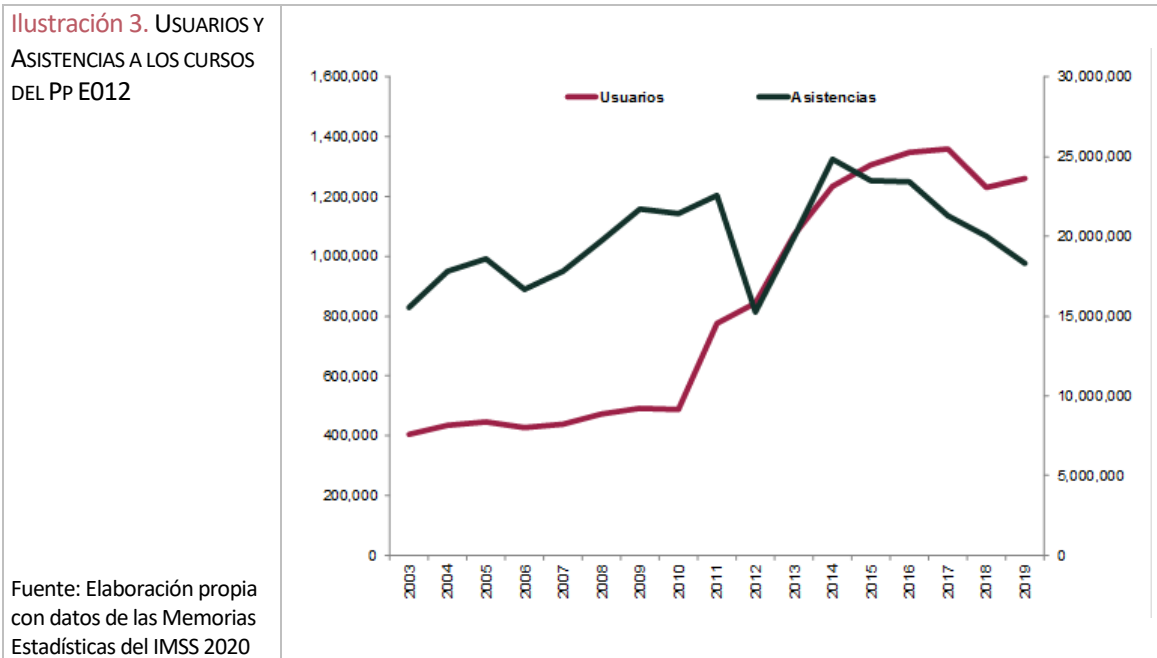
El concepto de bienestar descrito en una Institución de Seguridad Social, debe alinearse a una visión holística de la salud y no sólo la ausencia de enfermedades.

2.3 DESCRIPCIÓN

El objetivo del presente apartado es describir el estado que guarda la problemática que pretende atender el programa a fin de dimensionar el reto de operar este programa público y así lograr su objetivo.

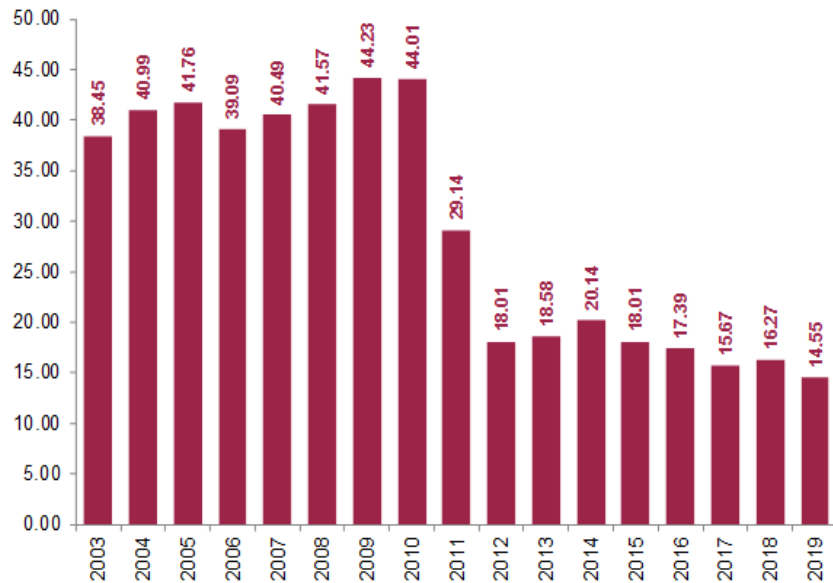
Para ello, se obtuvo información pública en materia de usuarios y asistencias a cursos que abarca este programa.

Tal como se puede ver el número de usuarios ha ido incrementando conforme el paso del tiempo; no obstante, el número de asistencias presenta un decremento importante durante los últimos años:



La gráfica anterior, lleva a calcular el promedio de asistencias al año por usuario, dando como resultado lo siguiente:

Ilustración 4. ASISTENCIAS
PROMEDIO POR USUARIO



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

La gráfica anterior muestra, de manera preocupante, que la asistencia promedio por usuario, se ha reducido a una tercera parte, considerando el valor máximo de referencia del periodo analizado.

Finalmente, agrupando los problemas y retos indicados por las UROPp, éstos se podrían resumir en las siguientes variables:

- Calidad en el servicio
- Satisfacción al cliente
- Cobertura
- Infraestructura
- Gestión
- Recursos humanos
- Recursos materiales
- Recursos tecnológicos
- Difusión y promoción

2.4 ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

El Pp E012 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 exíguo 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.

2.4.1 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 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,

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.

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

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

Para Lazarsfeld²⁴ (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

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.

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

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. 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.

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.

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

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 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

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.

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.

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).

2.4.2 Situación Actual

Como se ha mencionado en los apartados anteriores el Pp E012 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

³⁸ Laforge, R.; Rossi, J.; Prochaska, J.; Velicer, W.; Levesque, D. y McHorney, C. (1999). Stage of regular exercise and healthrelated 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, CW. (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.

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

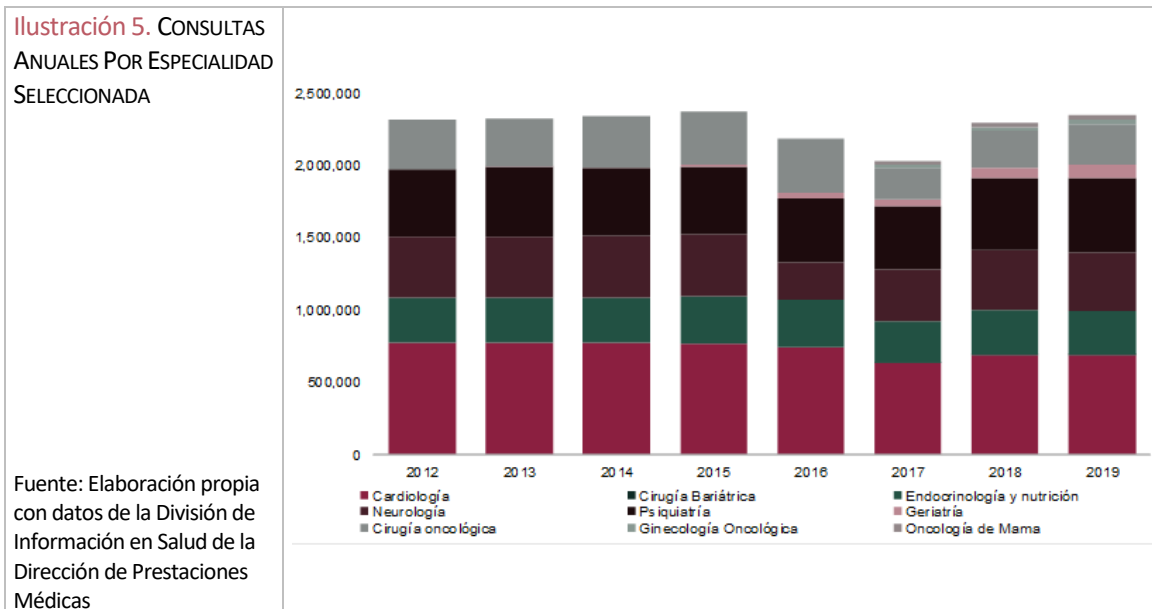
⁴⁵ Tremblay, M.; Inman, J. y Willms, J. (2000). The Relationship Between Physical Activity, Self-Esteem, and Academic Achievement in 12-Year-Old Children. *Pediatric Exercise Science*, 12, 312-324.

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:



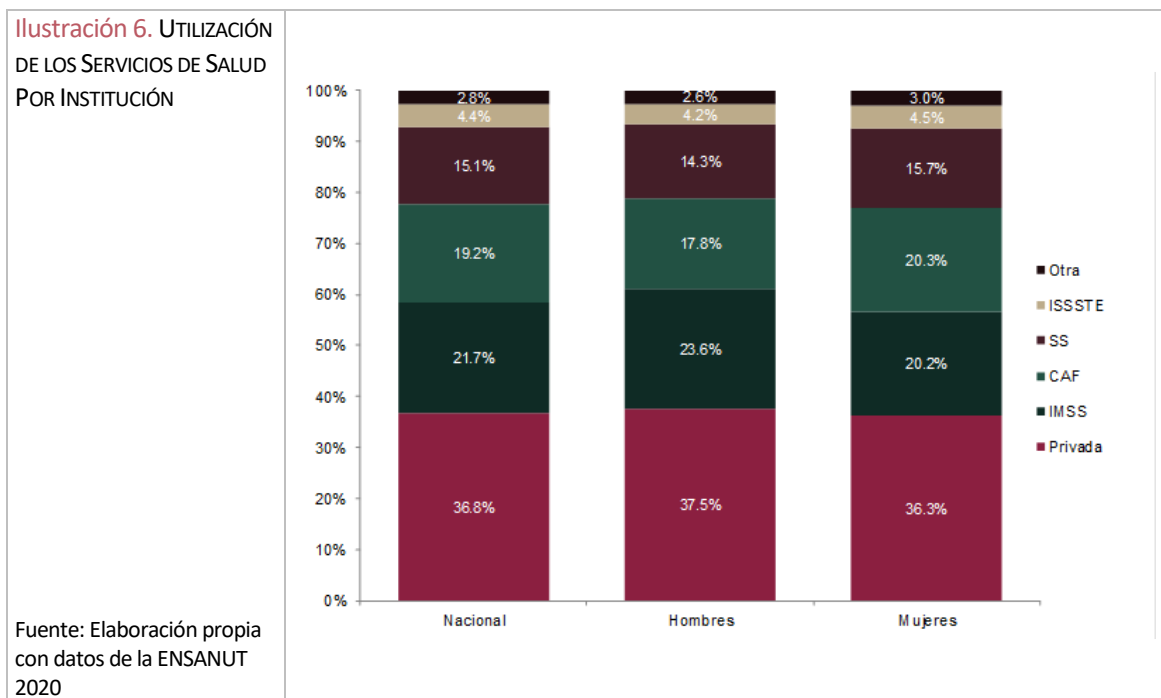
Tal como se puede apreciar, hay especialidades que conforme ha transcurrido el tiempo, su participación porcentual dentro del total de consultas de especialidades se ha incrementado de forma notable. Más aún, se observa un cambio de dirección en la atención médica, migrando de enfermedades gastrointestinales, 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 215.3%, la geriatría 121.62%, la oncología de mama 26.59% y ginecología oncológica con 10.58%.

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

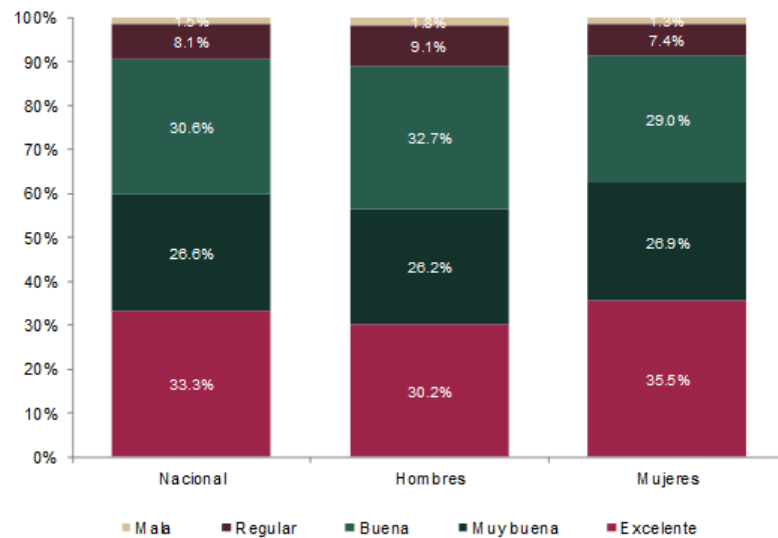
2.4.2.1 Utilización de los servicios de salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2020, a nivel nacional, 56% de la población se atendió en servicios privados (36.8% en un consultorio, clínica u hospital privado y 19.2% en consultorios adyacentes a farmacias [CAF]), 21.7% en el IMSS, 15.1% en la Secretaría de Salud (SS), 4.4% en ISSSTE y 2.8% en otros.



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

Ilustración 7.
CALIFICACIONES ATENCIÓN MÉDICA



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2020

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.

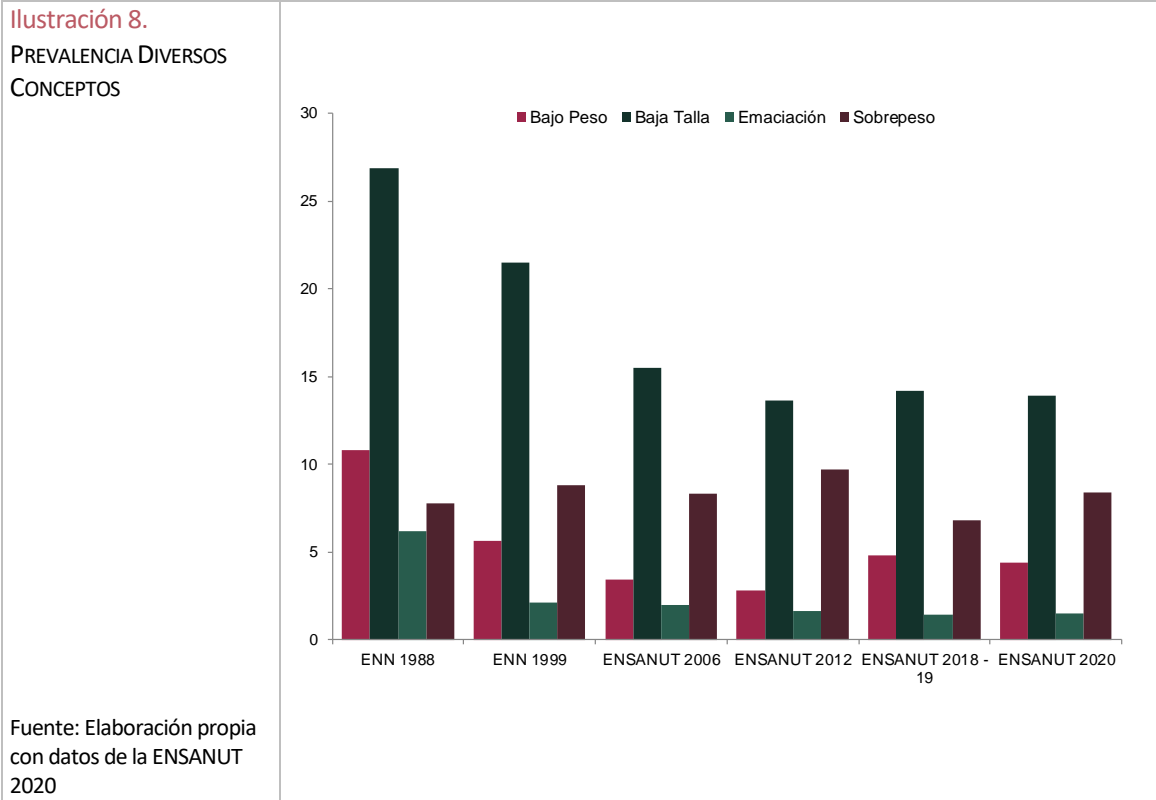
2.4.2.2 Nutrición

Siguiendo los resultados observados de la ENSANUT 2020, 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.

2.4.2.2.1 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 2 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	1,573	9,990.1	5.1	3.6,7.1	4.1	2.8,5.9
Bajo Talla	1,573	9,990.1	13.6	11.0,16.6	14.1	11.5,17.1
Emaciación	1,573	9,990.1	1.7	1.0,2.9	1.4	0.8,2.4
Sobrepeso + Obesidad	1,573	9,990.1	8.7	6.6,11.4	8.3	6.8,10.0

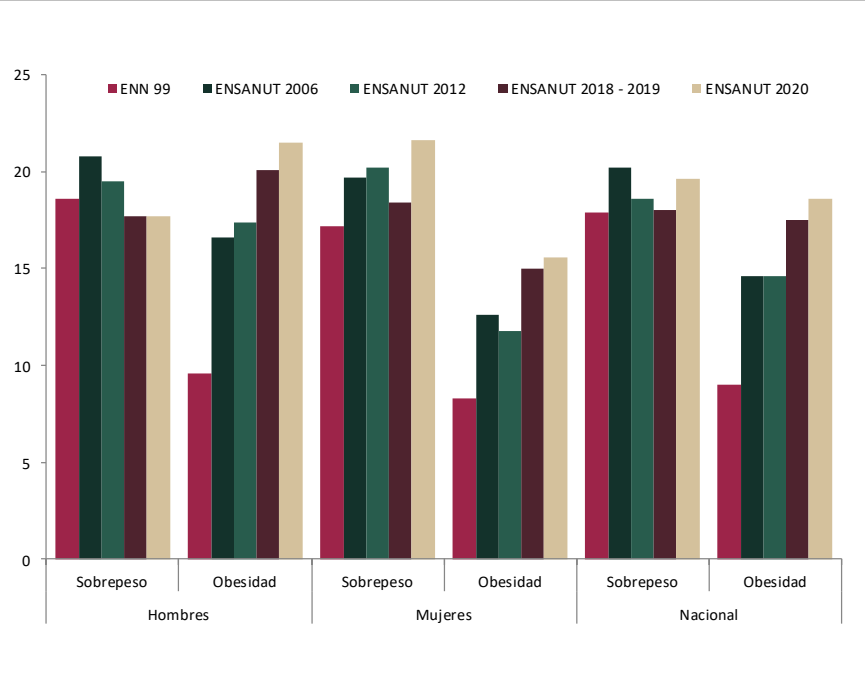
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2020

2.4.2.2.2 Niñas y niños de 5 a 11 años

En este grupo de edad, la prevalencia de sobrepeso a nivel nacional fue de 19.6%, es decir, casi 1 de cada 5 niños. Desglosando por género, en hombres fue de 17.7% y en mujeres de 21.6%. En lo concerniente a la prevalencia de obesidad

se observó en 18.6% de los escolares, 21.5% en hombres y 15.6% en mujeres. Comparando el histórico de la ENSANUT, ambos conceptos presentan un alta importante, especialmente en los hombres.

Ilustración 9.
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 5 A 11 AÑOS



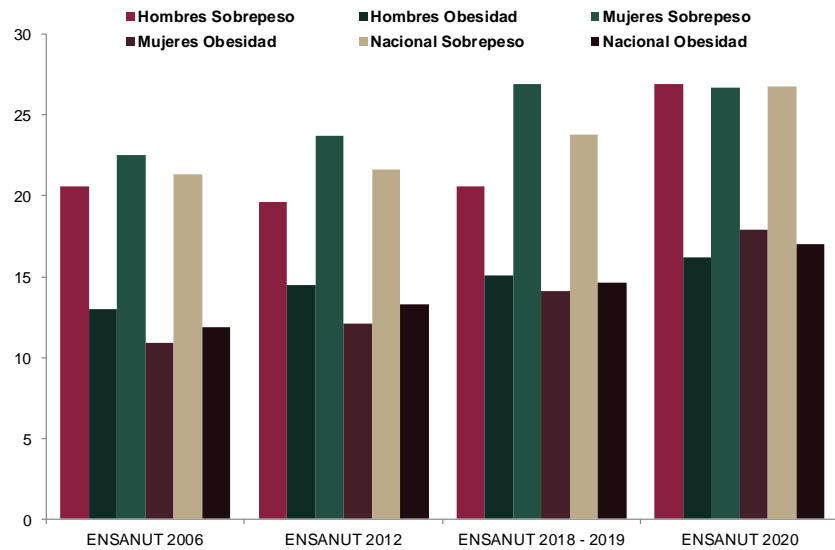
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2020

2.4.2.2.3 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 26.8% de forma general, y desglosando por género se observó que el 26.7% de las mujeres tiene sobrepeso, así como el 26.9% de los hombres. En lo que respecta a la obesidad, de manera general la prevalencia fue de 17%, mientras que en mujeres fue de 17.9% y en hombres fue de 16.2%. Dichos conceptos presentan incrementos importantes durante el periodo de aplicación de la ENSANUT.

Ilustración 10.
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 12 A 19 AÑOS

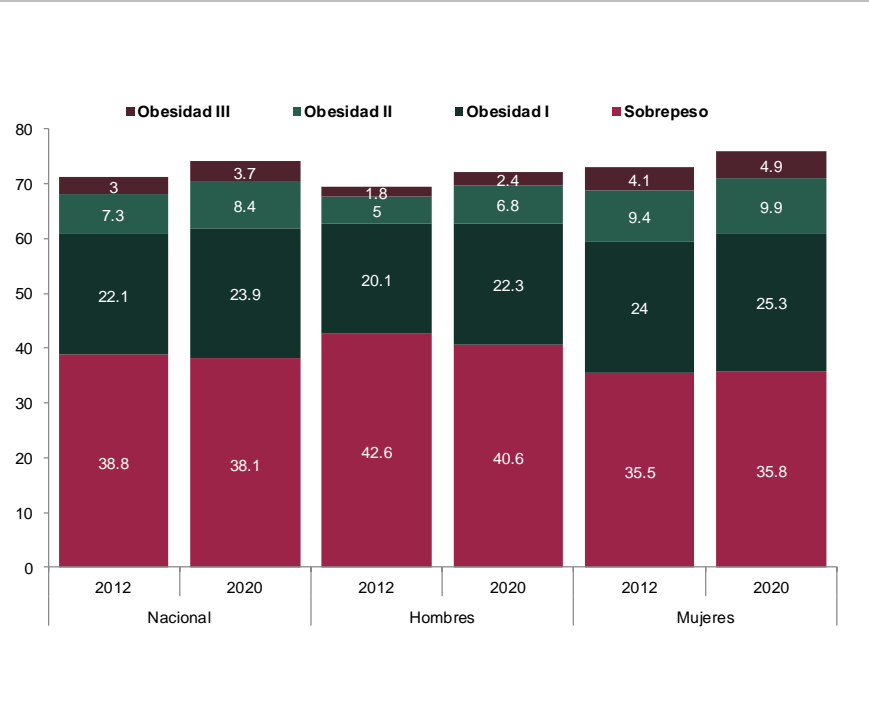


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2020

2.4.2.2.4 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 2020 aumentó en hombres un 3.9% y en mujeres en un 4%. Comparando únicamente obesidad, los hombres tuvieron un incremento del 17.5% pasando de 26.8% (2012) a 31.5% (2020); mientras que las mujeres sufrieron un incremento del 7.2% pasando de 37.5% (2012) a 40.2% (2020).

Ilustración 11.
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2020

2.4.2.3 Enfermedades crónicas

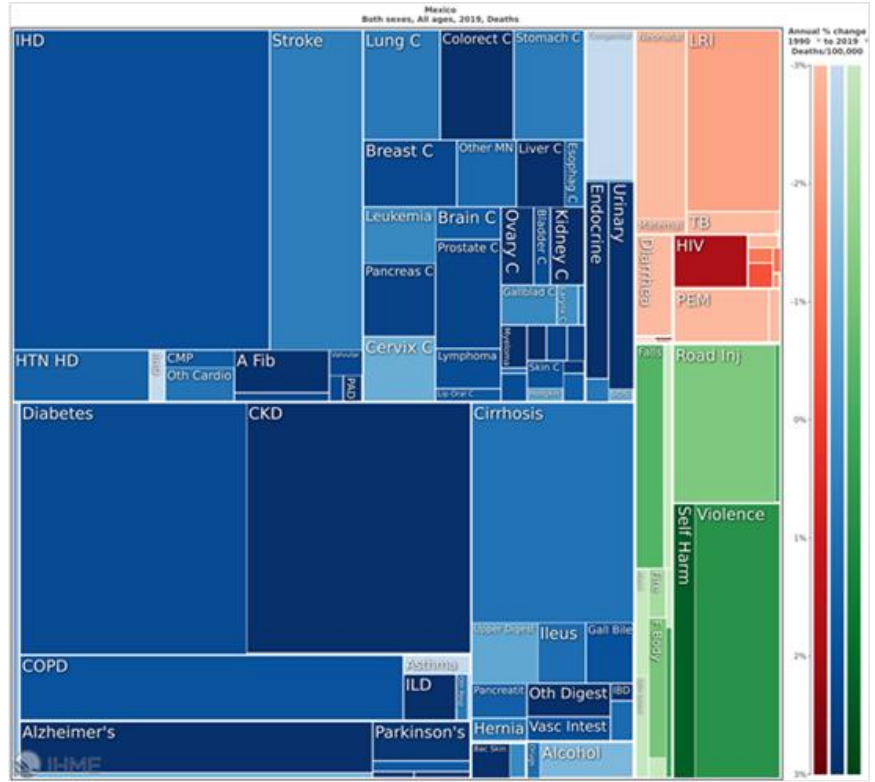
Es fundamental que las enfermedades crónicas (EC) sean abordadas desde diferentes frentes, no sólo para su tratamiento y atención, sino fundamentalmente desde la prevención y control de sus factores de riesgos relacionados. Las EC son en gran porcentaje prevenibles si se generan ambientes protectores 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 12.
DISTRIBUCIÓN DE MUERTES
ATRIBUIDAS A FACTORES DE
RIESGO (2019)

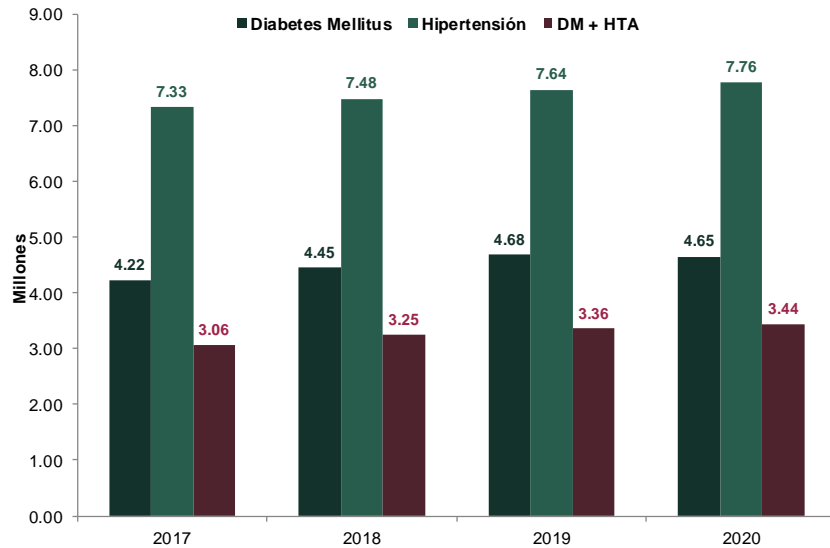


Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden Disease (GBD)

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.

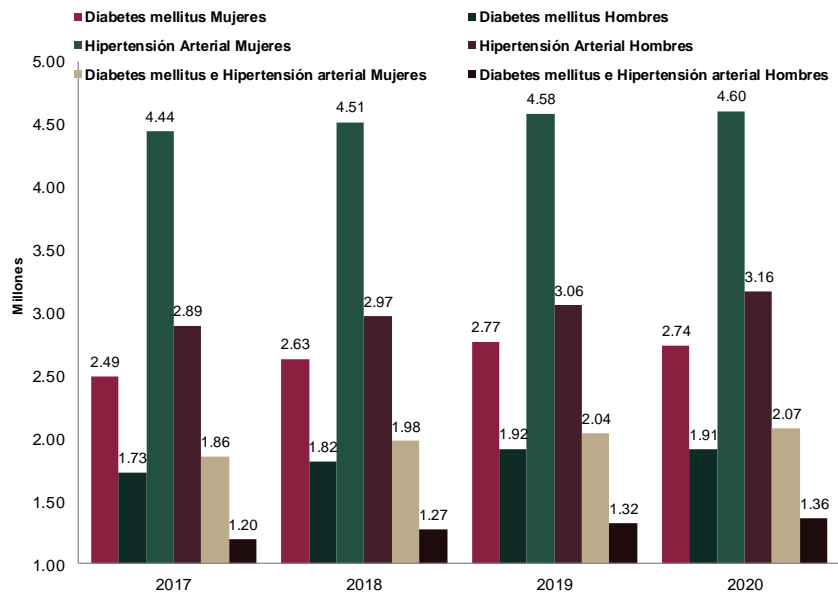
Ilustración 13. CENSO IMSS DIABETES E HIPERTENSIÓN



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 14. CENSO INSTITUCIONAL DM E HTA POR GRUPO POBLACIONAL

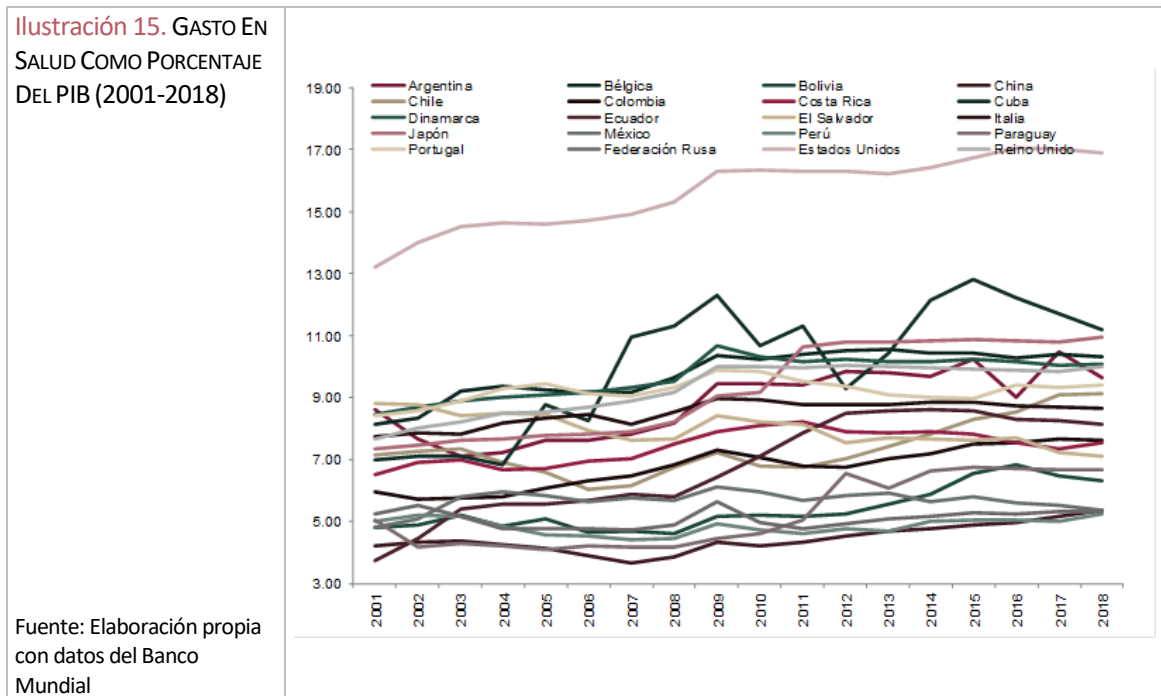


Fuente: Elaboración propia con datos de la División de Información en Salud de la Dirección de Prestaciones Médicas

2.4.2.4 Gasto en salud

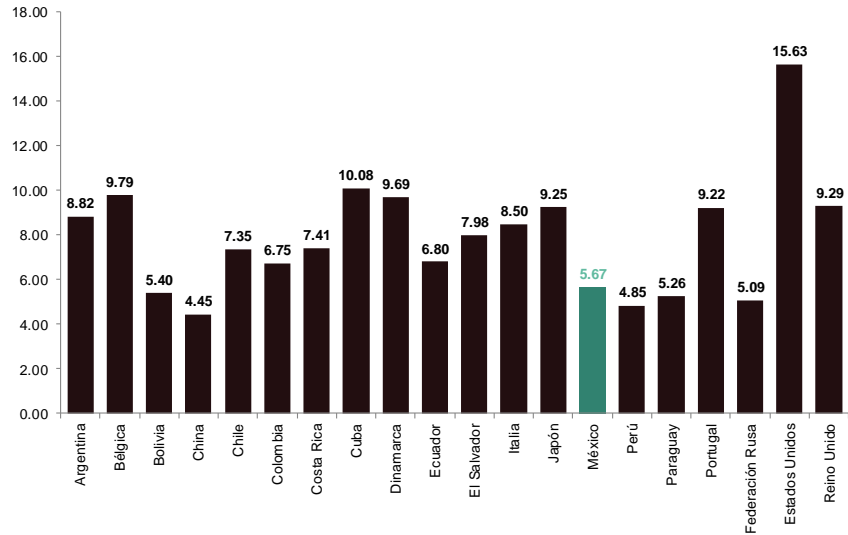
Así como es importante hablar de las enfermedades crónicas degenerativas, también lo es el tema de gasto en salud.

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 2001-2018:

Ilustración 16. PROMEDIO
GASTO EN SALUD COMO
PORCENTAJE DEL PIB
(2001-2018)

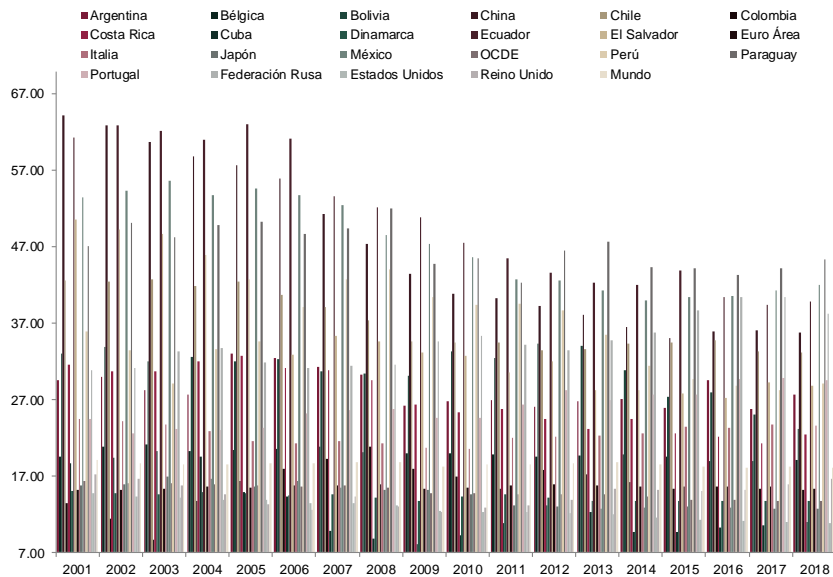


Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial

Así pues, se observa que en esas casi dos décadas, el gasto en salud, como porcentaje del PIB, asciende apenas a 5.67% 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.

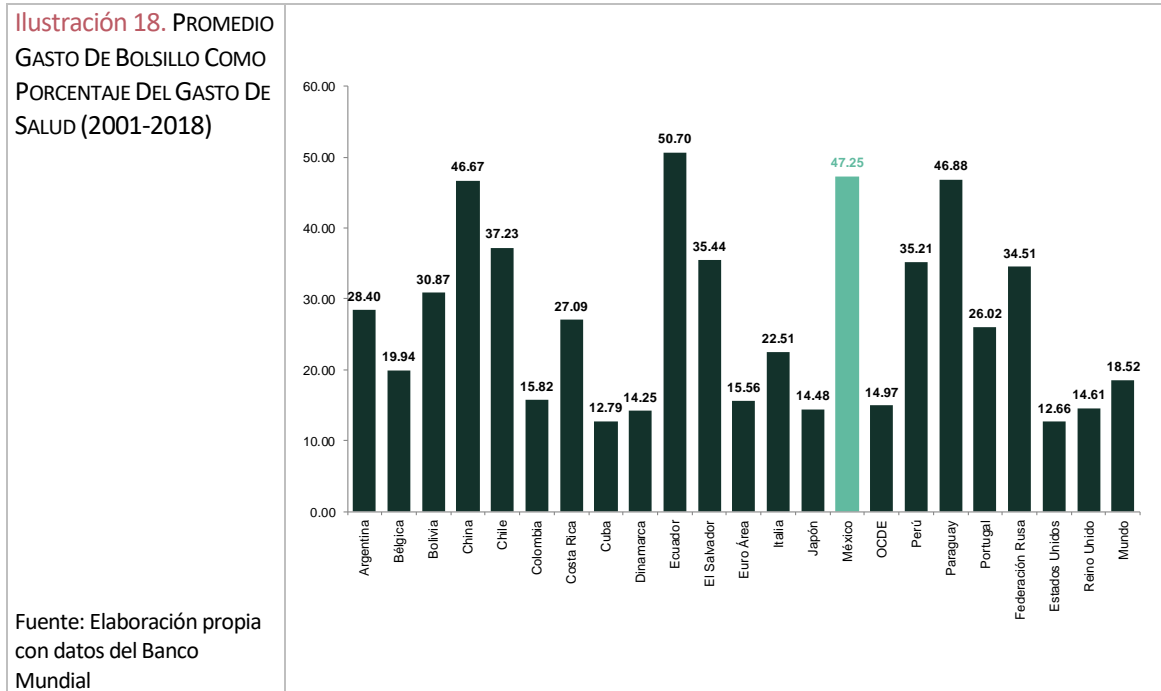
Muestra de lo anterior se expone en la siguiente gráfica:

Ilustración 17. GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DE GASTO DE SALUD (2001-2018)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial

Obteniendo un promedio de participación, del 2001-2018, se observa lo siguiente:



2.4.2.5 Actividad Física

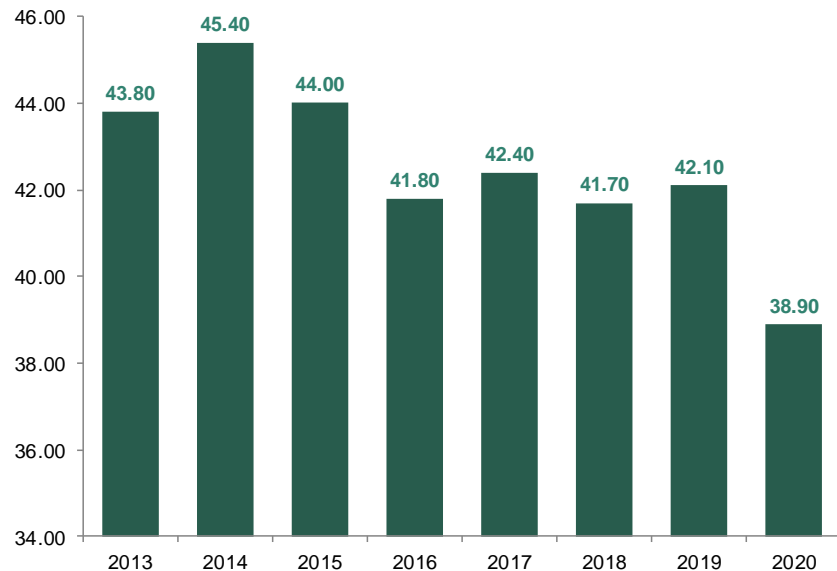
La OMS señala que, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y reducir el riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ETN) y depresión, se recomienda a la población de 18 a 64 años de edad:

“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 (noviembre 2020) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], en el Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico [MOPRADEF], en 2020, el 38.9% de la población de 18 y más años de edad realiza práctica físico-deportiva en tiempo libre (43.8% hombres y 34.4% mujeres).

Ilustración 19.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 18 AÑOS EN DELANTE DE EDAD ACTIVA FÍSICAMENTE



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI

2.4.2.6 Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)

De acuerdo a 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 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

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

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).

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

2.4.3 Diagnóstico situacional de las UR

En la presente sección, se describirá, de manera breve, la situación actual de cada División participante en el Pp E012 "Prestaciones Sociales".

2.4.3.1 División de Capacitación y Adiestramiento Técnico [DCAT]

2.4.3.1.1 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.

2.4.3.1.2 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

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. Pctential years of life lost between ages 1 and 70: An indicator of premature mortality for health planning. Int Epidemiol 1977;6:143-151

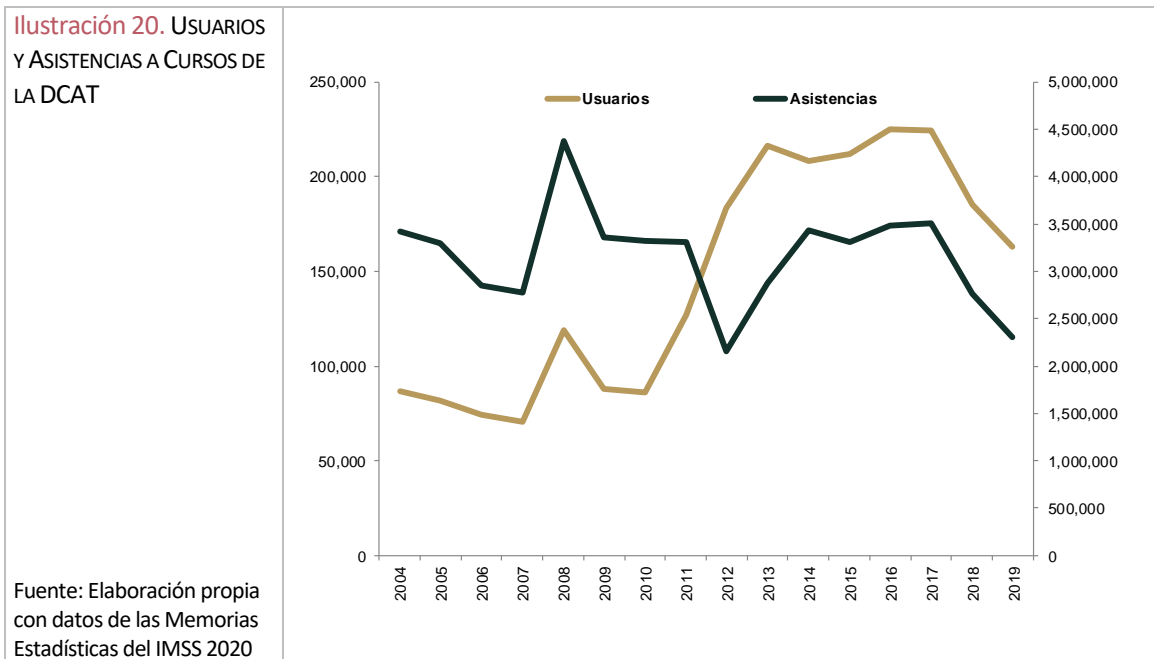
los CSS para dar respuesta a las nuevas demandas de capacitación y disminuir la subutilización de espacios.

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.

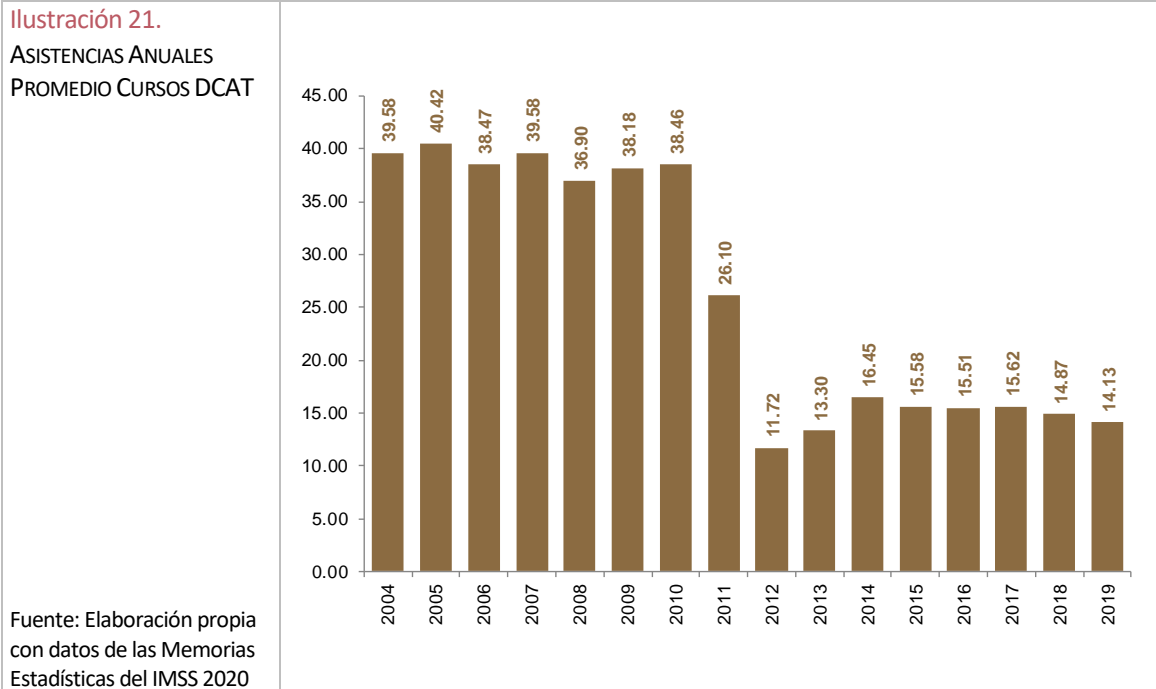
Finalmente, se está trabajando en la masificación de la educación, actualmente a través de la plataforma de Cursos en Línea Masivos del IMSS [CLIMSS] que tiene como finalidad favorecer la alfabetización en salud de la población mexicana.

2.4.3.1.3 Evolución de la prestación social

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



Se aprecia que el número de usuarios (inscritos) se ha incrementado debido a una TCMA de 4.31%, mientras que las asistencias presentan una TCMA negativa de 2.61%. Obteniendo la relación entre ambas variables, podemos observar lo siguiente:



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



La plataforma CLIMSS que depende de la DCAT, tiene una cobertura nacional con más de 10 millones de usuarios que han alcanzado más de 20 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 3 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS INSCRITAS A CLIMSS [A MAYO 2022]

Concepto	Porcentaje
Edad	
Menos de 20 años	9.12 %
20-29	33.53 %
30-39	27.04 %
40-49	18.65 %
50-59	9.49 %
60 o más	2.17 %
Sexo	
Masculino	49.37 %
Femenino	50.63 %
Escolaridad	
Preparatoria o menos	17.55 %
Estudiante universitario	21.75 %
Técnico	19.35 %
Licenciatura terminada	34.61 %
Maestría o más	6.74 %

Fuente: Elaboración propia con datos de la DCAT

2.4.3.2 División de Cultura Física y Deporte [DCFyD]

2.4.3.2.1 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

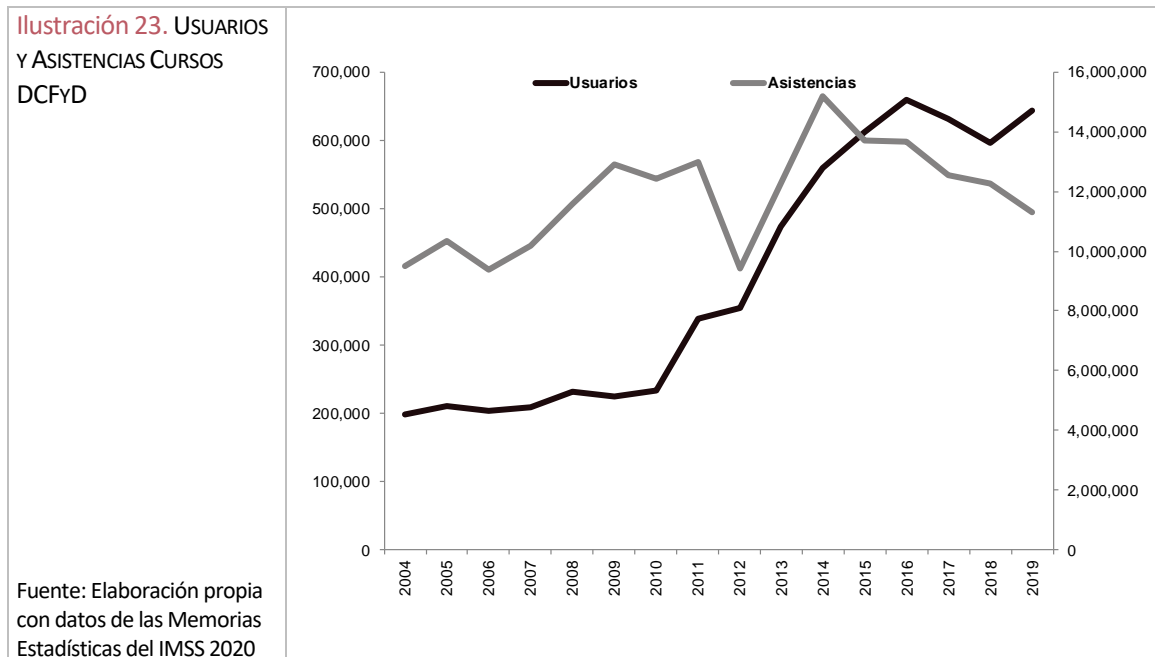
durante el confinamiento. Al analizar por sexo, no se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres en los tres grupos de edad.”

2.4.3.2 Problemática Actual

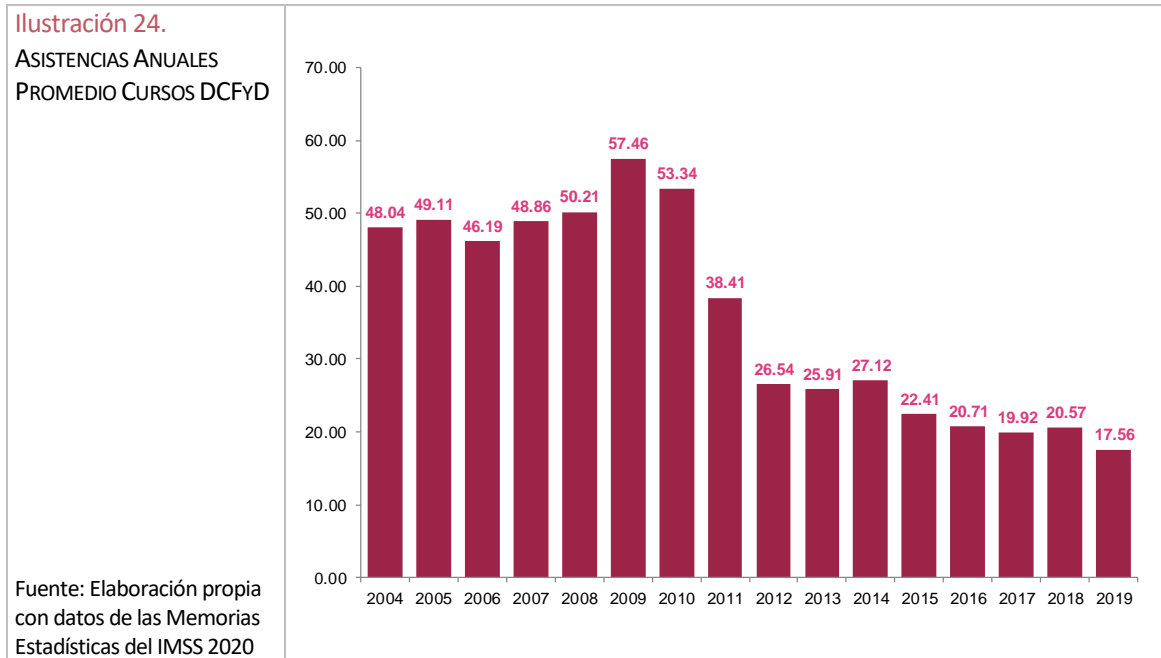
La principal problemática que se detecta en materia de cultura física y deporte, para el cumplimiento del mandato señalado en la LSS en los artículos 208, 209 y 210, se centra en la baja incidencia de la población en los cursos y talleres en materia deportiva, teniendo por consecuencia un bajo impacto 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.

2.4.3.2.3 Evolución de la prestación social

A continuación, se muestra el número de usuarios y el número de asistencias durante el periodo 2004-2019:



Analizando dicha gráfica podemos ver que, durante el periodo señalado, el número de usuarios presentó una TCMA de 8.19%, mientras que las asistencias de 1.16%. Ello, deriva a que la relación de asistencias promedio al año por usuario muestre una tendencia decreciente:



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 25. ASISTENCIA
A CURSOS DCFyD POR
OOAD



Fuente: Elaboración propia
con datos de las Memorias
Estadísticas del IMSS 2020

2.4.3.2.4 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.

2.4.3.2.5 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.

2.4.3.2.6 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.

2.4.3.3 División de Desarrollo Cultura [DDC]

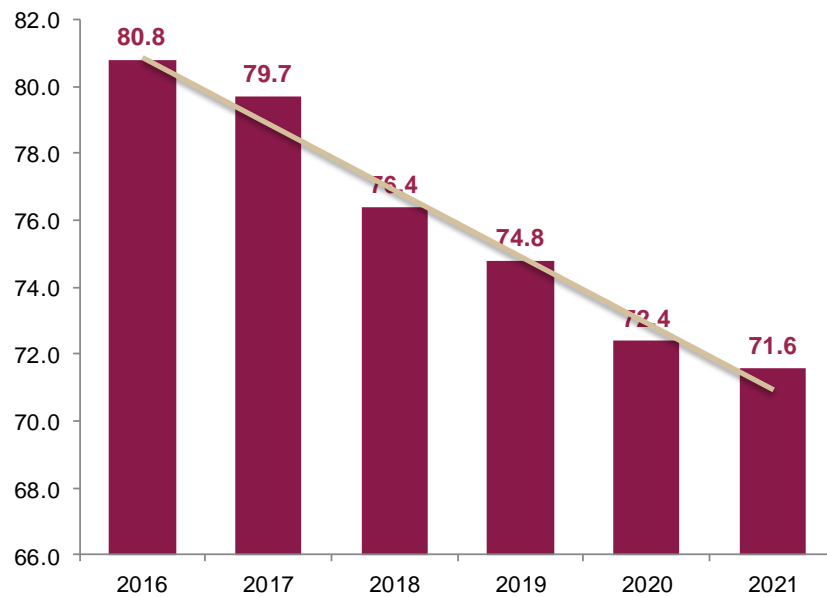
2.4.3.3.1 Antecedentes

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.

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 2021 el 71.6% 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 10 por ciento comparándolo con el levantamiento de hace 5 años.

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).

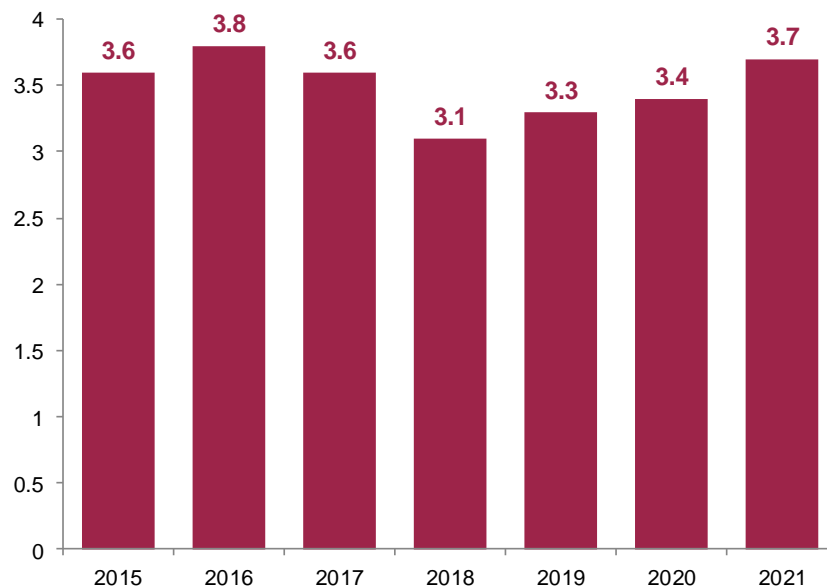
Ilustración 26.
POBLACIÓN MAYOR A 18 AÑOS QUE PRACTICAN LA LECTURA



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI

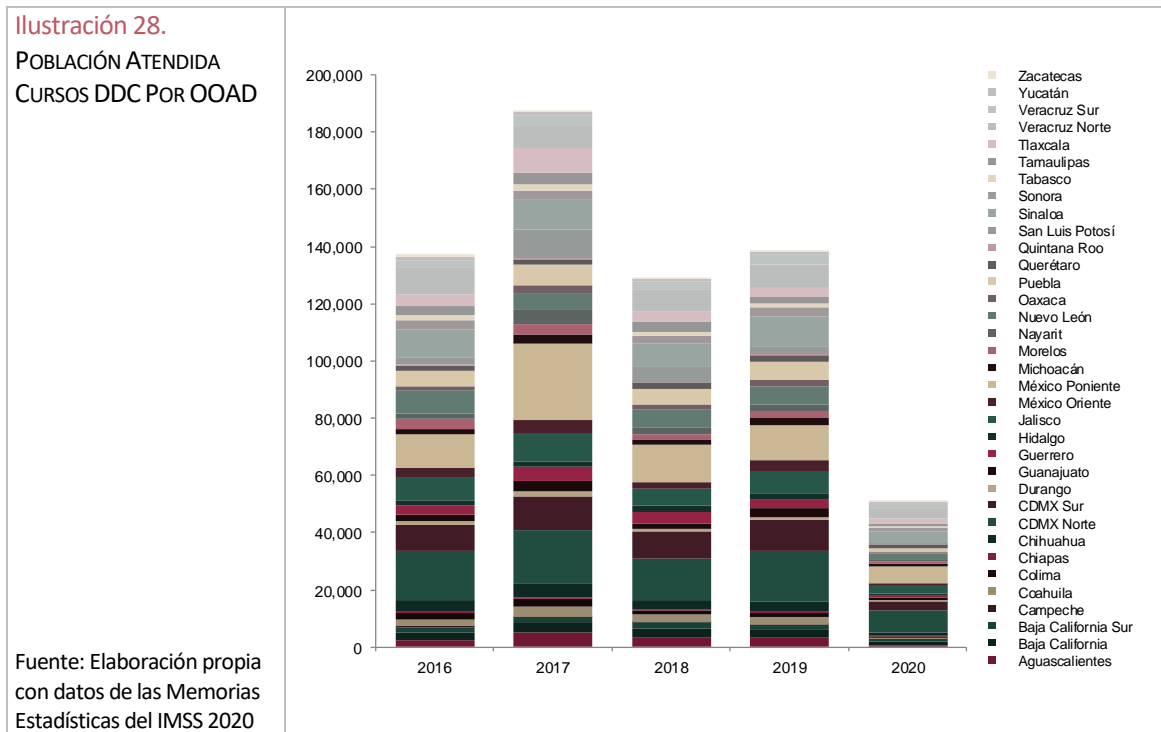
La población adulta declaró leer más libros comparado con levantamientos anteriores, el promedio de libros que leyó en los últimos doce meses fue de 3.7 ejemplares. Las mujeres declararon haber leído más ejemplares que los hombres (3.9 y 3.5 respectivamente).

Ilustración 27. 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 2016-2020.



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

2.4.3.3.2 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 4 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.

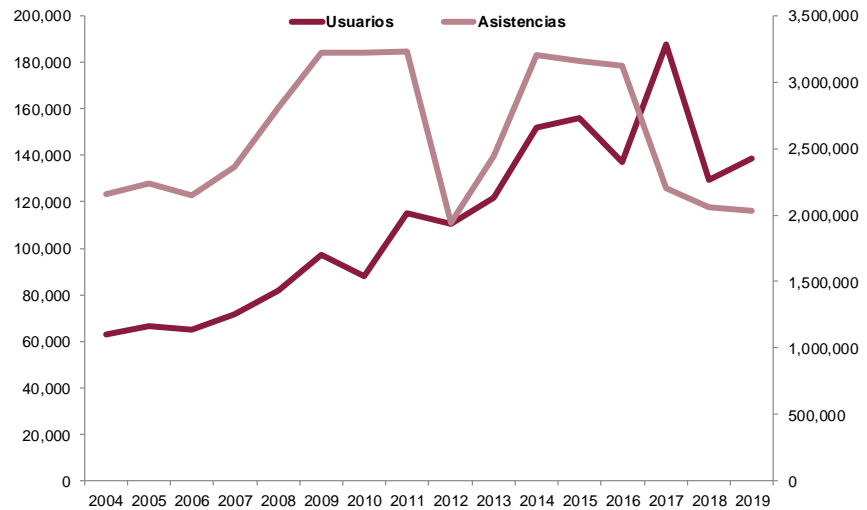
	<p>La tendencia es que incrementan las plazas desocupadas por que los orientadores se jubilan y quedan vacantes.</p> <p>Si el problema no se atiende se corre el riesgo de que desaparezcan los cursos y talleres que ofrece la DDC</p>
Recursos Materiales	<p>Subutilización de espacios culturales (teatros cubiertos y al aire libre, salones de danza, centros de artesanías, salas de exposiciones, etc.).</p> <p>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.</p>
Recursos Financieros	<p>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.</p>
Promoción y Difusión	<p>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.</p> <p>Se han hecho acuerdos con Com Soc para un mayor impacto en sus canales.</p>

Fuente: División de Desarrollo Cultural

2.4.3.3 Evolución de la prestación social

En lo que respecta al número de usuarios y asistencias, analizando el mismo periodo de 2004 a 2019, se observa lo siguiente:

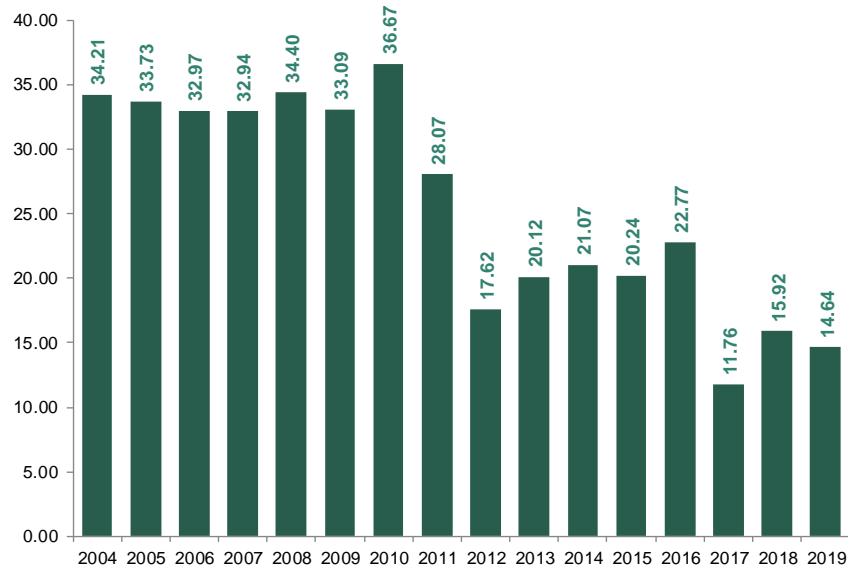
Ilustración 29. USUARIOS Y ASISTENCIAS A CURSOS DE LA DDC



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

Calculado la TCMA de usuarios se obtuvo que ésta es de 5.4%; sin embargo, la correspondiente al número de asistencias resultó negativa en un 0.40%, derivando en la siguiente relación de asistencias, por usuario, promedio al año:

Ilustración 30. ASISTENCIA ANUAL PROMEDIO CURSOS DDC



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

2.4.3.4 División de Promoción de la Salud [DPS]

2.4.3.4.1 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.

2.4.3.4.2 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.

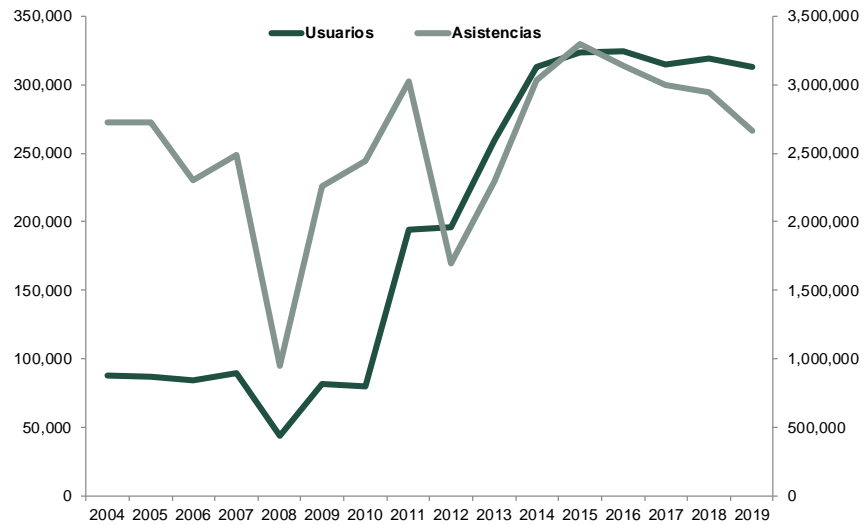
De acuerdo con el análisis realizado en la DPS y la CBS del IMSS, el principal problema a tratar en conjunto es la insatisfacción de la población con sus niveles de bienestar y desarrollo personal, esto visto desde el punto de vista integral está relacionado con las acciones preventivas que la población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

2.4.3.4.3 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 -0.16%, mientras que la de usuarios fue de 8.88%.

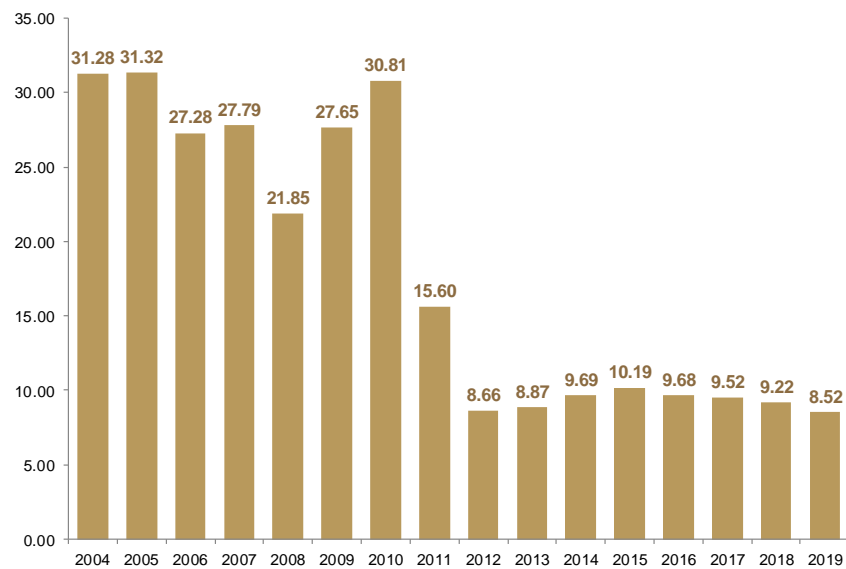
Ilustración 31. ASISTENCIA Y USUARIOS CURSOS DPS



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

Finalmente, el promedio anual de asistencias por usuario, durante el periodo 2004-2019, se muestra a continuación:

Ilustración 32. ASISTENCIAS ANUAL PROMEDIO CURSOS DDC



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

2.4.3.5 División de Velatorios

2.4.3.5.1 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.

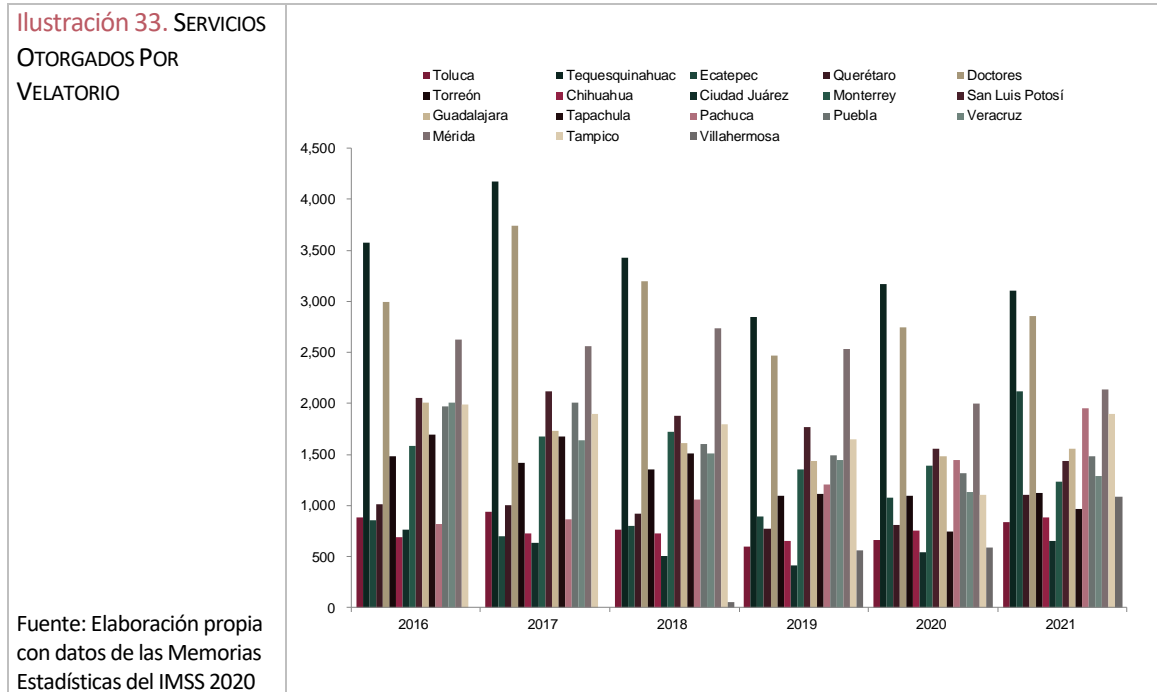
Por ello, los Velatorios IMSS ofrecen sus servicios al público en general, y pueden contratarse a través de paquetes como son, velación en capilla; velación en domicilio; servicio directo local; traslado particular; traslado oficial; embalsamamiento; artículos funerarios (ataúdes, urnas, ceras) y otros 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.

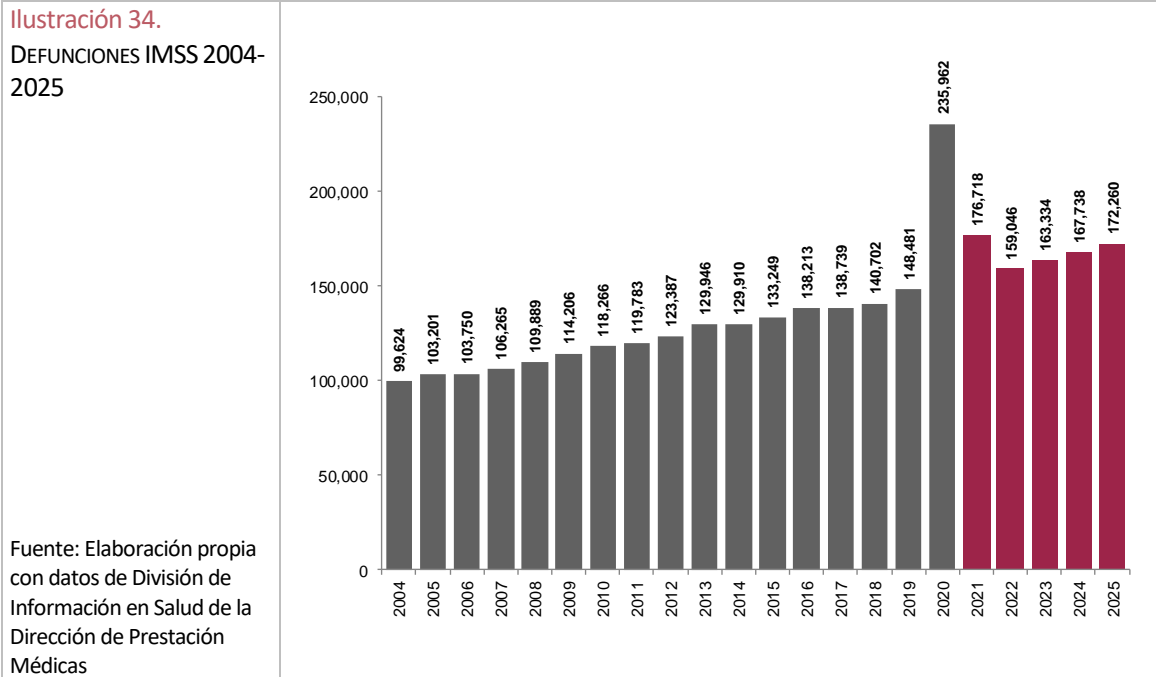
2.4.3.5.2 Evolución de la prestación social

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



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

⁵⁴ Proyecciones propias a partir del año 2021.



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

2.4.3.5.3 Problemática actual

De acuerdo con el Pp E012 “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.

2.4.3.5.4 Experiencias de atención

De acuerdo con el Programa Presupuestario E012, 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.

2.4.3.5.5 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.

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

2.4.3.6.1 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.

2.4.3.6.2 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.

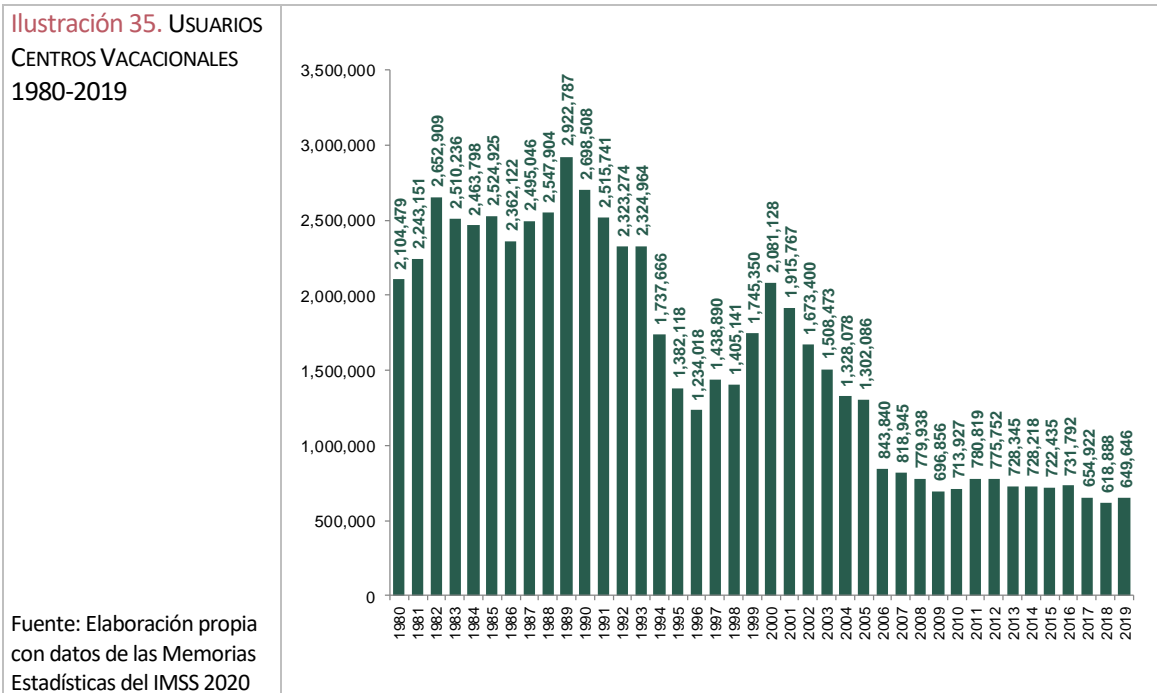
Esta medida, derivó en la suspensión de los servicios que brindan los Centros Vacacionales y la Unidad de Congresos al público en general a partir del 23 de marzo y hasta nuevo aviso, así como la Reconversión de los Centros Vacacionales Oaxtepec y Atlixco-Metepec en Albergues COVID-19 para la atención 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.

2.4.3.6.3 Evolución de la prestación social

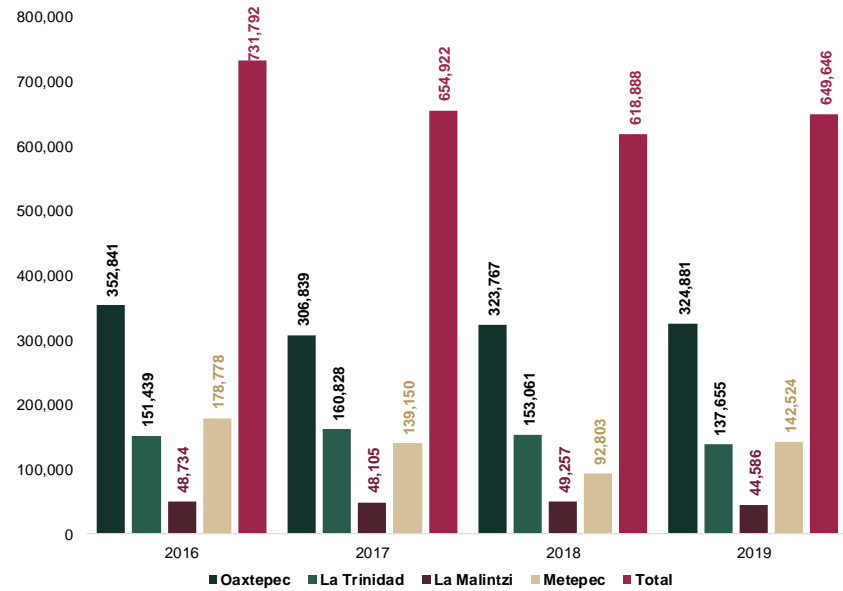
Los Centros Vacacionales han tenido el siguiente comportamiento, durante los últimos 40 años, lo que implica grandes esfuerzos y retos aún más grandes para potencializar su utilización:



Visto desde una perspectiva desglosada, podemos apreciar lo siguiente:

Ilustración 36.

POBLACIÓN USUARIA POR UNIDAD OPERATIVA 2016-2019



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

2.5 EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

En esta sección, cada UR expone la evolución del problema que atiende a través de su participación en este Pp E012 “Prestaciones Sociales”.

2.5.1 División de Capacitación y Adiestramiento Técnico [DCAT]

2.5.1.1 Desarrollo de competencias en salud

La alfabetización en salud es esencial para mejorar la salud de la población^{55 56}. Facilita la adopción de medidas de prevención a nivel individual y comunitario⁵⁷ es una estrategia clave para el desarrollo de competencias que coadyuvan a satisfacer las demandas de salud de la sociedad actual⁵⁸. Además,

⁵⁵ Sarroca R, Vargas F. Manual de orientaciones metodológicas para la realización de actividades de aprendizaje para el desarrollo de competencias de empleabilidad. Uruguay: Organización Internacional del Trabajo / CINTERFOR; 2020.

⁵⁶ Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A Systematic Review. J Gen Intern Med. 2013; 28(3):444–52.

⁵⁷ WHO. Promoción de la Salud: Glosario. Minist Sanid y Consum [Internet]. 1998;36.

⁵⁸ Lazcano-Ponce E, Alpuche-Aranda C. Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. Salud Publica Mex. 2020;62(3, may-jun):331.

impulsa a los ciudadanos a utilizar el conocimiento para actuar en su autocuidado y el cuidado de otras personas⁵⁹.

La pandemia de COVID-19 ha evidenciado la necesidad de generar estrategias para asegurar que la población tenga acceso a información relevante, oportuna y basada en evidencia científica con el fin de cambiar su comportamiento y fomentar la ruptura de las cadenas de contagio. Para ello, es fundamental involucrar a la población en los temas que afectan su salud y bienestar para hacer frente a retos como la pandemia de COVID-19 y otros padecimientos^{60 61}.

La cobertura en la entrega de servicios de promoción de la salud a la población general y a los profesionales de la salud a través de la alfabetización en salud ha sido uno de los grandes desafíos para el IMSS.

2.5.1.2 Desarrollo de competencias en empleabilidad.

Existen diferentes definiciones sobre competencias en empleabilidad o competencias laborales, sin embargo, se ha logrado clasificar las competencias en tres tipos: básicas, genéricas y específicas.

Las competencias en empleabilidad constituyen el núcleo de capacidades individuales que habilitan al individuo para integrarse a la vida laboral y desarrollar otras capacidades. Estas competencias desarrollan la habilidad del individuo de estar empleado, por lo que es indispensable que se refuercen las capacidades de las personas para aprovechar las oportunidades con miras a encontrar y conservar un trabajo decente, progresar en la empresa o cambiar de empleo y adaptarse a la evolución de la sociedad⁶².

2.5.2 División Promoción de la Salud [DPS]

La ENSANUT permite contar con información de base poblacional y probabilística sobre la cobertura de programas de salud en áreas básicas como las inmunizaciones, la atención a los niños, la salud reproductiva, la atención a padecimientos crónicos, así como sobre los retos en salud como el control de la hipertensión arterial, la diabetes, el sobrepeso y la obesidad, los accidentes

⁵⁹ Lopes H, McKay V. Adult learning and education as a tool to contain pandemics: The COVID-19 experience. *Int Rev Educ* [Internet]. 2020;66(4):575–602. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11159-020-09843-0>

⁶⁰ Magaña-Valladares L, Rosas-Magallanes C, Montoya-Rodríguez A, Calvillo-Jacobo G, Alpuche-Arande CM, García-Saisó S. A MOOC as an immediate strategy to train health personnel in the cholera outbreak in Mexico. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):1–7.

⁶¹ Trbaldo S, Mendizábal V, Rozada MG. Microlearning : Experiencias Reales De Aprendizaje Personalizado , Rapido Y Ubicuo. 2017;1–5.

⁶² Sarroca R, Vargas F. Manual de orientaciones metodológicas para la realización de actividades de aprendizaje para el desarrollo de competencias de empleabilidad. Uruguay: Organización Internacional del Trabajo / CINTERFOR; 2020.

y la violencia, entre otros. Permite asimismo analizar la protección en salud en México, y el desempeño de los proveedores de servicios de salud⁶³.

Al respecto, de acuerdo con dicha encuesta, se describirá información representativa misma que es lo que esta División buscará contribuir a su mejoría a través de su participación en el presente programa presupuestario

2.5.2.1 Actividad física en adultos mayores de 20 años

- Prevalencia nacional de inactividad física 17.3% (IC95%:16.7-17.9)
- Prevalencia nacional en mujeres de inactividad física 19.5% (IC95%: 18.7-20.4)
- Prevalencia nacional en hombres de inactividad física 14.6% (IC95%: 13.8-15.5)

- Prevalencia nacional de personas moderadamente activas 11.5% (IC95%: 11-11.9)
- Prevalencia nacional de mujeres moderadamente activas 12.7% (IC95%: 12-13.4)
- Prevalencia nacional de hombres moderadamente activos 9.9% (IC95%: 9.3-10.6)

- Prevalencia nacional de personas activas físicamente 71.2% (IC-70.5-71.9)
- Prevalencia nacional de mujeres activas físicamente 67.8% (IC-66.7-68.8)
- Prevalencia nacional de hombres activos físicamente 75.4% (IC-74.4-76.4)

2.5.2.2 Consumo calorías al día

El 78.6% (IC95% 77.3-79.9) de la población no sabe o no responde cuántas calorías debe consumir una persona con características similares a las suyas, en cuanto a edad y sexo.

2.5.2.3 Consumo de alimentos recomendables

2.5.2.3.1 Preescolares

De los grupos recomendables presentados, se observa que 88.5% consumieron agua y 64.7% consumió lácteos siendo estos los grupos de alimentos con mayor porcentaje de consumidores. El grupo de alimentos recomendable con menos consumidores, fue verduras, pues sólo en 19.7% de la población de preescolares se reportó su consumo. En cuanto a los grupos

⁶³ Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020.

no recomendables para consumo cotidiano presentados, el de mayor porcentaje de consumidores fue bebidas no lácteas endulzadas (82.4%), seguido de botanas, dulces y postres (62.7%). El grupo de alimentos no recomendables menos consumido fue carnes procesadas, con 8.2% de consumidores.

2.5.2.3.2 Escolares

De los grupos recomendables, se observó que 85.4% de los escolares consumieron agua sola, y 56.5% consumió lácteos, siendo éstos los grupos de mayor consumo. El grupo de alimentos recomendable con menos consumidores fue verduras, sólo 22% de la población escolar lo consume. Entre los grupos no recomendables para consumo cotidiano, el de mayor consumo fue bebidas no lácteas endulzadas con un porcentaje de consumidores de 85.7%.

2.5.2.3.3 Adultos mayores de 20 años

Dentro de los grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano, el mayor consumido a nivel nacional fue el agua (85.9%), seguido de las carnes no procesadas (64.5%) y en tercer lugar las leguminosas (54.1%), las verduras y el huevo (44.9 y 29.8%, respectivamente).

En cuanto a los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, a nivel nacional los grupos de alimentos con mayor proporción de consumidores fueron las bebidas no lácteas endulzadas (85.8%), seguido de las botanas, dulces y postres (35.4%), y el grupo de menor proporción fue el de carnes procesadas (7.5%).

2.5.2.4 Sobrepeso y obesidad

En lo concerniente a sobrepeso y obesidad, se enuncian las siguientes ideas resumen sobre dichos padecimientos:

- La prevalencia de sobrepeso más obesidad en la población menor de cinco años de edad se observó en 6.8%.
- La prevalencia nacional combinada de niños en edad escolar de sobrepeso y obesidad en 2018 fue de 35.5%.
- La prevalencia nacional de obesidad abdominal en adultos mayores de 20 años, que fue de 88.4% (IC95% 87.2-89.4) en mujeres, es 15.7 puntos porcentuales mayor que en hombres 72.7% (IC95% 71.7-74.3).
- La prevalencia de sobrepeso y obesidad conjuntas en adultos mayores de 20 años en México es de 73%, la prevalencia total de personas en sobrepeso es de 42.5% mientras que de obesidad es de 30.5%.

2.5.2.5 Hipertensión arterial y diabetes mellitus

La prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores de 20 años es de 21.9%

La prevalencia de diabetes mellitus en adultos mayores de 20 años es de 14.4%

2.5.3 División de Velatorios

En este apartado se muestra la forma en que el IMSS ha contribuido a la solución del problema público a través de las prestaciones institucionales que prestan servicios sociales tanto para la población derechohabiente como para el público en general. En este sentido, se muestran los avances concretos que se han logrado en términos de servicios funerarios.

Es importante señalar que la concepción de la seguridad social ha evolucionado de forma constante, tomando como base las condiciones económicas, sociales y políticas que imperan en un momento determinado de la historia de una nación; de tal forma, se han transformado paulatinamente los servicios brindados a la población, intentando responder a sus más sentidas necesidades, garantizando el derecho a los servicios de salud, programas culturales, sociales y recreativos en beneficio de los mexicanos.

La LSS, establece a través de sus ramos de aseguramiento, las prestaciones económicas y sociales dirigidas a proteger los medios de subsistencia, fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, otorgar los servicios de guardería y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población.

De conformidad con lo establecido en el artículo 81, fracciones I, II, IV, V, VI, VII, IX, XI y XII. del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales [DPES] se constituye como el órgano encargado de establecer y aplicar acciones normativas, de asesoría, apoyo técnico y la instrumentación de programas y acciones de evaluación en el ámbito nacional, con el propósito de que los procesos operativos para el otorgamiento y control de las prestaciones económicas y sociales institucionales que estipula la Ley, se realicen con oportunidad, eficiencia y sentido humano.

Es así que la operación de los Velatorios IMSS inició a partir de 1974, de conformidad con lo establecido en la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación 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 18 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 ofrecen servicios funerarios que tienen el objeto de ser adquiridos a un bajo costo, mismos que están orientados para que las y los trabajadores IMSS, población derechohabiente del IMSS, y población no derechohabiente cuenten con un servicio funerario que los respalde en cualquier ocasión que llegasen a necesitar, 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 FIBESO, el 29 de junio de 1990, registrado ante la SHCP, bajo el número 700019GYR344.

2.5.3.1 Servicios Funerarios

Aunado a lo anterior, es importante destacar que los esfuerzos del Estado en materia de política social como la educación, la salud pública, la seguridad social y la dotación de servicios se han multiplicado, aunque parecen minúsculos frente a la extrema pobreza y la desigualdad que van íntimamente

ligados al desarrollo del país, aunado a lo suscitado con la Pandemia por SARS CoV2.

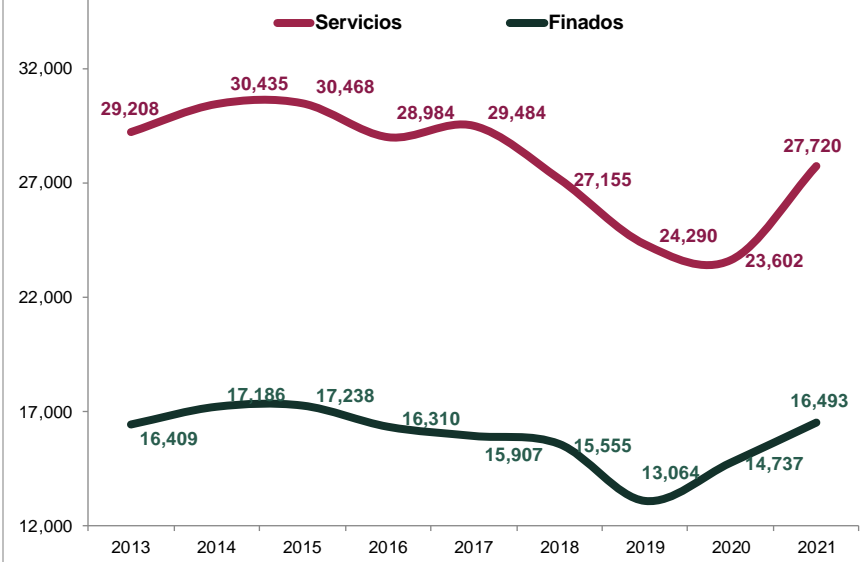
Dicho lo anterior, con fecha 11 de marzo del 2020, la OMS declaró la pandemia de COVID-19 señalando que en todo el mundo se esperaba contar en el corto plazo con una vacuna efectiva contra dicha enfermedad, como una de las medidas más costo-efectivas para controlar la pandemia, y disminuir su impacto en la salud, la economía y la sociedad.

El 27 de marzo de 2020 el Titular del Ejecutivo Federal publicó en el DOF, el Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), en el cual se prevé que la Secretaría de Salud podrá implementar, además de las previstas en el artículo 184 de la Ley General de Salud, las acciones que se estimen necesarias; y que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán coordinarse y brindar los apoyos que sean requeridos por la Secretaría de Salud, para la instrumentación de las medidas de mitigación y control de la COVID-19.

Cabe destacar que, los Velatorios enfrentaron un gran reto durante la pandemia, y las consecuencias que trajo consigo; desde el inicio de la contingencia sanitaria provocada por el virus COVID-19 (SARS CoV2), los 18 velatorios del IMSS no detuvieron su operación, por lo que, hasta la fecha se han trabajado los 7 días de la semana las 24 horas del día; implementando diversas acciones que ayudaron a continuar con la operación sin poner en riesgo a los trabajadores de dichas unidades y a la población usuaria.

Sin embargo, contrario a la creencia que los servicios funerarios por parte del IMSS potencializarían sus servicios derivado de los lamentables fallecimientos de cientos de personas, la realidad es que no fue así, ello, toda vez que, la epidemia por SARS-CoV-2 generó una transformación de la realidad mexicana, ocasionando pérdida de valiosas vidas y modificando la forma en que se desarrollan los servicios funerarios, por lo que sí hubo incrementos pero no en la cuantía de lo que dicha creencia señalaba:

Ilustración 37. SERVICIOS OTORGADOS Y FINADOS

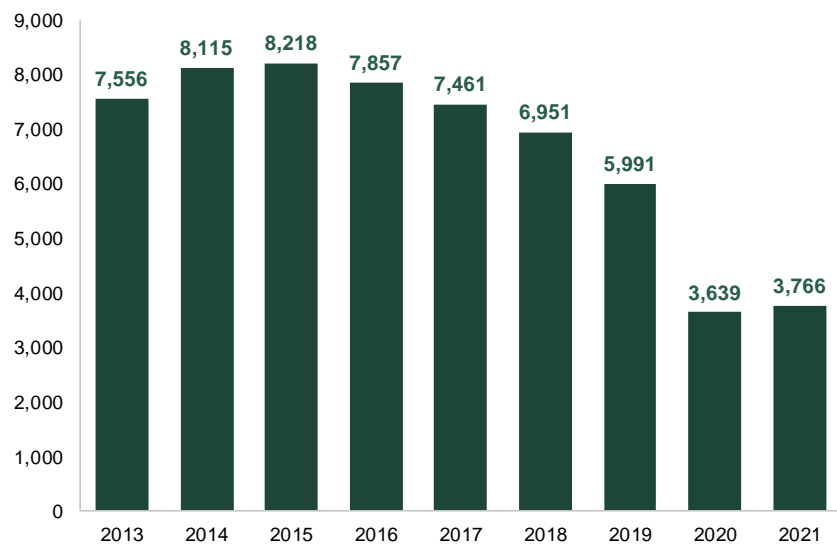


Fuente: División de Velatorios con datos del FIBESO

Las medidas de restricción de movilidad, la Jornada de Sana Distancia y las decisiones de los gobiernos locales impactaron de manera directa los servicios otorgados en los Velatorios IMSS.

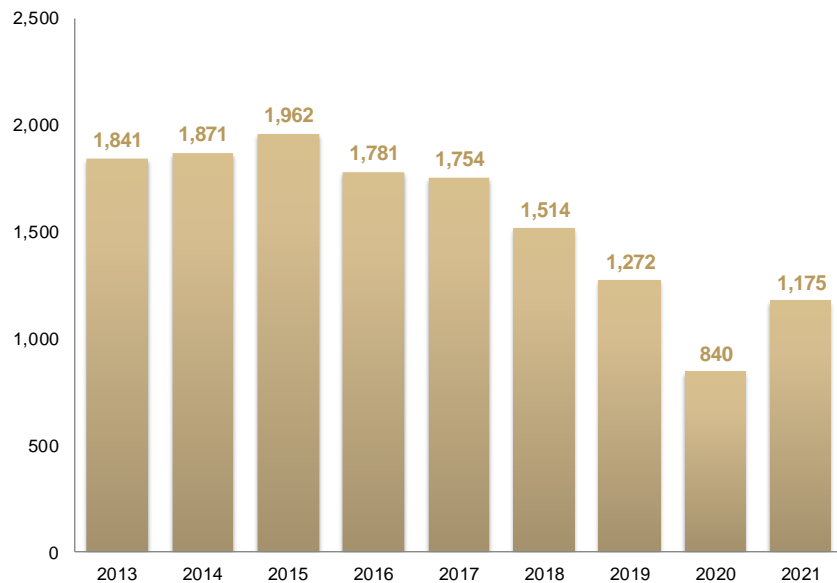
El FIBESO observó una reducción en los servicios de velación, servicios de embalsamado y venta de artículos funerarios; toda vez que el manejo de servicios por fallecimiento asociado o sospecha de COVID-19 debió alinearse a la guía emitida por la Secretaría de Salud, en la que se resaltó la importancia de evitar contacto con el cadáver y llevar a cabo la disposición en el menor tiempo posible con el objetivo de reducir la probabilidad de contagios.

Ilustración 38. VELACIÓN EN CAPILLA



Fuente: División de Velatorios con datos del FIBESO

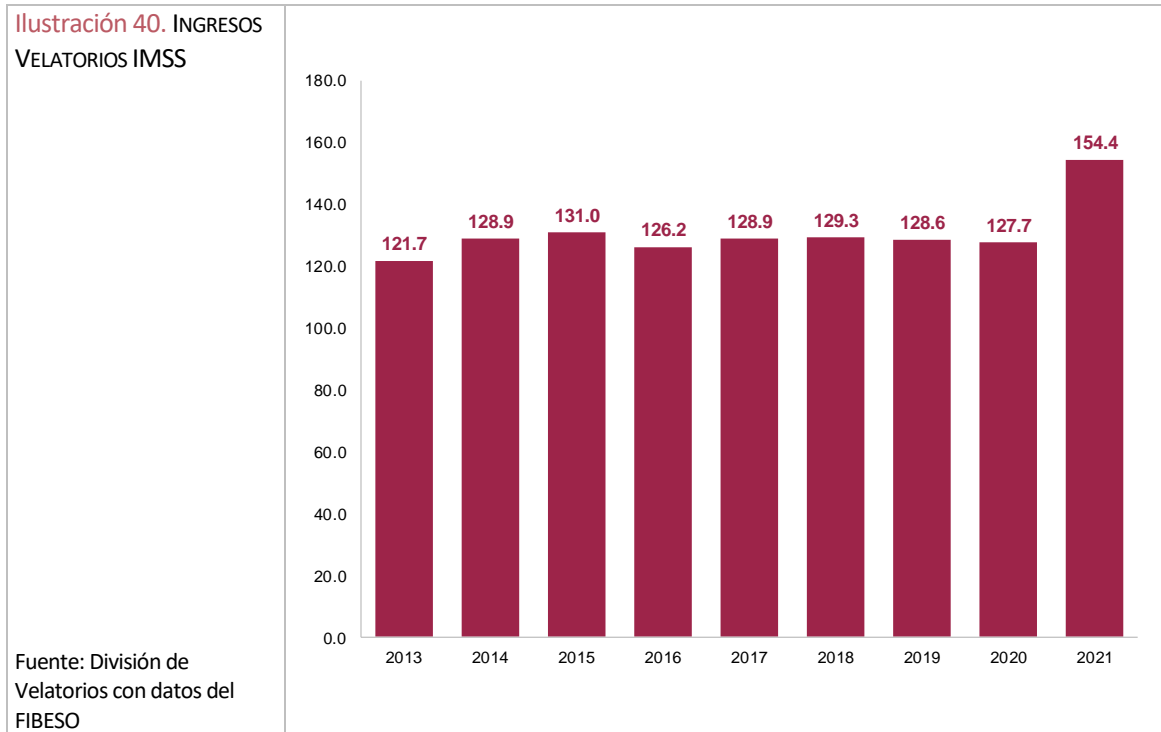
Ilustración 39. VELACIÓN EN DOMICILIO



Fuente: División de Velatorios con datos del FIBESO

Así también, se recibió el impacto de las limitaciones para el desarrollo de velaciones, o la decisión de las familias mexicanas de evitar visitas a los velatorios fuera por restricciones de gobiernos locales o para evitar la propagación de la enfermedad, lo que derivó en una baja de ocupación en los velatorios, y aumento de servicios de traslado directo.

Esto impactó directamente los ingresos de los velatorios⁶⁴; no obstante, se tuvo una captación mayor con respecto a los periodos anteriores.



En consecuencia, es importante señalar que se continúa trabajando para mejorar el servicio funerario otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, haciendo frente a la pandemia y sus secuelas así como los nuevos retos para este tipo de prestación social, trabajando para contribuir a mejorar el otorgamiento de servicios funerarios de los Velatorios IMSS, con el propósito de que la población derechohabiente y no derechohabiente acceda a servicios funerarios eficientes y de calidad, ahondar en la promoción y difusión de esta prestación, así como la optimización en la utilización de las instalaciones de los Velatorios IMSS.

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

El 5 de diciembre de 1960 se publicó en el 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 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:

⁶⁴ Cifras en millones de pesos corrientes.

“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 inician 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 los todos los trabajadores como los campesinos, obreros y empleados públicos disfrutaran de ellos ya que brindan sus servicios a precios accesibles.

Con base en los Resultados de la Actividad Turística (RAT), publicados por la Secretaría de Turismo (SECTUR), el porcentaje de ocupación hotelera en la agrupación de 70 centros turísticos, durante el periodo enero-diciembre de 2021, fue de 41.4%, nivel superior en 15.3 puntos porcentuales respecto al observado en el mismo periodo de 2020⁶⁵.

La llegada de turistas a cuartos de hotel alcanzó los 45 millones 917 mil turistas nacionales (73.2% del total); mientras que 16 millones 791 mil fueron turistas internacionales (26.8% del total), lo cual representó un incremento de 61.6% respecto al mismo periodo de 2020⁶⁶.

La pandemia de Covid-19 no solo ha supuesto una grave amenaza a la salud humana, sino también trajo consigo una recesión económica profunda y de graves consecuencias que significan un deterioro en el bienestar de millones de familias en el mundo. En este contexto, es bastante claro que el turismo ha sufrido una afectación descomunal por 3 razones: el confinamiento obligatorio o voluntario, la aversión al riesgo de las personas que –en el mejor

⁶⁵ Información de los 70 centros monitoreados por DataTur. La ocupación total es un promedio ponderado de los 70 destinos monitoreados. [https://www.datatur.sectur.gob.mx/RAT/RAT-2021-12\(ES\).pdf](https://www.datatur.sectur.gob.mx/RAT/RAT-2021-12(ES).pdf)

⁶⁶ Fuente: Información de los 70 centros monitoreados por DataTur. La ocupación total es un promedio ponderado de los 70 destinos monitoreados. [https://www.datatur.sectur.gob.mx/RAT/RAT-2021-12\(ES\).pdf](https://www.datatur.sectur.gob.mx/RAT/RAT-2021-12(ES).pdf)

de los casos – retrasarán sus viajes por miedo al contagio y la propia recesión económica que limitará el ingreso disponible de las familias, reduciendo los gastos en viajes, lo que, por cierto, se hace extensivo al terreno de los gastos de viajes de las empresas.

En lo que se refiere a la economía mexicana, ésta se ha mostrado resiliente debido a su sólida posición externa, estabilidad financiera y diversos amortiguadores económicos, a pesar de que su desempeño no ha sido ajeno al impacto global adverso por los efectos de la tercera y cuarta ola de contagios por COVID-19, así como al desabasto de insumos industriales, altos costos de materias primas y desfases entre la oferta y demanda agregadas originados por la pandemia que aún persisten.

La recuperación del sector servicios ha estado impulsada principalmente por un crecimiento más acelerado en las actividades que se encontraban más rezagadas respecto de su nivel pre-pandemia, como las de esparcimiento, alojamiento temporal, preparación de alimentos y servicios de transporte. Por el lado del gasto, la demanda interna continuó mostrando un buen dinamismo ante la mayor movilidad de la población, impulsado por el programa de vacunación y el menor número de contagios por COVID-19 registrados en el último trimestre de 2021.

Por otra parte, el turismo interno también es significativo, aportando 88 de cada 100 pesos mexicanos del consumo en el sector, en apoyo al empleo y al desarrollo de regiones que no atraen visitantes internacionales. El sector de viaje y turismo de México se ha enfrentado a diversas dificultades, entre ellas las difíciles condiciones económicas en los principales mercados de origen, desastres naturales, así como riesgos sanitarios e inquietud por temas de seguridad. El potencial del turismo para promover el desarrollo local y regional está aún por explotarse y el sector enfrenta a desafíos en temas de competitividad y sostenibilidad⁶⁷.

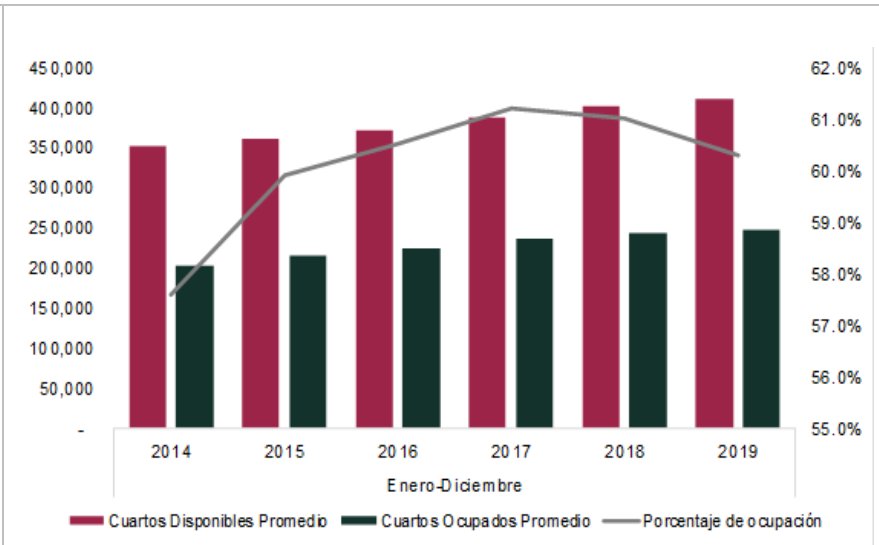
En el caso particular de los Centros Vacacionales, tras la contención de contagios por COVID-19 y, dando cumplimiento a las disposiciones emitidas por las autoridades sanitarias, su reapertura a la población en general se realizó de manera gradual. El primero en abrir fue el CV IMSS Oaxtepec (6 de abril 2021), posteriormente los CV La Trinidad y Malintzi (13 de mayo 2021) y finalmente el CV Atlixco-Metepec (9 de junio 2021).

En términos generales, la disminución del inventario, producto del cierre temporal de hoteles, así como los efectos de la muy importante contracción de la demanda experimentada a partir del mes de abril de 2020, explican la

⁶⁷ OCDE Estudios en Turismo.

caída en la ocupación promedio que se redujo 20.7 puntos porcentuales al pasar de 63.2% a 42.5%⁶⁸.

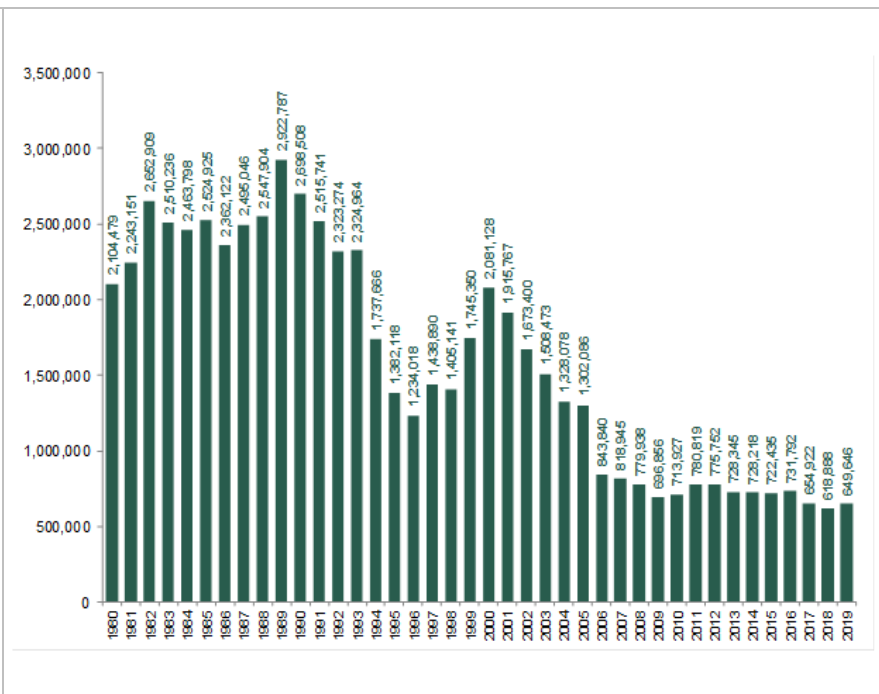
Ilustración 41.
EVOLUCIÓN DE LA OFERTA
HOTELERA Y SU EVOLUCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Turismo

En lo que respecta al número de usuarios que han asistido a los Centros Vacacionales, se observa una caída pronunciada y constante en los últimos cuarenta años:

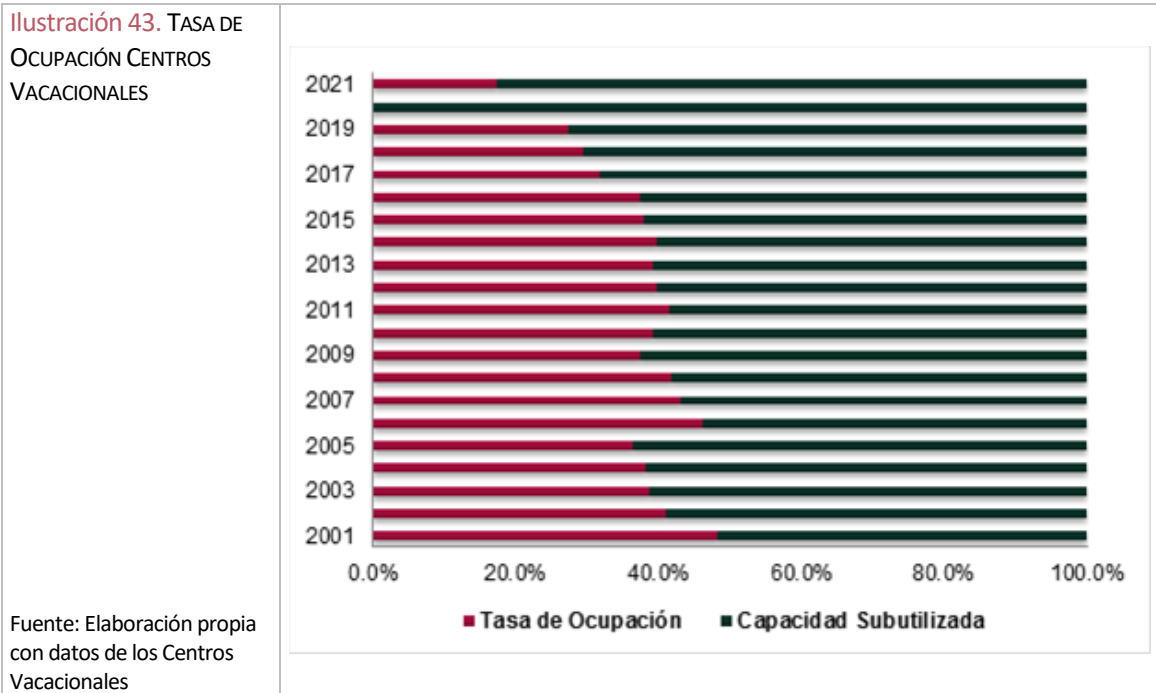
**Ilustración 42. USUARIOS
CENTROS VACACIONALES
1980-2019**



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

⁶⁸ Panorama de la Actividad Turística en México. Información para la toma de decisiones de los empresarios p.25 https://www.anahuac.mx/mexico/cicotur/sites/default/files/2020-07/PanoramaActivTurMx30_.pdf

Lo anterior, ha derivado que la capacidad instalada presente diversas áreas de oportunidad tal como se muestra en la siguiente gráfica:



Así pues, es posible identificar una disminución importante en los indicadores antes señalados. Las causas son diversas: calidad en el servicio, falta de difusión y promoción adecuada, así como también a afectaciones que sufrieron los Centros Vacacionales Oaxtepec (CVO) y Atlixco-Metepec (CVAM), como consecuencia del sismo del 19 de septiembre de 2017 o a la propia pandemia por el COVID-19.

Por una parte, el CVAM permaneció cerrado durante nueve meses debido a las afectaciones estructurales y superficiales que sufrieron sus hoteles, villas y salas de trabajo; tras diversos trabajos y obras de rehabilitación, pudo abrir sus puertas el 26 de marzo de 2018, brindando una limitada oferta de hospedaje con solo dos hoteles y tres villas en servicio y sus áreas de balneario y campamento. El resto de los trabajos de rehabilitación permitieron que para noviembre de 2018 el CVAM contara con 95% de su capacidad instalada en operación.

En cuanto al CVO, permaneció cerrado por tres meses y perdió espacios importantes para la realización de grupos y convenciones como salas de trabajo y restaurantes. Para su reapertura el 1 de diciembre de 2017, el CV tuvo que hacer frente a reparaciones de distintos niveles con el objetivo de rehabilitar sus cabañas, hoteles y áreas comunes, siendo hasta diciembre de 2019 que se recuperaron importantes espacios que permitieron fortalecer su capacidad instalada.

A nivel general, los Centros Vacacionales tienen puntos claves importantes para empezar a tener un despegue claro, los cuales son:

- Plantilla: racionalizar un 33% de capital humano el cual es un gasto oneroso 2.4 veces vs Ventas.
- Replanteamiento de los términos del descuento por Acuerdo 120, el cual representa un impacto del 14% de las ventas generadas.
- Incrementar la afluencia de usuarios al menos en un 70% por medio de nuevos servicios e implementación de herramientas tecnológicas como motores de búsqueda, página de internet, sistema hotelero, etc.
- Inversión en estructura esencial: mobiliario y equipo, mejoras a los espacios físicos, capacitación, etc.
- Fortalecer el área de promoción y comercialización, así como revisar perfiles operativos.

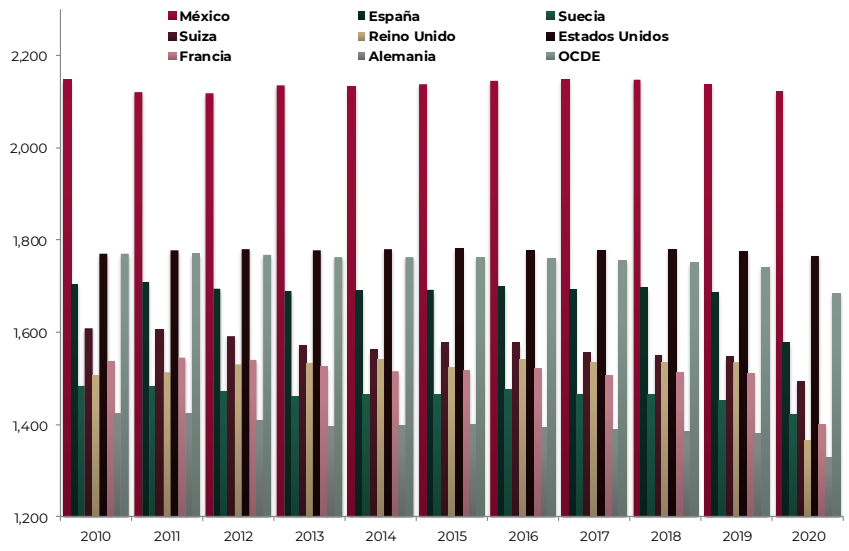
Finalmente, un factor importante por destacar en el déficit financiero que presentan los Centros Vacacionales es el proceso de actualización de cuotas de recuperación, el cual deberá formularse cada año con base en criterios macroeconómicos, de competencia, de auto sustentabilidad, de datos de demanda estimada o en su defecto considerando al menos, la variación en el INPC, publicado por el INEGI.

2.5.5 División de Cultura Física y Deporte [DCFyD]

Derivado de diversas causas que van desde creencias en materia laboral, áreas de oportunidad en materia de productividad laboral, distancias y tiempos para acudir al trabajo, la población mexicana invierte gran parte de su día para cumplir con dicha tarea.

En este sentido, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], nuestro país es el que más horas anuales por trabajador tiene, tal como se puede observar dentro de la siguiente muestra aleatoria seleccionada y del promedio de dicha organización:

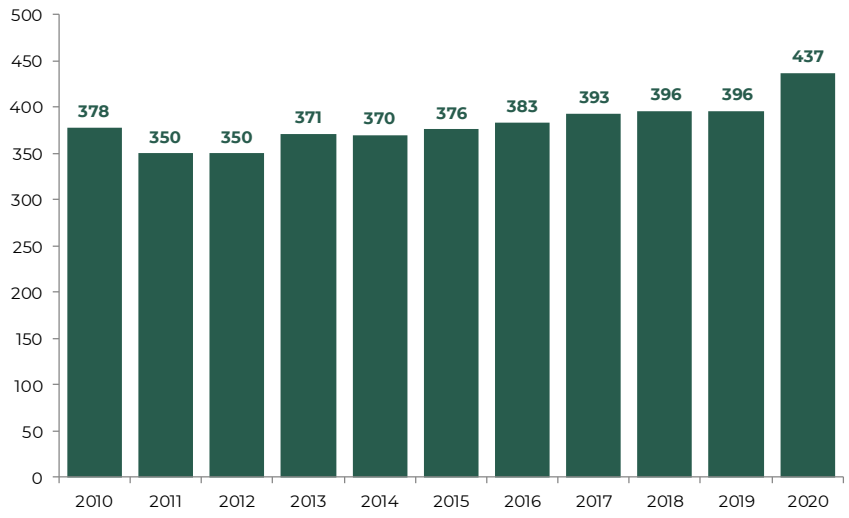
Ilustración 44. HORAS AL AÑO TRABAJADAS



Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE

Calculando las diferencias entre el promedio de la OCDE respecto a nuestro país, se obtiene la siguiente gráfica:

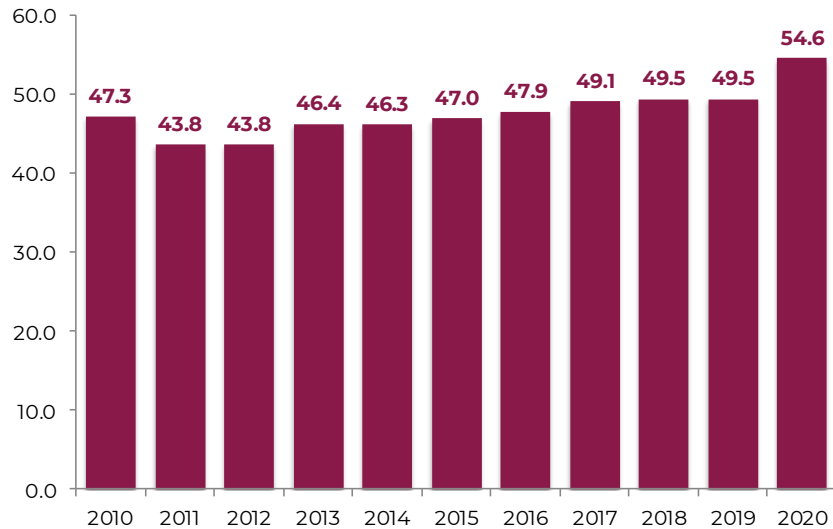
Ilustración 45. DIFERENCIAL DE HORAS TRABAJADAS



Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE

Dicho diferencial de horas, convertido a jornadas laborales de 8 horas diarias, dan como resultado el siguiente número de días hábiles adicionales, por año:

Ilustración 46. Días Laborales Adicionales



Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE

Dicha conversión en días laborales potenciales es sólo una muestra de un componente importante a la vida sedentaria que lleva la mayoría de la población mexicana.

Así pues, el que, como Institución de seguridad social, la más grande e importante de Latinoamérica, se pueda ofertar una amplia gama de actividades y cursos en materia de cultura física y deporte da como resultado el poder contribuir con el bienestar social, la promoción de la salud y mitigar el sedentarismo de nuestra derechohabiente y del público en general.

Al respecto, hay diversos estudios que señalan el impacto de la actividad física y su contribución a la mitigación de diversas enfermedades.

Por ejemplo, hay estudios que indican que la enfermedad coronaria es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y se asocia con importantes consecuencias emocionales y sociales (Cepeda, Cheong, Lee y Yan, 2011)⁶⁹. Al respecto, la actividad física contribuye a ralentizar el inicio y la progresión de enfermedades de esa índole, pero también ayuda a aspectos de salud psicosocial.

Adicionalmente, estudios señalan que el estrés psicológico y la falta de actividad física pueden actuar como desencadenantes para síndromes coronarios agudos (Thrall, Lane, Carroll y Lip, 2007)⁷⁰. Por consecuencia, la

⁶⁹ Cepeda, B., Cheong, A. P., Lee, A. & Yan, B. P. (2011). Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *International Journal of Cardiology*, 149, 4-9

⁷⁰ Thrall, G., Lane, D., Carroll, D. & Lip, G. Y. H. (2007). A systematic review of the effects of acute psychological stress and physical activity on haemorrhology, coagulation, fibrinolysis and platelet reactivity: implications for the pathogenesis of acute coronary syndromes. *Thrombosis Research*, 120, 819-847

actividad física sirve como forma eficaz en materia de tratamiento y prevención de la cardiopatía coronaria a todas las edades (Balady et al., 2007⁷¹; Boini, Briançon, Guillemin, Galan y Hercberg, 2006⁷²; Nguyen et al., 2011⁷³; Shiroma y Lee, 2010⁷⁴).

Bajo esta perspectiva, el ejercicio debe ser considerado como la piedra angular en la que han de basarse las modificaciones del estilo de vida para la prevención de la enfermedad cardiovascular (Pérez, 2008⁷⁵). Adicionalmente, Knechtle⁷⁶ (2004) destaca que la actividad física realizada de forma regular es capaz de mejorar significativamente el bienestar psicológico de las personas de ambos géneros y a cualquier edad.

Así pues, mantener un buen bienestar físico es importante para los pacientes en condiciones crónicas, tales como las enfermedades del corazón, porque la disminución de la capacidad física y el funcionamiento se asocian con un mayor uso de la atención primaria de salud, la morbilidad y mortalidad (Bayliss, Bayliss, Ware Jr y Steiner, 2004⁷⁷)

Derivado de lo anterior, es de suma importancia que la asistencia promedio de cada usuario comience su recuperación, por lo que este nuevo diagnóstico, aunado a la generación de la nueva MIR, contribuirá a una mejor planeación y subsecuente recuperación del indicador:

⁷¹ Balady, G. J., William, A. K., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M., Franklin, B., Sanderson, B. & Southard, D. (2007). American Heart Association/AACVPR scientific statement: core components of cardiac secondary prevention program. *Circulation*, 115, 2675-2682.

⁷² Boini, S., Briançon, S., Guillemin, F., Galan, P. & Hercberg, S. (2006). Occurrence of coronary artery disease has an adverse impact on healthrelated quality of life: a longitudinal controlled study. *International Journal of Cardiology*, 113, 215- 222.

⁷³ Nguyen, P. K., Terashima, M., Fair, J. M., Varady, A., Taylor, R. E., Iribarren, C., Go, A. S., Haskell, W. L., Hlatky, M. A., Fortmann, S. P. & McConnell, M. V. (2011). Physical activity in older subjects is associated with increased coronary vasodilation. *JACC: Cardiovascular Imaging*, 4 (6), 622-629.

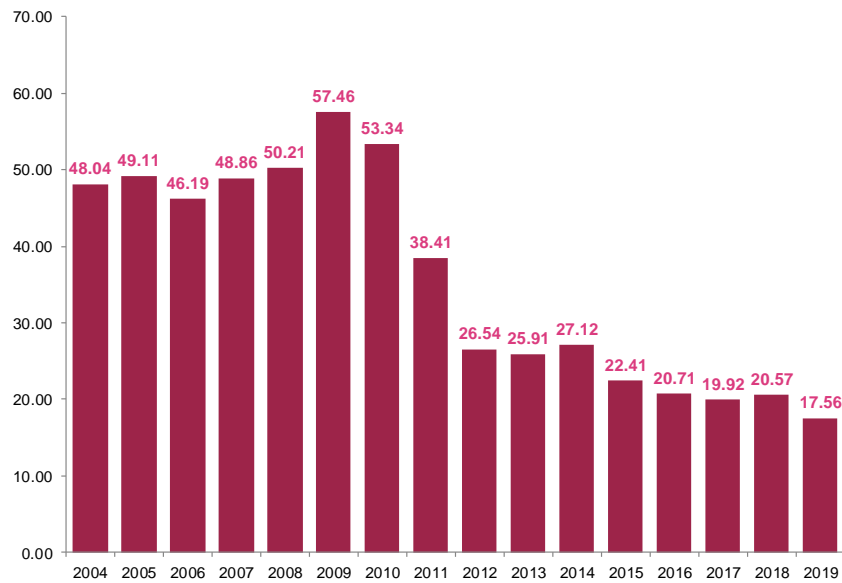
⁷⁴ Shiroma, E. J. & Lee, I. M. (2010). Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity. *Circulation*, 122, 743-752

⁷⁵ Pérez, A. B. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 61 (5), 514-528.

⁷⁶ Knechtle, B. (2004). Der günstige einfluss von körperlicher aktivität auf wohlbefinden und psyche. *Praxis*, 93, 1403-1411.

⁷⁷ Bayliss, E. A., Bayliss, M. S., Ware Jr, J. E. & Steiner, J. F. (2004). Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (47), 1-8

Ilustración 47. ASISTENCIA PROMEDIO POR USUARIO CURSOS DCFyD



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

2.5.6 División de Desarrollo Cultural [DDC]

La consolidación de la cultura en México inicia desde la separación del Estado y la Iglesia; seguida por la conformación del Estado-Nación y de la Identidad nacional, que incluye la población del campo como un instrumento de integración de la política social posrevolucionaria, a través de la educación de las masas que se transformaran en mexicanos, en nuevos ciudadanos... llevada a la práctica a través del programa político y cultural, cuya finalidad era lograr la homogeneidad social, para la formación de hombres y mujeres productivos y leales a la nación⁷⁸.

Al paso de los gobiernos revolucionarios, se implanta en México el Desarrollo Estabilizador, modelo económico emanado en el gobierno, cuando Antonio Ortiz Mena era director del IMSS⁷⁹, 1952-1958. Es en 1956 cuando en el Instituto inicia la impartición de las Prestaciones Sociales, como una rama de seguro obligatoria, desarrollando actividades culturales de representación teatral y arte dramático, teatro guiñol, conciertos y recitales, danza clásica, moderna y regional, y música, entre otros servicios.

⁷⁸ Arreola Martínez, Betzabé. José Vasconcelos: el caudillo cultural de la nación. México, Noviembre de 2009. pp. 5-6.

⁷⁹ Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. La etapa de "desarrollo estabilizador". México, abril de 2018. p. 1. En: <https://cefp.gob.mx/transp/CEFP-CEFP-70-41-C-Estudio0002-0418.pdf>

Así, la cultura no solo existe en los objetos, las prácticas y las instituciones especializadas, sino que es una dimensión subjetiva (pero no individual) cuando se incorpora en forma de esquemas de percepción, de valoración y de acción en el mundo social⁸⁰, como son las políticas públicas. En retrospectiva, lo anterior lo apreciamos en el plan nacional del IMSS: Seguridad Social Nacional 1958-1964, que da continuidad a la infraestructura médica e innova el desarrollo de los Centros de Seguridad Social (CSS), en favor de la justicia social.

Dichos CSS, a la fecha, atienden lo relativo a desarrollo cultural; en su origen, brindaban los servicios en Teatros, en las Casas de la asegurada, en Clubes juveniles, en Talleres especializados, en albercas y en canchas deportivas. En 1960, Benito Coquet señalaba, en su discurso inaugural de la Unidad Independencia del IMSS, "... ahora, bajo el impulso de la Revolución, se crean comunidades donde es factible atender y satisfacer en forma integral las necesidades sociales y culturales de sus habitantes"⁸¹. Así, los servicios sociales que se otorgan hoy en los Centros de Seguridad Social emanan de dicho proyecto.

Lo anterior, se conjuga con lo expuesto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la que pasa ahora a los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en su Artículo 22 que, entre otros aspectos, señala: Toda persona tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad⁸².

2.5.6.1 Actualidad

El balance de las Prestaciones Sociales Institucionales, en materia de Desarrollo Cultural, después de dos años de pandemia por el Virus SARS CoV-2 (COVID-19), obliga a revisar las estrategias que se desarrollan en el Instituto para dichos servicios en lo relativo a Educación artística y artesanal; Producción cultural; Patrimonio cultural; Servicios culturales, y Cultura y salud, con el propósito de mejorar el servicio que se brinda a los derechohabientes y al público en general.

Las actividades de Desarrollo Cultural en el IMSS se programan en los 35 OOAD, dependiendo de su capacidad instalada y del personal disponible. Por

⁸⁰ González, Jorge A. Observar, estimar, medir, procesar, entender y actuar en tiempos difíciles. En: Encuesta nacional sobre hábitos y consumo cultural 2020. Análisis cualitativo y estadístico. Cultura UNAM, 2021. México. UNAM. pp. 118-123

⁸¹ De Anda Alanís, Enrique X. Arte y cultura junto a los hospitales: Los centros de seguridad social del IMSS, en el gobierno de Adolfo López Mateos. El proyecto cultural en el centro de seguridad social. México, diciembre de 2021. pp. 25-40.

⁸² Naciones Unidas. Noticias ONU, Mirada global. Miradas humanas. Artículo 22: Derecho a la Seguridad Social. En: <https://news.un.org/es/story/2018/12/1447441>

lo anterior, podemos observar que en 2019 de 138,795 personas anotadas a cursos y talleres de Desarrollo Cultural, en 2021 sólo se inscribieron 15,862 alumnos⁸³; como consecuencia de los efectos de la pandemia, el préstamo y ocupación de las instalaciones de Prestaciones Sociales Institucionales para apoyar los requerimientos del área médica en los OOAD.

Con base en la Estrategia prioritaria PIIMSS 4.6 Impulsar y gestionar programas de cultura física, deporte y desarrollo cultural, de acuerdo con las prioridades y necesidades de la población y el Plan Anual de Gestión Cultural, se han identificado diferentes oportunidades que el Instituto está abordando, como es procurar el bienestar físico y emocional de las personas, el concepto del bienestar social como centro de las políticas públicas de entornos saludables y creativos a favor de la paz y el bienestar, que propicien una mejor ocupación del tiempo libre, la equidad de género, el desarrollo de la creatividad y las potencialidades individuales, entre otras⁸⁴.

Asimismo, se han detectado diversos problemas para mejorar el servicio de Desarrollo Cultural como es la deficiente cobertura de plazas laborales para actividades culturales, la necesidad de dar mantenimiento a la infraestructura y el equipamiento de las diferentes unidades operativas, ampliar la oferta digital, difundir en redes sociales e institucionales los servicios culturales que el IMSS tiene disponibles para sus derechohabientes y la población en general, la pérdida de espacios con infraestructura y la constante disminución del presupuesto.

En cuanto a los espacios prestados para la operación de atención a la salud para la prevención y atención de los casos derivados por la pandemia SARS CoV-2, se ha puesto en marcha la estrategia de recuperación de las instalaciones y redirigirlas a su vocación relativa a las Prestaciones Sociales Institucionales. Al inicio de la pandemia se aprobó el préstamo de 129 espacios, con participación de 83 unidades operativas; de los cuales, oficialmente se han reintegrado 56 espacios y quedan prestados 73, pertenecientes a 59 unidades de 25 OOAD⁸⁵. Tal dinámica permitirá realizar una mejor programación de los servicios culturales y brindar una mayor oferta de actividades para Desarrollo Cultural.

En otro ángulo, se presentan algunas cifras que nos muestran la problemática para los servicios de Desarrollo Cultural, como es la autorización y ocupación de plazas vacantes, al mes de abril de 2021, y la necesidad de cubrir las plazas vacantes y las de nueva creación que se solicitan, información que fue proporcionada por las 35 OOAD, en enero de 2022.

⁸³ Infografía de Bienestar Social, IMSS. En: <https://bienestarsocial.mx/infografia/>

⁸⁴ Programa de Trabajo 2021- 2022. Coordinación de Bienestar Social, Instituto Mexicano del Seguro Social. Primera edición. México, 2021. pp. 35-37 y 79

⁸⁵ Coordinación de Bienestar Social. Estrategias de apoyo al área médica. IMSS. México, febrero, 2022.

En 2021, las diez OOAD con la mayor plantilla suman más del 63% del total de las plazas autorizadas para ese periodo, destacando DF Norte, Nuevo León y DF Sur, con más del 32% del Total General. De las plazas ocupadas, Zacatecas, Baja California Sur y Yucatán presentaron la mejor proporción, respecto de las autorizadas: 100% de ocupación, y Jalisco alcanzó el 93.3% de ocupación. Así, las OOAD que mostraron la mayor desocupación de plazas, en función de las autorizadas fueron Tlaxcala y Oaxaca al 100% y Puebla que promedió el 83.3 por ciento.

Tabla 5 PLAZAS POR OOAD ACTIVIDADES DDC

OOAD	Autorizadas	Ocupadas	Vacantes
DF Norte	79	46	33
Nuevo León	50	18	32
DF Sur	41	25	16
Sinaloa	29	14	15
México Poniente	28	24	4
Morelos	27	20	7
Baja California	26	15	11
México Oriente	18	9	9
Guerrero	17	10	7
Coahuila	16	10	6
Sonora	16	7	9
Jalisco	15	14	1
Chihuahua	15	7	8
Tamaulipas	13	9	4
Michoacán	13	8	5
Veracruz Norte	11	9	2
San Luis Potosí	11	8	3
Veracruz Sur	11	8	3
Durango	10	4	6
Chiapas	9	6	3
Colima	7	5	2
Hidalgo	6	5	1
Nayarit	6	2	4
Puebla	6	1	5
Zacatecas	5	5	0
Aguaascalientes	5	3	2

OOAD	Autorizadas	Ocupadas	Vacantes
Querétaro	5	3	2
Guanajuato	5	2	3
Baja California Sur	4	4	0
Yucatán	4	4	0
Tabasco	4	3	1
Quintana Roo	3	2	1
Campeche	3	1	2
Tlaxcala	2	0	2
Oaxaca	1	0	1
Totales	521	311	210

Fuente: Coordinación de Bienestar Social

Para 2022, en enero se pulsó la evolución de la necesidad de plazas para atender los servicios de Desarrollo Cultural en los 35 OOAD; con la información a esa fecha, se observó que se requiere cubrir un total de 332 plazas: 212 vacantes y 120 de nueva creación, 93.1% corresponden a plazas de base y la diferencia, 2.9 por ciento a plazas de confianza B, distribuidas por tipo de requerimiento en la siguiente tabla:

Tabla 6 INVENTARIO PLAZAS SERVICIOS DDC

Tipo	Danza	Música	Arte Dramático	Artes Plásticas	Iniciación Cultural	Artesanías	Otras
Base	102	75	37	29	66	0	0
Confianza	0	0	0	0	0	11	4
Total	102	75	37	29	66	11	4

Fuente: Coordinación de Bienestar Social

La anterior problemática se ve reflejada en la programación de cursos y talleres; observando que, para cursos, en una muestra total para 33 OOAD, al inicio de 2022, el 47.0% otorga sus servicios con personal docente, el 31.8% adicional a los docentes se apoya con personal voluntario, el 21.2% principalmente imparte sus cursos con personal voluntario, de servicio social y sin perfil asignado; asimismo, dos OOAD no programan cursos por carecer de personal para impartirlos.

En términos generales, el 71% de la programación de cursos en los OOAD se otorga con personal docente y el 29% queda como una problemática por atender, como se aprecia en la siguiente ilustración:

Ilustración 48.
PROGRAMACIÓN CURSOS
DDC

RESULTADOS PROGRAMACION DE CURSOS 2022, POR TIPO DE INSTRUCTOR										
MUESTRA	SIN PERFIL ASIGNADO		DOCENTE		PERSONAL VOLUNTARIO		TRABAJO SOCIAL		ACTIVIDADES	
	ACTIVIDADES	META	ACTIVIDADES	META	ACTIVIDADES	META	ACTIVIDADES	META	PROGRAMADAS	METAS
1	6	90	2,309	25,699	1,669	23,610	6	60	3,990	49,459
2	6	90	2,345	26,059	209	3,547	0	0	2,560	29,696
TOTAL	12	180	4,654	51,758	1,878	27,157	6	60	6,550	79,155

Fuente. Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI)

Fuente: SIPSI

Para talleres, la muestra refleja que el total general de la programación, con personas voluntarias, es más alta que la registrada para cursos con docentes. Número de actividades (grupos) 4,654, meta de cupo (51,758). Otra vertiente de la problemática es que, la programación con personal de trabajo social no cumple con el perfil profesional necesario para otorgar el servicio de cursos y talleres de Desarrollo Cultural. Actualmente, con el apoyo de los OOAD, se busca llegar a un consenso para el análisis de tal problemática y su solución a nivel normativo.

Tabla 7 RESULTADOS PROGRAMACIÓN DDC 2022

Muestra	Docente		Personal Voluntario		Trabajo Voluntario	
	Actividades	Meta	Actividades	Meta	Actividades	Meta
1	126	1,292	2,387	29,739	25	435
2	127	1,302	2,816	34,829	0	0
Total	253	2,594	5,203	64,568	25	435

Fuente: División de Desarrollo Cultural

Para talleres, al inicio de 2022, de 35 OOAD sólo el 31.2% otorga sus servicios con personal docente, 34.4% además de los docentes se apoya con personal voluntario de manera “equilibrada”, el restante 34.4% sobrepasa la programación con personal voluntario incluyendo, además, personal de servicio social y sin perfil asignado. El problema es más significativo cuando observamos que de la programación total de actividades, para dicho periodo, el 42.1% de ellas se atiende con personal no docente⁸⁶.

Otra necesidad es dar mantenimiento y coadyuvar a la conservación de la infraestructura de las unidades operativas como son centros de seguridad

⁸⁶ División de Desarrollo Cultural. Informe de programación. DPES, CBS. México, enero, 2022.

social, centros de artesanías y, en particular a la red de teatros al aire libre; en ese tenor, la Coordinación de Bienestar Social cuenta con un diagnóstico y un programa de Inversión para infraestructura y equipamiento. De los 37 teatros que conforman dicha red, a revisión, más del 70% requiere de mantenimiento; en una primera etapa, se tiene programado atender ocho unidades, en cuatro OOAD, entre otras acciones⁸⁷.

Tabla 8 PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

OOAD	Teatros al aire libre
Baja California	San Luis Río Colorado
Baja California Sur	La Paz
Guerrero	Acapulco
	Chilpancingo
	Iguala
	Taxco
CDM Sur	Santa Fe
	Unidad Independencia

Fuente: Coordinación de Bienestar Social

2.5.6.2 Acciones de Mejora

Aprovechamiento de teatros cubiertos en colaboración con la Coordinación Nacional de Teatro de la Secretaría de Cultura, lo que permitirá una programación cultural para jóvenes audiencias, para teatro familiar y matiné, esperando 15,160 asistencias, como la participación en la Muestra Nacional de Teatro. Asimismo, se lanzará nueva Convocatoria para la programación de artes escénicas en los teatros del IMSS 2022, y se llevará a cabo la programación de espectáculos de música gratuitos en el proyecto Música en Teatros en colaboración con instituciones aliadas, entre otras acciones.

El fortalecimiento de la programación en los teatros al aire libre pasa por diversas acciones de teatro, danza, música y lecturas dramatizadas, con una programación de 136 actividades en once unidades y la asistencia esperada de 13,115 espectadores; para fortalecer la programación en estos espacios se buscará la participación de instituciones públicas locales, la vinculación con aliados estratégicos y la puesta en marcha del proyecto Caravanas culturales.

En cuanto al cine, se equipó del Cine Linterna Mágica y su inauguración fue durante este enero 2023. En dicho recinto se pretende programar una oferta alterna de la programación de la Cineteca Nacional y otros festivales

⁸⁷ Coordinación de Bienestar Social. Seminario Inter institucional. Prestaciones Sociales. DPES, IMSS. México, febrero, 2022. pp. 148-168.

cinematográficos y propuestas educativas como las proyecciones vinculadas al proyecto “Adictos a la vida” y el proyecto de “Fomento a la Cultura Cinematográfica” con cursos y talleres de apreciación cinematográfica, historia del cine, periodismo y crítica cinematográfica, etc.

Las acciones relativas a exposiciones, por parte del IMSS, se plantean en varios lugares como son Sala de Exposiciones CMN SXXI, Vestíbulo de Reforma 476 y Galerías abiertas con proyectos como Reserva de la Biósfera Tehuacán – Cuicatlán, Objetos que ayudan, Acervos Culturales del IMSS, La Dolce Vita, Exposición fotográfica COVID-19 Salud Pública IMSS y Artistas plásticos de la Fundación John Langdon Down, entre otros; con una afluencia aproximada de 20 mil visitantes.

Respecto a la estrategia de difusión de las actividades de desarrollo cultural se tiene contemplado la realización de volantes electrónicos de los eventos y la publicación de una agenda cultural mensual del IMSS, a través de las diferentes redes sociales institucionales como Facebook, Twitter, Instagram, entre otras; así como la difusión de los eventos en las redes sociales de las diversas instituciones aliadas con una audiencia potencial en redes sociales de instituciones vinculadas de más de seis millones de participantes.

Las acciones de desarrollo cultural de carácter electrónico que colaborarán con el proyecto Entornos Laborales Seguros y Saludables (ELSSa), serán la publicación en micrositio digital institucional de materiales de apoyo para el fomento a la lectura y la valoración del patrimonio cultural, a través de material gráfico, videográfico y de lectura, entre otras.

Finalmente, para el fortalecimiento de la memoria colectiva a través de acciones culturales, en 2023 se tiene contemplado llevar a cabo un amplio proyecto editorial en el marco del 80 Aniversario IMSS, a través de libros que aborden distintos aspectos de la historia institucional.

2.6 EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN

Derivado a que el Pp E012 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.

2.6.1 **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 sociedad⁸⁸.

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

2.6.1.1 **Venezuela**

En Venezuela, con base en Reyes (2015)⁸⁹, se tiene el Plan Nacional de Recreación para el Buen Vivir (PNRBV) finalmente llamado Plan Nacional de 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

⁸⁸ 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)

⁸⁹ Reyes, A. (2015) Human Artes. Revista Electrónica de Ciencias Sociales y Educación, Año 4, N° 7, julio – diciembre, pp: 8-32

- 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 9 DESGLOSE PNRVB

Clasificación	Programas
Estructurales	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 Bicentenario
Especiales	<ul style="list-style-type: none"> ● Encuentro de Homólogos ● Efemérides, fechas patrias o históricas, días mundiales ● Exposiciones

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

2.6.1.2 Chile

En lo que respecta a Chile, con base en Escobar Clavería y Rivas Humeres (2013)⁹⁰, 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

2.6.1.3 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

2.6.1.4 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.

2.6.1.5 Dinamarca

⁹⁰ 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

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.

2.6.1.6 Brasil

En el Sistema Deportivo Brasileño, hay cuatro ramas en que se desmiembra: el Deporte Comunitario⁹¹, el Deporte Estudiantil, el Deporte Militar y el Deporte Clasista⁹².

2.6.1.7 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

⁹¹ 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.

⁹² Enfocado a trabajadores y empresas para poder organizar una asociación deportiva clasista, con personalidad jurídica de derecho privado.

2.6.1.8 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 anatómo-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

2.6.2 Ámbito de la Capacitación y Adiestramiento Técnico

2.6.2.1 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 ocupación⁹³.

2.6.2.2 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 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.

2.6.3 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 sociales⁹⁴.

2.6.3.1 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

⁹³ Servicio Nacional de Capacitación y Empleo. Ficha de Diseño "Aprendices año 2017" http://www.sence.cl/601/articles-7412_archivo_02.pdf.

⁹⁴ 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).

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 comunidad⁹⁵.

2.6.3.2 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.

2.6.3.3 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

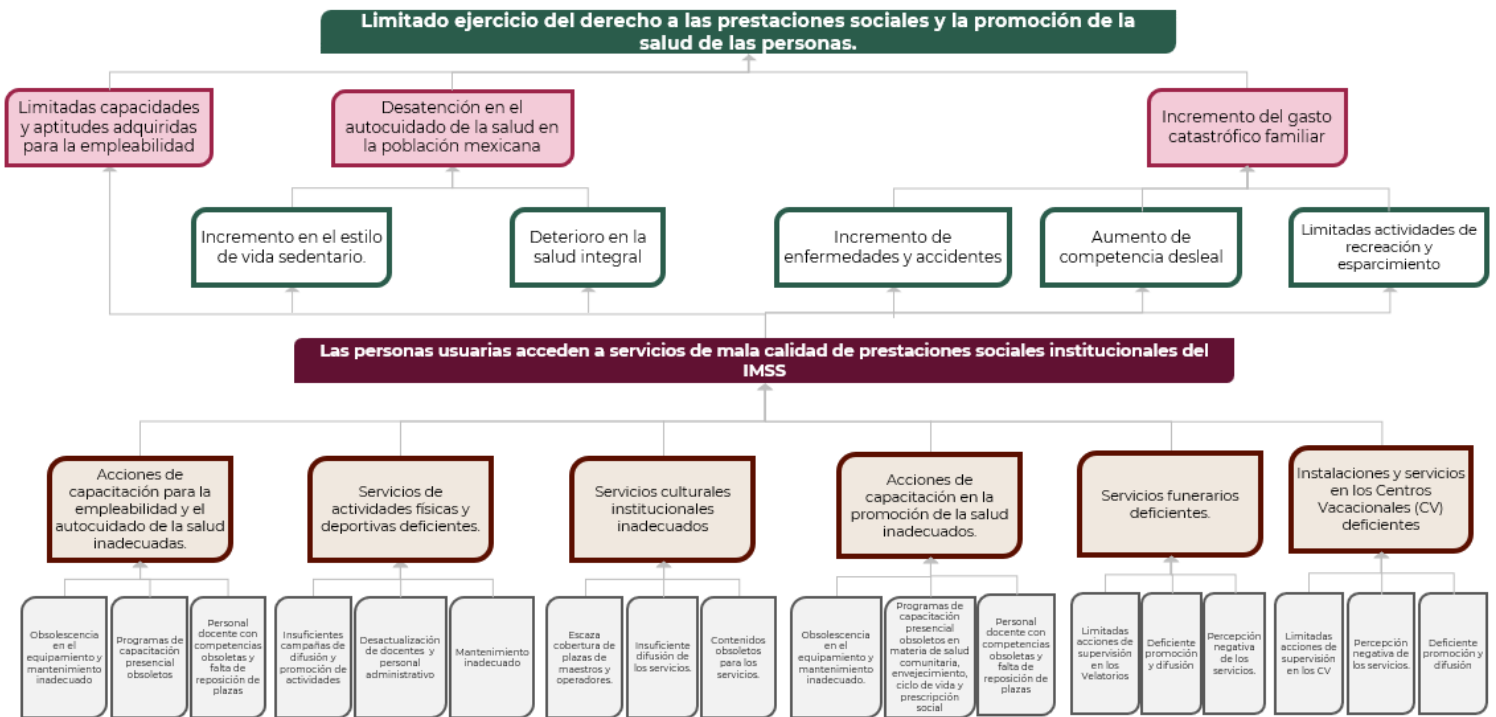
⁹⁵ Toda la información puede consultarse en la página del gobierno de Nueva Zelanda, en ligas como las siguientes: <http://www.mch.govt.nz/what-we-do/our-projects/completed/cultural-well-being>,

Programa Cultura para la Armonía, con el apoyo de agrupaciones artísticas comunitarias, de caravanas culturales; entre otras actividades.

2.6.4 *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 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

2.7 *ÁRBOL DEL PROBLEMA*



2.7.1 Causas

El Pp E012 incluye 6 diferentes causas profundas 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.
- 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.

3. OBJETIVO

3.1 ÁRBOL DEL OBJETIVO



3.1.1 Medios

A través de la integración de los siguientes medios se busca alcanzar que las personas usuarias accedan a servicios eficientes de prestaciones sociales institucionales del IMSS de manera que esto contribuya a generar un mayor bienestar y promoción de la salud en las personas.

- 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 servicios 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.

3.2 DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Los objetivos del programa están definidos a partir del objetivo central, identificado en el árbol del objetivo como “Las personas usuarias acceden a servicios de calidad de las prestaciones sociales institucionales del IMSS”, en términos de lo señalado en el artículo Art. 210 de la LSS.

3.2.1 *Objetivo a Nivel Fin*

Contribuir a garantizar el derecho a prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS.

3.2.2 *Objetivo a Nivel Propósito*

Las personas usuarias acceden a servicios de calidad de prestaciones sociales institucionales del IMSS.

Dicho propósito mediante la medición de los siguientes indicadores:

- Promedio de ocupación de los servicios de las prestaciones sociales institucionales.
- Tasa de variación anual de satisfacción de los servicios de prestaciones institucionales

3.2.3 *Objetivo a Nivel Componente*

- Cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud impartidos.
- Actividades físicas y deportivas otorgadas.
- Servicios Culturales Institucionales impartidos.
- Cursos en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social otorgados.
- Servicios (alojamiento, recreación, deporte e integración) en los Centros Vacacionales otorgados.
- Servicios funerarios otorgados.

3.3 APORTACIÓN DEL PROGRAMA A LOS OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Y DE LA INSTITUCIÓN

El Pp E012 “Prestaciones Sociales” cuenta con la siguiente alineación estratégica:

Tabla 10 VINCULACIÓN DEL PROGRAMA CON DIVERSOS INSTRUMENTOS

Instrumento	Eje / Objetivo Prioritario	Estrategia Prioritaria / Meta
Plan Nacional de Desarrollo	Eje 2. Política Social	Construir un país con bienestar Desarrollo sostenible Programas Derecho a la educación Salud para toda la población Instituto Nacional de Salud para el Bienestar Cultura para la paz, para el bienestar y para todos
Programa Institucional del IMSS	2. Garantizar la calidad y cobertura de los servicios y prestaciones institucionales, privilegiando la prevención de enfermedades y promoción de la salud.	2.2. Fortalecer los mecanismos de prevención de enfermedades; así como, la promoción de estilos de vida saludables.
	4. 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.	4.1. Promover el conocimiento y la adopción de hábitos saludables a través de estrategias de educación para una vida saludable.
		4.6. Impulsar y gestionar programas de cultura física, deporte y



Instrumento	Eje / Prioritario	Objetivo	Estrategia Prioritaria / Meta
			desarrollo cultural, de acuerdo con las prioridades y necesidades de la población.
			4.7. Mejorar la productividad y elevar la calidad y eficiencia de los centros vacacionales, tiendas y velatorios.
Objetivos de Desarrollo Sostenible	1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo		1.3. Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables
	3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades		3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
	4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante		4.3. Para 2030, asegurar el acceso en condiciones de igualdad para todos los hombres y las mujeres a una formación técnica, profesional y superior de
			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.

Instrumento	Eje / Objetivo Prioritario	Estrategia Prioritaria / Meta
	toda la vida para todos.	<p>calidad, incluida la enseñanza universitaria</p> <p>4.4. Para 2030, aumentar sustancialmente el número de jóvenes y adultos que tienen las competencias necesarias, en particular técnicas y profesionales, para acceder al empleo, el trabajo decente y el emprendimiento</p>
		<p>4.5. Para 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y garantizar el acceso en condiciones de igualdad de las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad, a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional</p>
	<p>8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.</p>	<p>8.6. Para 2030, reducir sustancialmente la proporción de jóvenes que no están empleados y no cursan estudios ni reciben capacitación</p> <p>8.9. Para 2030, elaborar y poner en práctica políticas encaminadas a promover un turismo sostenible que cree puestos de trabajo y</p>



Instrumento	Eje / Objetivo Prioritario	Estrategia Prioritaria / Meta
		promueva la cultura y los productos locales
	10. Reducir la desigualdad en y entre los países	10.4. Adoptar políticas, en especial fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad
	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

4. COBERTURA

La cobertura del Pp E012 “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 11 PARTICIPACIÓN PORCENTUAL ASISTENCIA CURSOS 2020

OOAD	Participación Porcentual
Campeche	0.30
Quintana Roo	0.53
Colima	0.64
Nayarit	0.65
Zacatecas	0.93
Tabasco	0.93
Aguascalientes	0.96
Yucatán	1.03
Oaxaca	1.18
Coahuila	1.20
Chiapas	1.21
Hidalgo	1.44
San Luis Potosí	1.78
Durango	1.80
Baja California	2.00
Puebla	2.03
Morelos	2.04
Sonora	2.21
Tamaulipas	2.22
Chihuahua	2.34
Querétaro	2.51
Guanajuato	2.69
Veracruz Sur	2.83
Baja California Sur	3.05

OOAD	Participación Porcentual
Guerrero	3.15
Tlaxcala	3.16
Michoacán	3.99
Jalisco	4.25
CDMX Sur	4.36
México Oriente	4.62
Nuevo León	4.77
Veracruz Norte	5.84
Sinaloa	7.07
México Poniente	8.75
CDMX Norte	11.55
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 12 PRESENCIA DE LAS UR POR OOAD

OOAD	DPS	DCAT	DCFyD	DV	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	X	
Colima	X	X	X		X	
Chiapas	X	X	X	X	X	
Chihuahua	X	X	X	X	X	
CDMX Norte	X	X	X		X	X
CDMX Sur	X	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	X	
Jalisco	X	X	X	X	X	
México Oriente	X	X	X	X	X	X

OOAD	DPS	DCAT	DCFyD	DV	DDC	DCVyUC
México Poniente	X	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	X	
Oaxaca	X	X	X		X	
Puebla	X	X	X	X	X	X
Querétaro	X	X	X	X	X	
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	X	
Tamaulipas	X	X	X	X	X	
Tlaxcala	X	X	X		X	X
Veracruz Norte	X	X	X	X	X	
Veracruz Sur	X	X	X		X	
Yucatán	X	X	X	X	X	
Zacatecas	X	X	X		X	

Fuente: Elaboración propia

4.1 IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN O ÁREA DE ENFOQUE POTENCIAL

La población potencial que se busca atender mediante la intervención del Pp es aquella población que se encuentra dentro de la República Mexicana, misma que se sustenta en los artículos 209, 210 y 210 A de la LSS.

4.2 IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN O ÁREA DE ENFOQUE OBJETIVO

La población objetivo es aquella definida en los artículos 209 y 210 de la LSS que a la letra establecen:

“Artículo 209. Las prestaciones sociales institucionales tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población.

El Instituto proporcionará atención a sus derechohabientes mediante servicios y programas de prestaciones sociales que fortalezcan la medicina preventiva y el autocuidado de la salud y mejoren su economía e integridad familiar. Para ello, fortalecerá la coordinación y concertación con instituciones de la Administración Pública Federal, Estatal y Municipal o con entidades privadas y sociales, que hagan posible su acceso a preferencias, prerrogativas y servicios que contribuyan a su bienestar.

Asimismo, el Instituto establecerá y desarrollará los programas y servicios para los derechohabientes, en términos de la disponibilidad financiera de los recursos destinados a prestaciones sociales de este seguro.”

“Artículo 210. Las prestaciones sociales institucionales serán proporcionadas mediante programas de:

I. Promoción de la salud, difundiendo los conocimientos necesarios a través de cursos directos, conferencias y campañas de bienestar, cultura y deporte, y del uso de medios masivos de comunicación;

II. Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios; prevención de enfermedades y accidentes;

III. Mejoramiento de la calidad de vida a través de estrategias que aseguren costumbres y estilos de vida saludables, que propicien la equidad de género, desarrollen la creatividad y las potencialidades individuales, y fortalezcan la cohesión familiar y social;

IV. Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas, recreativas y de cultura física y en general, de todas aquéllas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre;

V. Promoción de la regularización del estado civil;

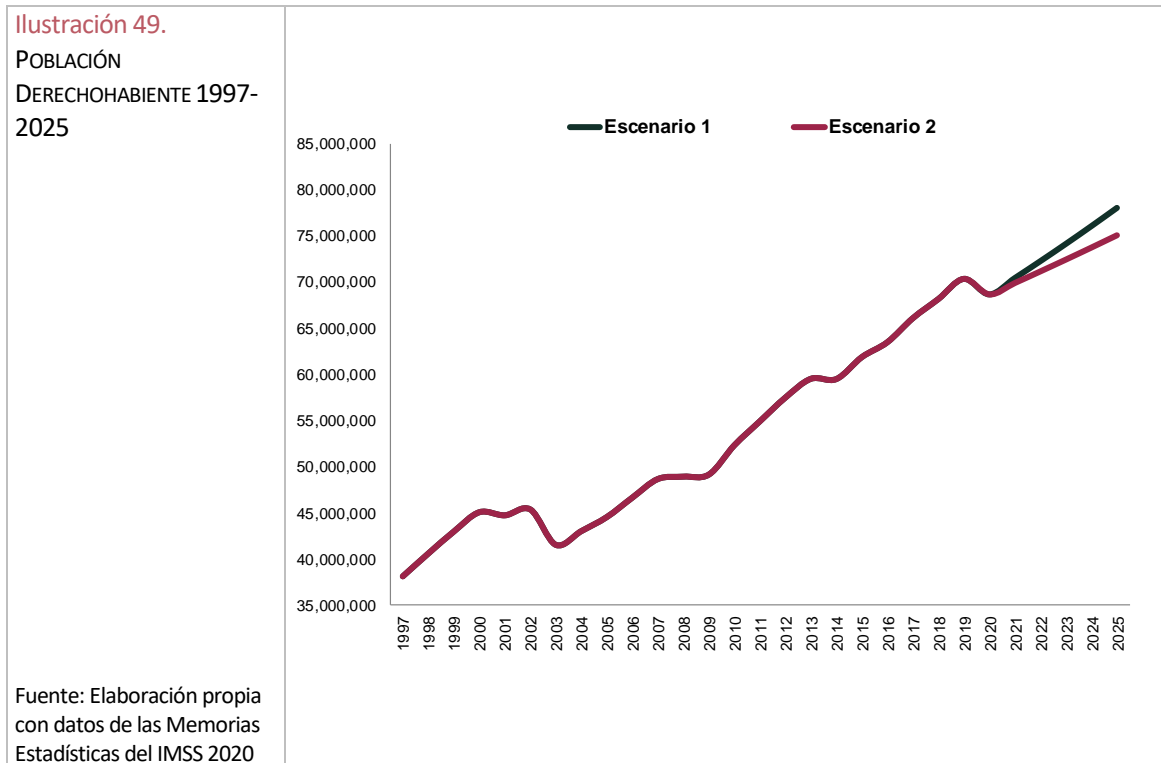
VI. Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo, a fin de propiciar la participación de la población en el mercado laboral, de lograr la superación del nivel de ingresos a los capacitados y contribuir a la satisfacción de las necesidades de la planta productiva. Dichos cursos podrán ser susceptibles de validación oficial;

VII. Centros vacacionales;

VIII. Superación de la vida en el hogar, a través de un adecuado aprovechamiento de los recursos económicos, de mejores prácticas de convivencia y,

IX. Establecimiento y administración de velatorios, así como otros servicios similares”

Al respecto, analizando la población derechohabiente, durante el período 1997-2020, se esperarían que la misma se encuentre entre los siguientes dos escenarios

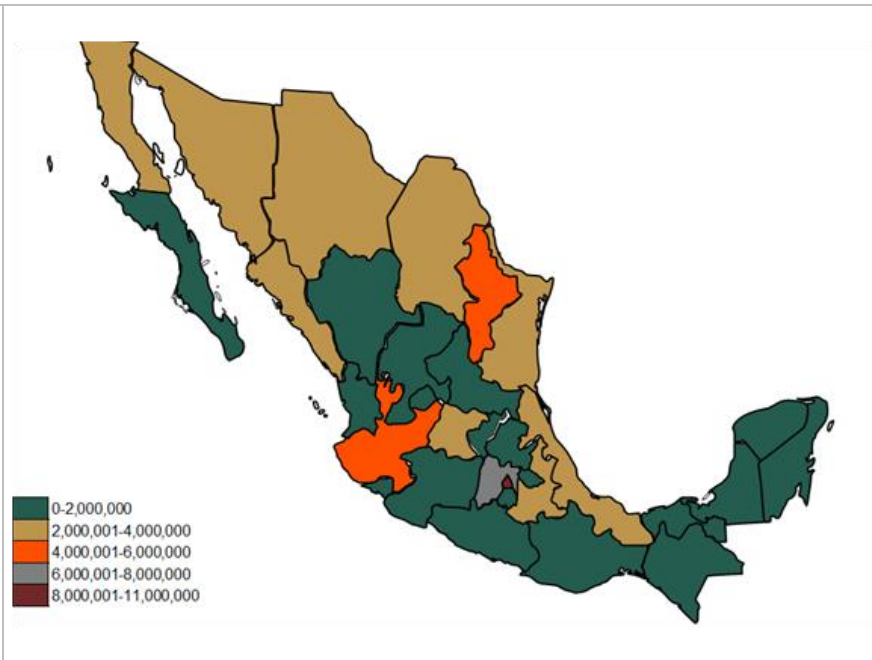


Dicha población ha tenido un comportamiento, a lo largo del tiempo, de una TCMA del 2.59%, durante el período 1997-2020.

En este sentido, a manera gráfica, se muestra la distribución, por estado, de la derechohabiencia durante el año 2020:

Ilustración 50.

DERECHOHABENCIA POR ESTADO



Fuente: Elaboración propia con datos de las Memorias Estadísticas del IMSS 2020

Adicionalmente, en su artículo 210-A se establece, mediante el pago de cuotas de recuperación, que dicha prestación podrá ofrecerse al resto de la población no derechohabiente.

“Artículo 210 A. El Instituto podrá ofrecer sus instalaciones deportivas, sociales, culturales, recreativas y vacacionales a la población en general, ya sea por sí o en cooperación con instituciones de los sectores público o social, estableciendo 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 ese tipo de actividades. El monto y destino de los recursos que se obtengan conforme a lo dispuesto en este párrafo se informará al Congreso de la Unión y al Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Los derechohabientes tendrán condiciones preferenciales en el pago de las cuotas de recuperación señaladas, en los términos que el Instituto establezca.”

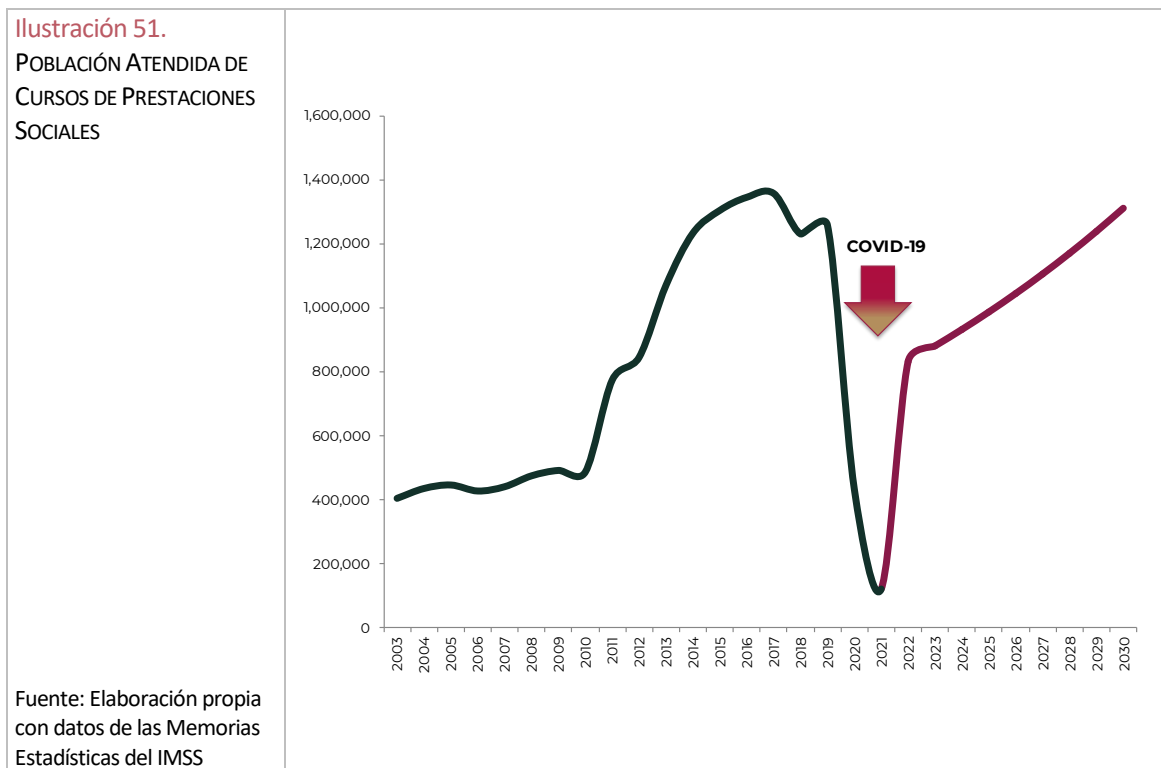
En suma, se señala que la población es aquella mandatada por ley, aunque los servicios de prestaciones sociales pueden ser recibidos por la no derechohabencia. Por ello la población objetivo se define como **las personas usuarias** de los servicios de prestaciones sociales del IMSS.

Finalmente, es importante señalar que, dependiendo de la prestación, dicha población podría ser desagregada o no, en estos subgrupos, es decir, en derechohabientes y no derechohabientes.

4.3 CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN O ÁREA DE ENFOQUE OBJETIVO

A continuación, se muestran las proyecciones realizadas para la población atendida⁹⁶ durante los siguientes años con base en una serie histórica propia del Instituto.

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:

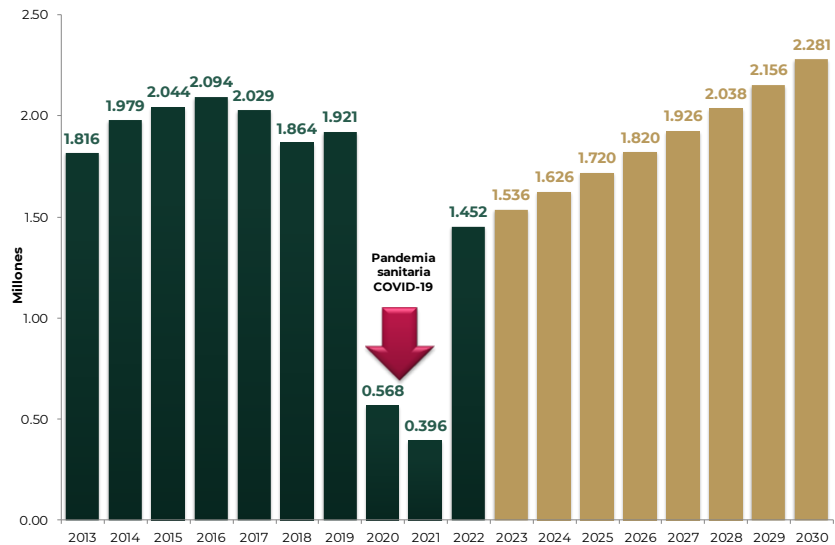


Así pues, al sumar a los usuarios de los cursos de prestaciones la población atendida en los Centros Vacacionales y servicios funerarios se puede apreciar la siguiente gráfica⁹⁷:

⁹⁶ Incluye la población derechohabiente y no derechohabiente

⁹⁷ Meta para 2022, estimaciones para el periodo 2023-2030

Ilustración 52.
POBLACIÓN ATENDIDA DE
LOS SERVICIOS DE LAS
PRESTACIONES SOCIALES



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

4.4 FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN O ÁREA DE ENFOQUE POTENCIAL Y OBJETIVO

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].

4.5 CONCEPTOS POBLACIONES

En la siguiente tabla, se define cada una de las poblaciones de acuerdo con su naturaleza.

Lo anterior, a solicitud por parte del CONEVAL:

Tabla 13 TIPOS DE POBLACIONES

Tipo	Definición
Potencial	La población potencial es toda aquella que se encuentra dentro de la República Mexicana.
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 E012 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.
Atendida	La población atendida es la población que recibió la prestación social, independientemente si es derechohabiente o no derechohabiente

Fuente: Elaboración propia

5. ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

Sabemos que un problema o necesidad pública tiene más de una solución posible. El objetivo es elegir la mejor en términos de viabilidad, eficiencia, eficacia y economía.

En el caso del PpE012 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, por lo que estas causas serán la base para el desarrollo de esta sección. Asimismo, como se mencionó en los numerales 1 y 11 del presente diagnóstico, el Pp E012 “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.

Dicho lo anterior, es importante describir las aportaciones que éste 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 fundamental que éstos se incrementen para poder aspirar a un estado de salud mejor⁹⁸.

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”⁹⁹.

En este mismo orden de ideas, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] en su estrategia referente al régimen alimentario, de actividad física y

⁹⁸ Serrato M. Nuevas tendencias en recomendaciones de actividad física y prescripción del ejercicio. Bogotá: AMEDCO; 2003

⁹⁹ Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton J, McPherson B, eds. Exercise, Fitness and Health. A Consensus of Current Knowledge. Champaign: Human Kinetics; 1990.

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”¹⁰⁰.

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 física¹⁰¹. Bajo esta perspectiva, una misma acción representará el inicio de la actividad física, únicamente diferenciándose entre personas debido a sus limitantes y alcances¹⁰².

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^{103 104}.

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 algunas¹⁰⁵, 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 diabetes¹⁰⁶.

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.

¹⁰⁰ CDC. Promoción de la actividad física: la mejor inversión en salud pública. *Human Kinetics* 1999;8-35.

¹⁰¹ 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

¹⁰² 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.

¹⁰³ American College of Sports Medicine Guidelines for exercises. Testing and prescription. 5th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1995.

¹⁰⁴ American College of Sports Medicine. The recommended quantity and quality of exercises for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1990; 22(2):265-71

¹⁰⁵ José Armando. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.1, enero - junio 2011, págs. 202 - 218

¹⁰⁶ Meléndez N. Calidad de vida y tiempo libre. *Education for Leisure. European Journal of Education* 1986 ;(3):265-274.

Desde la salud y la terapéutica, se comenta que se 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 E012 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 vida¹⁰⁷.

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”¹⁰⁸.

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 económicas¹⁰⁹.

Asimismo, es importante señalar que la dimensión holística de la promoción de la salud implica la necesidad de abordar el tema de desarrollo

¹⁰⁷ OMS, OPS. Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo N° 6 - Documento de Trabajo. Ginebra. (Swz): Organización Mundial de la Salud; 2000.

¹⁰⁸ Solé M. La promoción de salud en el trabajo: ¿utopía o necesidad?. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Argentina. [publicación periódica en línea] 2004

¹⁰⁹ Alvarez-Dardet C. Promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. España.

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 salud¹¹⁰, factores en los cuales incide de manera directa e indirecta el Pp E012 “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”¹¹¹. 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.

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

¹¹⁰ Bracht N, editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999.

¹¹¹ 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

sedentarismo. Al respecto, la misma OMS lo definió como “la poca agitación o movimiento”¹¹².

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 otras¹¹³.

Si el sedentarismo es prologando, deriva en una reducción acentuada y progresiva de la masa muscular, de la fuerza, la flexibilidad y el equilibrio¹¹⁴.

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, 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 ofrecidos¹¹⁵, la cantidad de servicios¹¹⁶, del estudio que realizaba el INEGI en cuarenta y seis ciudades del país.

Tabla 14 PRECIOS PROMEDIO POR CIUDAD – SERVICIOS FUNERARIOS

Ciudad	Monto	Cantidad de servicios	Promedio a Julio 2018	Actualización a Enero 2022
Acapulco, Gro.	\$408,900	28	\$14,604	\$17,047

¹¹² Serrato M. Nuevas tendencias en recomendaciones de actividad física y prescripción del ejercicio. Bogotá: AMEDCO; 2003.

¹¹³ 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.

¹¹⁴ American Heart Association. El sedentarismo (inactividad física). [En línea] 2007. Disponible en URL: www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3018677

¹¹⁵ A precios promedio de julio 2018

¹¹⁶ 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 Enero 2022
Aguascalientes, Ags.	\$353,808	28	\$12,636	\$14,750
Área Met. de la Cd. de México	\$2,423,078	140	\$17,308	\$20,203
Campeche, Camp.	\$127,140	28	\$4,541	\$5,300
Cd. Acuña, Coah.	\$237,700	14	\$16,979	\$19,819
Cd. Juárez, Chih.	\$393,936	28	\$14,069	\$16,423
Chetumal, Q. Roo.	\$150,780	14	\$10,770	\$12,572
Chihuahua, Chih.	\$469,314	28	\$16,761	\$19,565
Colima, Col.	\$415,380	28	\$14,835	\$17,317
Córdoba, Ver.	\$193,850	28	\$6,923	\$8,081
Cortázar, Gto.	\$243,333	14	\$17,381	\$20,289
Cuernavaca, Mor.	\$421,929	28	\$15,069	\$17,590
Culiacán, Sin.	\$465,386	28	\$16,621	\$19,402
Durango, Dgo.	\$355,653	28	\$12,702	\$14,827
Fresnillo, Zac.	\$169,680	14	\$12,120	\$14,148
Guadalajara, Jal.	\$828,779	42	\$19,733	\$23,034
Hermosillo, Son.	\$448,203	28	\$16,007	\$18,685
Huatabampo, Son.	\$246,442	14	\$17,603	\$20,548
Iguala, Gro.	\$99,000	14	\$7,071	\$8,254
Jacona, Mich.	\$181,020	14	\$12,930	\$15,093
Jiménez, Chih.	\$130,200	14	\$9,300	\$10,856
La Paz, B.C.S.	\$456,106	28	\$16,290	\$19,015
León, Gto.	\$747,565	28	\$26,699	\$31,165
Matamoros, Tamps.	\$423,972	28	\$15,142	\$17,675
Mérida, Yuc.	\$218,451	28	\$7,802	\$9,107
Mexicalí, B.C.	\$229,458	28	\$8,195	\$9,566

Ciudad	Monto	Cantidad de servicios	Promedio a Julio 2018	Actualización a Enero 2022
Monclova, Coah.	\$255,966	28	\$9,142	\$10,671
Monterrey, N.L.	\$878,995	56	\$15,696	\$18,322
Morelia, Mich.	\$427,650	28	\$15,273	\$17,828
Oaxaca, Oax.	\$192,900	28	\$6,889	\$8,042
Puebla, Pue.	\$912,455	42	\$21,725	\$25,360
Querétaro, Qro.	\$401,633	28	\$14,344	\$16,744
San Andrés Tuxtla, Ver.	\$72,800	14	\$5,200	\$6,070
San Luis Potosí, S.L.P.	\$376,221	28	\$13,436	\$15,684
Tampico, Tamps.	\$390,725	28	\$13,954	\$16,289
Tapachula, Chis.	\$199,500	28	\$7,125	\$8,317
Tehuantepec, Oax.	\$138,600	14	\$9,900	\$11,556
Tepatitlán, Jal.	\$290,350	14	\$20,739	\$24,209
Tepic, Nay.	\$457,100	28	\$16,325	\$19,056
Tijuana, B.C.	\$765,000	28	\$27,321	\$31,892
Tlaxcala, Tlax.	\$72,520	14	\$5,180	\$6,047
Toluca, Edo. de Méx.	\$308,185	28	\$11,007	\$12,848
Torreón, Coah.	\$213,500	28	\$7,625	\$8,901
Tulancingo, Hgo.	\$52,500	14	\$3,750	\$4,377
Veracruz, Ver.	\$318,327	28	\$11,369	\$13,271
Villahermosa, Tab.	\$450,790	28	\$16,100	\$18,793

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 acumulada¹¹⁷ de agosto 2018 a diciembre 2021, para dejar las cifras a enero 2022 y comprobar los precios competitivos que el Instituto oferta por sus servicios funerarios.

¹¹⁷ La inflación acumulada de agosto 2018 a diciembre 2021 fue de 16.73%.

6. DISEÑO DEL PROGRAMA PROPUESTO O CON CAMBIOS SUSTANCIALES

6.1 MODALIDAD DEL PROGRAMA

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.

De conformidad con los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, el Pp E012 es un programa nuevo.

Los programas nuevos son aquellos programas federales que se encuentren en el primer año de operación o que la SHCP, en coordinación con el propio Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo [CONEVAL], hayan determinado que presentaron un cambio sustancial en su diseño y operación.

El Pp E012 “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

6.2 DISEÑO DEL PROGRAMA

Las Unidades Responsables [UR] del Pp E012 Prestaciones Sociales son las que a continuación se enuncian¹¹⁸:

- 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]

¹¹⁸ 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 15 FICHA DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

Modalidad del Programa	Denominación del programa
E012	Prestaciones Sociales

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16 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,

Denominación de la UR	Funciones de cada UR
	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; 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

Denominación de la UR	Funciones de cada UR
	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

6.3 PREVISIONES PARA LA INTEGRACIÓN Y OPERACIÓN DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS

El Pp E012, no se encuentra sujeto al cumplimiento de ninguno de los criterios de elegibilidad especial, establecidos en el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G) a cargo de la Secretaría de la Función Pública (SFP), toda vez que el Pp no corresponde a un programa de tipo Subsidios y Apoyos que ejerzan recursos del capítulo 4000, por lo cual queda excluido del SIIPP-G.

6.4 MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

6.4.1 Antecedentes

Derivado de los resultados de la auditoría número 103/2021 denominada “Programa Presupuestario E012 Prestaciones Sociales) (Pp E012), llevada a cabo durante el primer trimestre de 2021, a través del Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano de Seguro Social, en las cédulas de los resultados finales se realizaron dos observaciones:

- Observación 4701: Se recomienda que la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales gire instrucciones por escrito a la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas y a la Coordinación de Bienestar, a efecto de que elaboren un plan de trabajo para revisar el Diagnostico del Programa Presupuestario E012 “Prestaciones Sociales” y en particular los apartados del “Árbol del Problema” y el “Árbol de Objetivos”, con el propósito de identificar las posibles debilidades y limitaciones que tiene la institución a fin de lograr el otorgamiento

de las Prestaciones Sociales, partiendo de un análisis objetivo y se propongan acciones en el corto, mediano o largo plazo para superarlas de manera gradual, estableciendo los indicadores necesarios de acuerdo a la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), ajustándose en todo momento a los criterios de “Claridad”, “Relevancia”, “Economía”, “Monitoreable”, “Adecuado” y “Aportación Marginal”, señalados en el numeral Quinto de los Lineamientos para la construcción y diseño de desempeño mediante la Metodología de Marco Lógico.

- Observación 4702: Se recomienda que la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales gire instrucciones por escrito a la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas y a la Coordinación de Bienestar, a efecto de que elaboren un plan de trabajo para revisar el Diagnóstico del Programa Presupuestario E012 “Prestaciones Sociales” y en particular indicadores a Nivel Fin y a Nivel Propósito, con objeto de que se ajusten a los criterios de “Claridad”, “Relevancia”, “Economía”, “Monitoreable”, “Adecuado” y “Aportación Marginal”, señalados en el numeral Quinto de los Lineamientos para la construcción y diseño de indicadores de desempeño mediante la Metodología de Marco Lógico

Resultado de lo anterior, mediante oficios 099001200000/106/2021 y 099001200000/107/2021, el Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) giró instrucciones a la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas y a la Coordinación de Bienestar con el objeto de acatar las observaciones por parte del OIC.

Las Coordinaciones de Bienestar Social y Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas, como entes normativos encargados del seguimiento del programa presupuestario aludido, formularon las acciones y compromisos encaminados a la identificación y análisis de las debilidades y limitaciones existentes para el otorgamiento de las prestaciones sociales y, propusieron un Plan de Trabajo de las acciones para ajustar los apartados de Árboles de Problemas y Objetivos, así como los indicadores a Nivel de Fin y Propósito elaboración de una nueva Matriz de Indicador de Resultados (MIR) con la finalidad de que estos se ajustaran a los criterios de claridad, relevancia, economía, monitoreo, adecuado y aportación marginal y con ello replantear el objetivo y alcance del programa presupuestario E012.

Derivado de lo anterior, desde el mes de abril de 2021 se inició con los trabajos para solventar dichas observaciones.

Para ello, se realizaron reuniones entre las Unidades que componen el Programa Presupuestario E012 Prestaciones Sociales (División de Cultura

Física y Deporte, División de Desarrollo Cultural, División de Promoción de la Salud, División de Capacitación y Adiestramiento Técnico, División de Centros Vacacionales y Unidad de Congresos y División de Velatorios), así mismo se solicitó un acercamiento, a través de la División de Política Presupuestaria y Evaluación del Desempeño, con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], con fecha 28 de abril de 2021 se lleva a cabo reunión de asesoría de la cual, al iniciar la reunión, el CONEVAL solicitó al programa que expusiera brevemente sobre su contexto actual y que, en la medida de lo posible, explicara las principales razones por las que solicitó la reunión de trabajo, en particular, sobre las observaciones realizadas por el Órgano Interno de Control del IMSS.

Posteriormente, el CONEVAL señaló, con respecto al diseño del árbol de problemas, que la problemática central que intenta resolver el programa, definida como “bajo nivel de bienestar social” resulta muy amplia. Lo anterior toda vez que, con base en la definición de “bienestar social” que se establece en su documento Diagnóstico, se identifica que dicho concepto abarca aspectos relacionados con la calidad de vida de un individuo que no se atienden a través del programa, por ejemplo, la situación económica o su estado psicológico.

Asimismo, durante la reunión el programa planteó la posibilidad de establecer a nivel de Propósito indicadores de satisfacción de sus beneficiarios con respecto a los bienes y servicios que se les otorga, puesto que manifestó la necesidad de contar con una fuente de información propia y que se pudiera actualizar de manera periódica, ya que la fuente de información que alimenta uno de sus indicadores de Propósito, el BIARE Ampliado, no se actualiza desde 2014. No obstante, el CONEVAL señaló que los indicadores de satisfacción son buenas medidas a nivel de Componentes, pero no recomendables a nivel de Propósito por lo que considera que es necesario primero precisar qué se entiende por “bienestar social” y después avanzar en la construcción de indicadores relevantes y pertinentes para medir una “mejora” en el bienestar social.

Adicionalmente, dada la heterogeneidad de los entregables del programa y el enfoque de cada uno, el CONEVAL señaló que, entre varias propuestas, una podría ser la construcción de una MIR con base en la vertiente metodológica “en cascada” a fin de robustecer el uso de “mejora en el bienestar social” como el resultado final que pretende alcanzar el programa. En la reunión se planteó trabajar sobre esta metodología en la asesoría técnica que se tiene programada para realizar durante el mes de junio con el apoyo de un consultor de la CEPAL.

Otro punto para destacar es el objetivo de Fin vigente en la MIR. Al respecto, el CONEVAL señaló que parece redundante con el Propósito, ambos orientados al “bienestar social”. Al respecto, se comentó que los programas

tienen ahora la libertad de plantear su objetivo de Fin con base en la Metodología de Marco Lógico (MML), por lo que se sugirió replantearlo.

Sobre estas sugerencias y comentarios, el programa manifestó su interés de analizarlas y trabajar en los ajustes que se consideren pertinentes con miras a la asesoría técnica que se realizará en junio, se acordó que:

- El programa analizará si optan por la vía de definir el “bienestar social” de tal forma que se vincule apropiadamente la problemática central identificada con los bienes y servicios que otorga el programa.
- Durante la asesoría técnica, se propone trabajar en el desarrollo de una MIR en cascada para robustecer el diseño de la MIR actual

De igual manera se llevaron a cabo reuniones con personal del mismo OIC.

Bajo este tenor, derivado del punto número dos de los acuerdos el CONEVAL comentó al personal del Instituto que, dada la heterogeneidad de los entregables del programa y el enfoque de cada uno, la construcción de una MIR con base en la vertiente metodológica “en cascada” podría solventar la problemática que presentaba dicho programa y así ajustarse a la Metodología de Marco Lógico (MML).

Posteriormente, se tuvieron sesiones de trabajo con el Órgano Interno de Control [OIC] donde se alcanzaron acuerdos importantes, dado el plazo de 45 días hábiles, estableciéndose la generación de un plan de trabajo, el inicio de la construcción de una MIR en Cascada, la realización de un nuevo diagnóstico que fuera acorde con la nueva matriz y un cronograma de seguimiento.

El 29 de junio de 2021, el OIC en seguimiento al proceso de atención de la auditoría 103 correspondiente al Programa Presupuestario E012 Prestaciones Sociales, el cual abarca diversas divisiones tanto de la Coordinación de Bienestar Social (CBS) como de la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas (CVVUCT), el Órgano Interno de Control (OIC) con oficio 688 informó a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales que tanto la observación 4701 (Árbol de problemas y objetivos) como la 4702 (Indicadores del programa) fueron atendidas satisfactoriamente.

Por lo anterior, y derivado de los trabajos comprometidos con personal de dicho OIC, se continuaron con las sesiones de trabajo semanales de la mano de una especialista en la materia para la construcción de la MIR en cascada solicitada por el CONEVAL, así como en la realización de un nuevo diagnóstico.

Para lo cual, se realizaron más de 45 sesiones de trabajo, donde las divisiones participantes en el programa realizaron su propia MIR, misma que

es hoy en día uno de los principales insumos para sus planes anuales de trabajo.

En los meses septiembre-diciembre se tuvo una Evaluación de Consistencia y Resultados [ECyR] al PpE012 Prestaciones Sociales derivado del Programa Anual de Evaluación de los Programas Presupuestarios y Políticas Públicas de la Administración Pública Federal 2021, publicado el 23 de marzo de 2021 por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), donde se establece en su numeral 41 y Anexo 2b, la obligatoriedad de realizar una evaluación de consistencia y resultados (ECyR) al Programa Presupuestario E012 “Prestaciones Sociales”, cuya ejecución está a cargo de la Coordinación de Bienestar Social y la Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios, Unidad de Congresos y Tiendas, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El objetivo general de la evaluación sería “Evaluar la consistencia y orientación a resultados del Pp E012 “Prestaciones Sociales” con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados”, a partir del análisis y valoración de los siguientes temas: Diseño, Planeación y Orientación a Resultados, Cobertura y Focalización, Operación, Percepción de la Población Atendida, y Medición de Resultados; mediante la respuesta a 51 preguntas y 16 anexos, con base en análisis de gabinete primordialmente.

Derivado de lo anterior se tuvieron sesiones de trabajo con el equipo consultor encargado de la evaluación, donde se estuvieron atendiendo las solicitudes de información y disipación de dudas del alcance del programa presupuestal E012, se acordó que se analizarían tanto la documentación vigente del Programa presupuestal E012 Prestaciones Sociales, así como los documentos (Diagnostico y MIR) propuestos.

Al respecto, se les solicitó su visto bueno del trabajo realizado para continuar con el proceso y tener la documentación lista en enero del año en curso.

Con fecha 24 de noviembre de 2021 se presentó el documento denominado E012 “Prestaciones sociales” Producto: Tercera Entrega del Informe de Evaluación de Consistencia y Resultados (ECyR) el cual finaliza la Evaluación de Consistencia y Resultados, se observó que la mayor parte del análisis se centró en los instrumentos vigentes, haciendo muy poco énfasis en los propuestos. No obstante, se consideraron algunas sugerencias que resultaron viables de dicha ECyR para los ejercicios propuestos, se establecía la necesidad de cubrir ciertos numerales al momento de completar el nuevo diagnóstico propuesto, mismos que fueron considerados en la versión final del documento “Diagnostico E012 Prestaciones Sociales” así como de la Matriz de Indicadores de Resultados en cascada del Pp E012 Prestaciones Sociales.

Durante todo el proceso descrito se han concretado avances importantes observándose resultados prometedores si uno compara dónde estábamos y dónde nos encontramos ahora.

6.4.2 Resultado Final

La Matriz de Indicadores de Resultados [MIR] es una herramienta de planeación que identifica en forma resumida los objetivos de un programa, incorpora los indicadores de resultados y gestión que miden dichos objetivos; especifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores, e incluye los riesgos y contingencias que pueden afectar el desempeño del programa.

La MIR del Pp E012, (Tabla 17) presenta una lógica vertical y horizontal con N indicadores de resultados distribuidos en el resumen narrativo de la siguiente manera:

- 1 para el nivel de Fin
- 2 para el nivel de Propósito
- 11 para el nivel Componente
- 11 para el nivel Actividades

Tabla 17 MIR Pp E012 PRESTACIONES SOCIALES

Nivel	Descripción
Fin	Contribuir a garantizar el derecho a prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS.
Propósito ¹¹⁹	Las personas usuarias acceden a servicios de calidad de prestaciones sociales institucionales del IMSS.
Componentes	Cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud impartidos.
	Actividades físicas y deportivas otorgadas.
	Servicios Culturales Institucionales impartidos.
	Cursos en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social otorgados.

¹¹⁹ A través de dos indicadores: Promedio de ocupación de los servicios de las prestaciones sociales institucionales y Tasa de variación anual de satisfacción de los servicios de prestaciones institucionales.



	Servicios (alojamiento, recreación, deporte e integración) en los Centros Vacacionales otorgados
	Servicios funerarios otorgados.

Fuente: Elaboración propia

Al respecto, es importante mencionar que dicho ejercicio se refiere a una Matriz en Cascada, misma que fue sugerida por el propio Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL].

7. ANÁLISIS DE SIMILITUDES O COMPLEMENTARIEDADES

Derivado de una revisión sobre posibles similitudes que pudiera tener el programa E012 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 E012 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.

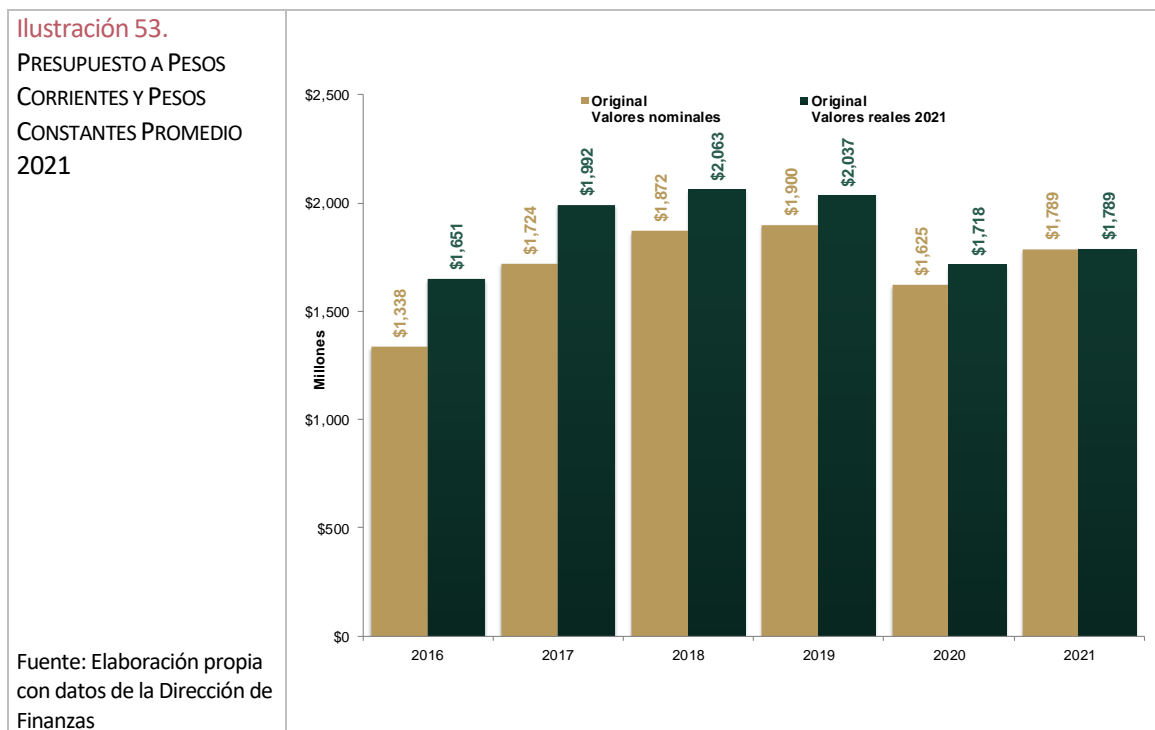
Aunado a lo anterior, de acuerdo con la MIR 2021, el objetivo del nivel Fin del Pp E004 es “contribuir a dignificar el trabajo y estimular la productividad” y el objetivo a nivel propósito es que los “trabajadores de los sectores formal e informal de la economía incrementan sus competencias laborales”.

8. PRESUPUESTO

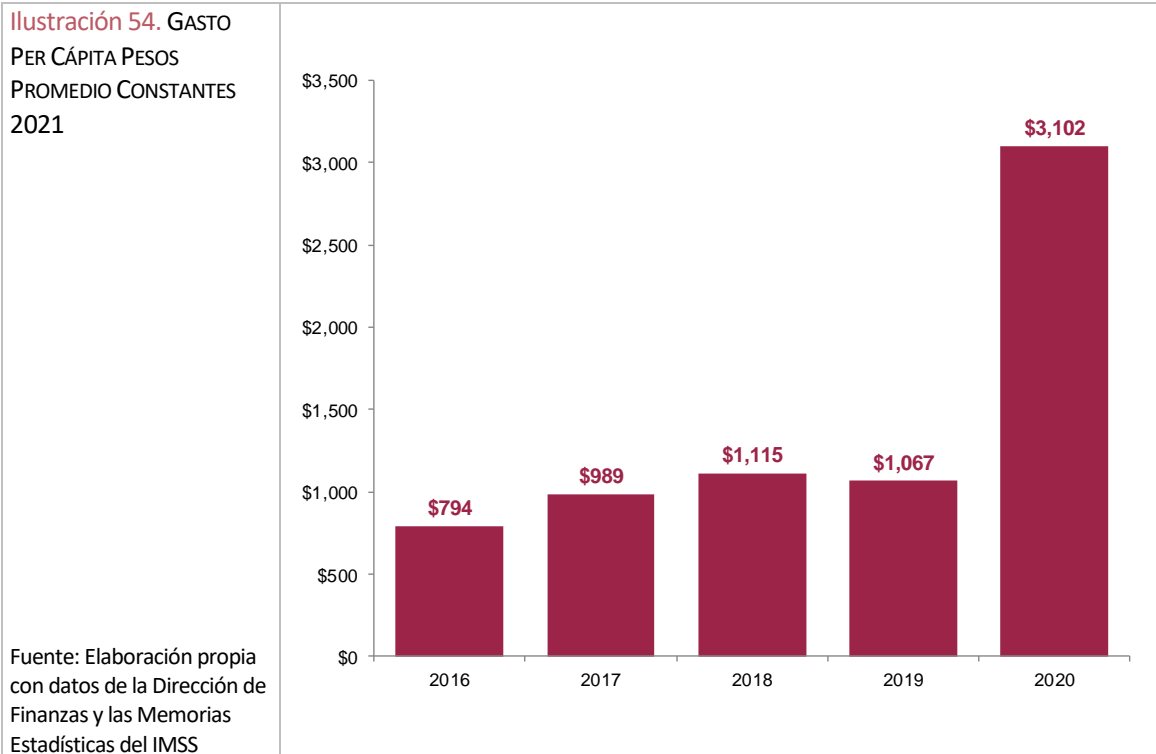
8.1 IMPACTO PRESUPUESTARIO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente apartado tiene como finalidad el mostrar la evolución de la asignación presupuestal al Programa E012 “Prestaciones Sociales”. Es importante señalar que la fuente de financiamiento del programa en comento es interna, por lo que no se utilizan recursos externos para su ejecución.

En este sentido, en la siguiente gráfica se muestra la asignación presupuestal, en términos nominales, para posteriormente en una segunda gráfica expresar dichos montos a precios promedio del 2021:



Derivado de la gráfica anterior, se procedió a calcular el gasto per cápita en usuarios, dando como resultado lo siguiente:



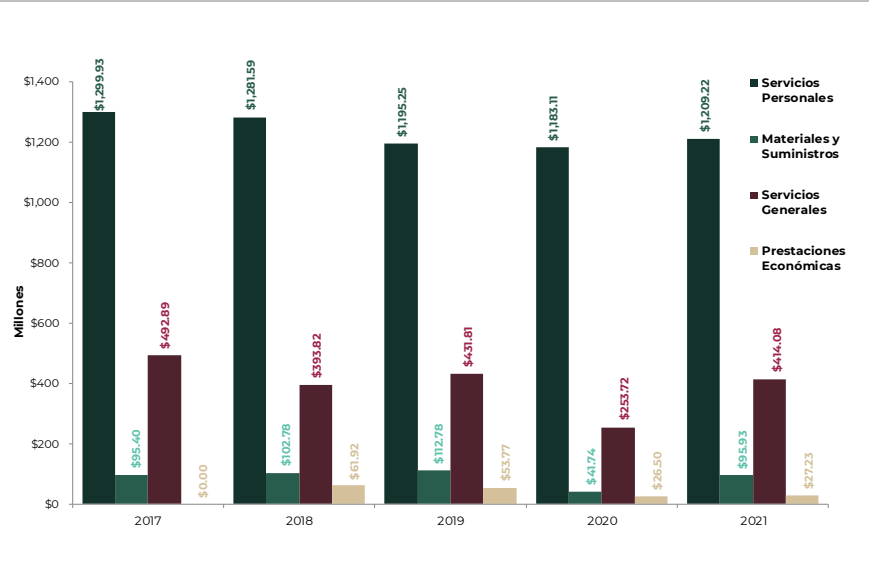
En dicha gráfica se muestra cómo antes del COVID-19 ya se empezaba a observar una disminución en el gasto per cápita del programa, dando un incremento exponencial durante el año 2020; no obstante, es importante señalar que, dado que el gasto per cápita se trata de una relación o tasa, derivado del COVID-19 las prestaciones sociales ofrecidas por el Instituto vieron modificar sus calendarios.

Al respecto, se indica que los Centros Vacacionales cerraron sus puertas y se convirtieron en centros de atención COVID a partir de abril de 2021, los CSS también cerraron, y lo respectivo al servicio de velatorios si bien se brindó, la oferta, por medidas de seguridad, disminuyó de forma considerable.

Lo anterior, explica el brinco importante en el gasto per cápita del último año analizado

Adicionalmente, en la siguiente gráfica se muestra el desglose, por capítulo, del gasto ejercido al programa durante el período 2017-2021:

Ilustración 55. GASTO EJERCIDO PP E012 2017-2021



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección de Finanzas

Finalmente, a manera de ejemplo, se muestran las siguientes tablas, mismas que muestran el desglose por OOAD y por capítulo presupuestal durante el ejercicio 2021:

Tabla 18 PRESUPUESTO PP E012 PRESTACIONES SOCIALES 2021

OOAD	Presupuesto Autorizado	Presupuesto Modificado	Gasto Ejercido
Aguascalientes	\$11,307,747	\$11,292,697	\$10,887,505
Baja California	\$48,637,412	\$46,927,059	\$47,124,854
Baja California Sur	\$11,511,455	\$11,115,971	\$10,210,235
Campeche	\$12,597,855	\$12,674,562	\$11,756,257
Coahuila	\$37,349,981	\$36,208,924	\$32,785,310
Colima	\$14,113,063	\$14,719,680	\$15,001,630
Chiapas	\$29,415,487	\$31,174,276	\$32,624,329
Chihuahua	\$74,429,917	\$61,981,266	\$62,781,855
Durango	\$21,234,430	\$26,888,200	\$26,121,108
Guanajuato	\$31,988,504	\$32,230,259	\$32,759,723
Guerrero	\$31,018,695	\$32,797,645	\$31,367,190
Hidalgo	\$30,275,548	\$30,340,701	\$30,963,986
Jalisco	\$58,730,888	\$56,576,871	\$51,375,269
Estado de México Oriente	\$88,278,623	\$76,876,592	\$75,695,632

OOAD	Presupuesto Autorizado	Presupuesto Modificado	Gasto Ejercido
Estado de México Poniente	\$67,046,234	\$71,295,186	\$70,195,117
Michoacán	\$31,905,534	\$30,246,519	\$31,617,538
Morelos	\$247,187,466	\$252,428,687	\$256,209,382
Nayarit	\$12,452,239	\$11,415,061	\$11,580,312
Nuevo León	\$59,872,943	\$57,223,321	\$50,962,096
Oaxaca	\$32,074,371	\$30,571,279	\$30,290,711
Puebla	\$113,820,446	\$114,958,796	\$109,337,386
Querétaro	\$23,376,130	\$28,462,394	\$28,313,112
Quintana Roo	\$11,276,553	\$11,729,357	\$13,359,940
San Luis Potosí	\$18,807,838	\$20,306,611	\$19,280,873
Sinaloa	\$46,919,199	\$41,846,043	\$41,783,653
Sonora	\$27,899,499	\$25,357,909	\$23,503,422
Tabasco	\$11,097,500	\$12,189,673	\$12,314,756
Tamaulipas	\$18,868,061	\$20,136,727	\$20,126,552
Tlaxcala	\$91,047,397	\$89,459,025	\$84,250,925
Veracruz Norte	\$32,906,085	\$37,584,715	\$36,222,433
Veracruz Sur	\$30,288,636	\$30,298,376	\$33,568,956
Yucatán	\$29,415,795	\$28,154,693	\$26,861,703
Zacatecas	\$20,690,354	\$20,321,869	\$20,801,606
CDMX Norte	\$157,022,314	\$166,047,427	\$161,648,454
CDMX Sur	\$138,635,228	\$155,207,027	\$152,386,120
Nivel Central	\$134,730,435	\$51,867,952	\$40,377,449
Totales	\$1,858,229,862	\$1,788,913,350	\$1,746,447,379

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Finanzas

De manera general, en la siguiente tabla se muestra un resumen del presupuesto de dicho programa:

Tabla 19 RESUMEN PRESUPUESTAL PP E012 PRESTACIONES SOCIALES

Capítulo	Presupuesto Autorizado	Presupuesto Modificado	Gasto Ejercido
Servicios Personales	\$1,138,508,280	\$1,165,229,860	\$1,209,216,817



Materiales y Suministros	\$150,707,928	\$119,038,189	\$95,926,162
Servicios Generales	\$452,990,474	\$454,724,221	\$414,076,730
Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas	\$116,023,180	\$49,921,080	\$27,227,669
Totales	\$1,858,229,862	\$1,788,913,350	\$1,746,447,379

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Finanzas



9. ANEXO MIR

Detalle de la Matriz								
Ramo:		50 - Instituto Mexicano del Seguro Social						
Unidad Responsable:		GYR - Instituto Mexicano del Seguro Social						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-012 - Prestaciones sociales						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		6 - Protección Social						
Subfunción:		9 - Otros de Seguridad Social y Asistencia Social						
Actividad Institucional:		8 - Prestaciones sociales eficientes						
Objetivo			Fin			Supuestos		
Contribuir a garantizar el derecho a prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS.			1			Las condiciones socioeconómicas del país permiten que el Instituto contribuya al bienestar social de las personas.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de variación anual de las personas beneficiarias de las prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS.	Mide la variación porcentual de la población beneficiaria de las prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS, respecto al año anterior.	$\left(\frac{\text{Número de personas beneficiarias de las prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS en el año } t - \text{Número de personas beneficiarias de las prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS en el año } (t-1)}{\text{Número de personas beneficiarias de las prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas que otorga el IMSS en el año } (t-1)} \right) \cdot 100$	Relativo	Tasa de variación	Estratégico	Eficacia	Anual	Personas beneficiarias: Base de datos de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. El indicador se construyó apegándose al Objetivo 4 ¿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; del Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024.; Personas beneficiarias: Base de datos de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. El indicador se construyó apegándose al Objetivo 4 ¿Garantizar el derecho a guarderías y a prestaciones sociales, deportivas, culturales y económicas; e impulsar la promoción

Objetivo			Propósito			Supuestos		
Las personas usuarias acceden a servicios de calidad de prestaciones sociales institucionales del IMSS.			2			Los usuarios consumen los servicios de las prestaciones sociales institucionales.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de variación anual de satisfacción de los servicios de prestaciones institucionales.	Mide la variación porcentual de las encuestas de satisfacción mayores al 85 en el periodo actual respecto al periodo del año anterior.	$((\% \text{ de encuestas de satisfacción mayores al } 85 \text{ en el periodo } t) / (\% \text{ de encuestas de satisfacción mayores al } 85 \text{ en el periodo } t - 1) - 1) * 100$	Relativo	Tasa de variación	Estratégico	Calidad	Anual	Encuestas de satisfacción: 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 adscritas a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.; Encuestas: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI), Sistema de Administración y Contable de Velatorios (SIACOV) y

<p>Promedio de ocupación de los servicios de las prestaciones sociales institucionales.</p>	<p>Mide el promedio de ocupación de los servicios de centros vacacionales, servicios de velatorios y cursos y talleres respecto a su capacidad instalada.</p>	<p>Porcentaje de ocupación en los centros vacacionales + Porcentaje de ocupación en los servicios de velatorios + Porcentaje de ocupación de los cursos capacitación y adiestramiento técnico + Porcentaje de ocupación de los cursos y talleres en materia deportiva + Porcentaje de ocupación de los cursos y talleres en materia cultural y artística + Porcentaje de ocupación de los cursos y talleres de promoción a la salud / 6</p>	<p>Relativo</p>	<p>Promedio</p>	<p>Estratégico</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Anual</p>	<p>Ocupación en los centros vacacionales: 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 adscritas a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.; Ocupación en los servicios de velatorios: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI), Sistema de Administración y</p>
---	---	---	-----------------	-----------------	--------------------	-----------------	--------------	---



Objetivo			Componente			Supuestos		
C.1. Cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud impartidos.			3			Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas. La demanda de los cursos y talleres es estable.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de eficiencia terminal cursos presenciales sobre empleabilidad.	Usuarios que terminan un curso presencial considerando 80% de calificación mínima y cubriendo el 85% de asistencias.	Número de usuarios aprobados en el periodo t / Número de usuarios inscritos en el periodo t * 100.	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	<p>Eficiencia de cursos presenciales sobre empleabilidad.: 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.; Eficiencia de cursos presenciales sobre empleabilidad.: Base de datos descargadas de la plataforma CLIMSS; Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Bienestar Social adscrita a la Dirección</p>
Tasa de variación de cursos y talleres realizados de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud.	Mide la variación porcentual trimestral de cursos y talleres realizados de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud respecto al mismo periodo del año inmediato anterior.	$((\text{Número de cursos y talleres realizados de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud en el trimestre } t / \text{Número de cursos y talleres realizados de capacitación y adiestramiento técnico para la empleabilidad y el autocuidado de la salud en el trimestre } t-1) - 1) * 100.$	Relativo	Tasa de variación	Estratégico	Eficacia	Trimestral	<p>Cursos y talleres realizados.: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Bienestar Social adscrita a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.; Cursos y talleres realizados.: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Bienestar Social adscrita a la Dirección</p>

<p>Porcentaje de eficiencia terminal de cursos CLIMSS sobre autocuidado de la salud.</p>	<p>Usuarios que se inscriben a un curso CLIMSS y lo terminan con calificación mayor o igual a 80%.</p>	<p>Número de usuarios aprobados en el periodo t / número de usuarios inscritos en el periodo t * 100.</p>	<p>Relativo</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Estratégico</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Eficiencia de cursos CLIMSS: 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.; Eficiencia de cursos CLIMSS: 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.</p>
--	--	---	-----------------	-------------------	--------------------	-----------------	-------------------	---



Objetivo		Orden				Supuestos		
C.2. Actividades físicas y deportivas otorgadas.		4				Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas para realizar las actividades de cultura física y Deporte.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de actividades físicas y deporte otorgadas en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (UOPSI).	Mide el porcentaje de actividades físicas y deporte otorgadas en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales respecto a las programadas en el periodo actual.	(Número de actividades Física y Deporte otorgadas en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales en el periodo t/ Número de actividades Física y Deporte programadas en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales en el periodo	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Número de actividades Física y Deporte programadas.: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Número de actividades Física y Deporte.: Sistema de Información de Prestaciones Sociales
Proporción de personas que hacen uso de los servicios de Cultura Física y Deporte en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (UOPSI).	Mide la eficacia en la planeación y de los servicios de cultura física y deporte que se ofertan en la Unidades Operativas, con respecto al año previo.	(No. de personas que hacen uso a cursos y talleres de Cultura Física y Deporte culturales en el periodo t /No. de personas inscritas a cursos y talleres de Cultura Física y Deporte inscritas en el periodo t) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	No. de personas inscritas a cursos y talleres.: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); No. de personas que hacen uso a cursos y talleres.: Sistema de Información de Prestaciones

Objetivo			Orden			Supuestos		
C.3. Servicios Culturales Institucionales impartidos.			5			Los usuarios asisten y resuelven la encuesta de satisfacción		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de los usuarios que utilizaron los servicios culturales del IMSS.	Mide el porcentaje trimestral del número de usuarios que utilizaron los servicios culturales del IMSS en el periodo actual respecto de los usuarios programados en el trimestre.	(Usuarios atendidos de servicios culturales del IMSS en el trimestre t/ Usuarios programados para los servicios culturales del IMSS en el trimestre t) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Usuarios atendidos; Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Usuarios programados; Sistema de Información de Prestaciones
Porcentaje de los servicios otorgados en los servicios culturales del IMSS.	Mide el porcentaje trimestral de los servicios culturales del IMSS realizados en el periodo respecto de los servicios programados en el trimestre.	(Número de servicios culturales del IMSS realizados en el trimestre t / Número de servicios culturales del IMSS programados en el trimestre t) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Número de servicios culturales; Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Número de servicios culturales; Sistema de Información de Prestaciones



Objetivo			Orden			Supuestos		
C.4. Cursos en materia de salud comunitaria, envejecimiento, ciclo de vida y prescripción social otorgados.			6			Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de usuarios que hacen uso de los cursos de promoción a la salud.	Mide el porcentaje de usuarios de los cursos de promoción a la salud respecto a las personas inscritas en el periodo actual.	(Número de usuarios que hicieron uso de cursos de promoción a la salud impartidos en el periodo t / Número de personas inscritas en los cursos de promoción a la salud en el periodo	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Usuarios: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Personas inscritas: Sistema de Información de Prestaciones
Porcentaje de cursos de promoción a la salud impartidos a los usuarios.	Mide el porcentaje de cursos de promoción a la salud impartidos respecto a los programados en el periodo actual.	(Número de cursos de promoción a la salud impartidos en el periodo t / Número cursos de promoción a la salud programados en el periodo t) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Cursos de promoción a la salud programados.: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Cursos de promoción a la salud impartidos.: Sistema de Información de Prestaciones

Objetivo			Orden			Supuestos		
C.5. Servicios (alojamiento, recreación, deporte e integración) en los Centros Vacacionales otorgados.			7			Condiciones sanitarias, climatológicas y de seguridad adecuadas. La demanda de los Centros Vacacionales se mantiene estable.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de variación porcentual de los usuarios que hacen uso de las instalaciones y servicios de los Centros Vacacionales.	Mide la variación porcentual trimestral del número de usuarios que asisten a los Centros Vacacionales y hacen uso de los servicios de hospedaje, balneario, zona recreativa y campamento, respecto de los usuarios que asistieron en el mismo periodo del año inmediato anterior.	$\left(\frac{\text{Usuarios atendidos al trimestre } n \text{ del año } t}{\text{Usuarios atendidos al trimestre } n \text{ del año } (t-1)} - 1 \right) * 100$	Relativo	Tasa de variación	Estratégico	Eficiencia	Trimestral	Usuarios atendidos: 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.; Usuarios atendidos: 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.;

Objetivo			Orden			Supuestos		
C.6. Servicios funerarios otorgados.			8			Las personas tienen interés en contratar los servicios funerarios.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de variación en servicios funerarios otorgados.	Mide la variación porcentual trimestral de los servicios funerarios contratados respecto al mismo periodo del año inmediato anterior.	$[(\text{Número de servicios otorgados en el periodo } t / \text{número de servicios otorgados en el periodo } t-1) - 1] * 100$	Relativo	Tasa de variación	Estratégico	Eficiencia	Trimestral	Servicios 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.; Servicios 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

Objetivo			Actividad			Supuestos		
Objetivo			Orden			Supuestos		
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.			9			Los usuarios se inscriben en tiempo y forma a los cursos y talleres.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de personas inscritas en los cursos y talleres presenciales.	Mide el porcentaje de las personas inscritas a cursos y talleres presenciales respecto a las personas programadas en el trimestre.	(Número de personas inscritas a cursos y talleres presenciales en el trimestre t / Número de personas programadas a cursos y talleres presenciales en el trimestre t) * 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Personas inscritas: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Bienestar Social adscrita a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.; Personas inscritas: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI); Trimestral; Área responsable: La Coordinación de Bienestar Social adscrita a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.
Porcentaje de personas inscritas en los cursos y talleres virtuales.	Mide el porcentaje de las personas inscritas a cursos y talleres virtuales respecto a las personas programadas en el trimestre.	(Número de personas inscritas a cursos y talleres virtuales en el trimestre t / Número de personas programadas a cursos y talleres virtuales en el trimestre t) * 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Personas inscritas: 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.; Personas inscritas: 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.



Objetivo			Orden			Supuestos		
C.2.A.2. Inscripción de personas a las actividades físicas y Deportivas.			10			Los usuarios se inscriben en tiempo y forma a los cursos, talleres y eventos de activación física y deporte.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de personas inscritas a cursos, talleres y eventos de activación física y deporte en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (UOPSI).	Mide el porcentaje de las personas inscritas a cursos. Talleres y eventos de activación física y deporte respecto a las personas programadas en el trimestre.	(Número de personas inscritas a cursos, talleres y eventos de activación física y deporte / Número de personas programadas a cursos, talleres y eventos de activación física y deporte)*100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Número de personas inscritas a cursos, talleres y eventos.:Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).; Número de personas programadas a cursos, talleres y eventos.:Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).
Objetivo			Orden			Supuestos		
C.3.A.3. Inscripción de personas a cursos y talleres de desarrollo cultural del IMSS.			11			Los usuarios se inscriben en tiempo y forma a los cursos y talleres.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de personas inscritas a cursos y talleres de Desarrollo Cultural.	Mide el porcentaje de las personas inscritas a cursos y talleres de Desarrollo Cultural respecto del número de usuarios programados en el trimestre.	(Número de personas inscritas a cursos y talleres de Desarrollo Cultural / Número de personas programadas a cursos y talleres de Desarrollo Cultural)*100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Número de personas inscritas.:Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).; Número de personas inscritas programadas.:Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).
Objetivo			Orden			Supuestos		
C.4.A.4. Inscripción de personas a cursos de Promoción a la Salud.			12			Los usuarios se inscriben en tiempo y forma a los cursos y talleres.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de personas inscritas a cursos de Promoción a la Salud.	Mide el porcentaje de las personas inscritas a cursos de Promoción a la Salud respecto del número de usuarios programados en el trimestre.	(Número de personas inscritas a cursos de Promoción a la Salud / Número de personas programadas a cursos de Promoción a la Salud)*100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Número de personas inscritas:Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).; Número de personas programadas:Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).

Objetivo			Orden			Supuestos		
C. 4.A.5. Actualización de programas a usuarios de los servicios de Promoción de la Salud.			13			Actualización de lineamientos y objetivos del Instituto.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de programas de capacitación actualizados de Promoción de la Salud.	Mide el porcentaje de programas de capacitación actualizados respecto de los programados en el semestre.	(Total de Programas, cursos y talleres para los usuarios actualizados en el semestre t / Total de Programas, cursos y talleres para los usuarios programados en el semestre t) *100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Semestral	Programas, cursos y talleres: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).; Programas, cursos y talleres: Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).
Objetivo			Orden			Supuestos		
C. 5.A.6. Promoción de servicios de los Centros Vacacionales IMSS.			14			La población usuaria tiene conocimiento de las promociones que se difunden de los Centros Vacacionales del IMSS.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de personas usuarias que se enteraron de los servicios a través de la promoción y difusión de Centros Vacacionales en Internet.	Medición porcentual trimestral del número de usuarios que a través de la encuesta de satisfacción de salida indican que se enteraron de los Servicios que ofrecen los Centros Vacacionales a través de internet respecto de los usuarios que contestaron la encuesta de satisfacción.	(Número de personas usuarias que reportaron enterarse del CV a través de Internet en la encuesta de salida al trimestre n del año t / Número total de personas que contestaron la encuesta al visitar los CV al trimestre n del año t) *100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Personas usuarias: 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.; Personas usuarias: 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.



<p>Porcentaje de usuarios que utilizan algún descuento en las tarifas, respecto del total de usuarios registrados.</p>	<p>Medición porcentual trimestral del número de usuarios que al hacer uso de los servicios solicitaron el beneficio de algún descuento respecto de los usuarios que visitaron el Centro vacacional.</p>	<p>(Número de usuarios que utilizan algún descuento en las tarifas de CV al trimestre n del año t / Número total de usuarios en los CV al trimestre n del año t)*100</p>	<p>Relativo</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Gestión</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Usuarios que utilizan algún descuento. :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.; Usuarios que utilizan algún descuento. :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.</p>
--	---	--	-----------------	-------------------	----------------	-----------------	-------------------	---



Objetivo			Orden			Supuestos		
C.6.A.7 Captación de finados en los velatorios IMSS.			15			La demanda de los servicios de velatorios IMSS se mantiene estable.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de capacidad del servicio de velaciones en capilla otorgadas en los servicios funerarios.	Mide el uso de la capacidad instalada en cada Velatorio IMSS.	(Número de velaciones en capilla otorgadas en los Velatorios IMSS en el trimestre t / Número de velaciones en capilla potencial en el trimestre t)*100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Velaciones en capilla potencial.: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.; Velaciones en capilla otorgadas.: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.
Porcentaje de captación de finados en Velatorios IMSS.	Mide el número de finados captados en los velatorios en periodo t respecto al número de finados programados en el periodo t del periodo actual.	(Número de finados captados en el trimestre t / Número de finados programados en el trimestre t)*100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Número de finados programados.:Reporte Información Estadística de Velatorios IMSS proporcionados por cada Velatorio y el Fideicomiso de Beneficios Sociales.; Número de finados captados.:Reporte Información Estadística de Velatorios IMSS proporcionados por cada Velatorio y el Fideicomiso de Beneficios Sociales.



Objetivo			Orden			Supuestos		
C.6.A.8 Promoción y difusión de servicios funerarios.			16			La población usuaria asiste a las pláticas de los servicios de Velatorios IMSS.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Variación porcentual de pláticas de promoción y difusión de los servicios funerarios.	Mide la variación porcentual de pláticas de promoción y difusión de velatorios en el trimestre t del año actual con respecto al trimestre del año inmediato anterior.	(Número de pláticas de promoción y difusión de velatorios realizadas al trimestre t del año t / Número pláticas de promoción y difusión de velatorios realizadas al trimestre t del año t-1) * 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Pláticas de promoción y difusión.:Correos y Oficinas de Jefes de Oficina de Sociales de Ingreso y Velatorios IMSS.; Pláticas de promoción y difusión.:Correos y Oficinas de Jefes de Oficina de Sociales de Ingreso y Velatorios IMSS.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2013; 28(3):444–52.
- 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).
- Álvarez de Zayas, Carlos (1999) *La escuela en la vida*. La Habana: Ed. Pueblo y Educación.
- Alvarez-Dardet C. *Promoción de la salud*. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. España.
- Alzugarate, O. G. (2009). En: *La salud pública en el mundo contemporáneo*. Primera Parte. Pg, 153.
- American College of Sports Medicine *Guidelines for exercises. Testing and prescription*. 5th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1995
- 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.
- American Heart Association. *El sedentarismo (inactividad física)*. [En línea] 2007.
- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza
- Arreola Martínez, Betzabé. José Vasconcelos: el caudillo cultural de la nación. México, Noviembre de 2009. pp. 5-6.
- Balady, G. J., William, A. K., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M., Franklin, B., Sanderson, B. & Southard, D. (2007). American Heart Association/AACVPR scientific statement: core components of cardiac secondary prevention program. *Circulation*, 115, 2675-2682.
- Bayliss, E. A., Bayliss, M. S., Ware Jr, J. E. & Steiner, J. F. (2004). Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (47), 1-8
- 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

- Boini, S., Briançon, S., Guillemin, F., Galan, P. & Hercberg, S. (2006). Occurrence of coronary artery disease has an adverse impact on health-related quality of life: a longitudinal controlled study. *International Journal of Cardiology*, 113, 215- 222.
- Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton J, McPherson B, eds. *Exercise, Fitness and Health. A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics; 1990.
- Bracht N, editor. *Health promotion at the community level: new advances*. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- 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
- CDC. Promoción de la actividad física: la mejor inversión en salud pública. *Human Kinetics* 1999:8-35.
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. La etapa de “desarrollo estabilizador”. México, abril de 2018. p. 1.
- Cepeda, B., Cheong, A. P., Lee, A. & Yan, B. P. (2011). Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *International Journal of Cardiology*, 149, 4-9.
- 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
- 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.
- 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
- 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
- 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
- De Anda Alanís, Enrique X. *Arte y cultura junto a los hospitales: Los centros de seguridad social del IMSS, en el gobierno de Adolfo López Mateos. El proyecto cultural en el centro de seguridad social*. México, diciembre de 2021. pp. 25-40.



- 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.
- Díaz, J. y Sánchez, M.^a P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14, 100-105.
- Doyal, Len y Gough, Ian (1994) Teoría de las necesidades humanas. Traducción de José Antonio Moyano y Alejandro Colás. Barcelona: Icaria/FUHEM
- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- 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
- Fierro, A. (2000). Sobre la vida feliz. Málaga: Aljibe.
- 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).
- González, Jorge A. Observar, estimar, medir, procesar, entender y actuar en tiempos difíciles. En: Encuesta nacional sobre hábitos y consumo cultural 2020. Análisis cualitativo y estadístico. Cultura UNAM, 2021. México. UNAM. pp. 118-123
- Heckman, J.J. (2008). "Schools, skills, and synapses." *Economic Inquiry*, 46(3): 289-324.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar (1991) Metodología de la investigación. México: Mac Graw Hill.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden Disease (GBD) Compare [Internet]. University of Washington. 2019.
- José Armando. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.1, enero - junio 2011, págs. 202 - 218
- Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002.
- Knaul 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

- Knechtle, B. (2004). Der günstige einfluss von körperlicher aktivität auf wohlbefinden und psyché. *Praxis*, 93, 1403-1411.
- 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
- 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.
- Laforge, R.; Rossi, J.; Prochaska, J.; Velicer, W.; Levesque, D. y McHorney, C. (1999). Stage of regular exercise and healthrelated quality of life. *Preventive Medicine*, 28, 349-360
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- Lazarsfeld, Paul F. (1973). "De los conceptos a los índices empíricos". En: Boudon, R. y Lazarsfeld, P. *Metodología de las ciencias sociales*. Barcelona: LAIA.
- Lazcano-Ponce E, Alpuche-Aranda C. Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Salud Publica Mex.* 2020;62(3, may-jun):331
- 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.
- Lopes H, McKay V. Adult learning and education as a tool to contain pandemics: The COVID-19 experience. *Int Rev Educ [Internet]*. 2020;66(4):575–602.
- Magaña-Valladares L, Rosas-Magallanes C, Montoya-Rodríguez A, Calvillo-Jacobo G, Alpuche-Aranda CM, García-Saisó S. A MOOC as an immediate strategy to train health personnel in the cholera outbreak in Mexico. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):1–7.
- 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
- Mayntz, Renate; Holm, Kurt y Hübner, Peter (1993) *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza Universidad.
- McLanahan, S. "Diverging Destinies: How Children Are Faring Under the Second Demographic Transition." *Demography*, 41(4), November 2004, 607–627.
- Meléndez N. Calidad de vida y tiempo libre. *Education for lersure*. *European Journal of education* 1986 ;(3):265-274.
- 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
- Naciones Unidas. Noticias ONU, Mirada global. Miradas humanas. Artículo 22: Derecho a la Seguridad Social.
 - Neeper, S.; Gomez, F.; Choi, J. y Cotman, CW. (1996). Physical activity increases mRNA for brain-derived neurotrophic factor and nerve growth factor in rat brain. *Brain Res*, 726(1-2), 49-56.
 - Nguyen, P. K., Terashima, M., Fair, J. M., Varady, A., Taylor, R. E., Iribarren, C., Go, A. S., Haskell, W. L., Hlatky, M. A., Fortmann, S. P. & McConnell, M. V. (2011). Physical activity in older subjects is associated with increased coronary vasodilation. *JACC: Cardiovascular Imaging*, 4 (6), 622-629
 - Nussbaum, Martha C. (2003) "Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice". En: *Feminist Economics*, Vol. 9, Issue 2-3, pp: 33-59
 - OMS, OPS. Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo N° 6 - Documento de Trabajo. Ginebra. (Swz): Organización Mundial de la Salud; 2000
 - OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004
 - 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.
 - Paluska, S. y Schwenk, T. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29, 3, 167-80.
 - Panorama de la Actividad Turística en México. Información para la toma de decisiones de los empresarios p.25
 - Pérez, A. B. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 61 (5), 514-528.
 - Reyes, A. (2015) Human Artes. *Revista Electrónica de Ciencias Sociales y Educación*, Año 4, N° 7, julio – diciembre, pp: 8-32
 - Rodríguez Jaume, María José (2000) Modelos sociodemográficos. Atlas Social de la Ciudad de Alicante. Tesis de doctorado. Universidad de Alicante.
 - Romeder IM, McWhinnie IR. Pctential years of life lost between ages 1 and 70: An indicator of premature mortality for health planning. *Int Epidemiol* 1977;6:143-151
 - Sarroca R, Vargas F. Manual de orientaciones metodológicas para la realización de actividades de aprendizaje para el desarrollo de competencias de empleabilidad. Uruguay: Organización Internacional del Trabajo / CINTERFOR; 2020.
 - Sarroca R, Vargas F. Manual de orientaciones metodológicas para la realización de actividades de aprendizaje para el desarrollo de competencias de empleabilidad. Uruguay: Organización Internacional del Trabajo / CINTERFOR; 2020.

- Sassi, F. et al. (2009), "Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies", OECD Health Working Papers, No. 48, OECD.
- Sen Amartya K. (2000) Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta
- Serrato M. Nuevas tendencias en recomendaciones de actividad física y prescripción del ejercicio. Bogotá: AMEDCO; 2003
- Serrato M. Nuevas tendencias en recomendaciones de actividad física y prescripción del ejercicio. Bogotá: AMEDCO; 2003.
- Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020
- Shephard, R. (1997). Relation of Academic Performance to Physical Activity and Fitness in Children. *Pediatric Exercise Science*, 13, 225-238.
- Shiroma, E. J. & Lee, I. M. (2010). Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity. *Circulation*, 122, 743-752
- Solé M. La promoción de salud en el trabajo: ¿utopía o necesidad?. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Argentina. [publicación periódica en línea] 2004
- Sonstroem, R. (1984). Exercise and self-esteem exercise. *Sport Science Review*, 12, 123-155.
- 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).
- Thrall, G., Lane, D., Carroll, D. & Lip, G. Y. H. (2007). A systematic review of the effects of acute psychological stress and physical activity on haemorheology, coagulation, fibrinolysis and platelet reactivity: implications for the pathogenesis of acute coronary syndromes. *Thrombosis Research*, 120, 819-847
- Trbaldo S, Mendizábal V, Rozada MG. Microlearning : Experiencias Reales De Aprendizaje Personalizado, Rapido Y Ubicuo. 2017;1-5
- 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.
- University of Virginia Health System. Las enfermedades cardiovasculares –los riesgos de la inactividad física.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Villar Aguirre, Manuel (2011), Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención, *Acta Med Per* 28(4).
- 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)

- WHO. Promoción de la Salud: Glosario. Minist Sanid y Consum [Internet]. 1998;36
- 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).

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS SERVICIOS DE PRESTACIONES SOCIALES.....	12
ILUSTRACIÓN 2. MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	18
ILUSTRACIÓN 3. USUARIOS Y ASISTENCIAS A LOS CURSOS DEL PP E012.....	19
ILUSTRACIÓN 4. ASISTENCIAS PROMEDIO POR USUARIO	20
ILUSTRACIÓN 5. CONSULTAS ANUALES POR ESPECIALIDAD SELECCIONADA	30
ILUSTRACIÓN 6. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR INSTITUCIÓN	31
ILUSTRACIÓN 7. CALIFICACIONES ATENCIÓN MÉDICA.....	32
ILUSTRACIÓN 8. PREVALENCIA DIVERSOS CONCEPTOS.....	33
ILUSTRACIÓN 9. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 5 A 11 AÑOS	34
ILUSTRACIÓN 10. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 12 A 19 AÑOS	35
ILUSTRACIÓN 11. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS.....	36
ILUSTRACIÓN 12. DISTRIBUCIÓN DE MUERTES ATRIBUIDAS A FACTORES DE RIESGO (2019)	37
ILUSTRACIÓN 13. CENSO IMSS DIABETES E HIPERTENSIÓN	38
ILUSTRACIÓN 14. CENSO INSTITUCIONAL DM E HTA POR GRUPO POBLACIONAL	38
ILUSTRACIÓN 15. GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB (2001-2018).....	39
ILUSTRACIÓN 16. PROMEDIO GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB (2001-2018).....	40
ILUSTRACIÓN 17. GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DE GASTO DE SALUD (2001-2018)	40
ILUSTRACIÓN 18. PROMEDIO GASTO DE BOLSILLO COMO PORCENTAJE DEL GASTO DE SALUD (2001-2018).....	41
ILUSTRACIÓN 19. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 18 AÑOS EN DELANTE DE EDAD ACTIVA FÍSICAMENTE	42
ILUSTRACIÓN 20. USUARIOS Y ASISTENCIAS A CURSOS DE LA DCAT	44
ILUSTRACIÓN 21. ASISTENCIAS ANUALES PROMEDIO CURSOS DCAT.....	45
ILUSTRACIÓN 22. ASISTENCIAS A CURSOS DCAT POR OOAD	45
ILUSTRACIÓN 23. USUARIOS Y ASISTENCIAS CURSOS DCFYD	48
ILUSTRACIÓN 24. ASISTENCIAS ANUALES PROMEDIO CURSOS DCFYD	49
ILUSTRACIÓN 25. ASISTENCIA A CURSOS DCFYD POR OOAD	50
ILUSTRACIÓN 26. POBLACIÓN MAYOR A 18 AÑOS QUE PRACTICAN LA LECTURA.....	54
ILUSTRACIÓN 27. PROMEDIO LIBROS LEÍDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES POBLACIÓN DE 18 AÑOS Y MÁS ...	54
ILUSTRACIÓN 28. POBLACIÓN ATENDIDA CURSOS DDC POR OOAD.....	55
ILUSTRACIÓN 29. USUARIOS Y ASISTENCIAS A CURSOS DE LA DDC	57
ILUSTRACIÓN 30. ASISTENCIA ANUAL PROMEDIO CURSOS DDC.....	57
ILUSTRACIÓN 31. ASISTENCIA Y USUARIOS CURSOS DPS.....	60
ILUSTRACIÓN 32. ASISTENCIAS ANUAL PROMEDIO CURSOS DDC	60
ILUSTRACIÓN 33. SERVICIOS OTORGADOS POR VELATORIO	62
ILUSTRACIÓN 34. DEFUNCIONES IMSS 2004-2025	63
ILUSTRACIÓN 35. USUARIOS CENTROS VACACIONALES 1980-2019	67
ILUSTRACIÓN 36. POBLACIÓN USUARIA POR UNIDAD OPERATIVA 2016-2019	68
ILUSTRACIÓN 37. SERVICIOS OTORGADOS Y FINADOS	75
ILUSTRACIÓN 38. VELACIÓN EN CAPILLA	76
ILUSTRACIÓN 39. VELACIÓN EN DOMICILIO	76
ILUSTRACIÓN 40. INGRESOS VELATORIOS IMSS.....	77
ILUSTRACIÓN 41. EVOLUCIÓN DE LA OFERTA HOTELERA Y SU EVOLUCIÓN	80
ILUSTRACIÓN 42. USUARIOS CENTROS VACACIONALES 1980-2019	80
ILUSTRACIÓN 43. TASA DE OCUPACIÓN CENTROS VACACIONALES.....	81



ILUSTRACIÓN 44. HORAS AL AÑO TRABAJADAS	83
ILUSTRACIÓN 45. DIFERENCIAL DE HORAS TRABAJADAS	83
ILUSTRACIÓN 46. DÍAS LABORALES ADICIONALES	84
ILUSTRACIÓN 47. ASISTENCIA PROMEDIO POR USUARIO CURSOS DCFYD	86
ILUSTRACIÓN 48. PROGRAMACIÓN CURSOS DDC	91
ILUSTRACIÓN 49. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE 1997-2025.....	121
ILUSTRACIÓN 50. DERECHOHABIENTIA POR ESTADO.....	122
ILUSTRACIÓN 51. POBLACIÓN ATENDIDA DE CURSOS DE PRESTACIONES SOCIALES.....	123
ILUSTRACIÓN 52. POBLACIÓN ATENDIDA DE LOS SERVICIOS DE LAS PRESTACIONES SOCIALES.....	124
ILUSTRACIÓN 53. PRESUPUESTO A PESOS CORRIENTES Y PESOS CONSTANTES PROMEDIO 2021	144
ILUSTRACIÓN 54. GASTO PER CÁPITA PESOS PROMEDIO CONSTANTES 2021	145
ILUSTRACIÓN 55. GASTO EJERCIDO PP E012 2017-2021	146

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 TABLA DE ACRÓNIMOS	6
TABLA 2 PREVALENCIA DIVERSOS CONCEPTOS POR GRUPO DE EDAD.....	33
TABLA 3 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS INSCRITAS A CLIMSS [A MAYO 2022]	46
TABLA 4 PROBLEMÁTICAS DDC.....	55
TABLA 5 PLAZAS POR OOAD ACTIVIDADES DDC	89
TABLA 6 INVENTARIO PLAZAS SERVICIOS DDC	90
TABLA 7 RESULTADOS PROGRAMACIÓN DDC 2022	91
TABLA 8 PROGRAMA DE MANTENIMIENTO.....	92
TABLA 9 DESGLOSE PNRVB.....	95
TABLA 10 VINCULACIÓN DEL PROGRAMA CON DIVERSOS INSTRUMENTOS	113
TABLA 11 PARTICIPACIÓN PORCENTUAL ASISTENCIA CURSOS 2020.....	117
TABLA 12 PRESENCIA DE LAS UR POR OOAD.....	118
TABLA 14 TIPOS DE POBLACIONES	125
TABLA 14 PRECIOS PROMEDIO POR CIUDAD – SERVICIOS FUNERARIOS.....	130
TABLA 15 FICHA DATOS GENERALES DEL PROGRAMA.....	134
TABLA 16 UNIDADES RESPONSABLES.....	134
TABLA 17 MIR Pp E012 PRESTACIONES SOCIALES.....	141
TABLA 18 PRESUPUESTO Pp E012 PRESTACIONES SOCIALES 2021.....	146
TABLA 19 RESUMEN PRESUPUESTAL Pp E012 PRESTACIONES SOCIALES	147