



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO EN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD (OCDE).**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MAYELA MARYCARMEN GARCÍA GUTIÉRREZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A Dios por darme la vida y haberme puesto en este camino.

Ya que ha concluido mi etapa estudiantil quiero agradecer a mis padres, Martina Gutiérrez Campos y Joel García Olmos quienes con esfuerzo y sacrificio han hecho todo por formarme y educarme, por todo su apoyo brindado durante toda mi carrera, sin ellos no hubiera llegado hasta aquí, son la base de este logro, los amo.

A mis hermanos Monserrat, Joel y Alberto García Gutiérrez que han sido un ejemplo a seguir y me han dado los mejores consejos, para aprender a tomar grandes decisiones. A mis cuñadas Janet y Juliet al igual que mis sobrinos Barachiel y Alexa por formar parte de este recorrido, que ha sido largo y sin el apoyo de cada uno de ellos de diferentes maneras no hubiera encontrado el camino.

A la persona que amo Octavio Mena Borrego que llegó a formar parte del final de mi carrera y ha estado a mi lado en las buenas y en las malas, con la mayor comprensión, paciencia y amor del mundo, me ha ayudado a encontrarme en muchos aspectos y por darme ánimos y fuerza de salir adelante.

A mis amigos Gabriela, Brenda, Bety, y Omar por iniciar juntos esta aventura maravillosa, la cual nos enseñó de diferente manera a crecer y continuar en el camino, a los que fueron llegando Gaby, Sonia, Vicky, Sherlyn, Dalía, entre otros, sin ninguno de ustedes no hubieran sido posibles tantas cosas.

A la Mtra. María Elena Nieto Cruz por el tiempo que dedico a la elaboración de mi trabajo, sin importar lo ocupada que estuviera su agenda, siempre tuvo tiempo para mi.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO.....	7
1. GENERALIDADES.....	8
1.1 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.....	8
1.2 Antecedentes	9
1.3 Características.....	14
1.4 Acciones.....	16
2. OBJETIVOS DE LA OCDE SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	16
2.1 Elementos prioritarios de la OCDE.....	16
2.2 Expandir los convenios para permitir el intercambio de servicios entre IMSS, el ISSSTE, y el Seguro popular.....	16
2.3 Énfasis en mejorar la calidad y resultados de los servicios de salud.....	16
2.4 Alinear los distintos ámbitos de atención y el servicio médico.....	16
3. ESTUDIOS DE LA OCDE SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	17
3.1 El Sistema de Salud de México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad centrada en las personas.....	17
3.2 Diagnóstico y recomendaciones.....	18
3.3 Las disposiciones actuales no están cumpliendo adecuadamente en satisfacer las necesidades de salud de los mexicanos.....	20
3.4 Se necesitan reformas estructurales al Sistema de Salud de México que sean sostenidas e integrales.....	21



3.5	El Sistema de Salud de México debe cambiar para proporcionar atención de alta calidad centrada en la persona	21
3.6	Definición de un paquete de beneficios equitativo y el fortalecimiento de la atención primaria	23
3.7	Se necesita una evaluación más efectiva de las tecnologías de la salud para todo el Sistema de Salud mexicano	24
3.8	México necesita con urgencia una función de atención preventiva y primaria renovada y fortalecida.....	26
3.9	Fortalecimiento de la atención preventiva y la primaria.....	27
3.10	Consolidar y ampliar la base de ingresos para la atención e salud en México.....	29
3.11	Se debe identificar un financiamiento público más generoso y seguro para el Sistema de Salud en México.....	30
4.	CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	32
5.	PROPÓSITO Y CAMPO DE ACCIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	34
6.	PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	37
7.	LA OCDE ANTE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	43
	CONCLUSIONES.....	45
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46



INTRODUCCIÓN

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) es una Organización intergubernamental que reúne a 34 países comprometidos con las economías de mercado y con sistemas políticos democráticos, que en su conjunto representan el 80% del PIB mundial.¹

La OCDE es una Organización en la que los países comparan, intercambian experiencias en políticas públicas, identifican mejores prácticas, promueven decisiones y recomendaciones, y mediante esos y otros instrumentos legales, acuerdan y se comprometen con estándares de alto nivel técnico y avanzada voluntad política.

Para ello, el diálogo, el consenso, las evaluaciones y las revisiones entre pares conforman el núcleo del trabajo de la OCDE, la que constituye una de las fuentes más grandes y confiables a nivel internacional en los ámbitos de las estadísticas y de la información económica y social.²

La OCDE se propone como misión apoyar el crecimiento económico, aumentar el empleo, mejorar la calidad de vida, mantener la estabilidad financiera, asistir a otros países con su desarrollo económico y contribuir al crecimiento del comercio mundial. No obstante, no solo los gobiernos de los países miembros participan en la Organización.

Los empresarios y los trabajadores asesoran a la OCDE a través del Comité Asesor de Empresas e Industrias (BIAC, Business and Industry Advisory Committee) y del comité Asesor de Sindicatos (TUAC, Trade Union Advisory Council), respectivamente.¹



El trabajo de la OCDE se extiende más allá de sus miembros a través del Centro para la Cooperación con No-Miembros (CCNM), del Centro de Desarrollo y de una serie de iniciativas regionales que cubren Europa del Este, el Cáucaso, Asia Central, Asia, América Latina y el Medio Oriente.

En el presente trabajo, se desarrollaran los antecedentes de la OCDE, así como sus características y su relación con la educación para la salud.



OBJETIVO

Establecer la importancia que tiene la organización para la cooperación y desarrollo económico (OCDE) en relación a la Educación para la salud.



1. GENERALIDADES

1.1. ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACION Y DEL DESARROLLO ECONÓMICO

Es un foro único en donde los gobiernos de 31 democracias y economías de mercado trabajan juntos para hacer frente a los desafíos económicos, sociales y de gobernanza relacionados con la globalización, así como para aprovechar sus oportunidades.¹



1.2. ANTECEDENTES

- La OCDE se creó en la Organización Europea de Cooperación Económica (OECE), la cual se constituyó en 1947, con el apoyo de los Estados Unidos y Canadá para coordinar el plan Marshall para la reconstrucción de Europa tras la Segunda Guerra Mundial. ¹
- Creado como un socio económico para la OTAN, la OCDE tomó posesión de la OECE en 1961 y desde entonces su misión ha sido ayudar a los gobiernos a alcanzar un crecimiento económico sostenible de sus economías y su fuerza laboral, y aumentar los niveles de vida de sus habitantes, manteniendo al mismo tiempo la estabilidad financiera, contribuyendo así al desarrollo de la economía mundial.
- La Convención redactada desde su creación, hace un llamamiento a la OCDE para asistir a las economías en expansión de sus países miembros y otros países en vías de desarrollo económico, y a contribuir al crecimiento del comercio mundial desde una base multilateral y no discriminatoria.²
- En los últimos años la OCDE ha diversificado el foco de interés único sobre sus 30 países miembros, para ofrecer su experiencia analítica y acumular la experiencia de más de 70 economías de mercado emergentes y en desarrollo.
- La globalización ha conducido el trabajo de la OCDE al análisis de las políticas de sus países miembros y al de países no miembros para establecer políticas comunes.



- Esto se refleja por ejemplo en el trabajo realizado en temas como el desarrollo sustentable, que reúne las preocupaciones medioambientales, económicas y sociales más allá de las fronteras de cada país para comprender mejor los problemas y buscar soluciones conjuntas.⁴
- La organización ha estado también expandiendo su relación con la sociedad civil. Inicialmente su relación se enfocaba hacia la industria y la fuerza laboral, pero esta relación se ha ampliado incluyendo actualmente a un gran número de organizaciones no gubernamentales.
- La OCDE ha incrementado su invitación al público para comentar diversos aspectos de su trabajo.²
- En una economía globalizada que cambia rápidamente, la OCDE también está cambiando. La organización está reestructurando su gerencia en aspectos complejos como la gestión de su presupuesto, las reglas en la toma de decisiones y la expansión de su membresía.

Así mismo está renovando sus instalaciones en París, incluyendo la construcción de un nuevo centro de conferencias. Todos estos esfuerzos se están haciendo con el propósito de que la OCDE se convierta en un instrumento más efectivo en materia de cooperación internacional.

- Desde junio del 2006, el Secretario General ha sido el mexicano José Ángel Gurria, además, se cuenta con cuatro Secretarios Generales Adjuntos que asisten al Secretario General en sus funciones.⁴



- Representantes de los 34 países miembros se reúnen e intercambian información en comités especializados, para discutir y revisar los progresos alcanzados en áreas de políticas específicas, como ciencia, comercio, economía, educación, empleo, o mercados financieros. Existen alrededor de 200 comités, grupos de expertos y grupos de trabajos.⁴

Secretarios Generales:

1948-1955: Francia, Robert Marjolin.

1955-1960: Francia, René Sergent.

1960-1969: Dinamarca, Thorki Kristense.

1969-1984: Países Bajos, Emiel van Lennep.

1984-1994: Francia, Jean-Claude Paye.

1994-1994: Suecia, Staffan Sohlman.

1994-1996: Francia, Jean-Claude Paye.

1996-2006: Canadá, Don Johnston.

2006-: México, José Ángel Gurría.

Originalmente, veinte países se adhirieron a la Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, en 1960. Desde entonces, quince países se han sumado y se han convertido en miembros plenos de la Organización. Por orden de ingreso, los países miembros de la OCDE y las fechas en que depositaron el instrumento de ratificación son:

1961: Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Dinamarca, Islandia, Noruega, Turquía, España, Portugal, Francia, Irlanda, Bélgica, Alemania, Grecia, Suecia, Suiza, Austria, y Países Bajos.⁴

1962-Italia, 1964-Japón, 1969-Finlandia, 1917-Australia, 1973-Nueva Zelanda, 1994-México.

1995-República Checa, 1996-Hungría, Polonia, Corea del Sur, 2000-Eslovaquia, 2010-Chile, Eslovenia, Israel, Estonia, 2016-Letonia. (figura1)⁵



Figura 1. Socios en todo el mundo de la OCDE.

- En mayo de 2007, el Consejo ministerial de la OCDE comenzó a analizar y a discutir el acceso de Chile, Eslovenia, Estonia, Israel y Rusia a la organización. Chile y Eslovenia fueron los dos únicos países en completar el proceso de incorporación en menos de un año.
- En 2009, la OCDE anunció oficialmente la invitación a Chile a formar parte de la organización como miembro pleno. En 2010, se efectuó la ceremonia de firma del convenio de adhesión en el Palacio de La Moneda en Santiago, con la presencia del Secretario General de la



Organización, Ángel Gurría, y en ese entonces la presidenta de Chile, Michelle Bachelet.

En mismo año, el Congreso ratificó el acuerdo y, posteriormente, el gobierno de Chile depositó el instrumento de adhesión con el gobierno de Francia, en 2010. ⁴

- La OCDE en 2010, anunció oficialmente la invitación a Eslovenia, Estonia e Israel a formar parte de la organización como miembros plenos.
- La OCDE en el 2013 abre proceso para que ingresen Colombia y Letonia, sin embargo por diversas razones no pueden ingresar y es hasta el 2016 que se acepta únicamente a Letonia.⁴
- Por otro lado, 24 países no miembros participan como observadores regulares o completos en comités de la OCDE, a los que se suman otros 50 comprometidos en diversas actividades y que pueden solicitar membresía permanente previa evaluación positiva.

- La OCDE creó un símbolo con la finalidad de ser identificado a nivel mundial. Figura 2.



Figura 2. Símbolo de la OCDE.⁵

1.3. CARACTERÍSTICAS

- Apoyar el crecimiento económico sostenible.
- Promover el empleo.
- Mejorar los estándares de vida.
- Mantener la estabilidad financiera.
- Colaborar con el desarrollo económico de otros países.
- Contribuir al crecimiento del comercio mundial.⁶



1.4. ACCIONES

- La coordinación de las políticas económicas de los miembros la realiza mediante las siguientes actividades:
- Mejorar las estadísticas y comparación de datos internacionales. Puesta a punto y perfeccionamiento del Sistema Normalizado de Cuentas Nacionales.³
- Elaboración de informes periódicos sobre los países miembros que van acompañados de recomendaciones que ejercen considerable influencia sobre los responsables de las políticas económicas nacionales.
- Elaboración de estudios monográficos sobre problemas concretos.
- Elaboración de informes y análisis sobre las tendencias económicas con métodos de prospectiva que permiten la coordinación de las políticas económicas.⁴
- Coordinación de ayudas mutuas de carácter financiero en situaciones de dificultades temporales de una balanza de pagos.
- La Secretaría General de la OCDE está en París y dispone de cerca de 2.000 funcionarios, muchos de ellos especialistas en economía y derecho, que apoyan los trabajos de unos doscientos comités, grupos de trabajo y equipos expertos.⁷

2. OBJETIVOS DE LA OCDE SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD

La OCDE considera que la Reforma del Sistema Mexicano de Salud debe enfocarse en tres cuestiones prioritarias:

En primer lugar, deben expandirse los convenios para permitir el intercambio de servicios entre IMSS, el ISSSTE, y el Seguro popular, a fin de que los afiliados puedan pasar fácilmente un sistema a otro.

En segundo lugar, debe ponerse más énfasis en mejorar la calidad y resultados de los servicios de salud.

En tercer lugar, es necesario alinear los distintos ámbitos de atención y el servicio médicos. Por ejemplo el cuidado de los pacientes, los precios, los sistemas de información y las prácticas administrativas a través de todos los subtemas. (figura 3).^{8,9}



Figura 3. Servicios de Salud.



3. ESTUDIOS DE LA OCDE SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO

3.1. El Sistema de Salud de México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad centrada en las personas

El Sistema de Salud de México debe transformarse de ser un conjunto de subsistemas verticales cuyas operaciones están determinadas por legados históricos e institucionales, en uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo de todo el ciclo de vida. México debe ampliar los instrumentos actuales, tales como los convenios entre instituciones, de manera que permitan, desde un punto de vista funcional, una mayor integración del sistema.¹⁰

Se deben buscar mayores oportunidades de ampliar el uso de convenios, tanto a nivel estatal como nacional. Ejemplos inmediatos aparentes incluyen la cirugía electiva, la atención de la maternidad u otras intervenciones. También tendría sentido estandarizar la atención y los precios de los servicios de alto costo. Sin embargo, no se debe olvidar la atención primaria y la preventiva. En particular, México debería seguir la experiencia internacional en la definición y fijación de precios de paquetes de atención para enfermedades crónicas como la diabetes, así como hacer énfasis en Educación para la Salud.

También se le deben otorgar facultades para recabar, analizar y publicar información de la calidad y los resultados, compartiendo las experiencias de las unidades con buen desempeño y apoyando a las unidades con



resultados deficientes. Esto les dará a los individuos la información correcta y los incentivos adecuados para elegir al mejor prestador de servicios y fomentar la mejora de la calidad continua.¹⁰

3.2. Diagnóstico y recomendaciones

Diez años después de la introducción del sistema de seguro universal de salud financiado públicamente, el Sistema de Salud de México se encuentra en una coyuntura crítica. Sin duda, algunos indicadores de salud y del desempeño del sistema de salud han mejorado: las personas que antes no estaban aseguradas ahora usan los servicios más seguido, mientras que los datos indican que el gasto empobrecedor en salud ha bajado de 3.3% a 0.8%.¹¹

México se ubica como el segundo país con mayor sobrepeso de la OCDE y casi uno de cada seis adultos es diabético.

En resumen, la inversión pública de México en su sistema de salud, ha aumentado de 2.4% a 3.2% del PIB entre 2003 y 2013, sin embargo no ha logrado traducirse en una mejor salud, ni en un mejor desempeño del sistema como se hubiera deseado. Por lo tanto, un programa de reforma continua y exhaustiva es necesario. México, necesita un sistema de salud equitativo, eficiente, sustentable y de alta calidad. Esto no podrá lograrse con la fragmentación actual en la estructura de atención de salud, ya que existen diferentes niveles de atención para diferentes grupos, a diferentes precios y con resultados diferentes.¹¹

Sumado a este preocupante panorama epidemiológico, el contexto social y demográfico de México también presenta retos significativos. La salud y la prosperidad, se siguen distribuyendo de forma desigual, donde las personas en los estados del sur, las mujeres, los niños y los grupos indígenas viven en desventaja. A pesar de las grandes reformas redistributivas, la pobreza continúa siendo endémica.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) muestra que un poco menos de 10% de la población sigue viviendo en pobreza extrema (aunque esta cifra está disminuyendo) y México es el segundo país más desigual en el área de la OCDE después de Chile. Los ingresos per cápita en los estados más ricos son entre 4 y 6 veces más altos que los ingresos per cápita de los estados más pobres del sur. Aproximadamente, tres cuartas partes de la población indígena en México vive en pobreza, comparado con alrededor de cuatro de cada diez personas no indígenas. (figura 4)¹²



Figura 4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

3.3.LAS DISPOSICIONES ACTUALES NO ESTÁN CUMPLIENDO ADECUADAMENTE EN SATISFACER LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS MEXICANOS

Los servicios de salud en México se proporcionan a través de una variedad de subsistemas. La más grande de estas es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que provee un seguro de salud y servicios de atención de salud (así como pensiones y otros beneficios) principalmente para los mexicanos con empleo (formal) asalariado en el sector privado. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) provee seguridad social a los trabajadores del gobierno federal. Los Servicios Estatales de Salud (SESA), financiados por el gobierno, para aquellos sin un seguro ligado al empleo. (figura 5)¹²



Figura 5. Servicio Estatal de Salud.



3.4. SE NECESITAN REFORMAS ESTRUCTURALES AL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO QUE SEAN SOSTENIDAS E INTEGRALES

México necesita un sistema de salud que se enfoque en las necesidades de las personas, más que en los acuerdos institucionales históricos, y capaz de ofrecer atención preventiva y personalizada toda vez que cuente con un costo efectivo y sostenible. Sin embargo, en muchos aspectos, el Sistema de Salud en México no se está desempeñando como debería; se puede mejorar sustancialmente el acceso, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad. Los párrafos anteriores han demostrado cómo las disposiciones actuales están fallando en diversos aspectos.

3.5. El Sistema de Salud de México debe cambiar para proporcionar atención de alta calidad centrada en la persona

Si el Sistema de Salud de México va a satisfacer las necesidades de salud en una manera justa, efectiva y sostenible, debe pasar de ser un conjunto de subsistemas verticales cuyas operaciones están determinadas de manera estricta por los legados históricos e institucionales, a uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo del ciclo de vida y que utilice los recursos de manera eficiente.

Dicho sistema enfocado en la atención de la salud de las personas tendrá como prioridad servicios que respondan y que rindan cuentas, orientados fuertemente hacia la atención preventiva y la primaria, que haga un uso efectivo de los sectores público y privado. A nivel individual y como



una atención de la salud enfocada en las personas enfatizaría la necesidad de mejorar el manejo de las condiciones de largo plazo mediante el aumento de la continuidad de la atención médica.¹³

A nivel de las organizaciones del cuidado de la atención de la salud, la atención centrada en las personas resaltaría la necesidad de abordar la fragmentación. La continuidad en la atención, la colaboración multidisciplinaria y las redes entre prestadores de atención primaria y secundaria son particularmente necesarios en el Sistema de Salud de México. Aparte del buen progreso en la mejora de la atención preventiva, en general, la calidad de la atención ha recibido relativamente poca atención política en los últimos años, a pesar del pobre desempeño de México en algunos parámetros internacionales de calidad. Aunque existen sistemas para medir la calidad de la atención, no se utilizan de manera sistemática para impulsar una mejora.

México se beneficiaría de un enfoque más sistemático y sostenido para el monitoreo y mejora de la calidad que coincida con las mejores prácticas internacionales. Esto incluiría el fortalecimiento de las disposiciones para otorgar licencias médicas, la educación profesional continua, la acreditación de las unidades médicas, el desarrollo de normas y directrices nacionales, y la publicación de las auditorías nacionales de la calidad en la atención. Se debe acelerar la planificación de una nueva autoridad de supervisión y mejora de la calidad.

Esta agencia nacional, independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, debe ser responsable de establecer los estándares requeridos para una atención segura y efectiva en todos los prestadores del sistema, incluidos los privados. Una prioridad



será desarrollar estándares y directrices nacionales para la atención, así como supervisar y promover la adherencia a ellos. Este es un ámbito de mejora de la calidad que en la actualidad recibe poca atención en el Sistema de Salud mexicano.¹³

3.6. DEFINICIÓN DE UN PAQUETE DE BENEFICIOS EQUITATIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Una prioridad de política pública en México, debe ser, la equidad en el paquete de servicios que cubren los diferentes subsistemas de aseguramiento. Esto promoverá la equidad, así como la calidad y la eficiencia, al permitir una mejor continuidad de la atención.

Se ha logrado una convergencia muy cercana entre los paquetes que ofrecen el Seguro Popular y la seguridad social, sobre todo en la atención primaria, aunque el fondo para tratamientos de alto costo (el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, FPGC) sigue omitiendo tratamientos importantes de atención secundaria y terciaria para aquellos en el Seguro Popular.

La prioridad debe ser garantizar que lo que aparece como un derecho en el papel, se pueda realizar en la práctica, debido a que continúan existiendo brechas en el acceso y la calidad entre el Seguro Popular y la seguridad social tanto para la atención primaria como para la secundaria.

3.7. SE NECESITA UNA EVALUACIÓN MÁS EFECTIVA DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA SALUD PARA TODO EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

El fortalecimiento de la capacidad de México en la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) será primordial para que, a futuro, el financiamiento sea sostenible y eficiente. Por el momento, esta función es realizada por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). El CENETEC se creó al mismo tiempo que el Seguro Popular. (figura 6) ¹²



Figura 6. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

La mayor parte de su trabajo, de hecho, se relaciona con la promoción del buen uso y manejo de la tecnología médica como la telemedicina, en lugar de evaluar nuevos fármacos. El CENETEC también apoya a una red de alrededor de 70 expertos, quienes enseñan y promueven el uso de la ETS.

Además de su trabajo en equipo y aparatos novedosos, el CENETEC también se está embarcando gradualmente en la evaluación de medicamentos. La



resolución de estas disposiciones un tanto limitadas presenta una oportunidad para fortalecer la capacidad de la ETS de México.

El CENETEC debe construir y asumir un papel más amplio en la producción de las ETS. Los análisis no sólo deben aplicarse a nuevos tratamientos, sino también a los ya existentes, a fin de promover el valor del dinero en todo el sistema. En lugar de sólo enfocarse en servicios para los no asegurados, las atribuciones del CENETEC también se deben expandir para abarcar a las instituciones de seguridad social. La expansión del papel del CENETEC requerirá mayor inversión, y será necesaria una modificación en su situación legal.

Hoy, opera como una unidad subsidiaria dentro de la Secretaría de Salud y está limitada en su capacidad para contratar organismos externos. Por ejemplo, no puede subrogar trabajo a institutos de investigación o colaborar internacionalmente. Restablecer al CENETEC como un órgano de plena competencia independiente (Organismo Público Descentralizado, OPD) resolvería este problema. Además, muy probablemente, incrementaría la fortaleza y la legitimidad de su trabajo.¹²



3.8. MÉXICO NECESITA CON URGENCIA UNA FUNCIÓN DE ATENCIÓN PREVENTIVA Y PRIMARIA RENOVADA Y FORTALECIDA

También se deben abordar las prioridades de mayor alcance en cuanto a las políticas. Más allá de lograr la equidad entre los paquetes del Seguro Popular y la seguridad social, el modelo de atención en todos los sistemas necesita transformarse si México quiere atender las necesidades cambiantes de atención de salud de la población de manera eficiente y sostenible.

Un objetivo clave será reducir la dependencia en el sector hospitalario y centrar la provisión del servicio en la atención primaria y la preventiva, provista más cerca de donde la gente vive y trabaja.

Esta es una prioridad que todos los sistemas de salud de la OCDE están persiguiendo, para proveer mejor la atención coordinada y preventiva necesaria para las condiciones de largo plazo. México ha sido proclamado por su enfoque ambicioso e integral para abordar la diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas a través de programas de salud pública y de política pública. Son de gran interés las iniciativas como el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria, el Consejo Nacional para las Enfermedades Crónicas, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (con su campaña muy reconocida de Chécate Mídete Muévete).¹³

A pesar de que las reformas constitucionales que prohíben los alimentos no saludables en las escuelas, los impuestos al consumo y otras regulaciones, el etiquetado claro de los alimentos y las restricciones más



recientes en la publicidad de alimentos no saludables durante horarios infantiles de la televisión y del cine, no se ha podido tener resultados satisfactorios. Estudios muestran que aquellos que padecen hipertensión (un factor de riesgo importante y tratable para los accidentes cerebrovasculares y los infartos cardiacos), el 47.3% no sabían que padecían esta condición.

Hay que destacar que aquellos que estaban conscientes, sólo el 73.6% recibían tratamiento y menos de la mitad habían reducido su presión de manera adecuada. Del mismo modo, de aquellos que se saben diabéticos, 14.2% (casi un millón de mexicanos) no habían visto a un doctor para una revisión rutinaria de su condición en el año último.¹³

Esto significa que el tratamiento de la diabetes es deficiente a nivel de la población: encontró que 24.7% de los diabéticos tenían riesgos considerables de sufrir complicaciones como accidentes cerebrovasculares, infartos cardiacos, insuficiencia renal o pérdida de la visión y 49.8% en muy alto riesgo. Por lo tanto se puede señalar que los programas requieren de una mayor fortaleza.

3.9.FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y LA PRIMARIA

En todos los países de la OCDE – ante la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y las preocupaciones sobre las presiones fiscales – se está solicitando a los sistemas de atención primaria, que desempeñen un papel más importante y que demuestren un mejor valor por el dinero. México también debe estar buscando el fortalecimiento de este sector y contribuir de manera significativa para satisfacer las necesidades de atención de salud de



los mexicanos. La prevención de la enfermedad es en primera instancia, una acción prioritaria.¹²

Debido a la rápida evolución de las necesidades de atención de salud de la población y las restricciones presupuestarias, México debe desarrollar la atención primaria como una especialidad médica distinta. Será redituable invertir esfuerzo importante para desarrollar una visión nacional de atención primaria, que aclare cualquier confusión de que la atención primaria es simplemente atención para los pobres y los marginados.¹³ Al definir una nueva especialidad de atención primaria, la tarea más importante será distinguir el actual cohorte de médicos que trabajan como médicos generales (quienes no tienen entrenamiento suficiente de postgrado especializado) de los futuros especialistas en atención primaria.

Esta distinción debe ser evidente para los pacientes y otros profesionales de la salud y debe estar basada en extensos conocimientos, habilidades, funciones y responsabilidades. El uso de criterios claros en el otorgamiento de licencias debe respaldar esto en la práctica. Una función clave de un sector de atención primaria fortalecido será el manejo efectivo de pacientes con necesidades de atención de salud múltiples y complejas, incluyendo condiciones de largo plazo como la diabetes.¹³

La creación de departamentos académicos de atención primaria en las escuelas de medicina mexicanas para llevar a cabo investigación en atención primaria, desarrollar las guías clínicas específicas para la atención primaria, así como para enseñar la especialidad, apoyaría este esfuerzo. El desarrollo de la infraestructura de información de atención primaria subyacente también será fundamental, dado que permitirá construir un panorama más rico de la efectividad, la seguridad y el enfoque de atención primaria en el paciente.¹⁴



Los indicadores candidatos serían en torno a la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, la geriatría, la salud infantil y la salud mental, así como la experiencia del paciente. Ligado a esto, México debe considerar la introducción de un sistema que permita a los pacientes registrarse formalmente con su especialista en atención primaria, como sucede en los institutos de seguridad social y en otros sistemas de salud de la OCDE. Esto apoyaría la atención continua y coordinada, así como permitir el cálculo de indicadores de calidad para grupos específicos de pacientes (como la tasa de control de la presión arterial adecuada en los diabéticos).

La ENEP Zaragoza de la UNAM siguiendo estas recomendaciones estableció un programa de un diplomado en Atención Primaria de Salud Oral.¹⁵

3.10. CONSOLIDAR Y AMPLIAR LA BASE DE INGRESOS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD EN MÉXICO

En comparación con el gasto público de otros países de la OCDE, el gasto público total en salud en México es bajo. México gasta menos de su producto interno bruto en financiar públicamente la atención de salud (3.2% del PIB) que cualquier otro país de la OCDE. Los niveles actuales de financiamiento público son claramente inadecuados como evidencian las tasas inigualables de gasto de bolsillo que realizan los mexicanos para cubrir sus necesidades de atención médica.¹³



Se debe buscar un financiamiento público más justo para el sistema de salud a fin de prestar servicios de salud modernos y accesibles a los ciudadanos que lo demandan. Para asegurar que el incremento de los recursos no se desperdicie y se traduzca en mejores resultados, se debe priorizar al mismo tiempo una mayor eficiencia en el sistema de salud.

3.11. SE DEBE IDENTIFICAR UN FINANCIAMIENTO PÚBLICO MÁS GENEROSO Y SEGURO PARA EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

En la actualidad, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) impone un límite de crecimiento de 2% a los presupuestos operacionales en todos los sectores del gasto federal. Si no se elimina este límite o se hace un estudio del gasto y la eficiencia en el sector salud, será muy difícil incrementar de manera significativa los recursos al sistema de salud en un periodo de tiempo corto.¹⁵ Muchos países de la OCDE, como Francia y el Reino Unido, realizan estudios regulares del gasto en salud lo que permite responder de forma adecuada al desarrollo del servicio público, y al mismo tiempo controlar el gasto excesivo. También se debe mejorar la eficiencia en la recolección y la distribución de los ingresos. Los sectores informales amplios, como el que existe en México, son incapaces de recolectar de manera efectiva los impuestos a la nómina y al consumo, lo que genera una disminución en los ingresos del gobierno.^{12,14}

Por otro lado, México ha implementado recientemente una serie de reformas fiscales para incrementar los ingresos públicos mediante la eliminación de fiscales, la reducción de los subsidios a la gasolina e incentivar el empleo formal al subsidiar temporalmente las contribuciones de la nómina para los nuevos trabajadores.



Reformas como estas deberían extenderse y profundizarse. Las transferencias federales a los estados deben ocurrir de manera más previsible y oportuna de lo que ha sido hasta ahora, para permitir que los estados planeen y provean el servicio de manera más efectiva. Al mismo tiempo, México debe considerar un cambio hacia una mayor dependencia de la financiación basada en impuestos de su sistema de salud, en especial para nuevos ingresos.¹⁵

Es importante para los sistemas de salud asegurar la estabilidad y la previsibilidad de los ingresos para mantener la calidad de los servicios de salud. En este sentido, las contribuciones de la seguridad social pueden ser una fuente menos confiable de financiamiento que los impuestos generales, sobre todo si hay fluctuaciones en los niveles de empleo.

En relación a la investigación, también ha demostrado que los impuestos directos tienen un mayor efecto redistributivo que la seguridad social en salud.¹¹

En México, las contribuciones a la nómina seguirán siendo una fuente importante para el financiamiento del sistema de salud a mediano plazo. Sin embargo, es mejor basarse más en los impuestos generales para obtener nuevos ingresos lo que podría cambiar el origen de la generación de ingresos alejándolo de los esquemas, lo que haría políticamente más viable asignar los recursos de acuerdo con la necesidad.

La experiencia de otros países demuestra cómo un enfoque incremental hacia un financiamiento basado en impuestos generales puede lograrse en el Sistema de Salud de México. En Lituania, por ejemplo, el presupuesto estatal hace contribuciones flexibles al fondo del seguro de salud con base en los niveles de salario promedio en los últimos años, estabilizando así los ingresos durante periodos de alto desempleo.¹⁶

4. CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En el concepto de educación para la salud confluyen la educación, como posibilidad para construir nuevo conocimiento, y la salud, como posibilidad para el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida.¹⁷

Figura 7



Figura 7. Educación para la Salud.¹⁸



Actualmente, la manera de definir la educación para la salud, se determina según el lugar de su aplicación: desde el punto de vista de la educación, es válida según el sector de intervención, como el hospital, la escuela y el trabajo; mientras que desde la salud, de acuerdo con

Lawrence W. Greene, es aplicable a cualquiera que sea el lugar de intervención, el que interviene y el que participa, así “la educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”.

La definición anterior denota la importancia de la complementariedad de los métodos educativos. La amplificación de los temas a tratar, las técnicas y recursos didácticos empleados permiten alcanzar los objetivos del proyecto de educación para la salud y logran cambios voluntarios de comportamiento en el estilo de vida de una persona, en sus actitudes, valores y conocimientos, lo que propicia verdaderas experiencias de aprendizaje como sustento de los nuevos comportamientos saludables.¹⁷

El referente teórico que fundamenta los programas de la salud, se encuentra en las ciencias de la salud, que permiten establecer los parámetros claros del bienestar global de las personas; las ciencias de la conducta, que explican cómo se producen los cambios de comportamiento; las ciencias de la educación, con su aporte sobre el conocimiento de los procesos de aprendizaje, y en las ciencias de comunicación, que sienta las bases del procesos comunicativo.

En la actualidad, la educación para la salud, es reconocida como una de las estrategias básicas de los sistemas de salud para alcanzar la salud para todos. No obstante la importancia reconocida en el discurso, este reconocimiento



dista mucho de la realidad ya que en la práctica y en la toma de decisiones cotidianas, las recomendaciones no se llevan a cabo de manera cabal. La educación para la salud es, aún hoy, una de las parcelas en las que menos recursos se invierten a todos los niveles del sistema, desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria en la administración pública.¹⁹

Esta situación puede deberse a la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; a la escasa formación que han recibido los profesionales, que les lleva a no invertir o a hacerlo inadecuadamente; al escepticismo de los responsables que tienen que impulsar su desarrollo; a la pasividad de la población, acostumbrada a delegar en los profesionales el cuidado de su salud; y a determinados intereses profesionales o económicos, que ven sus resultados una pérdida de poder o de beneficios.

A pesar de estas dificultades, el desarrollo de la educación para la salud es insuficiente a pesar del respaldo oficial que desde organismos como la OMS y del esfuerzo de numerosos profesionales por convertirla cada vez más en una actividad profesionalizada.

5. PROPÓSITO Y CAMPO DE ACCIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El propósito de la educación para la salud, es lograr que cada persona sea capaz de adoptar un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad para cuidarse; para ello, es necesario dotar a las personas de recursos conceptuales, que les permitan reconocer sus necesidades y comprender su propio proceso salud-enfermedad, y que les orienten sobre qué

hacer para dar respuesta a ellas, además de capacitarlos y motivarlos para que lo hagan.

Para cumplir este propósito, la educación para la salud deberá facilitar experiencias de aprendizaje que incluyan los tres componentes del proceso enseñanza, aprendizaje: cognoscitivo, actitudinal o afectivo y psicomotor.¹⁹

Figura 8



Figura 8. Proceso de Enseñanza Aprendizaje.¹⁸

Los espacios de acción de la educación para la salud se encuentran inmensos en las instituciones socializadoras en las que participa un individuo a lo largo de su vida, pero de manera muy importante en aquellas de primer contacto: familia, escuela y medio.

En la familia, por ser el núcleo primario de socialización donde se cubren las necesidades básicas de sus miembros: alimentación, higiene, seguridad y afecto, pero también donde se proyectan valores y pautas de comportamiento relacionados con la salud, que son la base de los conceptos de salud,



enfermedad y cuidado. En la escuela, por la reflexión de los contenidos alusivos a la salud – enfermedad y al medio ambiente, principalmente aquellos relacionados con el aprendizaje para la vida. En el medio, por los medios de comunicación social, porque de muchas maneras comparten formas de mirar el mundo, la vida, la salud, la enfermedad y la diversión.

Hoy, numerosos estudios demuestran la importancia de la televisión, las redes sociales, los comics, las pandillas y los grupos de pares, los cuales se comunican los estilos de vida: patrones estéticos y alimentarios, empleo del tiempo libre y recreación, tipo de relaciones sociales y uso de medios de comunicación.¹⁹

6. PROMOCIÓN DE LA SALUD

El historiador alemán Henry Sigerist, (figura 9)²⁰ en 1946 fue el primero en usar la palabra promoción de la salud. “La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”.



Figura 9. Henty Sigerist.

El Informe Lalonde es un informe formalmente titulado “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” de 1974, que fue anunciado por Marc Lalonde, Secretario de Salud y Bienestar de Canadá y en el cual por primera vez se resalta que se requiere mejorar la salud de la población, se tiene que mirar más allá de la atención de enfermedad. Su reporte destaca cuatro grupos de los determinantes de la salud: la biología y genética, el medio ambiente y los entornos, los estilos de vida y el sistema de salud, cada uno determina la salud en un 27%, 19%, 43% y 11%, respectivamente.²¹

Desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que se llevó a cabo en 1978 en Alma Ata, Rusia, las Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud han sido consecuentes, así como las resoluciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS) han marcado el camino y directrices sobre el desarrollo de Promoción de la Salud en el mundo.²³

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986¹⁷ Figura 10. señala que la promoción de la salud constituye un proceso político, social y global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud, es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.



Figura 10. Carta de Ottawa.²³



Las posteriores conferencias internacionales de la OMS celebradas en Adelaida, Australia (1988), Sundsvall, Suecia (1991), Yakarta (1997) y México D.F. (2000) proporcionaron indicaciones y orientación para los gobiernos sobre las medidas a tomar para abordar los determinantes de la salud con miras a lograr la salud para todos.

Conferencia de Adelaide, realizada en Australia en 1988, con el tema Políticas públicas saludables. Definen la política pública saludable como aquello que se orienta a crear un ambiente favorable para que los individuos tengan una vida saludable.²³

Conferencia de Sundsvall, celebrada en Suecia en 1991, con el tema Ambientes favorables para la salud. Entre sus conclusiones principales se destacan la interdependencia entre la salud y los diferentes ambientes físicos, culturales, económicos, y políticos.

Conferencia y Declaración de Santa Fe, celebrada en Bogotá, Colombia, en 1992, con el tema Promoción de la salud y equidad. En esta conferencia participaron todos los países de Latinoamérica, que destacaron lo significativo de la solidaridad y equidad como aspectos fundamentales para la salud y el desarrollo de cada región.

Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago, celebrada en 1993, con el tema Promoción de la salud en el Caribe. Esta conferencia destacó los principios de la promoción de la salud en cada una de las subregiones.²³



Conferencia y Declaración de Yakarta, Indonesia, celebrada en 1999. Aquí se señaló la necesidad de atender la pobreza y algunos determinantes de la salud en países en desarrollo; también se consideró la necesidad de incluir a los sectores privados en este proceso a favor de la salud.^{17,23}

Conferencia mundial de promoción de la salud, celebrada en México en 2000, con el tema Hacia una mayor equidad. Se consideró la importancia de posicionar a la promoción de la salud como prioridad en las políticas nacionales e internacionales. Así mismo, se señaló la necesidad de asegurar la participación de todos los sectores y la sociedad civil. También se incluyó la urgencia de preparar planes nacionales de acción para la promoción de la salud.

Conferencia celebrada en Bangkok, Tailandia, en 2005, con el tema Promoción de la salud en un mundo globalizado. Señala que los gobiernos deben impulsar la salud considerando los derechos humanos y la solidaridad. Asimismo, deben invertir para abordar los factores determinantes de la salud, y transmitir conocimientos en materia de salud e investigación sanitaria.^{17,22}

En 2005, la OMS formó una comisión internacional para estudiar y elaborar recomendaciones acerca de los determinantes sociales de la salud; con este hecho se refuerza el reconocimiento que tienen los aspectos sociales para la salud. Algunos de los resultados de esta comisión fueron los siguientes:

Se elaboraron importantes reportes de la relación entre los determinantes sociales de la salud y las inequidades sociales. En sus informes, señalan que los determinantes sociales de la salud son los elementos que actúan sobre la salud y que se encuentran determinados por la manera en que se distribuye



el dinero y el poder en el mundo. Esta comisión expuso en su trabajo que los determinantes sociales de la salud son principalmente las circunstancias en que los individuos nacen, crecen viven, trabajan y envejecen.^{17,22}

Conferencia celebrada en Nairobi, Kenia, en 2009, con el tema Promoviendo la salud y el desarrollo. Destacan las necesidades de desarrollar capacidades y establecer alianzas para promover y lograr la salud, así como el empoderamiento de las comunidades.

Otro aspecto esencial que señaló fue la urgencia de llevar a cabo la alfabetización de la salud, y comportamientos saludables.

Conferencia mundial de Promoción para la Salud. Se llevó acabo en Helsinki, Finlandia, en junio 2013. Los antecedentes de esta conferencia se encuentran en la Declaración de Alma Alta, que se enfocó, entre otros aspectos, en la Atención Primaria en Salud; así como la Carta de Ottawa, en la que destaca la promoción de la salud.^{17,23}

En esta conferencia se reconoció que la salud y a equidad no han aumentado en diversos gobiernos debido a intereses políticos. Se señaló que se debe hacer un llamado a los gobiernos para que los aspectos de salud se manejen de modo transparente y sean considerados dentro de las políticas públicas, además de abrir oportunidades de beneficios en todos los sectores y la sociedad en general.



Los puntos que se consideraron importantes fueron:

- Otorgar prioridad a la salud y equidad como una responsabilidad fundamental de los gobiernos hacia sus pueblos.
- Afirmar la necesidad imperiosa y urgente de coherencia de políticas efectivas para la salud y el bienestar.
- Reconocer que lo anterior requiere de voluntad, política, valentía y visión estratégica , se hace un llamado a la OMS para:
 - I. Apoyar a los Estados miembros que implementen prácticas públicas de salud.
 - II. Motivar a las Naciones Unidas, así como a otras organizaciones internacionales y bancos de desarrollo, para facilitar la adopción de la salud como un aspecto ineludible en las políticas públicas.¹⁷

La Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, se llevará a cabo en Shanghai, China, del 21 al 24 de noviembre 2016, con el tema, La Promoción de la salud en los objetivos de Desarrollo Sostenible.²³



7. OCDE ANTE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La OCDE siendo un organismo internacional preocupado por el desarrollo de los países y concretamente a México le orienta en políticas públicas en relación al Sistema de Salud.

Señala categóricamente que el gasto en salud ha bajado de un 3.3% al 0.8% lo que repercute en un pobre desempeño en las acciones encaminadas a mejorar la salud de la población.

Por lo consiguiente se sugiere entre otros aspectos que se lleve a cabo un programa de reforma continua ya que México necesita un sistema de salud equitativo, eficaz, sustentable y de alta calidad.

La OCDE destaca que la Salud y la prosperidad se siguen distribuyendo de forma desigual, un ejemplo se tiene en los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero entre otros, destacando la desventaja que tienen los niños, las mujeres y los indígenas.

Otro aspecto importante, es que el sistema de salud tiene que ofrecer servicios que respondan a las poblaciones principalmente en la prevención y en la Educación para la Salud, tanto a nivel individual como comunitario. El resultado que se tendría es el mejoramiento de la salud en las personas y por ende una mejor calidad de vida.

Una prioridad tiene que ser la equidad, ya que todo mexicano tiene derecho a la Salud, lo que está establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.



En respuesta a las orientaciones recomendadas por la OCDE, es que se destaca la importancia que tiene la Educación para la Salud ya que esta estrategia permite, la combinación de estrategias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzcan a la salud.²¹

Por lo tanto, es necesario fortalecer a la Educación para la Salud como una estrategia en el Sistema Nacional de Salud, para que llegue a toda la población, principalmente a los sectores más vulnerables.



CONCLUSIONES.

Es importante la relación que tiene la OCDE con la Educación para la Salud, debido a que la orientación que sugiere a los países, es de gran importancia, ya que ayuda a mejorar la calidad de vida, y por ende al desarrollo de los mismos países.

La participación que tiene México en la OCDE, es muy importante ya que siguiendo las orientaciones de este organismo, es necesario implementar programas, que tengan gran impacto en la Educación para la Salud, lo que permite un cambio de conducta en los individuos, y por lo tanto mejorar su propia Salud.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>
2. http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/masinformacionsobrelaocde.htm#como_dvt
3. <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
4. <https://www.direcon.gob.cl/ocde/>
5. <http://www.oecd.org/centrodemexico/paisesmiembros.htm> imagen
6. OCDE (ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS) (1998). Estudios Económicos de la OCDE: México 1997/1998, México.
7. OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2004d). Private Health Insurance in OECD Countries, París.
8. OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) (2000). The World Health Report 2000, Ginebra.
9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002). "Perfil del sistema de servicios de salud, México", mimeo.
10. <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
11. <https://www.oecd.org/centrodemexico/presentacion-del-estudio-sobre-el-sistema-mexicano-de-salud-2016.htm>
12. OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2004e). SHABased Health Accounts in 13 OECD



Countries: Country Studies Mexico, National Health Accounts, 2001, París.

13. OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2003). "Assessing the performance of health-care systems: a framework for OECD Surveys", en ECO/CPE/WP1(2003)10, informe inédito para uso exclusivo de la OECD.
14. OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2000). Territorial grids of OECD member countries, París.
15. OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (1996). Mexican Health Reform, DEELSA/ELSA/WP1(96)3, informe inédito para uso exclusivo de la OECD.
16. OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (1992). The reform of Health Care: A comparative Analysis of Seven OECD Countries, Health Policy Studies, Núm. 2, París.
17. Javier de la Fuente Hernández, María Cristina Sifuentes Valenzuela, María Elena Nieto Cruz. Promoción y Educación para la Salud En Odontología. Manual Moderno.
18. <http://educacionsalud3.blogspot.mx/>



19. Frías, A. (2000). Salud pública y educación para la Salud. Barcelona, España: Masson.
20. <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
21. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html
22. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
23. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>

