



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
Centro de Estudios en Relaciones Internacionales



Análisis comparativo de la inversión en salud en México y Centroamérica

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN

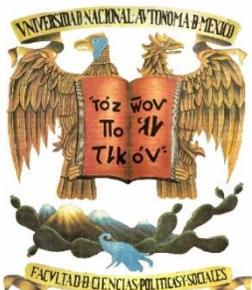
RELACIONES INTERNACIONALES

PRESENTA

Adriana Alejandra Santos Barrios

ASESORA

Doctora Nedelia Antiga Trujillo





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

	Pág.
Introducción	7
Capítulo. 1 Las Relaciones Internacionales, los Organismos Financieros Internacionales y la inversión	12
1.1 Conceptualización de las Relaciones Internacionales	12
1.1.1 Teoría del Constructivismo	15
1.2 Conceptualización de los Organismos Financieros Internacionales	18
1.2.1 La teoría de los Organismos Financieros Internacionales	18
1.3 Concepto de Inversión	20
1.3.1 Teoría de la Inversión e Inversión Internacional	20
Capítulo 2 Organismos Financieros Internacionales	22
2.1 Principales Organismos Financieros Internacionales	23
2.2 Organismos Financieros Internacionales relacionados con las Finanzas Públicas	31
2.3 Relación México – Centroamérica	39
2.4 Cómo determinan los OFI la forma de inversión	47
Capítulo 3 Inversión en el Sector Salud	54
3.1 El Sector Salud en México y Centroamérica y los OFI que invierten en este rubro	56
3.2 Organismos especializados en Salud y el papel de la (OCDE) en México y Centroamérica	75
3.2.1 Organización Mundial de la Salud	76
3.2.2 Organización Panamericana de la Salud	79
3.2.3 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	83
3.2.3.1 México vs Centroamérica	86
3.3 Principales Instituciones del Sector Salud en México y Centroamérica y el aprovechamiento de los recursos	97
Conclusiones	116
Fuentes Consultadas	119

Introducción

El haber realizado el servicio social en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, dentro del programa denominado “Seguimiento Presupuestal”, abrió el panorama para entender la importancia que juegan los Organismos Financieros Internacionales ya que sus inversiones en distintos rubros, forman parte de las finanzas públicas, no solo de México, sino también de diversos países.

Por otro lado, por diversas circunstancias, se presenta la oportunidad de formar parte de una Institución de salud, considerada como la más grande en su género en América Latina, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es de aquí, que surge el interés de llevar a cabo esta investigación, vinculando ambas experiencias, teniendo como propósito, exponer el gasto que ejercen los Organismos Financieros Internacionales para la función salud en nuestro país y en Centro América a través de un comparativo basado en los datos que maneja la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) como organismo especializado en analizar y comparar datos para realizar pronósticos de tendencias, midiendo la productividad y los flujos globales del comercio e inversión, teniendo en cuenta que el desarrollo de una sociedad, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, de éste dependen el aprovechamiento escolar, la productividad laboral y la calidad de vida (OMS, 2009).

¿Por qué comparar México con Centroamérica?, cuestionamiento que se resolvió al razonar la trascendencia de estudiar el tema, por lo que representa la correcta y eficiente asignación del presupuesto público en salud en México y Centroamérica debido a la diversas similitudes que compartimos y a la continuidad territorial que nos une y bajo estos mismos comparativos, poder ubicar a las Instituciones en donde se concentran la mayor parte del gasto público en salud tanto en México como en los países de Centroamérica, entendiendo así, el impacto que ejercen dichas inversiones a nivel internacional, comprendiendo así, a los indicadores de

la inversión en el rubro de la salud ya que, tal como lo señala la OMS, la promoción de la salud, prevención de enfermedades, los determinantes sociales de la salud y los derechos humanos se incorporan en el concepto de salud en todas las políticas, enmarcando a México y Centroamérica en su condición dual y simultánea, por un lado de donantes y por otro lado de receptores de cooperación e intercambio de experiencias.

Este trabajo se basa en información secundaria, así como en investigaciones, informes y otras publicaciones recientes sobre temas afines a los contenidos de cada capítulo, apoyado en estudios gráficos hechos por la OCDE la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana para la Salud (OPS), por ser las especialistas en este ámbito, de igual forma estará apoyado en datos e informes de resultados elaborados por los Organismos Financieros Internacionales que invierten en este rubro de la salud y en toda aquella documental que contenga información referente al tema motivo de esta investigación.

Para llegar a este tema, inicialmente se tomó como planteamiento del problema, la relación que existe entre las Relaciones Internacionales, los Organismos Financieros Internacionales y la Inversión en el Sector Salud y al entender lo antes descrito entre México y Centroamérica, se decidió tomar como título de esta Tesina el de “Análisis comparativo de la Inversión en Salud en México y Centro América”, por ello el concepto de “región y/o Centroamérica” aquí utilizado, abarca siete países: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, aunque en algunos temas el alcance es menor debido a limitaciones de información.

Como primer objeto de estudio tenemos a las Relaciones Internacionales, de las cuales, existe mucho material bibliográfico, cada uno con su propia perspectiva, lo que significa que son variados los enfoques, así que, para tratar de conjugar una definición más concreta, se tomó como punto de partida el trabajo de Marcel Merle, considerando que esta definición permite incluir manifestaciones de

carácter diverso tanto por su origen (público o privado) como por su contenido (económico, social, cultural, etc.) incluyendo el fenómeno de la división en Estados al tener en cuenta las fronteras y le da a las relaciones el carácter de internacional.

Sin embargo, existe unanimidad entre los autores al considerar que la ciencia de las relaciones internacionales aborda una parcela de la realidad social en la que nos encontramos inmersos. Se trata, por consiguiente, de una de las ciencias sociales (Cid Capetillo, Ileana, 2001)

Seguido se encuentra el estudio de los Organismos Financieros Internacionales, que son organismos o instituciones que actúan como bancos internacionales en aquellos países que ameritan créditos pues lo que consumen es mucho más de lo que pueden pagar, principalmente financian proyectos de superación o mejoramiento económico, todos los préstamos están bajo ciertas condiciones que el país solicitante de la ayuda o el crédito debe cumplir. (Karol, 2013)

Los también llamados “organismos económicos internacionales”, abarcan un lugar de mucha relevancia en el funcionamiento de las organizaciones internacionales, es por eso que su estudio es requerido para lograr una mejor comprensión en el área de economía mundial, ya que además de estar enfocados a este aspecto, también influyen demasiado en las políticas nacionales de cada país.

Por su parte, el sector de la salud abarca a todas las entidades que producen acciones, servicios, bienes, oportunidades y conocimientos que de una manera u otra contribuyen al mantenimiento y mejoramiento de la salud individual y colectiva. También incluye a las actividades económicas y productivas de otros sectores que tienen un impacto en la salud, las decisiones políticas y sus formas de expresión: legales y administrativas, además de intervenciones ambientales y educacionales que tienen una influencia en los determinantes para la salud.

Mientras tanto, la inversión en este sector, está más enfocada hacia lo que se conoce bajo el término de “gasto público” que es la cantidad de recursos financieros, materiales y humanos que el sector público representado por el gobierno emplea para el cumplimiento de sus funciones, entre las que se encuentran de manera primordial la de satisfacer los servicios públicos de la sociedad. (Ibarra Mares, 2009), funcionado como instrumento de la política económica de cualquier país pues por medio de este, el gobierno influye en los niveles de consumo, inversión, empleo, etc. Así, el gasto público es considerado la devolución a la sociedad de algunos recursos económicos que el gobierno captó vía ingresos públicos, por medio de su sistema tributario principalmente.

Karen Mingst menciona que para entender las relaciones Internacionales dentro del estudio de las interacciones entre los diversos estados que participan en la política internacional, se deben identificar a las principales escuelas teóricas, de las cuales solo nos enfocaremos a una.

Los Organismos Financieros Internacionales, como parte de los Organismos Intergubernamentales, además de los estados y los individuos, desempeñan un papel en el sistema internacional que junto con la estructura legal internacional, resultan claves para entender la visión liberal de la política mundial, involucrando actividades y elecciones de carácter interdependiente, sin embargo, las decisiones de un Estado tendrán efecto sobre los demás, (Mingst, 2009, pág. 275) éste, es el periodo más reciente de los análisis realizados por los organismos especialistas en esta materia, sin embargo, por tratarse de un análisis comparativo, se tomarán también datos estadísticos de años anteriores.

El analizar la forma en que los Organismos Financieros Internacionales delimitan o determinan las formas de inversión, permitirá identificar desde el estudio de las Relaciones Internacionales a los principales Organismos Financieros Internacionales que invierten en el rubro del sector salud en México y Centroamérica, así como describir las formas de inversión y aprovechamiento de los recursos, entendiendo que si los indicadores que los Organismos Financieros Internacionales establecen para la inversión en el sector salud tienen un buen aprovechamiento, entonces, es probable que se vea reflejado un mayor desarrollo en todos los ámbitos de la sociedad a nivel internacional.

Capítulo 1 Las Relaciones Internacionales y los Organismos Financieros Internacionales

Hablar de estos dos términos puede resultar complejo, ya que por sí solos, abarcan una gran extensión de situaciones y particularidades, sin embargo, dentro del ámbito a nivel mundial van de la mano en todo momento ya que es a través de las Relaciones Internacionales como los Organismo Financieros toman forma para poder entran en contacto con cada nación.

Es por ello que en este capítulo se tratará a groso modo, de dar un panorama general del significado de cada uno de estos términos y de cómo terminan relacionándose entre sí.

1.1 Conceptualización de las Relaciones Internacionales

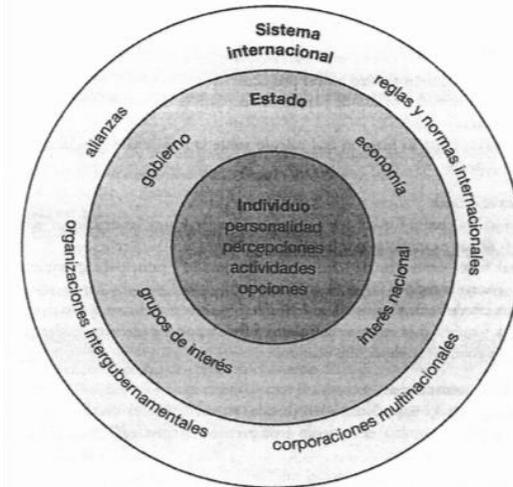
Para la mayoría de las personas, los sucesos que acontecen en el ámbito internacional, pueden parecer distantes, sin embargo, esos eventos suelen influir en nuestra vida cotidiana, *"así la variedad de actores presentes en las relaciones internacionales (...) también municipios, instituciones privadas lucrativas o no lucrativas organismos internacionales y a cada persona en particular"* (Mingst, 2009, pág. 25) a partir de que intervienen en las decisiones tomadas por los gobiernos y jefes de Estado, lo que posteriormente se verá reflejado en el día a día de cada persona.

Por lo anterior, para la conceptualización de las Relaciones Internacionales, existe diversidad de visiones; por lo que de manera inicial, para darle una definición concreta a las Relaciones Internacionales, se toma como referencia a Marcel Merle, quien define a las relaciones internacionales como: "el conjunto de transacciones o flujo de transacciones que atraviesan las fronteras o que incluso tienden a atravesarla", sin embargo, por existir una relación entre individuo y

sociedad que caracteriza a la naturaleza humana, criando vínculos entre las distintas sociedades, se puede decir, que: las relaciones internacionales son el estudio de las interacciones entre los diversos actores que participan en la política internacional, entre los cuales están los estados, las organizaciones internacionales y no gubernamentales, entidades subnacionales como burocracias y gobiernos locales e individuos; así mismo, tratan del estudio de las conductas de dichos actores cuando estos actúan, ya sea en conjunto o por separado, en los procesos políticos internacionales. (Mingst, 2009, págs. 25-26) y para ello, se desarrollan teorías y esquemas tanto para entender las causas de los eventos cotidianos como para encontrar la solución a las preguntas fundamentales en el ámbito de las Relaciones Internacionales.

De acuerdo con Karen Mingst, *“Una teoría es un conjunto de propuestas y conceptos tendientes a explicar fenómenos al hacer explícitas relaciones entre los conceptos manejados...”* teniendo como propósito guiarnos hacia aquellas explicaciones que resulten necesarias y suficientes para entender el porqué de las acciones a tratar o investigar; (Mingst, 2009, págs. 111,114), estas posibles explicaciones, pueden analizarse a través de lo que denomina como los tres niveles de análisis: el enfoque individual, que corresponden a la personalidad, percepciones, selecciones y acciones de tomadores de decisiones individuales; el enfoque estatal que se basa en los factores internos que provienen de las características del estado, el tipo de sistema económico, los grupos de interés dentro del país o incluso el interés nacional; finalmente, el enfoque del sistema internacional, en el cual la explicación recae en las características del sistema o en las debilidades y fortalezas de las organizaciones regionales e internacionales, como lo muestra en la siguiente figura. (Mingst, 2009, págs. 112, 113)

NIVELES DE ANÁLISIS EN EL ESTUDIO DE LAS RELACIONES INTERNACIONALES



El hablar de la sociedad internacional puede ser desde distintas ópticas de análisis para entender a las relaciones internacionales, tal como Karen Mingst señala, se identifican como principales escuelas teóricas: al Liberalismo y Liberalismo Neoinstitucional, el Realismo y Neorrealismo, el Posmodernismo y el Constructivismo, describiendo a las tres primeras de manera general:

Liberalismo y Liberalismo Neoinstitucional, cuyo principio fundamental es catalogar a la naturaleza humana como algo en esencia bueno, formando grupos y después constituyen estados que cooperan entre sí siguiendo ciertas normas y procedimientos internacionales acordados entre ellos mismos.

Realismo y Neorrealismo que presupone la existencia de un sistema internacional anárquico donde coexisten los distintos estados, cada uno sustenta sus políticas en una interpretación del interés nacional propio, definido en términos del poder.

Posmodernismo, en donde se cuestiona toda la noción del Estado, que es percibida como una ficción construida por académicos y ciudadanos por igual, construyendo conceptos fundamentales de la disciplina y reemplazándolos con una noción de realidades múltiples.

Ahora bien, tomando en cuenta lo que expresó Alexander Wendt, respecto de que *“todas las teorías de las relaciones internacionales se basan en teorías sociales de relaciones entre agentes, procesos y estructuras sociales”* (Wendt, 2005, pág. 31) y considerando que se trata de una corriente alternativa, que utiliza textos, entrevistas y materiales de archivo, así como prácticas de investigación local, (Mingst, 2009, pág. 39) teniendo así una gama múltiple de información, que les permite generar descripciones muy extensas, esta investigación tomará como apoyo para su desarrollo al Constructivismo, basado en que el interés de los estados es maleable y cambiante

1.1.1 Teoría del Constructivismo

En la sociedad de este siglo, existen diversas características como la alta competencia, la desigualdad, la inequidad en el crecimiento en donde la globalización envuelve cada uno de estos aspectos de la sociedad en su conjunto; sin embargo, la falta de certeza en dichos aspectos, se ha establecido de manera permanente y como consecuencia del ritmo acelerado de la globalización, las relaciones sociales han sido cambiantes.

Según Wendt, *“la ironía es que sí que existen teorías sociales que buscan explicar las identidades y los intereses. Keohane los ha llamado reflectivistas”* (Wendt, 2005, pág. 4), Wendt los ha denominado constructivistas.

Esta postura involucró múltiples diferencias como los cognitivistas, posestructuralistas, los feministas, posmodernos entre otros *“Tanto los constructivistas modernos como los posmodernos están interesados en la forma en que las prácticas cognoscibles constituyen sujetos, un interés que no se aleja demasiado del que tienen los liberales duros en saber cómo las instituciones transforman los intereses”* (Wendt, 2005, pág. 4)

El enfoque constructivista en la disciplina ha formulado una teoría estructural que representa “una propuesta diferente a los enfoques racionalistas para el estudio de las Relaciones Internacionales” (Schiavon Uriegas, Ortega Ramirez,, Lopez-Vallejo Olvera, & Velazquez Flores, 2014, pág. 405)

Como Wendt menciona, Emmanuel Adler, bien apunto, que el constructivismo es el terreno medio en las Relaciones Internacionales (...) el constructivismo moderado considera estándares positivistas para observar el mundo, es decir, acepta la existencia de una realidad externa cognoscible; reconoce la distinción sujeto/objeto para fines de investigación y admite que existen ideas y creencias en el mundo que pueden calificar como verdades susceptibles... (Schiavon Uriegas, Ortega Ramirez,, Lopez-Vallejo Olvera, & Velazquez Flores, 2014, pág. 405)

Para el constructivismo, las estructuras sociales son la clave para estudiar las Relaciones Internacionales. De acuerdo con Alexander Wendt, las estructuras poseen tres elementos, que funcionan de manera simultánea como todo: los entendimientos intersubjetivos, los recursos materiales y las prácticas, (Schiavon Uriegas, Ortega Ramirez,, Lopez-Vallejo Olvera, & Velazquez Flores, 2014, pág. 406)

- Entendimientos Intersubjetivos.- entendiendo a estos como las ideas socialmente compartidas. No son la percepción subjetiva de un individuo sino el conocimiento que un conjunto de individuos tiene en común para darle sentido a su mundo. (Schiavon Uriegas, Ortega Ramirez,, Lopez-Vallejo Olvera, & Velazquez Flores, 2014, pág. 11)
- Cuando los entendimientos intersubjetivos se vuelven estables, crean órdenes sociales e instituciones, cuyas normas determinarán como funciona una sociedad; definirán, que comportamientos, identidades e interés son legítimos para la convivencia grupal y con ello, inevitablemente, se establecerán jerarquías y relaciones de poder

De acuerdo con Arturo Santa Cruz, “*la intersubjetividad descansa en la estabilidad que las normas proveen*” es decir, las estructuras son normativas; las normas a su vez, operan en dos sentidos: de manera constitutiva creando identidad y en sentido regulativo, manteniendo identidad, estableciendo expectativas sobre quién es el actor y cómo se comportara de acuerdo a una identidad construida. (Schiavon Uriegas, Ortega Ramirez,, Lopez-Vallejo Olvera, & Velazquez Flores, 2014, pág. 13)

- Recursos materiales.- su significado proviene de la estructura de conocimiento compartido que los envuelva ya que los objetos por sí solos no dicen nada, es necesario dotarlos de ideas.
- Prácticas.- deriva de las estructuras normativas que reproducen los actores y con ello hacen posible la existencia de las estructuras sociales.

Esta corriente basa su metodología en el análisis del discurso con el propósito de contestar las interrogantes de las relaciones internacionales.

Por lo que en el constructivismo el sujeto se convierte en un agente que no solo reproduce su orden social, sino que lo transforman al relacionarse con los demás. (Schiavon Uriegas, Ortega Ramirez,, Lopez-Vallejo Olvera, & Velazquez Flores, 2014, pág. 407) , recordando a los internacionalistas las preguntas fundamentales de la disciplina que tratan sobre la naturaleza del Estado y los conceptos de soberanía y ciudadanía (Mingst, 2009, pág. 139).

De igual forma, para intentar demostrar cómo las instituciones configuran los intereses de los actores se requieren necesariamente estudios muy detallados; los estudios de caso suelen incluir análisis de textos de decisores políticos, entrevistas, etc., aunque también se recurre a estadísticas y a otros métodos formales. Una parte importante de los estudios de caso trata del papel de las

organizaciones internacionales en los procesos de reconfiguración de intereses estatales. (Salomón González, 2001-2002, pág. 34)

1.2 Conceptualización de los Organismos Financieros Internacionales

Son instituciones de desarrollo cuya meta es reducir la pobreza promoviendo el crecimiento económico sostenible a través de asistencia técnica y apoyo financiero

Dentro del ámbito internacional, los estados e individuos no son los únicos actores dentro de las Relaciones Internacionales, existen otros que desempeñan también un importante papel dentro del sistema internacional, como los Organismos Intergubernamentales, los cuales junto con la orden legal internacional, son parte clave de la política mundial.

1.2.1 La teoría de los Organismos Financieros Internacionales

Estos tiene su apoyo en los Organismos Intergubernamentales la creación de estos, está basado principalmente en tres teorías, el federalismo, el funcionalismo y los bienes colectivos (Mingst, 2009, pág. 270), de las cuales:

La Teoría del Federalismo, sugiere que los estados se unan unos con otros, a través de la cesión de alguna de sus facultades soberanas, eliminando así las causas básicas de la guerra, siendo esta la principal intención en el contexto de la Relaciones Internacionales

La Teoría del Funcionalismo: creé que las causas fundamentales de la guerra son las carencias y disparidades en cuestiones económicas y no la posesión de capacidades militares de los Estados soberanos, considerando al Estado como poco adecuado en la solución de estos problemas; promoviendo la construcción y

expansión de hábitos cooperativos diseñados por grupos de expertos técnicos fuera de los canales formales del Estado

Sin embargo, en conjunto con la teoría del constructivismo, la teoría de los bienes colectivos involucra actividades y elecciones de carácter interdependiente, sin embargo, las decisiones de un Estado tendrán efecto sobre los demás, y dado que los mecanismos tradicionales del mercado resultan poco adecuados para la administración de estos bienes, existe la necesidad de idear nuevos instrumentos.

Estas organizaciones establecen procesos regularizados de recopilación de información, análisis y vigilancia, desarrollando procedimientos a fin de imponer reglas y resolver controversias, también llevan a cabo operativos que ayudan a resolver problemas internacionales incorporando normas, reglas y procesos de toma de decisiones en los Estados, añadiendo restricciones a las operaciones estatales relacionadas con la política exterior.

A pesar de ello, estos organismos restringen o afectan a sus estados miembros al influir en sus agendas locales e internacionales y obligarlos a tomar determinadas decisiones forjando principios, normas y reglas de conducta con las cuales los países deberán alinear sus políticas. Tanto los estados chicos como los grandes se encuentran sujetos a las disposiciones de los organismos a los que pertenecen. (Mingst, 2009, pág. 282), dentro de estos organismos se encuentran los llamados Organismos Financieros Internacionales.

Un Organismo Financiero es aquella Institución a través de la cual los bancos u otras instituciones relacionadas a la administración están ligadas de forma congruente con relación a la economía.; por lo tanto, un Organismo Financiero Internacional corresponde a aquel que de la misma manera, se relaciona con la administración de la economía pero a nivel internacional de un estado, es decir, de ellos depende lo correspondiente a las inversiones que se realizan en cada uno de los estados en donde tienen inferencia.

1.3 Concepto de Inversión.-

El concepto de inversión se refiere a la erogación de un activo líquido, con el objetivo de obtener un beneficio en el futuro (Concepto de Inversión, 2011), Constituye (cuando lo incrementa) y reconstituye (cuando lo repone) el capital.

1.3.1 Teoría de la Inversión e Inversión Internacional

La teoría de la Inversión: representa adiciones al capital en un período específico, por lo tanto, la decisión de acerca de cuánto invertir en cada período está determinada por muchos factores, invertir tanto en plantas y equipos como en inventarios, el aspecto básico en esta determinación está basado en dos grandes distinciones: la inversión deseada, o planeada que son todas aquellas adiciones a los bienes de capital e inventario que son planeados por las empresas, y la inversión realizada que es el monto real de la inversión que tiene lugar; incluye renglones como los cambios en inventarios no planeados (Arcia Caceres, 2011)

La teoría de la inversión internacional, corresponde al flujo de capital de la inversión dentro y fuera de un país por los inversores que quieren maximizar el retorno de sus inversiones. Uno de los principales factores que influye en la inversión internacional es el potencial de retorno sobre las inversiones alternativas en el país de origen o en otros mercados extranjeros. (Fuentes)

La existencia de organismos y acuerdos internacionales son el conjunto de situaciones jurídicas de las relaciones que se establecen a nivel mundial. Su objetivo es producir un efecto de carácter económico o regular las actividades en un ámbito económico, monetario o financiero que supera lo estrictamente nacional

El conjunto de estas instituciones forman una red que condiciona de modo fundamental el desarrollo integral de los países y de la economía internacional. Los organismos financieros internacionales son parte esencial de esa red. Su actividad está orientada a la financiación del desarrollo global, la estabilidad financiera, la cooperación financiera o el desarrollo regional.

Capítulo 2 Organismos Financieros Internacionales

Como se mencionó en el capítulo anterior, los llamados Organismos Financieros Internacionales, se refieren a instituciones que tienen relación con las finanzas, es decir, instituciones que se encargan de ver cómo allegarse de dinero, cómo administrar ese dinero, y de cómo gastar ese dinero.

Estos organismos tienen su antecedente en los principios de la Carta del Atlántico y del Pacto de Solidaridad del 1º de julio de 1944, en que se reunieron en Bretton Woods, Estados Unidos más de 50 países en la primer "Conferencia sobre los Problemas Económicos y Financieros", para plantear el término de la segunda guerra mundial cuyos objetivos primarios fueron la cooperación monetaria internacional y el estímulo de la expansión del comercio exterior propiciando un nivel de empleo más elevado y una mejor situación económica en los países miembros. (Ibarra Mares, 2009, pág. 97)

Tienen como objetivo coordinar las políticas económico-financieras de los distintos miembros para que se entiendan los unos a los otros en diversas materias, utilizando recursos comunes para ayudar a los países menos desarrollados a acercarse a los niveles de desarrollo del mundo más rico y a ayudarlos en tiempo de dificultad y de inestabilidad económico-financiera.

La estructura de funcionamiento de los organismos financieros internacionales está diversificada, dado el elevado número de Estados participantes, según su carácter supranacional con autonomía patrimonial y de decisión en el campo definido por su estatuto o su carácter intergubernamental.

En ambos casos, existe un órgano supremo que es la Asamblea o Junta General, donde están presentes todos los Estados miembros participantes que adoptan las principales líneas de actuación de la organización. Para agilizar su funcionamiento

se delegan algunas funciones en un órgano ejecutivo, compuesto por un número limitado de miembros.

Como lo señalo Agustín Carstens, cuando era Secretario de Hacienda y Crédito Público, en una entrevista publicada en el suplemento Negocio del diario español El País, (2009) *“Las dificultades de financiación, son el reto más importante que afronta el sistema financiero internacional. Porque además se busca una consolidación fiscal, la capitalización del Banco Mundial y, en nuestro caso, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) es bien importante”*

Entendiendo entonces, que el sistema financiero en América es el conjunto de personas y organizaciones, tanto públicas como privadas, por medio de las cuales se captan, administran, regulan y dirigen los recursos financieros que se negocian entre los diversos agentes económicos, dentro del marco de la legislación correspondiente. (Franco, 2013)

2.1 Principales Organismos Financieros Internacionales

En términos generales podemos decir que se tratan de los “bancos internacionales”, los cuales abarcan un lugar de mucha relevancia en el funcionamiento de las organizaciones internacionales que influyen, además de en la economía, en las políticas nacionales de cada país, ya que es a partir de ellos que es posible que se lleven a cabo diversidad de proyectos y programas a nivel nacional, obviamente sujetos a ciertos condicionamientos establecidos por dichas Instituciones adecuadas a la capacidad de cada nación.

Según señala y describe el Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales Alberto Ibarra (Introducción a las Finanzas Públicas, 2009), son tres los principales organismos financieros internacionales que conceden créditos:

- El Fondo Monetario Internacional (FMI).
- El Banco Mundial (BM).
- El Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) son instituciones que forman parte del sistema de las Naciones Unidas y comparten un idéntico objetivo, a saber, mejorar el nivel de vida de los países miembros. Las formas en que encarar la consecución de este objetivo se complementan entre sí: el FMI se ocupa de cuestiones macroeconómicas, mientras que el Banco Mundial se concentra en el desarrollo económico a largo plazo y en la reducción de la pobreza. (FMI, El FMI y el Banco Mundial (Ficha Técnica), 2016)

FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (FMI)

El FMI fue creado el 27 de diciembre de 1945 bajo un tratado por convenio constitutivo y firmado por 45 países en Bretton Woods, Estados Unidos; inicio sus operaciones financieras el 1 de marzo de 1947.

Este organismo fue creado para:

- ✓ Promover la cooperación monetaria internacional.
- ✓ Facilitar la expansión y el crecimiento equilibrado del comercio internacional
- ✓ Promover la estabilidad de los tipos de cambio
- ✓ Auxiliar en el establecimiento de un sistema multilateral de pagos.
- ✓ Poner sus recursos generales temporalmente a la disposición de los miembros que sufran dificultades en su balanza de pagos, bajo las salvaguardas indicadas.
- ✓ Acortar la duración y disminuir el grado de desequilibrio en las balanzas de pagos internacionales de sus miembros.

Sus principales finalidades son:

- Supervisar el buen funcionamiento del sistema monetario internacional vigilando que los países miembros adopten políticas orientadas al crecimiento económico y a una estabilidad razonable de precios.
- Facilitar la expansión y el crecimiento equilibrado del comercio internacional fomentando la estabilidad cambiaria.
- Coadyuvar a establecer un sistema multilateral de pagos para las transacciones entre los países miembros y proporcionar préstamos para que los países traten de corregir los desequilibrios de su balanza de pagos.
- Promover un empleo elevado
- Reducir la pobreza en el mundo entero

El FMI tiene cinco secciones en el mundo que son: África, Asia, Europa, Hemisferio Occidental y Oriente. Su organización está constituida por:

- La junta de gobernadores, que tiene un titular y un suplente por cada país miembro y se reúnen una vez al año.
- Por el Director Ejecutivo, en el que cada uno de los cinco países con mayor aportación, nombra un director y otros 16 directores son elegidos por los demás países miembros.
- El director Gerente que desempeña el cargo de presidente del FMI durante cinco años.

Esta Institución internacional que en la actualidad reúne a 189 países, y cuyo papel, según sus estatutos, es fomentar la cooperación monetaria internacional; facilitar la expansión y el crecimiento equilibrado del comercio internacional

Son miembros del FMI los miembros de la ONU con las excepciones de Cuba (que abandonó el FMI en 1964), Corea del Norte, Andorra, Mónaco, Liechtenstein, Nauru, la República de China y Ciudad del Vaticano.

Su enfoque ha sido, y es, mucho más sobre la liquidez y el más corto plazo, incluyendo ayudar a financiar la balanza de pagos, las importaciones y exportaciones de los países, y el déficit público.

Es un fondo al que los países miembros pueden recurrir para superar dichos problemas de balanza de pagos que puedan de forma puntual y con carácter temporal, cumplir.

Una de las responsabilidades del FMI es mantener un dialogo con los países miembros sobre las consecuencias nacionales e internacionales de sus políticas financieras y económicas. A este proceso de monitoreo y consulta se le llama "vigilancia", misma que hoy en día cubre una gran variedad de políticas económicas, aunque el énfasis dado a cada área varía de acuerdo a cada país y sus circunstancias individuales, tomando muchas medidas para medir su capacidad de detectar vulnerabilidades y riesgos a tiempo, y evitar así catástrofes financieras.

BANCO MUNDIAL (BM)

El Banco Mundial cuyo primer nombre fue el de Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) se estableció en julio de 1944 por 44 naciones que se reunieron en la "Conferencia Monetaria y Financiera" de la ONU, en Bretton Woods, E.U. y entró en vigor en diciembre de 1945, iniciando operaciones el 25 de julio de 1946.

Sus principales objetivos consisten en otorgar préstamos que contribuyan al crecimiento económico de los países miembros, fundamentalmente apoyando la creación y desarrollo de la infraestructura productiva, como es la energía eléctrica, gasoductos, telecomunicaciones, medios de comunicación, puertos, refinerías, abastecimiento de agua, etc.

También le interesa promover el crecimiento equilibrado del comercio y el mantenimiento del equilibrio de la balanza de pagos, así como desarrollar proyectos de infraestructura básica y proyectos productivos de reconstrucción y desarrollo; todo ello a través de conceder o garantizar préstamos con capital de los países miembros o mediante movilización de capitales privados. También fomenta la inversión privada extranjera y cuando no hay capital, complementa las inversiones privadas concediendo financiamientos para fines productivos principalmente. En el aspecto social el BM apoya programas de planificación familiar.

El grupo del Banco Mundial promueve la apertura de los mercados y el fortalecimiento de las economías. Su propósito es mejorar la calidad de vida y aumentar la prosperidad de las personas en el mundo, y en especial, de las más pobres.

Los primeros créditos que otorgó ayudaron a financiar la reconstrucción de las economías dañadas por la guerra en Europa occidental y en Japón después de la Segunda Guerra Mundial. En la actualidad, el banco otorga créditos a países en desarrollo de África, Asia, Europa Central, Latinoamérica, el Medio Oriente, y la ex Unión Soviética.

La organización interna del Banco Mundial, está estructurada en términos generales de la siguiente manera: Por la Junta de Gobernadores la cual está integrada por un representante por cada país miembro que se reúnen una vez al año.

- Por una Junta de Directores Ejecutivos la cual la constituyen actualmente 22 expertos en la materia y se reúnen una vez por semana.
- Por el presidente del BM quien se encarga de las actividades normales.

El BM tiene oficinas en París, Londres, Tokio y Nueva York, y cuenta también con misiones regionales en Kenia, Bangkok, Nepal, Tanzania, Venezuela, Colombia e Indonesia

Fomenta el desarrollo a largo plazo y la reducción de la pobreza proporcionando apoyo técnico y financiero para que los países puedan reformar determinados sectores o poner en práctica proyectos específicos, ejemplo: construcción de escuelas y centros de salud.

Con sus recursos financieros; un personal altamente entrenado; y su amplia base de conocimiento, ayuda y guía a los países en vías de desarrollo en cuanto a las trayectorias a seguir para lograr un crecimiento estable, sostenible, y equitativo

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID).

Es la más grande y antigua institución de desarrollo regional, fue creado el 30 de diciembre de 1959 por 19 naciones latinoamericanas y los Estados Unidos con la finalidad de contribuir a acelerar el proceso de desarrollo económico y social de los países miembros de América Latina, mediante la cooperación entre estos países sobre la orientación de sus políticas de desarrollo, con miras a lograr una mejor utilización de sus recursos y promover a la vez una mayor complementación de sus economías y el crecimiento de su comercio exterior, con el propósito de impulsar el progreso económico y social de América Latina y el Caribe.

Su creación significó una respuesta a las naciones latinoamericanas que por muchos años había manifestado su deseo de contar con un organismo de desarrollo que atendiera los problemas acuciantes de la región. En 1890, durante la Primera Conferencia Interamericana, celebrada en Washington, se aprobó una resolución para crear un banco con estas características. En 1958, el presidente de Brasil, Juscelino Kubitschek, invitó a los países de América a emprender un decidido esfuerzo cooperativo que promoviera el desarrollo económico y social de América Latina. Su propuesta recibió el respaldo de todo el hemisferio, y poco tiempo después una comisión especial de la Organización de Estados Americanos redactó el anteproyecto del Convenio Constitutivo del Banco Interamericano de Desarrollo.

El BID para lograr sus finalidades realiza dos tipos de funciones principalmente: las de *tipo financiero* y las de *tipo técnico*.

- Las de *Tipo Financiero* comprenden la utilización de sus propios recursos, así como la utilización de los fondos obtenidos en los mercados financieros para llevar a cabo sus proyectos de carácter económico y social de alta prioridad para la región. También promueve la inversión de capitales públicos y privados en América Latina.

- Las Funciones de *Tipo Técnico* se refieren a cooperación técnica para la preparación, el financiamiento y la ejecución de planes y proyectos de desarrollo.

El BID cuenta con dos tipos de fondos que son:

- Los Fondos Propios
- Los Fondos en Administración.

Los Fondos Propios están constituidos por:

- El Fondo para Operaciones Especiales.
- Recursos de Capital y,
- Cuenta de Facilidad de Financiamiento Intermedio.

El Fondo de Operaciones Especiales que también recibe el nombre de "Ventanilla de Recursos Concesionales del Banco" constituye un fondo de alta prioridad destinado a aquellos países clasificados como económicamente menos desarrollados o de mercado limitado dentro de los países subdesarrollados, como es el caso de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, etc. El plazo para amortizar los financiamientos provenientes de este fondo es de 20 a 40 años y la tasa de interés es del 4% anual.

Los Recursos de Capital son préstamos que se amortizan de 10 a 30 años y pueden ser financiados mediante divisas extranjeras o moneda local, siendo las tasas de interés más bajas cuando se contrata en moneda local.

Los Fondos en Administración están constituidos por:

- El Fondo Fiduciario para el Progreso Social.
- El Fondo Venezolano de Fideicomiso.
- Los Fondos Canadienses, Suizos, Noruegos, y el Especial Japonés.

El *Fondo Fiduciario para el Progreso Social* es proporcionado por los Estados Unidos y su objetivo es apoyar a los esfuerzos de los países de América Latina que estén dispuestos a iniciar o ampliar mejoras institucionales efectivas y adoptar medidas para utilizar eficazmente sus propios recursos, con miras a alcanzar un mayor progreso social y un crecimiento económico más equilibrado. También es utilizado para proporcionar asistencia técnica y financiera para la colonización y mejor uso de la tierra, dando vivienda a los sectores de más bajos ingresos.

La organización del BID está estructurada de la siguiente forma:

- Asamblea de Gobernadores. La cual nombra al presidente del Banco.
- Directorio Ejecutivo. El cual nombra al vicepresidente del Banco.
- El Presidente del Banco. El cual nombra al Comité de Alto Nivel o también llamado Comité Interdepartamental.

En entrevista realizada a Jordi Prat, economista principal del departamento de países de Centroamérica, México y República Dominicana del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), (Recomienda economista del BID a América Central aprovechar coyuntura, 2016), señaló “que la coyuntura favorable obliga a Centroamérica a hacer ajustes en materia fiscal para posicionarse mejor y blindar a la región.”

El representante del BID también consideró que América Central tiene las condiciones para crecer de forma sostenida en los próximos años, no obstante debe mirar cuáles son los problemas domésticos a enfrentar, como la situación fiscal; consideró importante para América Central mejorar la transparencia y el uso de los recursos públicos, finalmente, el economista llamó a mejorar el capital humano, las condiciones de inversión y la situación fiscal en la región. (Recomienda economista del BID a América Central aprovechar coyuntura, 2016)

2.2 Organismos Financieros Internacionales relacionados con las Finanzas Públicas

En este apartado enlazaremos lo que se ha conceptualizado respecto de los Organismos Financieros Internacionales con las llamadas Finanzas Públicas, entendiendo como se relacionan.

La finanzas tienen como objetivo central investigar y estructurar los sistemas y las diversas maneras por cuyo medio el estado procura los recursos materiales y financieros necesarios para su operación; las finanzas públicas están compuestas por las políticas que instrumentan el gasto público y los impuestos, de esta relación dependerá la estabilidad económica del país y su ingreso en déficit o superávit. (Varios, 2014)

Entonces, las finanzas le aportan a la toma de decisión los indicadores de, rentabilidad, liquidez, recuperación del dinero en el tiempo, valor presente neto, y tasa de retorno, entre otros indicadores de finanzas, aterrizando en la realidad las evaluaciones de los negocios y actividades, permitiendo una toma de decisión objetiva.

Las finanzas públicas tienen como finalidad la investigación de los principios y formas que debe aplicar el poder público para allegarse de los recursos

económicos suficientes para su funcionamiento y desarrollo de las actividades que está obligado a efectuar, que sobre todo es la satisfacción de servicios públicos (Ibarra Mares, 2009, pág. 9)

Son fundamentales para la vida, desarrollo y crecimiento ya que se encargan de conseguir el dinero y los fondos necesarios para sobrevivir y desarrollarse, al menor precio, responsabilizándose por obtener la mejor rentabilidad en el uso de los recursos monetarios; Las finanzas proveen análisis, información, estadísticas, cursos de acción, recomendaciones y alertas, sobre el flujo del dinero, que permitan tomar las mejores decisiones en las finanzas personales y para el negocio.

Las finanzas públicas o de gobierno son las directrices y procesos que se encargan de optimizar el recaudo de impuestos y la inversión social de los recursos obtenidos. (Varios, 2014)

Las finanzas necesitan de un conocimiento exacto y detallado de la situación económica, el flujo de fondos, y las necesidades a corto y mediano plazo, para proveer las soluciones de reducir los gastos, aumentar los ingresos, conseguir los fondos e invertir los excedentes. Un presupuesto de las finanzas al día y su seguimiento facilitarán a las finanzas tomar las acciones correctivas en forma oportuna

Por su parte, el gasto público es la inversión que realiza el estado en distintos proyectos de interés social; mientras que los impuestos son un tributo que le pagamos al estado para que soporte todos sus gastos, de aquí que cada uno de estos términos, al final se relacionen y dependan entre sí desde lo nacional hasta lo internacional y viceversa. (Varios, 2014)

A diferencia de lo que cada Estado implementa respecto a la contribución de sus dineros, en el ámbito internacional, cada uno de los organismos financieros que fueron mencionados con anterioridad, cuenta con sus propios mecanismos para llevar a cabo la aportación de recursos.

El Fondo Monetario Internacional (FMI) obtiene sus recursos de las suscripciones de los países miembros (Ibarra Mares, 2009, pág. 98). Las solicitudes de préstamo son de la siguiente forma:

⇒ Primero.- el país solicitante compra con su propia moneda al FMI una cantidad equivalente de Derechos Especiales de Giro (DEG) que representan un activo de reserva internacional creado como una unidad de cuenta dentro y fuera del FMI. Esta divisa internacional creada por el FMI es para que sus miembros la puedan utilizar en sus pagos internacionales y se pretende que los DEG lleguen a convertirse en el principal activo de reserva del sistema monetario internacional.

Los DEG se asignan a los países miembros si así lo desean, en proporción a sus cuotas durante los períodos determinados.

El FMI determina el método de valoración del DEG con base en los tipos de cambio de mercado de una cesta de las monedas de los 16 países miembros con mayor volumen de exportación. Cada país tiene una cuota que guarda proporción con su posición relativa en la economía mundial. Esta cuota determina el número de votos que le toca a cada país, su aportación de recursos al FMI, su acceso a dichos recursos y la cantidad que le toca en la asignación de DEG.

⇒ En segundo término.- el país solicitante utiliza los DEG para financiar su déficit de la balanza de pagos o hacer frente a sus necesidades de reserva dentro de un determinado plazo o antes si mejora la situación económica del país deudor, éste debe reembolsar el préstamo al FMI, recomprando en su propia moneda una cantidad igual a la que había solicitado en el préstamo y también debe de pagar

una cierta cantidad por el uso de los DEG. Si el país miembro requiere un préstamo mayor a su suscripción, puede solicitar el servicio financiero ampliado el cual le autoriza a comprar los DEG hasta por un 140% de su cuota.

El FMI desembolsa los préstamos en forma gradual siempre y cuando los países deudores concuerden con el programa convenido entre este organismo y el sujeto de crédito.

La condición para otorgar el crédito por parte del FMI es que el país deudor reciba asistencia financiera y adopte un programa destinado a solucionar se desequilibrio de pagos, ofreciéndole al FMI garantías de que podrá reembolsar los recursos recibidos. La asistencia técnica que proporciona el FMI a los países miembros consiste en: cuestiones de política fiscal, asuntos monetarios y balanza de pagos, asuntos de banca central y general, y sistemas cambiarios y comerciales.

El Banco Mundial también ofrece asistencia técnica mediante asesoría de expertos para ayudar a los gobiernos a hacer que los sectores específicos de sus economías sean más eficientes y relevantes para los objetivos del desarrollo nacional (Ibarra Mares, 2009, pág. 99).

Los requisitos para obtener los préstamos que da el BM son que primeramente el solicitante sea socio o miembro del banco y por consiguiente del FMI. El préstamo debe ser destinado a un proyecto específico del país solicitante y dicho proyecto deberá ser satisfactorio técnica y económicamente para garantizar la seguridad del préstamo y su recuperación por parte del BM. El proyecto deberá tener una prioridad en el desarrollo del país y el préstamo deberá ser bien administrado y no representar una carga excesiva para la economía del país deudor. Además el proyecto no deberá tener otra fuente de financiamiento sino única y exclusivamente la del BM. Por último el proyecto no deberá afectar al medio ambiente.

El Banco Mundial para comprobar que el solicitante del crédito cumple con los requisitos antes mencionados, efectúa un estudio integral previo al otorgamiento del préstamo. Este estudio está estructurado de la siguiente forma;

- ★ Aspectos financieros.

- ★ Aspectos Institucionales.

- ★ Aspectos Técnicos.

- a. Planes de construcción.
- b. Planes de funcionamiento

- ★ Aspectos económicos.

- a. Evaluación de recursos (minerales, agropecuarios, industriales, etc.).
- b. Administración Pública.
- c. Sistemas Educativos.
- d. Comercio Exterior.
- e. Finanzas Internas.
- f. Planes de desarrollo.

- ★ Aspectos comerciales y de adquisición.

En este aspecto el Banco Mundial exige que los contratos de construcción se adjudiquen mediante convocatoria pública, dando preferencia a los proveedores del país solicitante.

Si en el estudio integral el solicitante del crédito no cumple con los requisitos que exige el Banco Mundial se le niega el préstamo. Las causas principales de la negativa del préstamo son comúnmente por considerar que determinado proyecto carece de suficiente prioridad para el desarrollo del país o porque el proyecto no tiene una base sólida y este deficientemente preparado.

El Banco Mundial tiene ciertos criterios establecidos para limitar sus acciones ya sea en el sentido de autorizar o negar un financiamiento, uno de ellos es que el Banco Mundial no debe tomar en cuenta situaciones políticas o ideológicas al tomar su decisión para el otorgamiento del crédito pues éstas deben estar basadas en cuestiones de carácter exclusivamente económico, financiero y técnico, además el Banco Mundial no debe intervenir en la política interna de los países deudores y si llegase a efectuar algún estudio referente a las situaciones políticas internas de un país, sólo debe hacerlo con el propósito de llegar a estimar las repercusiones que pudiera presentarse en el aspecto económico.

Los préstamos del Banco Mundial van dirigidos a los gobiernos de los países miembros, los organismos públicos y privados con garantía de su gobierno, a los territorios bajo administración de un país miembro y a los bancos de desarrollo de los países miembros.

En su aspecto financiero el Banco Mundial dispone de muchos tipos de moneda para realizar los préstamos pero maneja siempre su equivalencia en dólares de los Estados Unidos.

Para determinar los intereses a cobrar sobre los préstamos, se investiga en los mercados de capital del mundo las tasas y porcentajes de los costos para la adquisición de fondos y en base a ello el Banco Mundial determina el porcentaje de interés a cobrar el cual debe ser más bajo en relación al que pagarían los países deudores si acudieran a los mercados privados de capital. EL Banco Mundial si obtiene utilidades estas provienen de los ingresos de sus inversiones y de las comisiones de sus préstamos.

Las utilidades se destinan a una reserva para pérdidas por devaluación y, también junto con los fondos asignados para financiamiento y recuperados son nuevamente utilizados para otros préstamos.

En el caso de los préstamos que no se recuperen por incumplimiento de pago, si es empresa privada el Banco Mundial cobra al gobierno garante y si es un gobierno el que no paga, el Banco Mundial puede buscar inicialmente una negociación, pero si no llega a un acuerdo suspende y cancela los montos no desembolsados y acude al arbitraje internacional y si aun así no logra que se le pague acude a la exigibilidad mediante un cierre en el sistema financiero internacional.

El Banco Mundial para evitar llegar a la exigibilidad tiene un control sobre el uso de los préstamos que consiste primeramente en hacer entregas parciales de los financiamientos y directamente a los proveedores, supervisando el proceso de adjudicación de contratos y vigilando la marcha del proyecto y para ello capacita al personal local. Las entregas parciales de los financiamientos deben especificar las ramas a las que van dirigidos y el porcentaje que representa cada rama respecto al total del préstamo. Los deudores tienen la obligación de enviar informes al Banco Mundial para que éste realice sus auditorías mediante el Comité Adjunto de Auditoría, el cual contrata comúnmente a alguna de las principales firmas internacionales de contadores y administradores para realizar el trabajo

Continuando con lo que describe el Doctor Ibarra, los requisitos y procedimientos para obtener los préstamos que concede el BID son los siguientes:

- ⇒ Primeramente las misiones de programación de cada país Latinoamericano identifican proyectos prioritarios mediante análisis y consultas.
- ⇒ Una vez determinado el proyecto se elabora una solicitud de préstamo y el BID efectúa un análisis institucional, técnico, socioeconómico, financiero y legal (y desde 1980 también se lleva a cabo un análisis de la distribución de los beneficios.
- ⇒ Los resultados del análisis total e integral son turnados a un Comité Interdepartamental y posteriormente al Presidente del BID el cual debe de dar su recomendación favorable o no.

Si es favorable, es turnado al Directorio Ejecutivo para que éste apruebe o modifique el proyecto, según lo considere conveniente. Es por último que el Directorio Ejecutivo envía copia al interesado en el crédito sobre la respuesta y presenta los requisitos previos al desembolso. El solicitante y el Directorio Ejecutivo representado por el Presidente del BID suscriben y firman el Convenio y así se efectúa el primer desembolso.

Para que los proyectos cumplan con los requisitos que exige el BID, éste presta asistencia técnica de dos clases:

- ⇒ En la formación de personal, y
- ⇒ En la preparación de los proyectos.

Además de los préstamos, el BID lleva a cabo operaciones de cooperación técnica, reembolsables y no reembolsables en sus países miembros regionales. La mayoría de los préstamos que realiza el Banco están financiados con los recursos que obtiene en los mercados internacionales de capital, a través de la emisión de bonos u obligaciones en dichos mercados. La contratación de esos préstamos lo realiza el Banco fundamentalmente a través de dos vías: una vía directa con la fuente prestamista y otra indirecta a través de consorcios de empresas bancadas o financieras, introducidas en los mercados internacionales de capital. El BID realiza sus emisiones en las principales plazas financieras mundiales, habiendo obtenido la más alta calificación que conceden las empresas especializadas.

Las operaciones de préstamos del Banco están definidas según los recursos que se utilizan. Pueden ser operaciones ordinarias, financiadas con los recursos ordinarios de capital, operaciones especiales, con los recursos del Fondo de Operaciones Especiales (FOE) u operaciones derivadas de acuerdos de fideicomiso, financiadas a través de la Facilidad de Financiamiento o de los recursos de fideicomiso. Las condiciones de esas opciones varían, según el origen de los recursos, así como los términos y condiciones de los préstamos que

dependen de la naturaleza y del coste de los recursos empleados. Los préstamos del Banco representan alrededor de una cuarta parte del coste total de los proyectos, el resto es financiado por el país prestatario

El Fondo para Operaciones Especiales (FOE) se constituyó a la vez que el BID en 1959. Se estableció como ventanilla blanda, para financiar proyectos de desarrollo social (asentamientos rurales, educación superior, capacitación profesional, etc.), y sus recursos proceden de contribuciones de los países miembros, de la gestión de la liquidez y de los intereses de los préstamos concedidos. La creación del FOE permitió al Banco atender desde el comienzo a la financiación de proyectos de desarrollo en condiciones más ventajosas para el país en cuanto a plazos, tipos de interés y periodo de carencia, que si se hubieran utilizado los recursos ordinarios de capital. Inició sus operaciones con 146 millones de dólares, aportados por los países miembros en proporción a su participación en el capital del Banco (Calvo Homero , 1997, págs. 5-7)

2.3 Relación México – Centroamérica

En los 80's, las perspectivas de Centroamérica en el nuevo sistema internacional no parecerían del todo favorables, sin embargo, la región es y seguirá siendo una zona vital para la política exterior de México.

Por razones históricas, de lenguaje común, vecindad geográfica y proyectos para un futuro compartido lo que sucede en esta región es muy relevante en términos del interés nacional mexicano. Por ello se considera que, independientemente de las características que adopte la inserción de Centroamérica en el orden mundial que aún se está construyendo, México debe mantener una política exterior de alto perfil en esa área geográfica. (León, 2001, pág. 2)

Por ello, es de suma importancia la relación que México ha sostenido de manera histórica con cada uno de los países de la región, la cual ha sido de entera cordialidad, cooperación y diálogo, no sólo por compartir un legado histórico y cultural que nos vincula e identifica de forma natural, sino por poseer problemáticas comunes y objetivos similares con miras al desarrollo regional.

La región tiene una marcada diversidad en aspectos esenciales que corresponden a las necesidades económicas de cada país, y que a su vez, las vincula o contrasta de forma tal que existe un ambiente propicio de cooperación y diálogo, o en algunos casos, de distanciamiento. Esto se manifiesta en la creación de mecanismos de integración (en los que figuran la conformación de bloques económicos, foros y cumbres) en los cuales se agrupan con mayor o menor participación las naciones que componen la región de acuerdo a sus intereses, similitudes, cercanía geográfica, etcétera.

Estos mecanismos han servido como medios de interacción y vinculación tanto política como económica para buscar soluciones propicias a las problemáticas tanto nacionales como regionales en pro del crecimiento económico y buscando un desarrollo integral; pero para ello es necesario compartir, evaluar y comparar soluciones, retos y objetivos conjuntos que otorguen iguales beneficios.

Debido a esto, un aspecto esencial en la optimización de estrategias y en la puesta en marcha de soluciones comunes es la homologación y coordinación de políticas regionales, siendo estas la base del trabajo continuo y del desarrollo de las metas para el crecimiento económico planteados en los mecanismos de integración de la región. De esta forma, especialmente en materia de políticas económicas, las experiencias particulares de cada país han forjado rutas distintas de cooperación e integración económicas en las últimas décadas.

Por otra parte, por su cercanía geográfica y por la afinidad histórica, lingüística y cultural que se comparte con la región, Centroamérica es una región estratégica para México, por lo que se busca tener una asociación con los países centroamericanos que contribuya a generar un ambiente de paz y seguridad; para ello, México considera que a través del instrumento denominado ESCA, tiene una de sus principales líneas de acción para lograr este objetivo.

La Estrategia de Seguridad de Centroamérica (ESCA), surgió en el marco de la XXIX Reunión Ordinaria de los Jefes de Estado y de Gobierno de los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), celebrada en San José, Costa Rica, el 16 de diciembre de 2006, en la que fue firmada la Declaración de San José "Hacia el Fortalecimiento de la Institucionalidad Regional (SRE, 2015)

ESCA es un instrumento fundamental para la coordinación y armonización de acciones entre los países de la región, con el propósito de enfrentar las principales amenazas a su seguridad, buscando orientar las acciones coordinadas que en materia de seguridad adopten los países centroamericanos, teniendo siempre en cuenta las leyes y normativas de cada país. (SRE, 2015), estableciendo con ello, los objetivos comunes, las áreas de intervención y las acciones a seguir para alcanzarlos

Así mismo, ubica e identifica las necesidades financieras, gestionándolas para obtener financiamiento y cooperación internacional, englobando los distintos esfuerzos que la región realiza en materia de seguridad, estableciendo con ello, los objetivos comunes, las áreas de intervención y las acciones a seguir para alcanzarlos

Así mismo, ubica e identifica las necesidades financieras, gestionándolas para obtener financiamiento y cooperación internacional, englobando los distintos esfuerzos que la región realiza en materia de seguridad

La ESCA está formado por: Alemania, Australia, Canadá, Colombia, Corea del Sur, Chile, España, Estados Unidos, Finlandia, Italia, México, Países Bajos, Reino Unido, además de la Unión Europea y organismos como el Banco (BCIE); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización Internacional de las Migraciones (OIM), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (SRE, 2015).

Razón por la que a partir de un diagnóstico común de la situación y de las prioridades que los propios países centroamericanos establecieron en este documento se ha intensificado en los últimos años la cooperación para hacer frente a la delincuencia organizada.

Ahora bien, continuando con el tema, Centroamérica es la región prioritaria de la cooperación internacional para el desarrollo de México, pues es a través de esta relación estratégica, que se establece como meta, contribuir al fortalecimiento de capacidades institucionales, potenciar la integración regional y la competitividad, así como promover un desarrollo inclusivo y aumentar la capacidad de adaptación de manera positiva ante situaciones adversas.

De acuerdo con lo que señala la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo, a través de su apartado de Acciones y Programas; dicha cooperación para el desarrollo a la región es coordinada por la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID) a través de programas bilaterales de cooperación técnica y financiera, mecanismos regionales, e iniciativas de cooperación triangular en asociación con otros cooperantes y, más recientemente, con el sector privado y la sociedad civil. La AMEXCID, lo describe de la siguiente manera:

COOPERACIÓN TÉCNICA

Bilateral

Mediante el cual, los expertos mexicanos comparten su conocimiento y lecciones aprendidas en diferentes áreas de política así como tecnologías especializadas para el desarrollo de capacidades en Centroamérica.

- Las prioridades se definen con cada país para un período de dos años.
- Las áreas actuales de cooperación son: agricultura (control de plagas, seguridad alimentaria), sustentabilidad ambiental y cambio climático (control forestal, manejo de recursos hídricos), y fortalecimiento de la gestión pública)



Triangular

A través de la asociación con otros cooperantes con intereses y metas comunes para integrar conocimientos y recursos para una mejor y más efectiva cooperación.

- Nuestro valor agregado: conocimiento de la región, capacidad técnica y adaptabilidad.

- Socios actuales: Alemania, Japón, Singapur, España, Corea del Sur, Suiza, EE.UU., FAO, PNUD, entre otros.
- En este esquema, desarrollamos programas piloto con el sector privado y organizaciones de la sociedad civil.



COOPERACIÓN FINANCIERA

- La cooperación financiera mexicana es otorgada a través del Fondo de Infraestructura para Mesoamérica y Países del Caribe (Fondo Yucatán).
- Desde 2012, han sido aprobados 129.7 millones de dólares para 16 proyectos en 11 países.
- 78% del financiamiento a Centroamérica ha sido utilizado para rehabilitar y modernizar tramos de la Red Internacional de Carreteras Mesoamericanas (RICAM), iniciativa dentro del Programa para el Desarrollo e Integración de Mesoamérica que promueve una región más interconectada.
- Para los países de Triángulo Norte, México ha aprobado 53.76 millones de dólares para tres proyectos: uno en Honduras y dos en El Salvador.

COOPERACIÓN REGIONAL

La cooperación mexicana de alcance regional es canalizada a través de diferentes programas que apoyan la educación, el desarrollo de capacidades, integración regional, competitividad y desarrollo social. La cooperación más integral se desarrolla a través de iniciativas que contribuyen a los objetivos del Programa de Integración y Desarrollo de Mesoamérica (Proyecto Mesoamérica PM).

El PM es un mecanismo regional de integración y desarrollo que potencia la complementariedad y cooperación para implementar proyectos que resulten en beneficios concretos para las sociedades en materia de crecimiento económico, interconectividad y desarrollo social

- El principal valor del PM reside en su función como espacio para generar acuerdos y establecer prioridades desde una visión de integración regional.
- Lanzado en 2008 en el marco de la X Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, como sucesor del Plan Puebla Panamá (PPP)
- Tiene 9 líneas de acción:
- El PM ha facilitado la convergencia de distintos socios de cooperación que incluyen al BID, CAF, la Fundación Bill y Melinda Gates, Fundación Carlos Slim, PNUD, FAO, OMS/OPS, CEPAL, BCIE, Nueva Zelandia, Suiza, entre otros.



Las principales contribuciones de México al PM son:

- Apoyo para el establecimiento del Sistema de Interconexión Eléctrica para Países de América Central (SIEPAC) y facilitación para conectarlo con el mercado eléctrico mexicano;

- Experiencia técnica y tecnología para el Sistema de Información Georreferenciado para el Transporte;
- Financiamiento e implementación del programa **Mesoamérica sin Hambre**, en colaboración con la FAO, para el fortalecimiento de marcos regulatorios sobre seguridad alimentaria;
- Capacidad técnica, tecnología y financiamiento para la **Red Mesoamericana** para la Gestión de Riesgo;
- Desarrollo de capacidades para la implementación de la Estrategia Centroamericana de Facilitación del Comercio y la Competitividad;
- Apoyo y financiamiento para los planes regionales y nacionales de salud pública en colaboración con la OPS;
- Experiencia técnica y tecnología para el lanzamiento del Centro de Excelencia Virtual en Monitoreo Forestal y el Centro de Servicios Climáticos para Mesoamérica;
- Intercambio de conocimientos para la integración de Mesoamérica a la economía digital, y
- Asistencia técnica para la eficiencia energética.
- Otros programas regionales emblemáticos:
- El Programa Mesoamericano de Cooperación: 18 años en operación, dedicado al desarrollo de capacidades en salud, educación y sustentabilidad ambiental.
- Programa Escuelas México: 21 años en operación, apoya 146 escuelas en Latinoamérica y El Caribe. En el Triángulo Norte ha apoyado a 57 escuelas que albergan a más de 15,000 alumnos.
- El Proyecto para la Prevención de la Migración no Acompañada de Niñas, Niños y Adolescentes en el Triángulo Norte (proyecto piloto en asociación con Alemania y Save The Children) cuyo objetivo es prevenir la violencia a través de la educación y mejorar las condiciones de vida. Se concentra en dos municipalidades de cada país con alta tasa de migración infantil.

COOPERACIÓN ACADEMICA

La cooperación académica ha sido uno de los pilares de la cooperación mexicana, Para impulsar el intercambio académico y contribuir al desarrollo educativo, México, a través del programa de Becas de Excelencia del Gobierno de México para Extranjeros, ha apoyado durante los últimos seis años a 946 estudiantes de Centroamérica, de los cuales 88 fueron de El Salvador, 202 de Guatemala y 155 de Honduras.

Lo anterior demuestra que existe una importante historia de relaciones de cooperación científica y tecnológica de México con Centroamérica y en los últimos años se ha fortalecido la presencia de México como país cooperante en una amplia gama de rubros como educación, salud, capacitación turística, entrenamiento para atención a la población civil en caso de desastres naturales, construcción de casas de resistencia antisísmica entre muchos otros temas de interés social. (Mendez Lugo, pág. 1)

Teniendo como punto de partida una asociación estratégica con nuestros vecinos inmediatos, México pretende ser fuente de iniciativas marchando a la cabeza de proyectos comunes.

2.4 Cómo determinan los Organismos Financieros Internacionales la forma de inversión

De acuerdo con lo que ya se ha descrito, los Organismos Financieros Internacionales tienen como principales funciones:

- Actuar como reguladores, supervisores y controladores del sistema crediticio, fianza y garantías
- Definir y ejecutar la política monetaria extranjera.
- Definir y ejecutar la política bancaria extranjera.
- Definir y ejecutar las políticas de valores y seguros.

Fungiendo como intermediario entre las unidades de ahorro y las de gasto, movilizandolos recursos con el fin de lograr una más eficiente utilización de los mismos; razón por la cual, en su afán de lograr sus objetivos, es a través de proyectos, propuestos por los estados miembros, que llevan a cabo el análisis de la inversión que harán en cada rubro según cada propuesta.

Según la ONU, un proyecto “es un conjunto de actividades interrelacionadas y coordinadas con el fin de alcanzar objetivos específicos dentro de los límites de un presupuesto y periodo de tiempo dados” (ONU, 1984), agregando el término de inversión que es una asignación de recursos en el presente para obtener un beneficio en el futuro (Presupuesto de capital, pág. 2), entonces se obtiene que un proyecto de inversión es un conjunto irreplicable de elementos lógicamente relacionados, tecnológica y cronológicamente ordenados que se ejecutan en un período de tiempo y tiene como objetivo resolver un problema, cubrir una necesidad o aprovechar una oportunidad (Banco de Programas y Proyectos de Inversión Pública , 2013)

Los proyectos de Inversión se refieren principalmente a inversiones de largo plazo, se reflejan en activos fijos, como son: maquinaria, equipo, marcas, patentes, entre otros. Normalmente, los proyectos de inversión están encaminados a producir los que satisfacen las necesidades que aún se encuentran insatisfechas.

Un proyecto de inversión se inicia con la identificación de una necesidad insatisfecha, se estudia su viabilidad y su rentabilidad financiera, pero no solo de ello depende su aceptación o rechazo, sino que además, incluye la viabilidad de mercado, técnica y administrativa. (Morales Castro & Morales Castro, pág. 2), normalmente contiene varios estudios, entre los cuales se encuentran: estudio de mercado, estudio técnico, estudio administrativo y por supuesto, estudio financiero.

Siguiendo con lo que describe Morales Castro en su artículo de Finanzas, existen diversas definiciones de proyectos de inversión, sin embargo se puede considerar que estos conllevan la asignación de recursos que se encaminan a producir bienes y/o servicios para satisfacer una necesidad humana previamente identificada. La asignación de recursos se traduce en la adquisición de diversos activos, tangibles e intangibles, necesarios para la producción del bien y/o servicio.

Los proyectos de inversión se pueden clasificar en cuatro rubros:

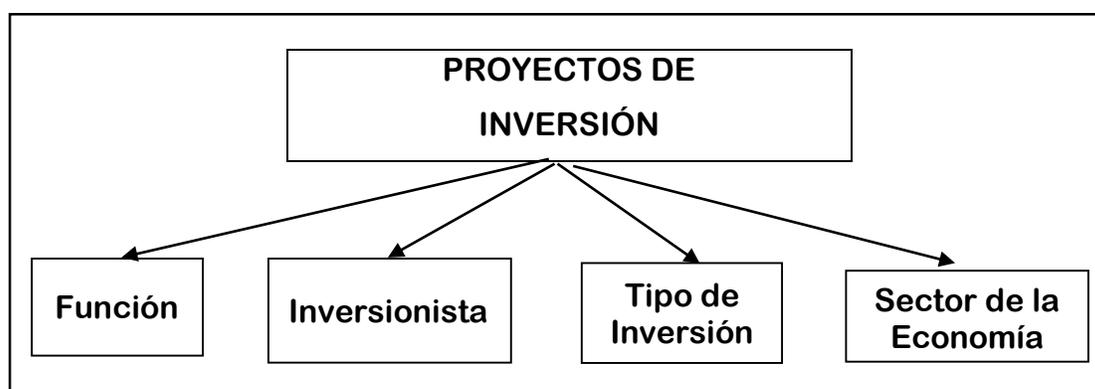


Figura 1 Clasificación de los Proyectos de Inversión (Morales Castro & Morales Castro, pág. 4)

- 1.- **Función.**- de renovación, de reemplazo de modernización, de innovaciones y de inversiones estratégicas.
- 2.- **Inversionista.**- inversión pública e inversión privada, es decir, según el origen de los recursos que usa el proyecto de inversión.
- 3.- **Tipo de Inversión.**- inversiones reales y financieras; cuando el objetivo del proyecto de inversión conlleva la adquisición de activos para la fabricación de algún producto, es un producto de inversión real, pero si es el caso que los recursos se canalizan a comprar activos financieros como las acciones, se considera un proyecto de inversión financiero.
- 4.- **Sector de la Economía.**- sector primario, sector secundario o terciario.

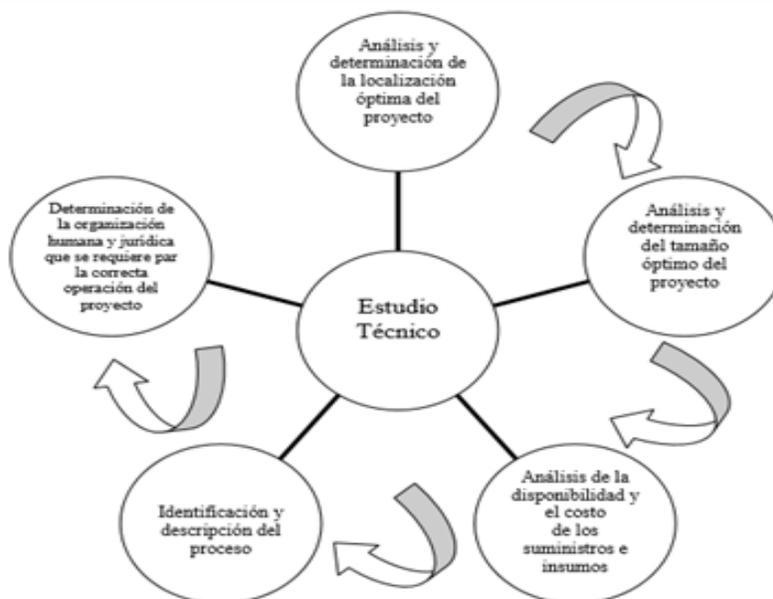
Así mismo, Castro menciona que el gobierno establece normalmente los reglamentos que deben cumplirse para su operación, según sea el caso, pero siempre sobresaliendo los aspectos de cuidado al medio ambiente.

Los activos que casi siempre se ocupan en un proyecto de inversión, son los fijos, es decir, maquinaria, equipo de transporte, terrenos, construcciones, etc., incluso los intangibles como es el caso de marcas, patentes, permisos, investigación y desarrollo de productos, e incluso los fondos necesarios para el capital de trabajo. En su escrito, Castro hace referencia a que el proceso de identificación de proyectos de inversión, ayuda a detectar la necesidad insatisfecha y propone el satisfactor de ésta; la evaluación del proyecto de inversión se realizará mediante el análisis y aplicación de ciertos indicadores que permitirán valorar si este es viable para su operación.

Los criterios que se utilizan para la selección de proyectos de inversión comprenden aspectos de mercados, técnicos, de estructura organizacional y financieros, a través de un estudio técnico que permitirá identificar y especificar las características que debe tener

Normalmente se estima que deben aplicarse los procedimientos y tecnología más moderna, solución que puede ser optima técnicamente, pero serlo financieramente. Uno de los resultados de este estudio será definir la función de producción que optimiza los recursos del proyecto.

Figura 2.- Partes que conforman un estudio técnico
(Baca Urbina , Evaluación de Proyectos, 1998)



Por otra parte, dentro de estos proyectos se encuentran también aquellos que se denominan como proyectos públicos, los cuales, son un instrumento de intervención del Estado en aquellas áreas que corresponden a su misión y naturaleza. De manera general, el Estado tiene funciones importantes que cumplir en áreas económicas y sociales, bien porque no sea atractiva la intervención para el empresario privado, o bien porque se trate de servicios sensibles de naturaleza indelegable (Buenas Tareas, 2010)

Los proyectos del sector público, generalmente no son pensados para constituir empresas generadoras de utilidad, ya que el objetivo es la maximización de los beneficios sociales. La elección de la tasa de interés en el sector público tiene el propósito de determinar cómo se deben asignar los fondos disponibles de la mejor manera entre los proyectos en competencia, a fin de lograr las metas sociales.

Se pueden distinguir los proyectos públicos por la característica de los productos que entreguen o de los beneficios que aporten; entre ellos se pueden encontrar: Proyectos de producción agropecuaria, de explotación minera o de transformación

industrial, de desarrollo vial, electrificación, riego, proyectos de salud, saneamiento básico, educación, recreación, capacitación, alfabetización, vacunación, campañas de educación ciudadana, proyectos de investigación (estudios básicos), entre otros. (Buenas Tareas, 2010)

De acuerdo con lo que señala el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Pública en su texto Formulación y evaluación de proyectos de inversión pública, la inversión en el sector público, al igual que cualquier otro tipo de inversión, se determina a través de proyectos de inversión que de manera genérica, comprenden las siguientes etapas:

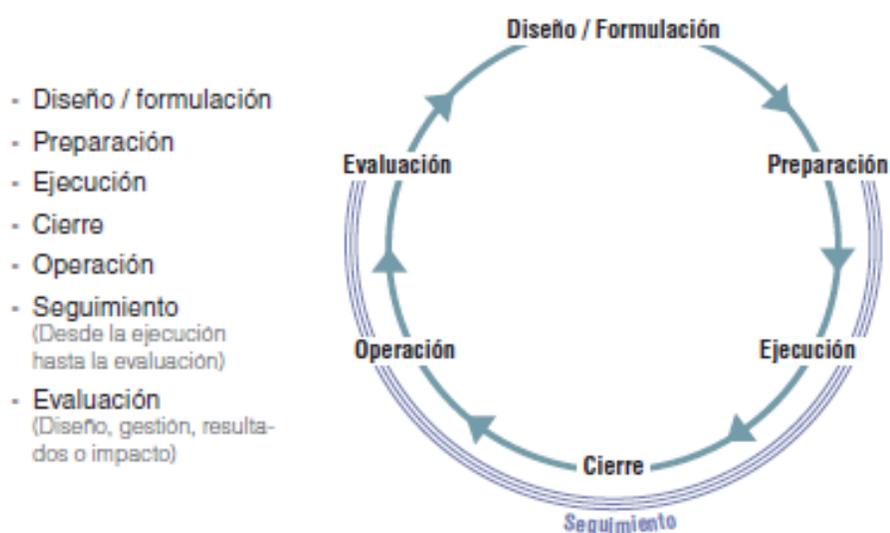


Figura 4. Ciclo de vida de un proyecto de inversión, En el caso que la ejecución esté claramente separada de la operación (Banco de Programas y Proyectos de Inversión Pública , 2013)

Diseño / formulación: es la etapa inicial del proyecto, donde se analizan las primeras ideas sobre problemáticas, causas, efectos, alternativas de solución, actores involucrados, si es benéfico, factible y pertinente al contexto.

Preparación: La valoración o evaluación de alternativas es parte fundamental de la preparación del proyecto.

Ejecución: Consiste en instrumentar las acciones que materializarán el proyecto preparado

Cierre: En la fase de cierre se revisan los resultados alcanzados y se entrega el proyecto a quien lo operará.

Operación: En esta fase inicia la producción del bien o servicio para el cumplimiento del objetivo del proyecto, que contribuye a la solución del problema. Aquí comienza la generación de los beneficios de la inversión.

Seguimiento y evaluación ex post: El seguimiento se realiza a lo largo de la ejecución del proyecto y hasta su evaluación, de acuerdo al esquema diseñado en la etapa de preparación. La recopilación de información estructurada durante la fase de seguimiento, permitirá evaluar el proyecto y tomar decisiones sobre su operación, sobre proyectos similares, sobre el desempeño del equipo administrador, entre muchas otras.

Capítulo 3 Inversión en el Sector Salud

A partir de la primera década del siglo XXI la mayoría de los gobiernos Latinoamericanos han replanteado sus políticas públicas hacia una mayor supervisión e intervención en la economía a través de sus instrumentos de gasto e ingresos públicos. (Ibarra Mares, 2009, págs. 9-10)

Sin duda alguna que la actividad más importante a la que van dirigidas las políticas de las finanzas públicas son la satisfacción de los servicios públicos, fenómeno que se origina en la organización social en que vive el hombre .Aunque es común que se quiebre este principio, las finanzas públicas no se deben enfocar a satisfacer necesidades individuales sino su enfoque debe ser hacia necesidades colectivas (Banco de Programas y Proyectos de Inversión Pública , 2013)

Las políticas de desarrollo, no sólo deberán abarcar objetivos económico-fiscales, también objetivos sociales, que incluyan la mejora de la calidad de vida de la población, como es la educación, la sanidad, el medio ambiente, la igualdad de oportunidades y la defensa de los derechos de los individuos

En el sector gubernamental la inversión es, por lo común, sinónimo de obra pública, servicios y equipamiento

Así, para que una decisión de financiamiento sea óptima, debe considerar los recursos necesarios (costos), el beneficio futuro y la probabilidad de que los resultados difieran de lo esperado (riesgo). (Banco de Programas y Proyectos de Inversión Pública , 2013)



Figura 3.-
Atributos de un Proyecto de Inversión Pública
(Baca Urbina, Evaluación de Proyectos, Análisis y Administración del Riesgo, 2001)

Un sistema de inversión pública tiene como objetivo generar la mayor cantidad de beneficios para la sociedad al menor costo posible a través de la implementación de proyectos y programas que concreten la planeación del desarrollo. Todo sistema de inversiones busca que los recursos públicos tengan un impacto sustantivo en el bienestar de la población (Banco de Programas y Proyectos de Inversión Pública , 2013).

Por otra parte el Sector Salud se entiende como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud de individuos o grupos de población (Centro de Conocimiento en Salud Pública y Desastres)

El financiamiento de los sistemas de salud proviene de tres fuentes principalmente (Giedion , Villar, & Ávila , 2010, pág. 22) :

- ✓ Impuestos generales (directos e indirectos)
- ✓ Aportes a la nómina por parte de los empleados, empleadores y (a veces) el Estado
- ✓ Gastos privados

3.1 El Sector Salud en México y Centroamérica y los Organismos Financieros Internacionales que invierten en este rubro

Los Organismos Financieros Internacionales son parte lineal para esta investigación, teniendo claro que a partir de la inversión que ellos realizan a través de sus organismos especializados en el sector salud, es como se llevara a cabo el comparativo entre México y Centroamérica

De acuerdo con un estudio que elaboró Fundación MAPFRE a través de su Instituto de Ciencias del Seguro, los sistemas de salud de la región pueden establecerse en grupos, según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los sistemas públicos de salud o de los sistemas de seguridad social

En los sistemas integrados existían tradicionalmente sistemas nacionales de salud ofrecían un a atención que cobijaba a todos los niveles de atención y a casi toda la población dentro de un único sistema público.

En los sistemas segmentados, tipo predominante del sistema de salud de la región, los grupos más pobres por lo general no tienen una cobertura explícita de aseguramiento y dependen de la red de prestadores de servicios de salud financiados con impuestos generales. Los trabajadores del sector formal constituyen la población cautiva de una o varias entidades de seguridad social, segmentados por tipo de empleo, privado, del sector formal público, maestros, fuerzas militares, de los empleadores y en ocasiones por el Tesoro nacional. etc., que son financiados con aportes de los trabajadores, (Giedion , Villar, & Ávila , 2010, págs. 19-20)

Por ese motivo, en el caso de la salud se ha iniciado en la última década la ejecución de nuevos programas de atención a la población, en diversos países, sin

embargo, aún hay países en donde no se identifican acciones concretas para ampliar la cobertura del sistema.

México

En México la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4o establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución.

Siendo que, conforme al artículo 5o de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local así como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones es importante señalar el marco jurídico que vincula a las diferentes instituciones del sector salud

El Sistema Nacional de Salud Pública está conformado por dos vertientes que atienden a poblaciones con características muy particulares: en el Sistema de Seguridad Social en Salud, se presta este servicio a la población que labora en la economía formal (sector público, privado y social), actualmente se denomina “población derechohabiente”, se conforman con instituciones que se han construido a partir de esquemas contributivos, porque se financian con cuotas aportadas por los trabajadores, los patronos y el Estado. (Reyes Tépac M. , M. en E. , 2015, pág. 4)

Por su parte, el Sistema de Protección Social en Salud comprende un conjunto de instituciones y programas con rasgos asistencialistas, orientados hacia la población desempleada, que labora en la economía informal, que se encuentra en estado de pobreza, vulnerabilidad o marginación, carentes de ingresos o con

ingresos tan bajos que están impedidos para contribuir en el sistema de seguridad social, conforman la denominada “población no derechohabiente” o “población abierta”; las instituciones y los programas asistencialistas se financian con recursos públicos obtenidos de la recaudación de los ingresos presupuestarios del Gobierno Central, son instrumentos redistributivos por excelencia, porque buscan impedir que las familias de más bajo recursos caigan en gastos catastróficos. (Reyes Tépac M. , M. en E. , 2015, pág. 4)

El Sistema Nacional de Salud ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante en la esperanza de vida. Sin embargo, persisten retos que superar y deudas que saldar, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad. La salud de las personas debe ser un elemento que atenúe las brechas sociales no que las exacerbe. La salud pública y la atención médica deben constituirse en los elementos fundamentales para garantizar la protección a la salud tal como lo establece el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (DOF, 2013)

Actualmente, el Estado mexicano en su función de corregir las fallas de mercado, ha realizado inversiones para constituir y fortalecer las dependencias y los programas que conforman el Sistema Nacional de Salud Pública.

De acuerdo con el informe de la CEPAL, (Valencia Lomelí , 2012), las características de las instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud se encuentran definidos en la Ley General de Salud, destacan por su importancia los siguientes aspectos:



El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene dos regímenes; el obligatorio, dirigido para las personas quienes en forma permanente o eventual ofrecen un servicio remunerado, personal y subordinado, a trabajadores de cooperativas; pueden también incorporarse trabajadores domésticos, trabajadores de empresas

familiares y ejidatarios o comuneros, entre otros; en la mayoría de los casos, se trata de quienes trabajan en empresas privadas. En el régimen voluntario pueden incorporarse los sujetos que celebren un convenio con el IMSS y que paguen las cuotas definidas. El Instituto otorga a todos los derechohabientes (asegurados y familiares) asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.



El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales (ISSSTE) cubre a los trabajadores del sector público (empleados en los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Federación), en los gobiernos y poderes judiciales y legislativos de las entidades Federativas, en los municipios, en la Procuraduría General de la República y en los órganos autónomos. Incluye seguros de salud (atención médica preventiva, médica curativa y de maternidad, rehabilitación física y mental). En caso de enfermedad, los trabajadores o pensionados tienen derecho a recibir atención médica de diagnóstico, de tratamiento, odontológica, consulta externa, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de cincuenta y dos semanas para la misma enfermedad; en caso de que la enfermedad no impida el trabajo, el tratamiento de una misma enfermedad se continuará hasta su curación; los familiares y dependientes también tendrán derecho a los servicios de este seguro de salud.



El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM), cubre el servicio médico integral para los militares en activo y sus familiares en línea directa, y los militares retirados y sus familiares en línea directa. El servicio médico integral incluye además de la atención médico-quirúrgica, la asistencia hospitalaria y farmacéutica necesaria y, en su caso obstetricia, prótesis y ortopedia y rehabilitación de los incapacitados, así como la medicina preventiva.



El Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (STPRM), incluye servicio médico integral los trabajadores sindicalizados como los jubilados, además de los derechohabientes de ambos. Incluye medidas preventivas y riesgos de trabajo, además de medicina general, medicina especializada y cirugías generales y especializadas.

Centroamérica

Centroamérica es una región que se ha caracterizado por estar inmersa en una serie de reformas en salud, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los tres objetivos primordiales de un sistema de salud: mejorar el estado de salud de las personas, dar respuesta a las necesidades de los individuos con servicios de calidad y brindarles protección financiera ante la probable presencia de enfermedades.

Las políticas públicas en salud de Centroamérica incorporan la participación social como elemento fundamental para la optimización de los servicios de salud y la consecución de la equidad social. No obstante, en éstas, subyacen mecanismos que las debilitan, distorsionan, producen bajos niveles de participación, obstaculizan su promoción y profundizan el nivel central. (Barros Rubio & Rivera Ugarte, 2014, pág. 242)

Los procesos de Reforma a los Sistemas de Salud se comenzaron a implementar en Centroamérica a partir de la década de los 80' y 90'. Estos estaban orientados a buscar la flexibilidad y adecuación de la oferta a las necesidades de la población, mediante la descentralización y la participación de los ciudadanos (Vásquez, 2002), la participación en salud se focaliza en la atención primaria, tomando en cuenta la ventaja comparativa que tiene al estar inserta en una comunidad definida territorialmente y espacialmente, siendo una estrategia efectiva considerando que es la comunidad la que mejor puede responder y

adecuar la oferta sanitaria a sus efectivas necesidades, utilizando de manera eficiente los recursos asociados (Barros Rubio & Rivera Ugarte, 2014, pág. 250)

Como señalan Ximena Barros & Victoria Rivera en su artículo “Normatividad y visión societal en políticas públicas participativas de salud en Centroamérica”, en Centroamérica, las políticas son diseñadas, implementadas y evaluadas desde una lógica jerárquica en la cima, los tomadores de decisiones del nivel central (ministerios y organismos internacionales); en el medio, los implementadores, como departamentos e instancias de alcance territorial; abajo, los usuarios de las políticas.

A lo largo del tiempo, derivado de la creciente capacidad de acceso y del creciente interés de la población, aunado a legislaciones aplicables e iniciativas de salud pública que cuentan con mecanismos de financiación, se han implementado variados sistemas de protección a la salud de los ciudadanos.

Sofía Menchú, en su artículo ¿Cuál es el panorama del sistema de salud en Centroamérica? (2016), menciona, que “El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá tienen, según estudios consultados y analistas conocedores del tema, las siguientes coincidencias: su sistema de atención está fragmentado con hospitales públicos, seguro social y clínicas privadas. Mientras que Costa Rica es el único país que se distingue con el mejor y más eficiente servicio médico porque en la década de los años 90 decidió centralizar el sistema en la Caja Costarricense de Seguro Social.”



Organismos Financieros Internacionales

Resumiendo lo que se mencionó anteriormente, el FMI promueve la cooperación internacional en la esfera monetaria y presta tanto asesoramiento sobre política económica como asistencia técnica para ayudar a los países a que construyan y mantengan una economía sólida. También otorga préstamos y colabora con los países en la formulación de programas destinados a resolver problemas de balanza de pagos cuando no es posible obtener financiamiento suficiente en condiciones accesibles para hacer frente a los pagos netos internacionales. Los préstamos del FMI son de corto plazo y mediano plazo y se financian con las cuotas que aportan sus países miembros. En el personal de la institución predominan los economistas con gran experiencia en política macroeconómica y financiera. (FMI, El FMI y el Banco Mundial (Ficha Técnica), 2016)



El impacto de los programas respaldados por el FMI sobre el gasto en salud pública genera una considerable atención. Los estudios realizados anteriormente, centrados en períodos previos a la crisis financiera mundial, indican que los programas respaldados por el FMI tienen un efecto positivo sobre el gasto público en salud, (Clements, Gupta, & Nozaki, 2014), concluyendo que persisten las tendencias generales ya que el gasto aumenta con más dinamismo en los países que aplican programas respaldados por el FMI que en los que carecen de dichos programas.

Siguiendo con lo que señalan los exponentes del Fondo Monetario Internacional (Clements, Gupta, & Nozaki, 2014), una razón es el énfasis de estos programas en las reformas tributarias que aumentan los ingresos, lo cual puede ayudar a los países a incrementar el gasto social de manera sostenible desde el punto de vista fiscal. Además, en la medida que los programas den lugar a un mayor crecimiento

económico, los programas respaldados por el FMI pueden ayudar a generar el espacio fiscal (incluso mediante un crecimiento más sólido de la recaudación) para financiar estos desembolsos; el establecimiento de niveles mínimos de gasto social en los programas respaldados por el FMI también ha alentado a los países a aumentar el gasto en salud.

La siguiente declaración fue hecha por el Director del Hemisferio Occidental del FMI, Alejandro Werner; el Presidente del Consejo Monetario Centroamericano, Ovidio Reyes Ramírez; el Expresidente del Consejo Centroamericano de Ministros de Finanzas, Wilfredo Cerrato Rodríguez; el Vicepresidente del Consejo Centroamericano de Superintendentes de Bancos, de Seguros y de Otras Instituciones Financieras, José Alejandro Arévalo (FMI, 2016)

“La región ha progresado en reducir vulnerabilidades macroeconómicas y los países han estado creciendo cerca de su potencial. En este contexto...destacaron que mayor progreso podría requerir marcos de responsabilidad fiscal más fuertes para reducir la carga de la deuda pública y crear espacio para prioridades sociales y de inversión...sistemas financieros más sólidos a través de la reducción de la dolarización. La inclusión financiera puede ser una poderosa herramienta para fortalecer el crecimiento y reducir la disparidad social. La región ha ampliado el acceso de servicios financieros básicos a clientes de bajos ingresos y las estrategias nacionales en curso contribuirán aún más en esta dirección...Los países deben aprovechar las valiosas lecciones que brinda la experiencia internacional...El desarrollo de infraestructura puede facilitar la integración económica regional y ayudar a incorporar a los productores de bajo ingreso a la economía”

Gráfico 2.1. Perspectivas de crecimiento

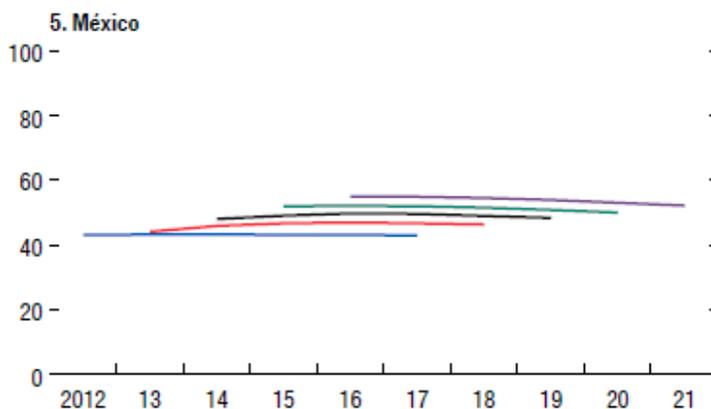
1. Crecimiento proyectado, 2016*



Fuente: FMI, base de datos del informe WEO, y cálculos del personal técnico del FMI. El promedio histórico se refiere al crecimiento promedio de 2000–2013.

Según el reporte de Perspectivas económicas, elaborado por el FMI:

En México, dados los menores ingresos por materias primas y los niveles de deuda por encima del promedio de las economías de mercados emergentes, resulta adecuado redoblar los esfuerzos para ampliar el espacio fiscal. En particular, es crucial revertir la tendencia pasada de cambios reiterados en la trayectoria de deuda, más allá de lo realizado cada año para evitar el desgaste de la credibilidad de las políticas y el aumento de los costos de financiamiento, lo que podría dificultar la aplicación de futuros ajustes (gráfico 2.18). (FMI, 2016)



Fuente: FMI, base de datos del informe WEO.

Gráfico 2.18. Deuda del gobierno general en ediciones anteriores del informe WEO
(Porcentaje del PIB del año fiscal)

— Otoño de 2012 — Otoño de 2013 — Otoño de 2014 — Otoño de 2015 — Primavera de 2016

En *América Central*, aunque las perspectivas favorables han impulsado ajustes tanto fiscales como de cuenta corriente, es necesario redoblar los esfuerzos para institucionalizar la disciplina fiscal e impulsar las defensas fiscales y el crecimiento potencial. Las prioridades incluyen las siguientes:

Desarrollar defensas fiscales más sólidas, dado que el entorno externo aún es favorable. En los últimos tres años, los países de América Central han experimentado términos de intercambio más favorables a los previstos (gráfico 2.24), lo que se ha traducido en ingresos nacionales más elevados. Sin embargo, no todos los países aprovecharon esta oportunidad para fortalecer la orientación fiscal y reducir la deuda pública. Costa Rica, Nicaragua y Panamá aplicaron políticas pro cíclicas incrementando sus déficits fiscales, a diferencia de Honduras. Este es el momento para que los países de América Central recompongan sus defensas fiscales, en particular mediante la reducción de las exoneraciones y exenciones tributarias y la mejora de la focalización de los subsidios fiscales. Debe hacerse mayor énfasis en la adopción de marcos fiscales plurianuales y en la optimización de la transparencia fiscal, por ejemplo a través de la promulgación de leyes de responsabilidad fiscal, como las iniciativas que actualmente se debaten en Costa Rica, El Salvador y Honduras.

Intensificar la cooperación regional para fortalecer la supervisión financiera. Dada la estructura supranacional y las actividades internacionales de los conglomerados financieros que operan en la región, es preciso llevar a cabo iniciativas orientadas a fortalecer la cooperación regional en materia de supervisión prudencial y lucha contra el lavado de dinero.

Aumento del crecimiento potencial. Las economías de América Central han experimentado una reducción del crecimiento potencial, esto podría ser el resultado de las restricciones estructurales que afectan al crecimiento del capital y el empleo, y del bajo crecimiento de la productividad total de los factores, quizás ocasionado por los escasos esfuerzos para fomentar el avance tecnológico y el

desarrollo insuficiente de un entorno institucional, regulatorio y legal más estable. Un menor crecimiento potencial también dificultará la reconstrucción de los márgenes de maniobra fiscal. Las reformas estructurales deben estar orientadas a mejorar el entorno empresarial, los mercados de trabajo y de productos y la calidad de la educación, y a fortalecer la capacidad de innovación.

Gráfico 2.23. CAPRD: Indicadores fiscales

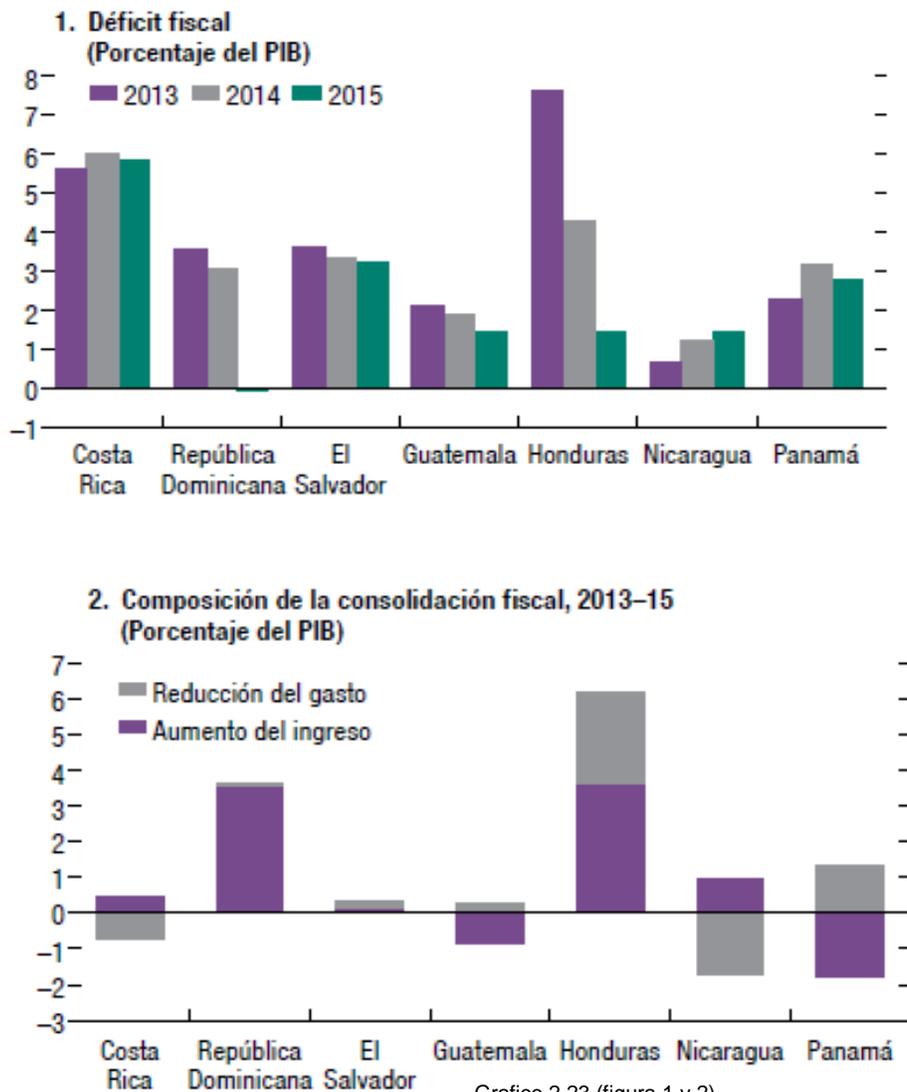
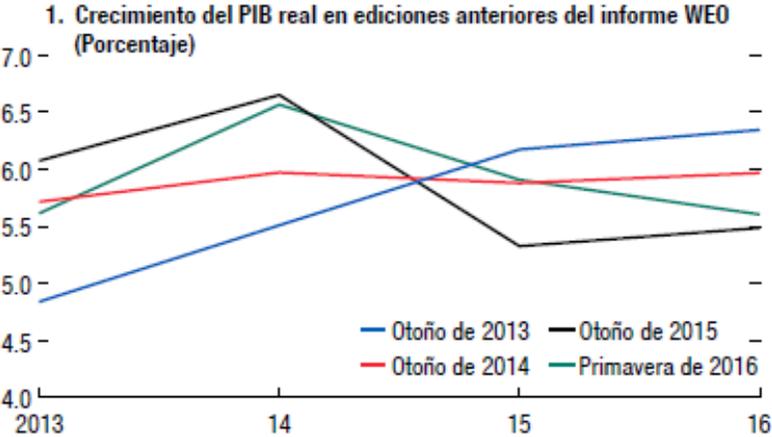


Gráfico 2.23 (figura 1 y 2)

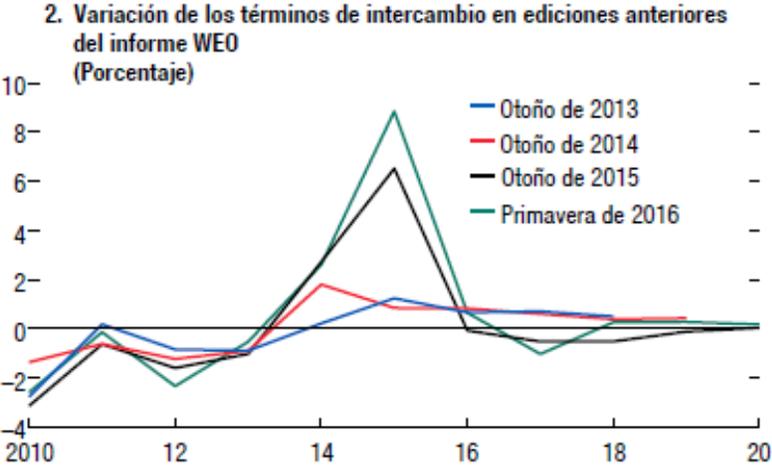
Fuentes: FMI, base de datos del informe WEO, y cálculos del personal técnico del FMI. Nota: El balance fiscal global de la República Dominicana en 2015 incluye el elemento de donación de la operación de recompra de deuda frente a Petróleos de Venezuela, S.A. equivalente al 3,1 por ciento del PIB. CAPRD = América Central, Panamá y la República Dominicana.

La gestión de la inversión pública es una tarea complicada. Un creciente número de investigaciones destaca cómo los mecanismos jurídicos, institucionales y de procedimiento de gestión de la inversión pública, incluida la gestión del riesgo, inciden en el nivel, la composición y el impacto de la inversión pública en la economía

Gráfico 2.24. CAPRD: Crecimiento y términos de intercambio en ediciones anteriores del informe WEO



Fuente: FMI, base de datos del informe WEO.



Fuente: FMI, base de datos del informe WEO.

El FMI se formula un marco para evaluar en términos amplios la gestión de la inversión pública en un país:

Gráfico 5.12. Gestión de la inversión pública en América Latina y el Caribe

	Garantía de niveles sostenibles de inversión pública				Garantía de asignación de la inversión a sectores y proyectos adecuados					Generación de activos públicos productivos y duraderos					
	Principios o reglas fiscales	Planificación nacional y sectorial	Coordinación central-local	APP	Regulación de empresas de infraestructura	Presupuestación plurianual	Exhaustividad presupuestaria	Integridad presupuestaria	Evaluación de proyectos	Selección de proyectos	Protección de la inversión	Disponibilidad de financiamiento	Transparencia en la ejecución del presupuesto	Gestión de proyecto	Supervisión de activos públicos
Argentina															
Bahamas															
Belice															
Bolivia															
Brasil															
Chile															
Colombia															
Costa Rica															
Ecuador															
Granada															
Guatemala															
Honduras															
Jamaica															
México															
Panamá															
Paraguay															
Perú															
Rep. Dom.															
Santa Lucía															

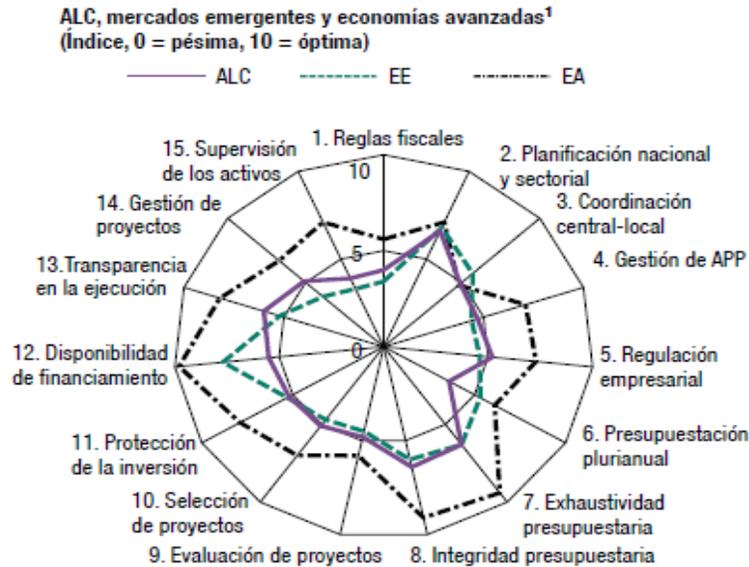
Calificación:

	= Inexistente o en menor medida
	= En cierta medida
	= En mayor medida

Fuentes: Cálculos del personal técnico del FMI basados en una encuesta sobre gestión de la inversión pública elaborada por el Departamento de Finanzas Públicas del FMI, a la que responden economistas encargados de los países, economistas del Departamento de Finanzas Públicas y autoridades de algunos países.
 Nota: APP = asociaciones público-privadas.

Los proyectos deben coordinarse adecuadamente entre los ministerios ejecutores del gasto, las entidades cuasifiscales y los donantes para mejorar la eficiencia y evitar las duplicaciones de esfuerzos y el financiamiento de proyectos de baja prioridad.

Gráfico 5.13. Gestión de la inversión pública



Fuente: Cálculos del personal técnico del FMI.

Nota: ALC = América Latina y el Caribe; EA = economías avanzadas; EE = economías emergentes; APP = asociación público-privada.

¹ Incluye 25 economías avanzadas, 12 economías de mercados emergentes y ciertos países de ALC (Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, Guatemala, Honduras, Jamaica, Las Bahamas, México, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana y Santa Lucía).

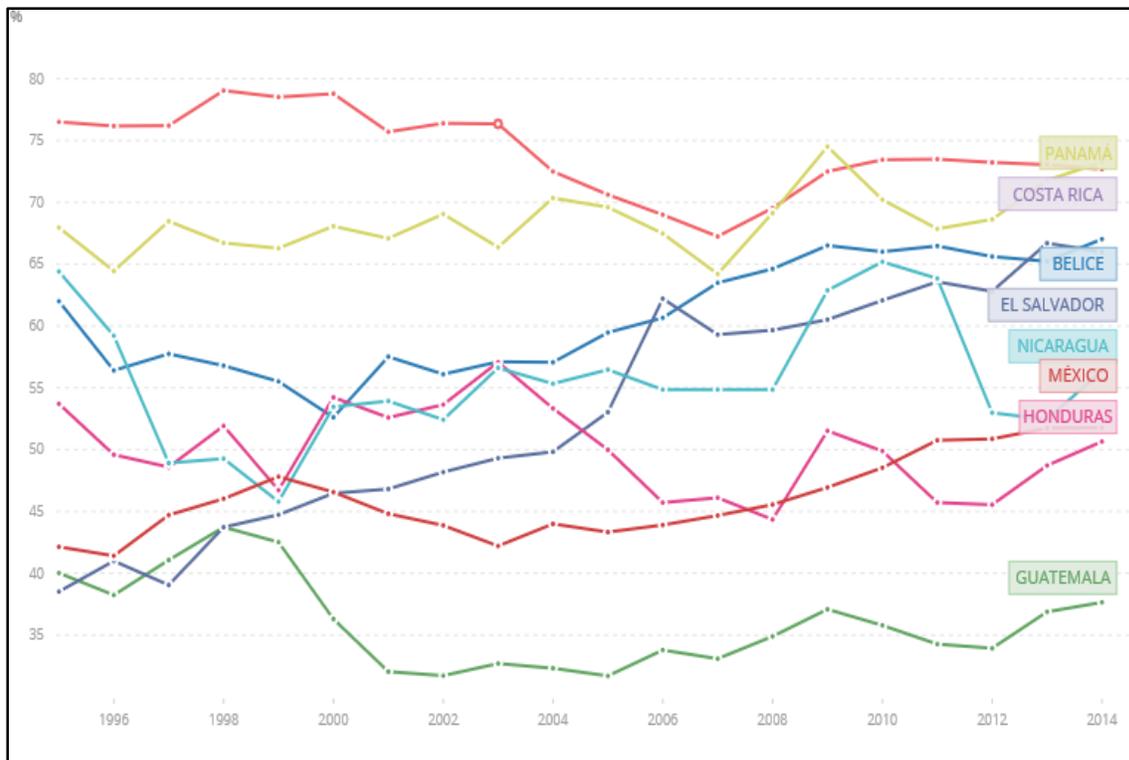
Recapitulando, el cometido del Banco Mundial es fomentar el desarrollo económico a largo plazo y la reducción de la pobreza proporcionando apoyo técnico y financiero para que los países puedan reformar determinados sectores o poner en práctica proyectos específicos: por ejemplo, de construcción de escuelas y centros de salud, de abastecimiento de agua y electricidad, de lucha contra enfermedades y de protección del medio ambiente. En general, la asistencia se presta durante un período prolongado y se financia tanto con los aportes de los países miembros como mediante la emisión de bonos. Con frecuencia, los funcionarios del Banco Mundial son profesionales especializados en determinados temas, sectores o técnicas.

La cobertura sanitaria universal significa que todas las personas pueden obtener los servicios médicos de calidad que necesitan sin tener que pasar por dificultades

económicas. Además, permite a los países aprovechar al máximo el capital humano, su principal activo. (Panorama General (BM), 2017)

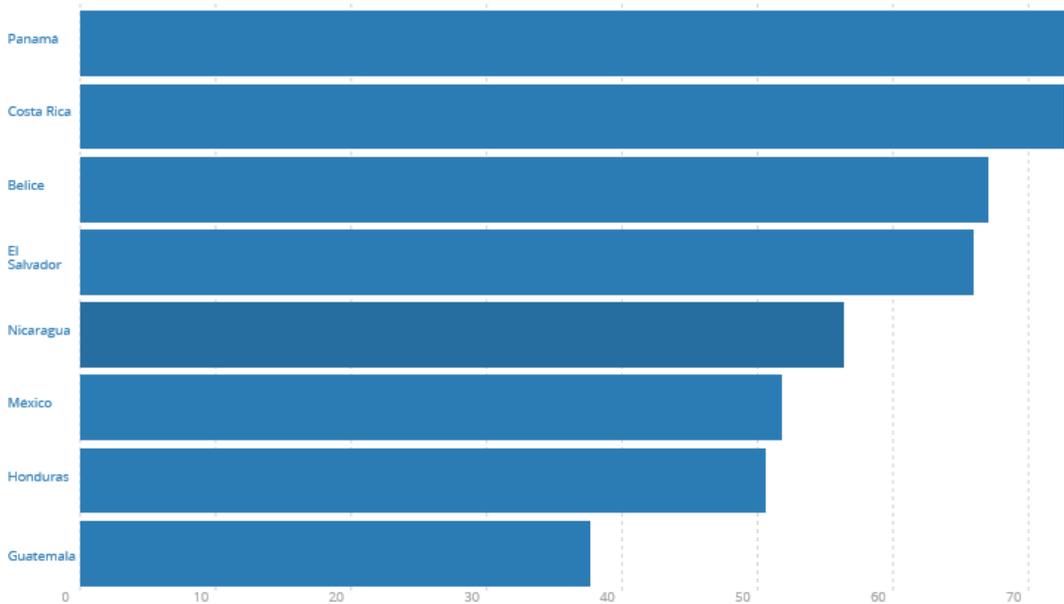
Lograr la seguridad sanitaria universal, es decir proteger a todas las personas de las amenazas a su salud, es un objetivo fundamental como parte de la cobertura sanitaria universal, la cual a su vez, tiene como significado “proteger a todo el mundo, no solo por un tema de justicia sino porque en el caso de las enfermedades infecciosas, la seguridad sanitaria solo se puede lograr si todos están protegidos” (Panorama General (BM), 2017); dependiendo y complementando a la vez, los esfuerzos necesarios para fortalecer los sistemas médicos, adaptándose a los cambios de la actualidad siendo esto parte de un plan integrado.

En las siguientes gráficas del Banco Mundial, se puede visualizar la manera en que la inversión en el sector salud en cada país de Centroamérica y México ha ido moviéndose.



GASTO EN SALUD, SECTOR PÚBLICO (% DEL GASTO TOTAL EN SALUD). DATOS DEL BANCO MUNDIAL

El gasto público en salud comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos (central y local), el endeudamiento eterno y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud sociales u obligatorios. (BM, Gasto en salud)



GASTO EN SALUD, SECTOR PÚBLICO (% DEL GASTO TOTAL EN SALUD). DATOS DEL BANCO MUNDIAL

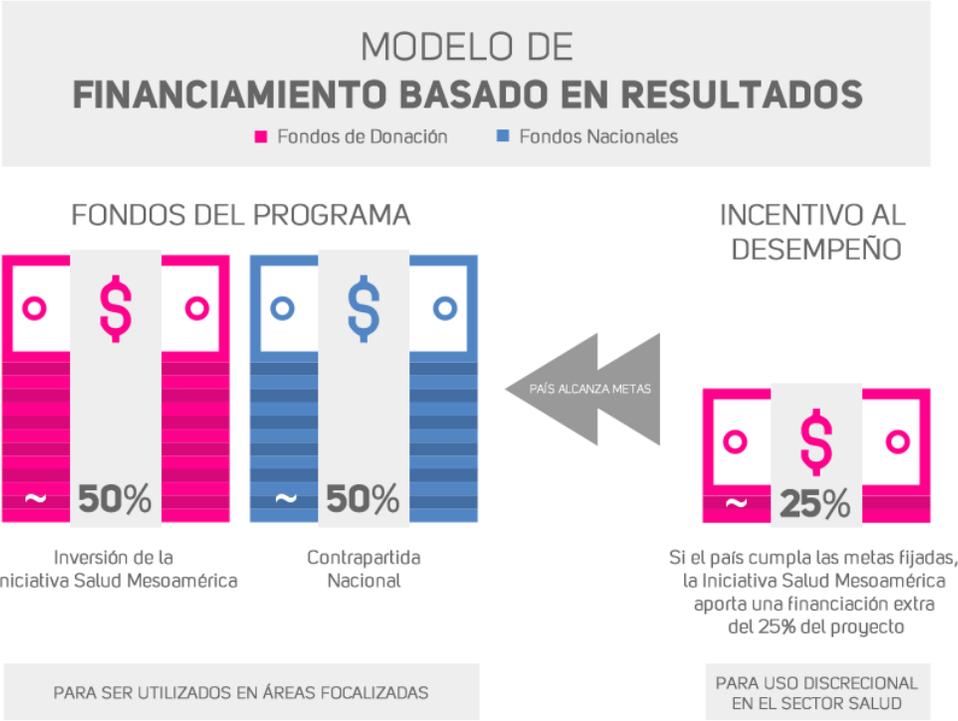
Por otra parte, el Banco Interamericano de Desarrollo, señala que como en el caso de la educación, la salud constituye la infraestructura social requerida para el desarrollo, existe una relación viable entre el mejoramiento de la salud y la productividad económica, ya que ambos concurren a la formación y conservación del capital humano. (...). La falta de salud afecta directamente la fuerza de trabajo y tiene profundas repercusiones en la economía, ocasionando la pérdida de trabajadores como unidades económicas, bien por muerte prematura o reducción del tiempo y la capacidad de trabajo. La salud, agrega Wolf, es necesaria para mantener y mejorar la productividad de la fuerza de trabajo y para permitir que los niños utilicen eficazmente las inversiones en educación, necesarias para el desempeño de sus funciones futuras, (...). Es evidente y lógico, que la salud constituye un elemento esencial del desarrollo económico a largo plazo. (BID, 2015)

Dentro de los proyectos de este organismo destaca la llamada Iniciativa Salud Mesoamérica, mejor nombrado como “Proyecto Mesoamérica”, que se anunció el 14 de junio del 2010 representando la consolidación de un aporte financiero de US\$142 millones por parte de la Fundación Bill & Melinda Gates; el Instituto Carlos Slim de la Salud y el Gobierno de España, conformando una asociación público-privada que se suma a los trabajos que los representa la consolidación de un aporte financiero de US\$142 millones por parte de la Fundación Bill & Melinda Gates; el Instituto Carlos Slim de la Salud y el Gobierno de España, conformando una asociación público-privada que se suma a los trabajos que los países mesoamericanos, teniendo como objetivo plantear metas que respaldan los esfuerzos de los gobiernos de la región para cerrar la brecha en materia de cobertura y calidad de salud, a través de inversiones de probada eficacia para el 20% más pobre de la población mesoamericana, principalmente mujeres y niños menores de cinco años (BID, 2015)



Esta iniciativa trabaja con los Gobiernos de Belice, México (Chiapas), Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, y Panamá para crear sistemas de información capaces de recoger, estructurar y presentar de manera útil y comprensible este torrente diario de datos. Los datos, bien organizados, ayudan a

tomar buenas decisiones de gestión y de políticas de salud, así como a tener respuesta a los retos sanitarios diarios que se plantean.



Fuente Portal Oficial del Proyecto Mesoamérica (BID, 2015)

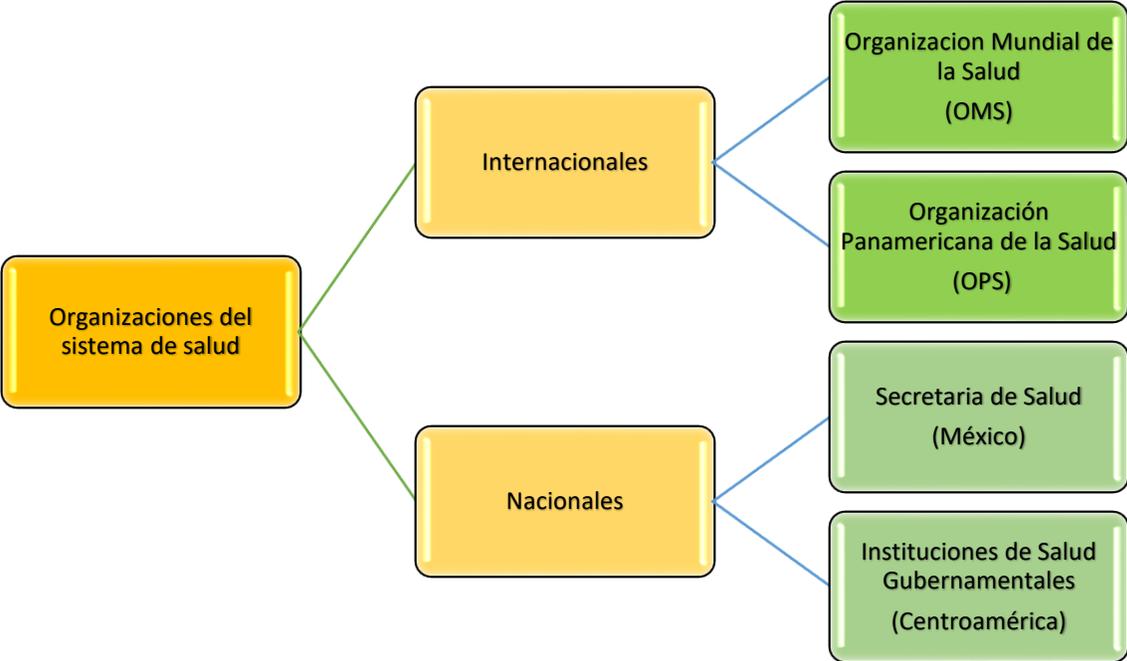
Durante los últimos años, los países de la subregión han hecho progresos hacia la universalización de los sistemas de salud, mediante reformas y cambios en las políticas, que resaltan el derecho a la salud. Aun así, persisten varios desafíos, en particular cómo avanzar hacia una cobertura universal a los servicios, de qué manera reducir o eliminar copagos y otros gastos de bolsillo, así como garantizar que las prestaciones sean similares para toda la población en cuanto a acceso, calidad y protección financiera (CEPAL, Una mirada a los países del Proyecto Mesoamérica, 2015, pág. 79)

3.2 Organismos especializados en Salud y el papel de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en México y Centroamérica

La evolución de la economía internacional y de los países impulsó la transformación de los organismos internacionales y la aparición de nuevos organismos con funciones específicas, en general de carácter regional o subregional, para atender de forma más directa las necesidades de desarrollo de zonas geográficas determinadas.

El creciente número de organizaciones multilaterales de financiación del desarrollo reflejan la complejidad y el amplio ámbito de los segmentos de la economía y de la sociedad que hay que mejorar en el mundo subdesarrollado. (Calvo Homero , 1997, pág. 2)

De aquí, lo siguiente:



3.2.1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)



La finalidad original de la Organización Mundial de la Salud (OMS) era, entre otras cosas, lograr que los gobiernos colaboraran en las cuestiones atinentes a la salud con la mira puesta en el largo plazo. Para ese fin, la OMS recibió más autoridad y recursos que la organización que la precedió bajo la Sociedad de Naciones. Prácticamente todos los gobiernos del mundo son miembros de la Asamblea Mundial de la Salud, que rige la OMS y en la cual cada país tiene un voto. Sin embargo, la OMS ya no es la única institución mundial dedicada a la salud, y en algunos campos. (OMS, OMS, s.f.)

La Organización Mundial de la Salud está a la cabeza de la alianza mundial en pro de la Salud para todos, una visión compartida por los 191 países miembros de la Organización, como lo señala la misma Organización en su página oficial, su objetivo más ambicioso OMS es lograr que todos los pueblos alcancen el nivel de salud más elevado posible. Este constante interés se pone de relieve en la Carta Magna promulgada por esta organización, cuyos puntos sobresalientes son:

- ▶ El ser humano tiene derecho a gozar del más alto grado de salud.
- ▶ La salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la Paz y la Seguridad y depende de la cooperación de los individuos y de las naciones.
- ▶ La desigualdad en la promoción de la salud en los diferentes países y en el control de las enfermedades, especialmente las transmisibles, constituye un estado de riesgo general.
- ▶ La opinión informada y la cooperación activa del público son de vital importancia para el progreso de la salud en las naciones.
- ▶ Los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus pueblos.

Para cumplir sus objetivos, la OMS —autoridad coordinadora y directiva en materia de trabajo sanitario mundial— promueve la cooperación técnica y asiste a los gobiernos en el fortalecimiento de los servicios de salud cuando éstos lo requieren (por ejemplo, en situaciones de emergencia o catástrofe).

Asimismo, estimula las tareas referidas a la prevención y el control de las enfermedades epidémicas y endémicas, promueve las mejoras en nutrición, vivienda, sanidad, recreación, condiciones económicas y laborales y otros aspectos de la higiene ambiental, coordina la investigación de los servicios de salud, etcétera.

La OMS ha publicado también informes sobre diversos temas sanitarios fundamentales y aportado nuevas orientaciones que ayudarán a los países a mejorar la salud de sus ciudadanos. (OMS, OMS, s.f.), esto, a través del Observatorio mundial de la salud (GHO) que es la puerta de acceso de la OMS a las estadísticas mundiales relacionadas con la salud. El objetivo de este portal consiste en proporcionar un acceso fácil a:

- datos y estadísticas de los países centrados en estimaciones comparables;
- los análisis de la OMS para monitorizar la situación y las tendencias mundiales, regionales y nacionales.

Las emergencias humanitarias en muchos países han acaparado las noticias sobre temas sanitarios. Sin embargo, también ha habido grandes éxitos en materia de salud pública y se ha logrado un mejor conocimiento de varias amenazas para la salud pública (OMS, OMS, s.f.)

Las funciones fundamentales de la gobernanza sanitaria, que en general se encuentran dentro de la esfera de la OMS y su órgano rector, incluyen reunir a los protagonistas en este ámbito, definir valores comunes, establecer normas y marcos regulatorios, fijar prioridades, movilizar y alinear recursos, y promover la investigación. La gobernanza mundial requiere que los gobiernos cedan aspectos

de su soberanía y le deleguen ciertas prerrogativas y autoridad a un organismo internacional como la OMS. Las reglas como el Reglamento Sanitario Internacional, que dirige la respuesta de los países a los riesgos para la salud internacional, son un claro ejemplo de esa delegación de autoridad. Pero en los últimos años aparecieron nuevas organizaciones en la escena internacional. Problemas concretos —por ejemplo, el VIH/ SIDA o la mortalidad maternal— han atraído más fondos al sistema mundial de la salud. Pero esos fondos adicionales a menudo se canalizan a través de instituciones nuevas. Algunos trabajan dentro de la OMS; otros, fuera; otros, dentro y fuera. A diferencia del mandato amplio e integrado de la OMS, la mayoría de estas organizaciones nuevas tienen un foco vertical y se concentran en objetivos específicos, como una enfermedad o condición determinada.

Proteger la salud de los ciudadanos del mundo entero exige una inversión a largo plazo en la OMS y su amplio mandato. Pero los donantes centrados en objetivos a corto plazo están impulsando gran parte de la OMS, y las nuevas alianzas creadas para luchar contra determinadas enfermedades y problemas están adquiriendo relevancia. Con todo, cada vez hay más conciencia de la necesidad de reforzar los sistemas de salud para complementar los esfuerzos volcados en enfermedades específicas. Además, los recientes esfuerzos desplegados por naciones latinoamericanas, asiáticas y africanas para desempeñar un papel más importante en las instituciones internacionales están influyendo en la gobernanza mundial de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud funciona adecuadamente si al responder tanto a las necesidades como a las expectativas de la población cumple los siguientes objetivos (WHO 2010): mejorar la salud de la población; reducir las inequidades en salud; proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Este diagnóstico analiza en qué medida se han logrado estos objetivos y cómo las funciones sustantivas del

Sistema Nacional de Salud (rectoría, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios) contribuyen al logro de dichos objetivos. (DOF, 2013)

3.2.2 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)



Es el organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1949, de manera que forma parte igualmente del sistema de las Naciones Unidas

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) es un organismo internacional de salud pública fundado en 1902, con más de 100 años de experiencia, dedicada a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Es, asimismo, el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (ONU, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud OPS-OMS, 2013)

El mandato básico de la OPS es de colaborar con los países a través de los Ministerios de Salud, las instituciones del seguro social, otros entes gubernamentales y no gubernamentales, universidades, la sociedad civil y otros, con el fin de fortalecer los sistemas nacionales y locales de salud y de mejorar la salud de los pueblos de las Américas. Para este propósito, la Organización orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables, en especial, a las madres y los niños, los trabajadores, los pobres, los ancianos, los refugiados y las personas desplazadas. Asimismo, fomenta el trabajo conjunto de los países para alcanzar metas comunes en materia de salud.

Con este fin ubica a la salud como componente central del desarrollo humano, promoviendo el desarrollo de sistemas de salud sostenible y fundamentando estas

acciones en valores universales de derecho a salud, equidad, solidaridad, ética y género (ONU, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud OPS-OMS, 2013), por lo que trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población, brindando cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

La OPS está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud.

Gasto nacional en salud por año como proporción del PBI [%] (Público)	
	2014
Belice	3.9
Costa Rica	6.8
El Salvador	4.5
Guatemala	2.3
Honduras	4.4
México	3.3
Nicaragua	5.1
Panamá	5.9

Definición: El gasto público es la suma de los gastos en salud, en efectivo o en especie, realizado por entidades del gobierno general, incluyendo los niveles central, regional y local y los esquemas de seguridad social (evitando el conteo doble de las transferencias gubernamentales a la seguridad social y a los fondos extra presupuestales). Incluye las transferencias a los hogares (principalmente reembolsos por gastos médicos y en medicamentos) y fondos extra-presupuestarios para financiar los bienes y servicios de salud. Los ingresos pueden provenir de múltiples fuentes domésticas y de fondos externos. Gasto privado es la suma de los desembolsos en salud realizados por entidades privadas, como cajas, seguros de salud comerciales, organizaciones sin fines de lucro que sirven a los hogares, empresas residentes y cuasi-sociedades que proveen o financian servicios de salud y los gastos de los hogares o gastos de bolsillo.

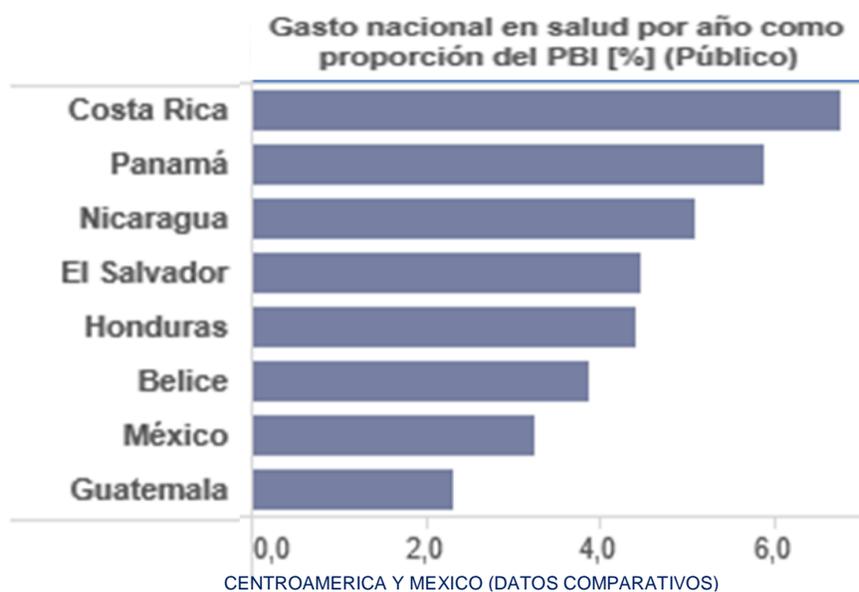
Fuente

Documento: PAHO technical units for Core Indicators 2016 update.

Institución: Pan American Health Organization.

Año: 2016

CENTROAMERICA Y MEXICO-
(DATOS COMPARATIVOS)



Como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, la OPS pertenece al sistema de Naciones Unidas, por lo que trabajan de manera conjunta en alcanzar los objetivos que ambas organizaciones se han planteado, para la región.



Desde 1995 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) han publicado anualmente Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos de forma ininterrumpida, en donde representan el conjunto mínimo de información necesario para la caracterización de la situación de salud en la Región, recopilando datos demográficos de morbilidad y mortalidad, acceso y cobertura de servicios de salud y socioeconómicos provenientes de los sistemas de información nacionales y de las agencias del Sistema de Naciones Unidas.

Se toman en cuenta iniciativas regionales y globales como el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal de Salud de OPS y la Lista de Referencia Mundial de los 100 Indicadores Básicos de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Etienne, Indicadores Básicos, 2016, pág. 3)

Para llevar a cabo el monitoreo de los avances de las iniciativas de salud, así como para medir las inequidades de salud entre los países y dentro de cada país, mencionan que es imprescindible incidir en mejorar la calidad, confiabilidad y disponibilidad de los datos e indicadores con los cuales se mide el impacto de las políticas de salud. En palabras de Sir Michael Marmot, Presidente electo de la Asociación Médica Mundial “es difícil medir el progreso si no tenemos buenos datos” (Etienne, Indicadores Básicos, 2016, pág. 3)

indicadores de recursos		
	41A gasto nacional en salud como % del PBI	41B gasto nacional en salud como % del PBI
	público 2013	privado 2013
Las Américas		
América Latina		
México	3,2	3,0
Istmo Centroamericano		
Belice	3,4	2,0
Costa Rica	7,4	2,5
El Salvador	4,6	2,3
Guatemala	2,4	4,1
Honduras	4,3	4,4
Nicaragua	4,5	3,9
Panamá	4,9	2,3

FUENTE: Indicadores Básicos, 2015 (OPS-OMS)

INDICADORES DE SISTEMAS DE SALUD

Gasto nacional en salud como % del PBI 2014		
Público	Privado	
---	---	Las Américas
8,2	8,3	América del Norte
---	---	Bermuda
7,4	3,0	Canadá
8,3	8,9	Estados Unidos de América
---	---	América Latina y el Caribe
---	---	América Latina
3,3	3,0	México
---	---	Istmo Centroamericano
3,9	1,9	Belize
6,8	2,6	Costa Rica
4,5	2,3	El Salvador
2,3	3,9	Guatemala
4,4	4,3	Honduras
5,1	3,9	Nicaragua
5,9	2,2	Panamá

FUENTE: Indicadores Básicos, 2016 (OPS-OMS)

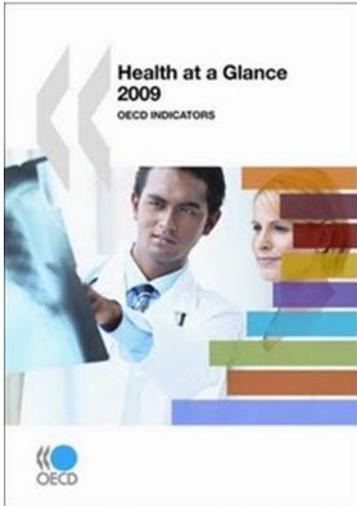
3.2.3 ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE)



Es una organización que ofrece un foro donde los gobiernos trabajan conjuntamente para compartir experiencias y buscar soluciones a los problemas comunes, para entender que es lo que conduce al cambio económico, social y ambiental, midiendo la productividad y los flujos globales del comercio e inversión, analizando y comparando datos para realizar pronósticos de tendencias. Fijan estándares internacionales dentro de un amplio rango de temas de políticas públicas. (OCDE, OCDE-Folleto)

En 2009. La OCDE publica “PANORAMA DE LA SALUD 2009. INDICADORES DE LA OCDE” mediante la cual ofrece una recopilación de indicadores comparables y actualizados relativos a diversos aspectos de la evolución de la salud y de los sistemas sanitarios de los países de la OCDE.

INDICADORES SALUD OCDE



Health at a Glance
2009
OECD INDICATORS

www.med.uchile.cl

1. ESTADO DE SALUD
2. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD
3. FUERZA DE TRABAJO EN SALUD
4. CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD
5. CALIDAD DEL SERVICIO
6. ACCESO A LOS SERVICIOS
7. GASTO EN SALUD

Esta información es completada por la OECD Health Data, con datos procedentes de otros organismos internacionales como la OMS, el Banco Mundial, entre otros; debiendo ser cuidadosos en la interpretación de las cifras, ya que para numerosos indicadores utilizados puede haber variabilidad tanto dentro de un país como entre países.

Sin embargo, se vuelve a poner de manifiesto las enormes disparidades existentes entre los miembros de la OCDE en materia de estado de salud, riesgos para la salud, gastos, asignación de recursos y resultados de sus respectivos sistemas de salud. (OCDE, Panorama de la salud 2009., pág. 1)

Estado de salud.- Pone de relieve las grandes variaciones entre los países en la esperanza de vida, la mortalidad y otras medidas del estado de salud de las poblaciones

Determinantes de salud no médicos (factores de riesgo para la salud).- :se centra en los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida modificables y los comportamientos

Personal sanitario (fuerza de trabajo en salud).- los recursos humanos son un elemento clave en cualquier sistema de salud. Es un capítulo nuevo frente a ediciones anteriores en el que se ofrece información sobre la oferta y la remuneración de los médicos y enfermeras, y las últimas tendencias de la migración internacional de los médicos en los países de la OCDE.

Utilización de servicios y actividad (consumo de bienes y servicios de salud).- tanto dentro como fuera de los hospitales, se analiza las variaciones entre países en la dotación y el uso de las tecnologías médicas. También reseña las variaciones en el uso de procedimientos de alto costo.

Calidad de la atención médica (calidad del servicio).- proporciona comparaciones de indicadores seleccionados de calidad con respecto a la atención para enfermedades crónicas, los trastornos mentales, el cáncer y las enfermedades transmisibles. Las medidas incluyen indicadores de proceso de atención que se recomienda para ciertos resultados de la población o grupos de pacientes para maximizar los resultados deseados.

Acceso a la atención (acceso a los servicios).- Se inicia con un número limitado de los indicadores relacionados con el acceso financiero y geográfico.

Gasto sanitario y financiación (gasto en salud).- se compara la cantidad que los países de la OCDE gastan en la salud, en general como para los diferentes tipos

de servicios de salud y los bienes, analiza la forma en que estos servicios se pagan en los diferentes países (es decir, la mezcla entre la financiación pública, seguro de salud privado, donde existe, y “gastos de bolsillo”)

Sin dejar de lado, la primicia de que los avances en el estado de salud de la población se deben en buena medida a las mejores condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. El progreso en la educación, el nivel de ingreso, la alimentación, las condiciones de la vivienda y del empleo y en la infraestructura pública - agua potable, drenaje, luz eléctrica - así como la mejora en el acceso a servicios de salud y la disponibilidad de nuevas tecnologías al alcance de una mayor población han propiciado una vida más saludable. (DOF, 2013)

En años recientes, los avances en la medicina y la tecnología han impactado el sector mundial de salud. Los países en todos lados han experimentado una baja en las tasas de mortalidad infantil, aumentando las expectativas de vida y disminuyendo la incidencia de enfermedades crónicas; pero el panorama de salud a nivel mundial no es del todo positivo, ya que aún existen enfermedades que siguen aumentando, un sistema de salud inadecuado prevalece en las comunidades rurales y sigue existiendo un acceso limitado a medicamentos esenciales en todo el mundo.

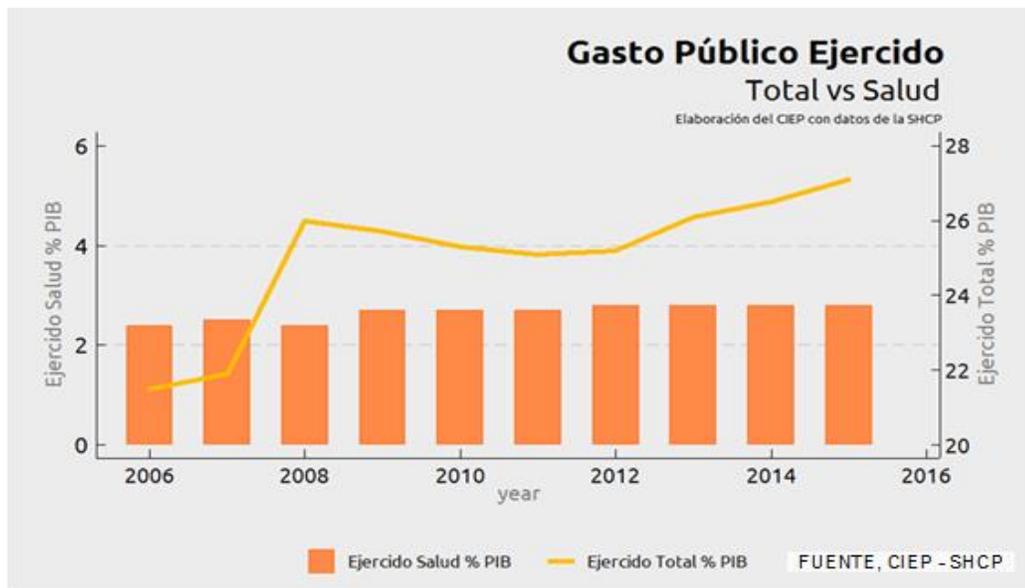
3.2.3.1 México vs Centroamérica

En este apartado será posible comparar a México con Centroamérica en cuanto a la inversión en el sector salud se refiere pero de manera más específica, basado totalmente en datos estadísticos proporcionados principalmente por la OCDE como ente especialista en cuanto a bases de datos se refiere.

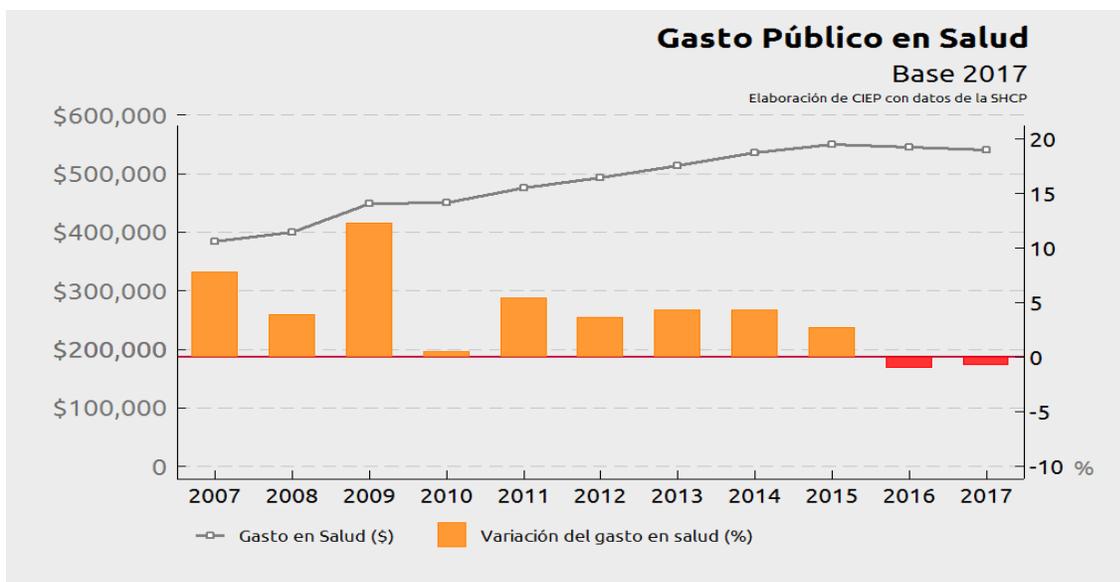
México

La OCDE considera que México aún tiene un largo camino por recorrer para lograr indicadores de salud similares a los de los demás países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), (DOF, 2013), ya que se ubica en el último lugar de los países miembros de la OCDE en cuanto al gasto en salud como porcentaje del PIB.

De acuerdo con los datos obtenidos del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), comparando el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, éste se ha mantenido en la misma proporción desde 2006, alrededor de 11%. En 2006 representó el 11.9% mientras que en 2017 es del 11.2%. (Mendez Mendez, 2016)



La tasa de crecimiento promedio anual del gasto público en salud, para el periodo 2006-2017 es de 3.9%. El mayor incremento fue con el 12.3% mientras que para los años 2016 y 2017 se reduce el presupuesto asignado a salud en 1% y 0.85 respectivamente, derivado de la reingeniería del gasto público.



FUENTE, CIEP - SHCP

La inversión pública en el sistema de salud ha aumentado de 2.4% del PIB a 3.2%; el esquema de aseguramiento público financiado por el Seguro Popular cubre actualmente alrededor de 50 millones de mexicanos y evidencia reciente muestra que el gasto empobrecedor en salud ha disminuido de 3.3% a 0.8% de la población (OCDE, 2016)

La relación entre el Producto Interno Bruto (pib) per cápita y la salud ha llegado a interpretarse como evidencia de que el ingreso en el mercado, y no la acción pública, derivan en una mejor salud, al permitir que los individuos compren una mejor nutrición y cuidado médico. (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016, pág. 51)

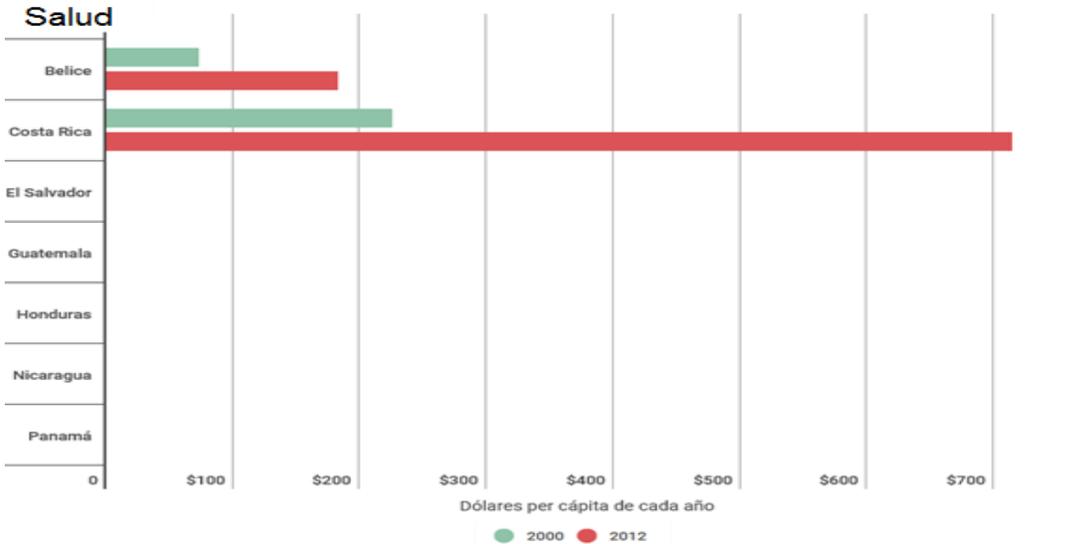
De acuerdo con un lo que señala la OCDE, (Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México , 2016), en México persisten todavía grandes problemas. El más importante es que el Sistema de Salud de México continúa como un conjunto de subsistemas distintos, cada uno con diferentes niveles de atención, dirigido a diferentes grupos, con precios diferentes y con resultados diferentes. La afiliación a un subsistema no está determinada por la necesidad, sino por el empleo de la persona. Junto con esta inequidad, existen muchas

ineficiencias en el sistema, de igual forma, la OCDE da por hecho que en el corto plazo no se logrará una reforma a fondo que unifique el sistema de salud y supere estos obstáculos a pesar de ser una de las principales metas planteadas.

Centroamérica

Entre 2000 y 2012 Centroamérica aumentó en poco más de 1,5 veces la inversión pública en salud por habitante. En 2012 fue de \$194, aproximadamente la mitad del promedio de América Latina y el Caribe (\$392), cerca de la tercera parte del promedio mundial (\$628) y muy inferior a la inversión de las naciones de la OCDE (\$2.880). A lo interno de la región sobresalen Costa Rica y Panamá, con \$714 y \$520 por persona. (Costa Rica lidera gasto en educación y salud de la Región, 2016)

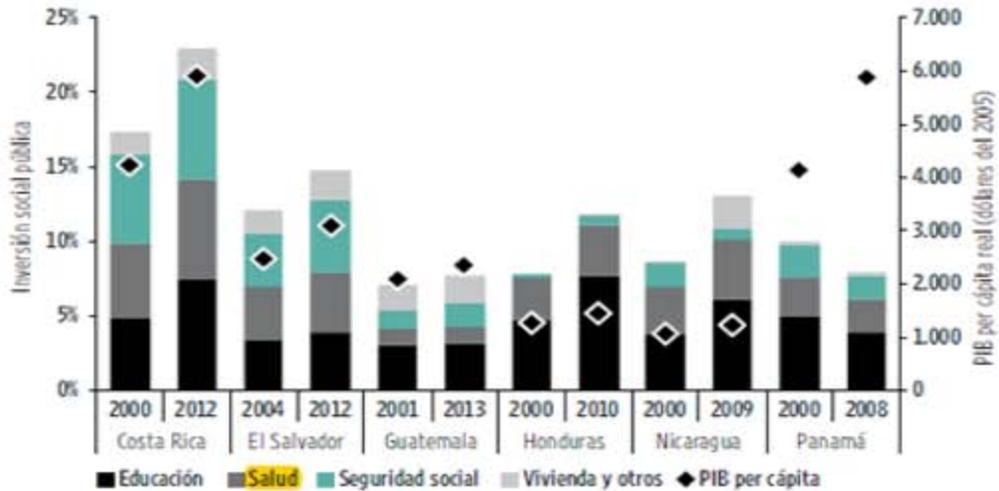
De acuerdo con lo que señala Quinto Informe del Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible (2016) ambos superan el promedio de América Latina y el Caribe y, en el caso costarricense, también el promedio mundial. Les siguen Belice y El Salvador, con \$183 y \$159. Los menores niveles de inversión corresponden a Honduras, Guatemala y Nicaragua, con \$101, \$80 y \$79, respectivamente. Resulta crítico el caso de Guatemala, el país que tiene la mayor proporción de habitantes en el Istmo y la mayor cantidad de población infantil



Fuente (Costa Rica lidera gasto en educación y salud de la Región, 2016)

Llama la atención el crecimiento de la brecha entre Costa Rica y los demás países, En 2012, mientras en Costa Rica la subpartida de salud y seguridad social era de alrededor del 7%, el promedio regional no superaba el 2%. (Estado de la Región Centroamérica, 2016, pág. 153)

Inversión social pública con respecto al PIB y PIB per cápita, por sector, según país. CIRCA 2000 Y 2013
(porcentajes)

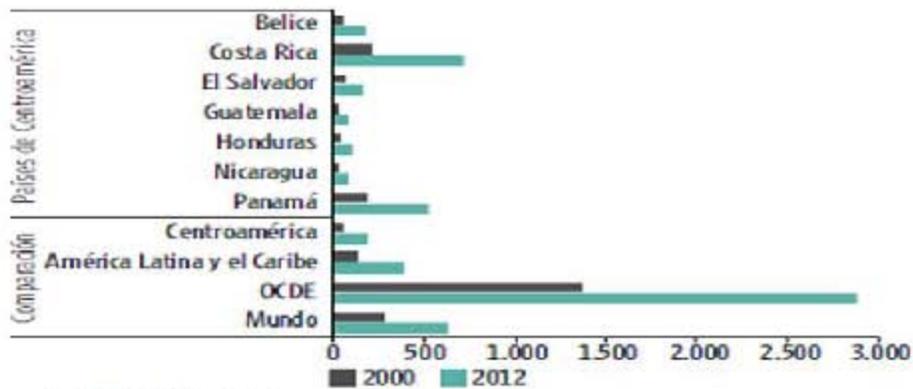


Fuente: Cepal, 2015.

FUENTE: (Quinto Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2016, pág. 153)

CENTROAMÉRICA Y RESTO DEL MUNDO

Inversión pública en salud por persona. 2000 Y 2012
(dólares per cápita de cada año)

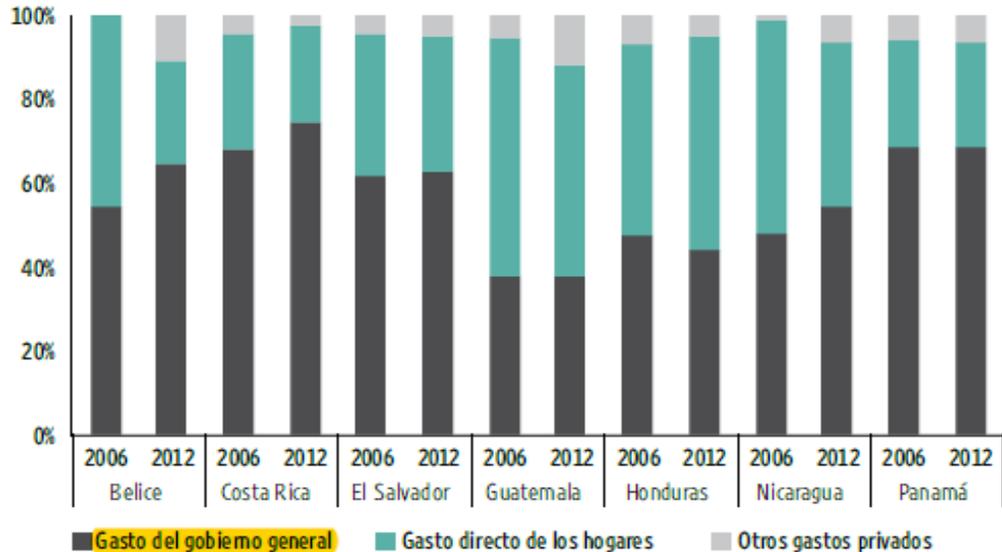


Fuente: PEN, 2014.

Durante el período 2006-2012 solo en Belice, Costa Rica, Nicaragua y, en menor medida, El Salvador, se incrementó la participación del gasto del gobierno en el gasto total en salud; en los demás países hubo estancamiento o retroceso (Estado de la Región Centroamérica, 2016, pág. 154)

CENTROAMÉRICA

Estructura del gasto en salud. 2006-2012
(porcentajes)



Fuente: OMS, 2009 y 2015c.

En este marco, es Costa Rica quien participa en muchos de los comités especializados de la OCDE, preparando un plan de acción en el que establece su compromiso en adherirse a este Organismo, llevando a cabo la revisión de algunas de sus políticas públicas, además de su participar en sus comités.

Tal y como lo menciona Luis Guillermo Solís, Presidente de Costa Rica *“Estamos comprometidos en garantizar la efectiva ejecución de nuestro Plan de Acción, un ambicioso instrumento que incluye una serie de compromisos como nuestra participación en los diferentes órganos de la OCDE, la adhesión a una importante serie de instrumentos legales y el compromiso de someternos a varios exámenes de políticas públicas. Se ha encomendado la tarea de ejecutar el Plan de Acción a veintisiete Ministerios y entes públicos, lo que demuestra nuestro firme compromiso de cumplir con el objetivo trazado. Estamos seguros de que esto nos acercará aún más a los estándares y mejores prácticas de la OCDE. También celebramos con profundo entusiasmo el lanzamiento del Programa Regional de la OCDE con América Latina. Estamos convencidos que esta valiosa*



Luis Guillermo Solís, Presidente de Costa Rica y Ángel Gurría, Secretario General de la OCDE

iniciativa contribuirá a estrechar los lazos de la OCDE con la región latinoamericana y servir como guía para la adopción e implementación de prácticas y políticas públicas que contribuyan a transformar la región en una sociedad más transparente, próspera e inclusiva. Costa Rica está comprometida a trabajar de cerca con la Organización y servir como plataforma para la exitosa implementación de este programa en la región centroamericana y el Caribe.” (OCDE, Costa Rica y la OCDE, 2017)

En este mismo sentido Alexander Mora Ministro de Comercio Exterior de Costa Rica en entrevista hecha por el periódico el País, Costa Rica, señala *“Costa Rica ha planteado la idea de ser un puente para que la OCDE pueda mejorar los mecanismos de trabajo en la región”,* convencido de que esta adhesión puede suponer *“una serie de posibilidades”* para una región que busca la unión desde hace décadas, Mora insiste en la necesidad de que Centroamérica dé *“un giro de dirección”* a su idea conceptual y filosófica de integración para adaptarse a los nuevos tiempos.

Aprovechando entonces que Costa Rica inició su proceso de afiliación en 2012 a la OCDE, integrada por 35 países y cuyo fin es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social, el país se ha propuesto compartir su experiencia con Centroamérica ya que en Centroamérica *“hay un espacio para que la lógica*

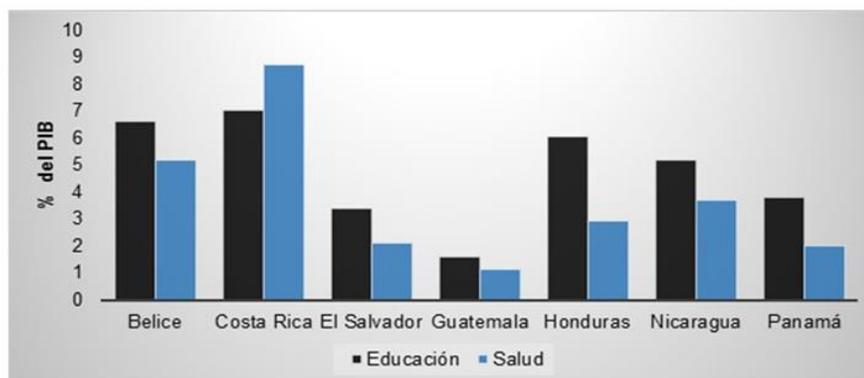
de la integración la migremos a un modelo más hacia la cooperación y la integración productiva sobre cadenas de valor que hacia una lógica de producto final, que es lo que ha venido generando una actitud defensiva que retiene, detiene y frena mucho los procesos de integración”, resume Mora. (2017)

Motivo de ello, es que después de un minucioso proceso de evaluación, el Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se pronunció públicamente de manera favorable para el acceso de Costa Rica a la organización en el campo de la salud. (Ramírez, 2017)

Según señala el Noticiero CB24 Noticias Centroamérica, esta decisión del Comité de la OCDE, constituye un reconocimiento a los altos estándares del sistema de salud costarricense, el cual fue evaluado en materia de gobernanza del sistema de salud, la eficiencia y sostenibilidad financiera, uso de la información y gestión de rendimiento, escogencia y participación de los pacientes y la capacitación de la fuerza laboral en salud, así como la coordinación y continuidad de los servicios; dando especial importancia al tema de la calidad en éstos. (2017)

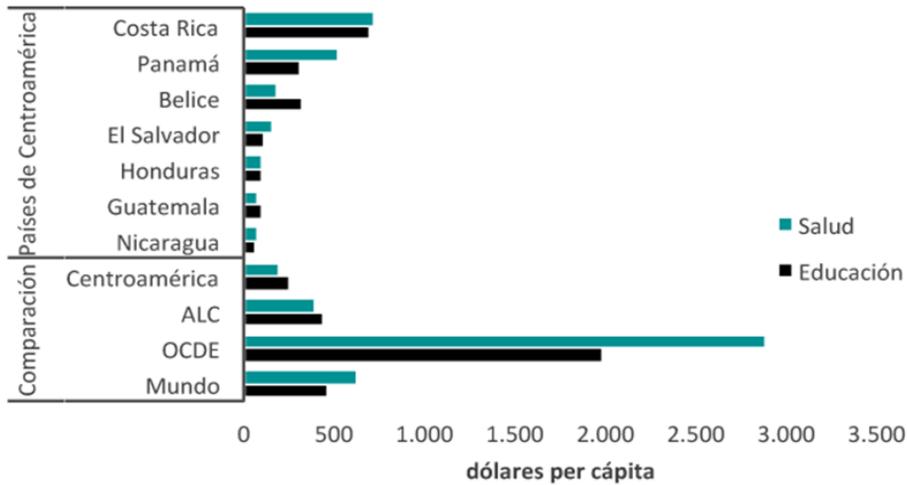
Más y mejor inversión social

Gasto público en educación y salud como porcentaje del PIB. 2011



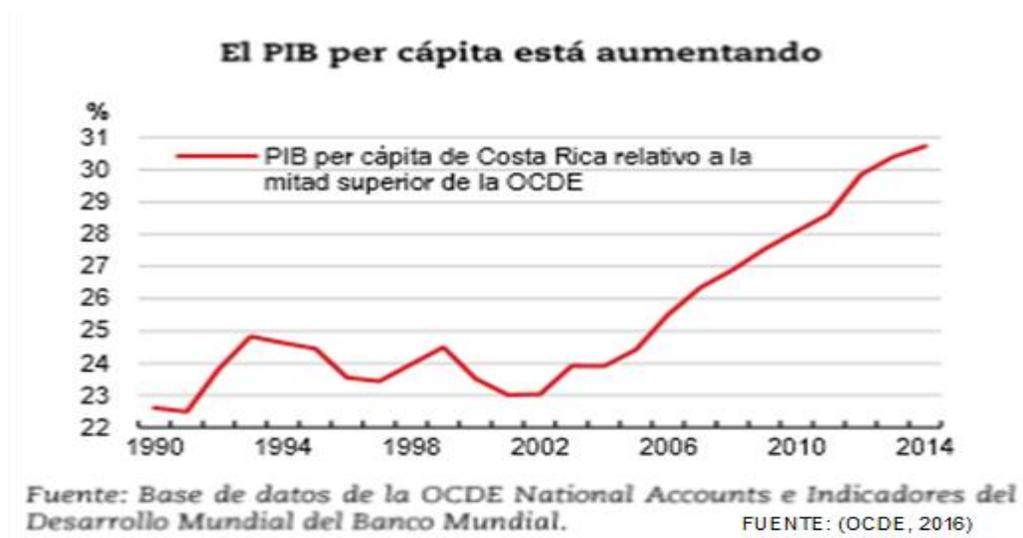
Fuente: Belice: Instituto de Estadística y Banco Mundial. Costa Rica y El Salvador: Ministerio de Hacienda. Guatemala y Honduras: Ministerio de Finanzas. Nicaragua: Banco Central. Panamá: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

Inversión pública en salud y educación por persona. 2013

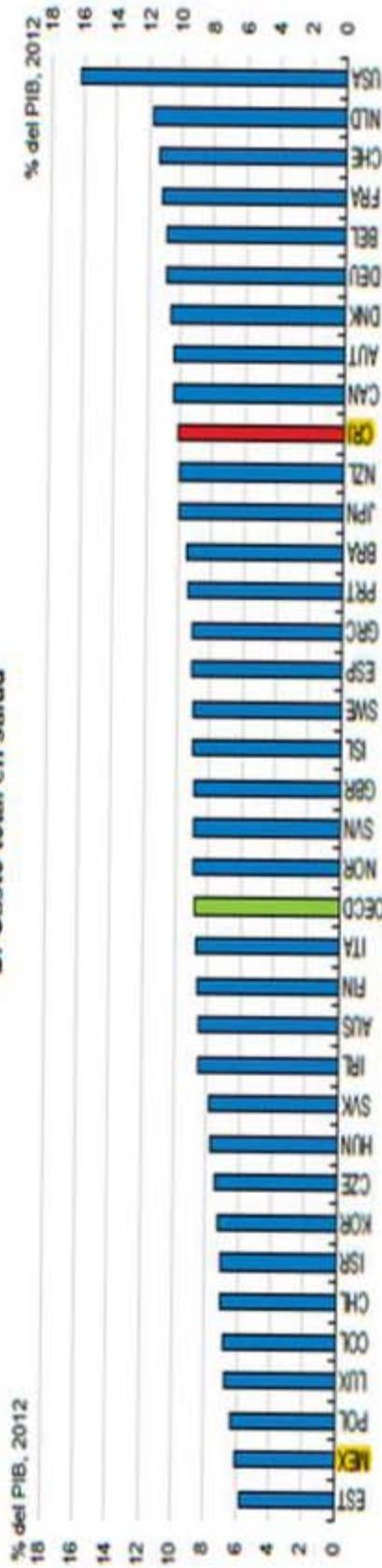


Fuente: Institutos de Estadística, Ministerios de Hacienda-Finanzas y Banco Mundial.

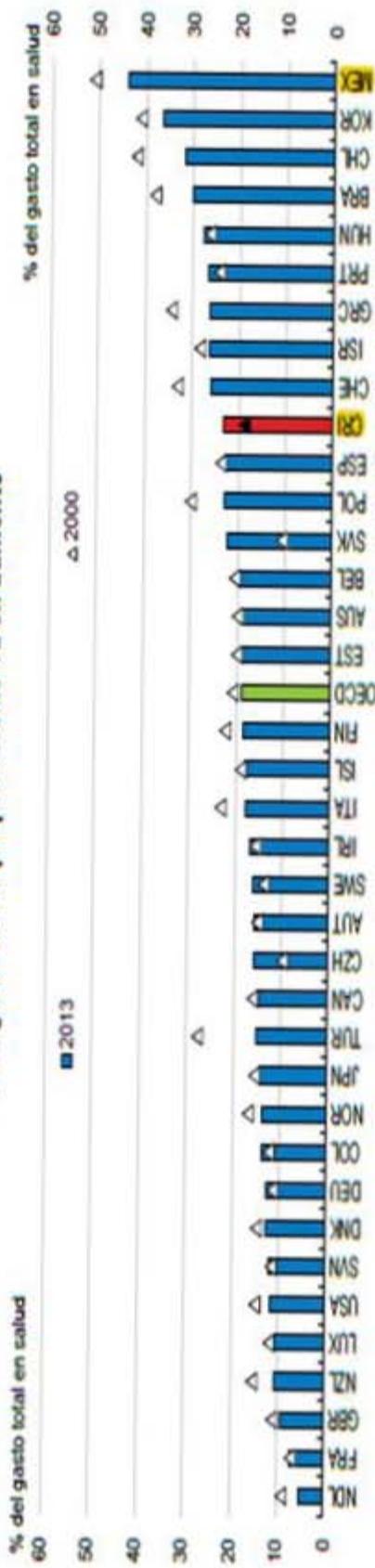
Al respecto Alexander Mora, como coordinador del proceso de adhesión, manifestó “... Si hay algo que estamos todos aprendiendo de nuestro acercamiento con la organización es precisamente el valor de utilizar datos y estadísticas para la toma de decisiones y hacer un uso más eficiente y efectivo de nuestros recursos, para así poder seguir brindando los servicios de calidad que los costarricenses merecen y demandan. La generación de esos datos fue una parte esencial de esta evaluación y será fundamental para nuestro trabajo a futuro”. (Ramírez, 2017)



B. Gasto total en salud



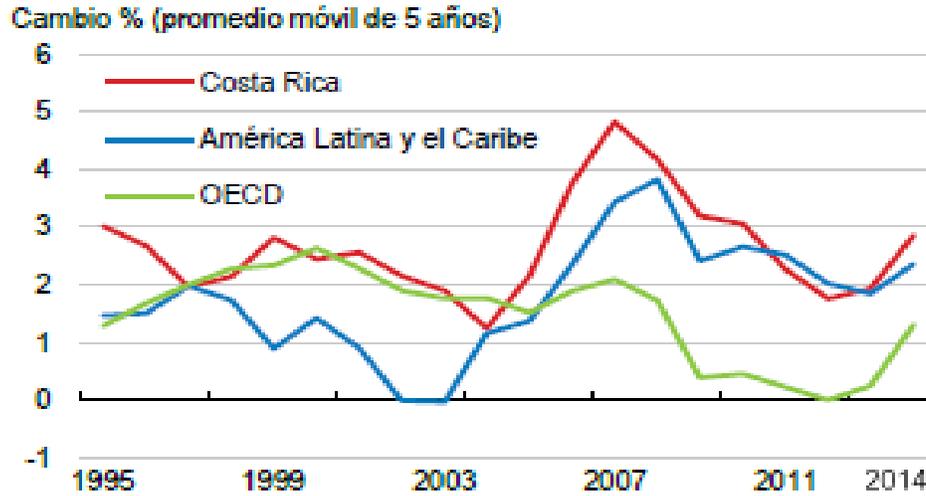
C. El gasto de su propio bolsillo va en aumento



Fuente: Base de datos de la OCDE Health Statistics; Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Mundial; Base de datos de la OMS Global Health Expenditure.
(Estudios económicos de la OCDE, Costa Rica, 2016, pág. 38)

El ingreso per cápita se duplicó en términos reales durante las últimas tres décadas, se ha alcanzado el acceso casi universal a los servicios de salud. (OCDE, 2016)

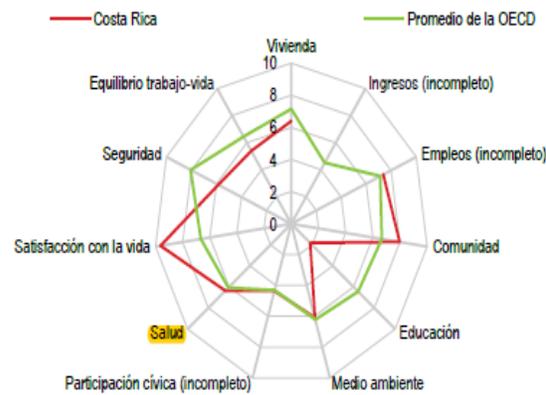
A. PIB per cápita



PANEL A: Crecimiento anual del PIB per cápita en términos de la paridad del poder adquisitivo (PPA), \$US internacionales constantes 2011 (promedio variable de 5 años) (Estudios económicos de la OCDE, Costa Rica, 2016)

Estos éxitos se ven reflejados en los indicadores de bienestar general:

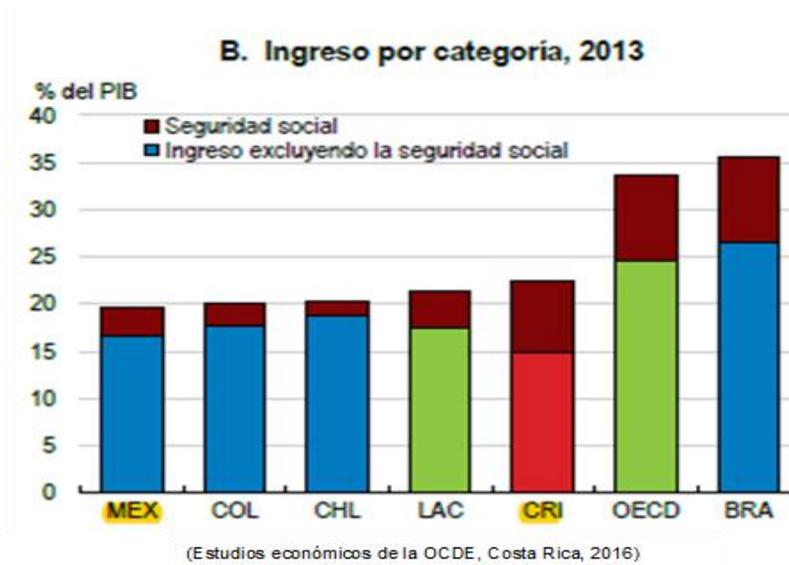
Figura 2. Los indicadores de bienestar general son comparables a los del promedio de los países de la OCDE
Aproximación del Índice para una Vida Mejor (preliminar e incompleto)



Nota: Cada dimensión de bienestar general es medida mediante uno a cuatro indicadores tomados del conjunto de variables del Índice de Mejor Vida de la OCDE. Los indicadores estandarizados son promediados con pesos iguales. Los indicadores son estandarizados para que varíen entre 10 (mejor) y 0 (peor) según la siguiente fórmula: (valor del indicador - valor mínimo) / (valor máximo - valor mínimo) x 10.

Fuente: Para Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); Tribunal Supremo de Elecciones (TSE); y base de datos Gallup World Poll (2015). Para el promedio de la OCDE: base de datos de la OCDE Better Life Index.

Los ingresos fiscales están cercanos al promedio de América Latina:



Es por ello que los sistemas de salud desempeñan un papel fundamental para mantener la cohesión social en Costa Rica y consideran crucial modernizarlos y hacerlos sostenibles ante los desafíos demográficos.

3.3 Principales Instituciones del Sector Salud en México y Centroamérica y el aprovechamiento de los recursos

Resaltando lo que en una entrevista señaló el Lic. Jorge Arturo Trujillo, Titular de la Delegación Sur del D.F. del IMSS (Perfiles, 2017) “El tema de la salud, va ligado con las emociones, si dejas de atender esto, no tienes oportunidad porque en sí solo es muy demandante”

Es por ello la importancia de conocer y describir a las Instituciones que en México y Centroamérica se consideran de mayor trascendencia por su inversión en el rubro de la Salud y el aprovechamiento de su inversión.

México

El sistema de salud en México tiene casi 60 años de vida. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.

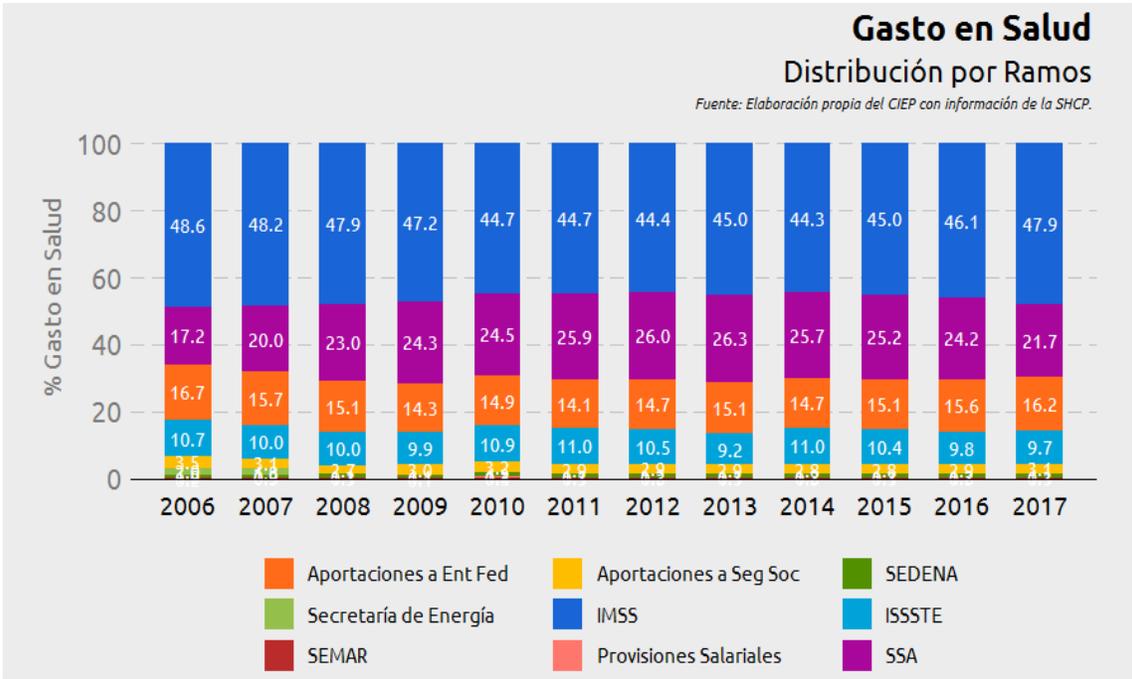
La intervención del Estado puede contribuir a igualar oportunidades. Para ello, el gasto público debe favorecer particularmente a quienes enfrentan mayores desventajas. De lo contrario, amplía las brechas existentes. En la medida en que el gasto público en desarrollo humano - destinado a salud, educación y transferencias al ingreso - se distribuya de acuerdo con las carencias en desarrollo humano contribuye a igualar las oportunidades disponibles para las personas en las entidades y municipios (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016, pág. 40)

México ha experimentado movilidad absoluta de oportunidades ascendente al inicio del siglo XXI y también una mayor movilidad igualadora entre entidades federativas, municipios e individuos. A la reducción de las desigualdades de salud y educación observada por décadas, se sumó recientemente un avance en la igualdad de ingresos. México cuenta con una ventana de oportunidad para promover un círculo virtuoso en que la reducción de las desigualdades lleve a una mayor movilidad absoluta e igualadora de oportunidades. (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016, pág. 116)

Las dos fuentes de financiamiento más importantes para el gasto en salud pública en nuestro país para el ejercicio fiscal 2016 son los recursos propuestos para el IMSS que concentró el 1.27% del PIB y para la Secretaría de Salud que obtuvo el 0.65% del PIB. Por destino del gasto, el análisis nos evidencia que la prestación de los servicios de salud para la persona es el rubro más importante donde se canalizaron estos recursos, concentraron el 1.78% del PIB del gasto total en salud,

seguido por los protección social en salud, rubro donde se propuso el 0.78% del PIB. (DOF, 2013)

El presupuesto de la Secretaría de Salud (SSA) en 2006 representaba el 17% del total, para 2017 equivale al 22%, lo cual significa un incremento de puntos porcentuales. En cambio, se ha mantenido prácticamente constante para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) al que se destina cerca del 50% del presupuesto total de la función salud, las Aportaciones a Entidades Federativas y Municipios son del 16%, alrededor del 10% es para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y entre el 3 y 3.5% se ha asignado para Aportaciones a Seguridad Social (Mendez Mendez, 2016)



FUENTE, CIEP - SHCP

Es por ello que se considera al Instituto Mexicano del Seguro Social como la principal Institución de Seguridad Social en México desde su nacimiento hace ya más de 50 años

El Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) también señala que el análisis funcional permite conocer a qué tipo de actividades de la función Salud se ha destinado el presupuesto. La Generación de recursos para la salud incluye acciones de inversión en salud y en recursos (materiales y humanos) para brindar servicios de salud.

Cuadro 2: Composición del gasto en salud por subfunciones

Subfunción	PEF 2006	%	PPEF 2017	%
Generación de recursos para la salud	\$13,447	4 %	\$10,909	2 %
Prestación de servicios de salud a la comunidad	\$24,920	7 %	\$23,802	4 %
Prestación de servicios de salud a la persona	\$277,883	78 %	\$348,548	65 %
Protección social en salud	\$26,128	7 %	\$146,971	27 %
Rectoría del sistema de salud	\$14,351	4 %	\$9,747	2 %

Notas: Valores reales a pesos de 2017.

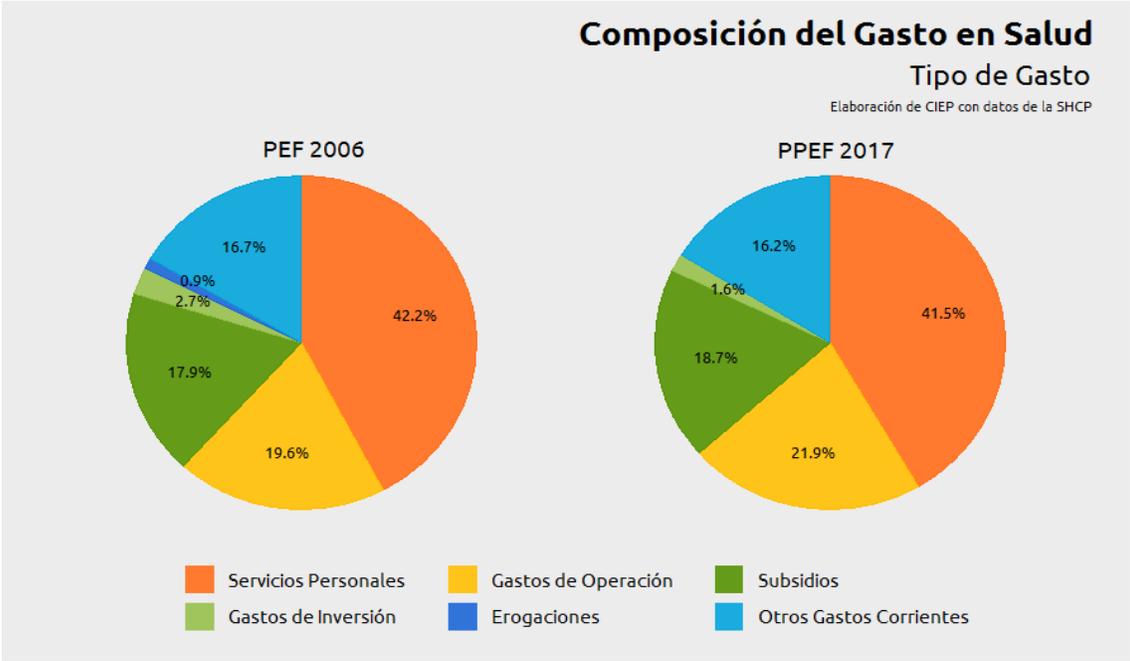
Fuentes: Elaboración del CIEP, con datos de la SHCP (2005, 2016b).

FUENTE, CIEP - SHCP

Dentro de la Prestación de servicios de salud a la comunidad se encuentran los programas como: Vigilancia epidemiológica, Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes, Prevención y atención contra las adicciones, entre otros. La Prestación de servicios de salud a la persona cuenta con programas de Suministro de medicamentos, Atención médica, Salud materna, Sexual y Reproductiva, entre otros. (Mendez Mendez, 2016)

La Protección social incluye las aportaciones a las entidades federativas y los municipios (FASSA), así como el Seguro Popular. Por último, la Rectoría del sistema de salud se encarga de destinar recursos para asegurar el acceso a los servicios de salud, para 2017 se enfocan en avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

En el análisis el CIEP (Mendez Mendez, 2016), destaca el incremento que ha tenido la Protección social en salud al pasar de 7% a 27% del presupuesto asignado a la función salud de los años 2006 a 2017, un incremento de 20 puntos porcentuales. Todas las demás sub funciones han reducido su participación en el presupuesto. La Prestación de servicios de salud a la persona pasó de 78% en 2006 a 65% en 2017; sin embargo se podría considerar como una redistribución, que dirige el presupuesto, y por tanto la responsabilidad, hacia los estados, ya que los programas Seguro Popular y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se distribuye por entidad federativa.



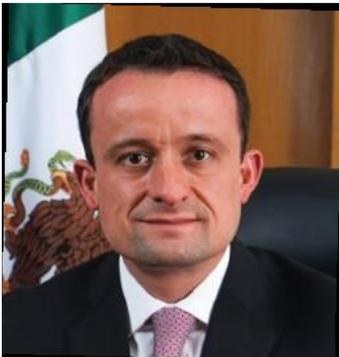
FUENTE, CIEP - SHCP

El logro de este objetivo implica que los sistemas de salud deben responder a las necesidades y expectativas de la población; es decir, asegurar la calidad técnica e interpersonal en los servicios de atención. Un servicio de calidad es aquel capaz de brindar a las personas usuarias los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles. Para alcanzar este resultado debe cumplirse el acceso físico a los servicios (geográfico, cultural, económico), su disponibilidad y oportunidad (recursos físicos y materiales cuando son

necesarios) y la calidad en los procesos de atención. Cuando concurren estos elementos existe acceso efectivo con calidad (DOF, 2013)

Finalmente, el CIEP señala que los resultados obtenidos del cálculo del gasto per cápita por institución muestran la diversidad del gasto público en salud. Debido a que la afiliación a un sistema de salud depende del empleo, para un trabajador de PEMEX, SEDENA o SEMAR se calcula un gasto per cápita de \$10,671, en cambio, para un afiliado al IMSS, en promedio, se destinan \$3,510, por lo que considera que el incremento en el número de derechohabientes que debe estar acompañado de un incremento porcentual equivalente en el gasto público per cápita en salud, esto permitiría mantener la calidad de los servicios de salud.

EL IMSS en datos:



Actualmente se encuentra al frente de esta Institución el C. Mikel Arreola Peñalosa como Director General, quien a través de un artículo escrito por él mismo en la revista Institucional Tu IMSS, (2017) señala que “Durante años, escuchamos de la crisis financiera en la que se encontraba el IMSS, generada por una inercia de gasto sin planeación y sin control de ingresos insuficientes para hacerle frente. Esa historia ha cambiado”

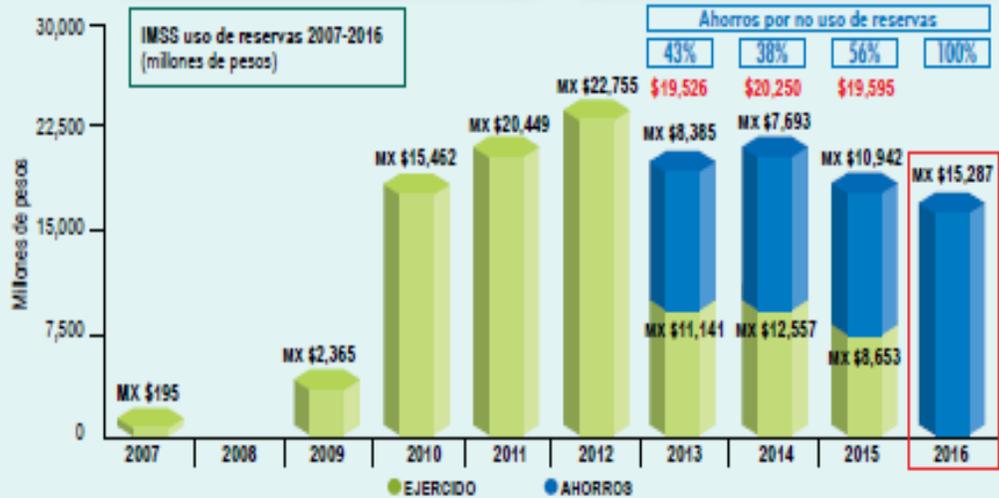


FORTALECIMIENTO FINANCIERO

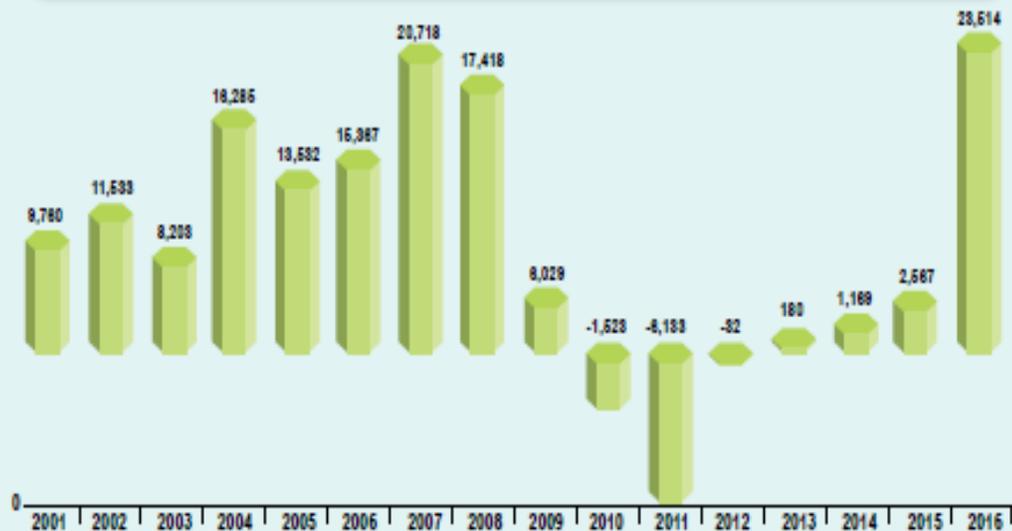
FORTALECIMIENTO FINANCIERO EN 2016: SUPERÁVIT

Durante la actual administración, el IMSS ha pasado de una quiebra técnica en el 2012 a un equilibrio en el uso de sus reservas financieras en 2016.

Gracias a este manejo ordenado de las finanzas, 2016 es el primero en los últimos ocho años en que no se hace uso de las reservas.



Considerando el superávit obtenido por 6,388 mdp, 2016 fue el de mayor acumulación de reservas del Instituto de los últimos años gracias a mayores productos financieros, un mejor control del gasto y mayores ingresos. En 2012, el IMSS utilizó el total de sus reservas, para 2016 las reservas acumuladas fueron de 23,514 mdp.



FUENTE: REVISTA TU IMSS, 2017

FORTALECIMIENTO FINANCIERO EN 2016: CONTROL DEL GASTO

Como resultado de los esfuerzos del gasto durante 2016, se presentó un menor ejercicio de gasto corriente respecto al autorizado en el PEF 2016 por 7,305 mdp.

Una disminución real en el gasto corriente de 1.5% en relación a 2015 (hicimos más con menos).



COMPRAS CONSOLIDADAS

En 2017 se generaron ahorros en conjunto con las dependencias del sector, entidades federativas e institutos por 3,352 millones de pesos, de los cuales 2,291 millones de pesos corresponden al IMSS.

El ahorro acumulado derivado de las compras consolidadas en lo que va de la administración del Presidente Enrique Peña Nieto alcanzó un total de 14,214 millones de pesos, de los cuales 8,433 millones de pesos corresponden al IMSS.

Para consolidar la estabilidad financiera del IMSS, se dará continuidad al uso racional de los recursos. En específico destacan las siguientes medidas:

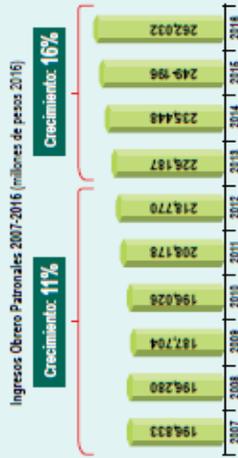
Acción o Programa	Ahorros en 2016** (mdp)
Ahorros por compras consolidadas*	\$2,291
Contratación de Servicios Integrales (Hemodialisis ambulatoria, servicios de laboratorio, bancos de sangre y mínima inversión)	\$2,969
Ahorros por sustitución de parque vehicular por servicios integrales de arrendamiento	\$101
Licitación del servicio de seguridad para los inmuebles del IMSS**	\$82
Disminución del gasto en Prestaciones Económicas	\$1,500
Total acumulado	\$6,943

*: Absolución ahorros por \$2,291 mdp por el campo consolidado 2016-2017. **Ahorros calculados por el rubro de seguridad para 2017.

INCREMENTO DE LOS INGRESOS

En 2016 se alcanzaron ingresos por 262,032 millones de pesos. Un crecimiento real de 16% en contraste con el 11% real de la Administración anterior.

Esto generó en conjunto con medidas de eficiencia recaudatoria, ingresos adicionales por más de 8,500 mdp.

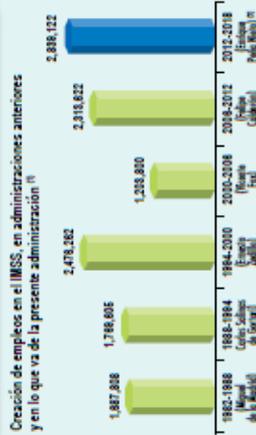


La situación favorable en materia de recaudación es producto de diversos factores, dentro de los que destaca el acelerado proceso de formalización del empleo.

COMPARATIVO DE ADMINISTRACIONES ANTERIORES

En los primeros 4 años y 7 meses de esta administración (del 1° de diciembre de 2012 al 11 de junio de 2017) se reportó la creación histórica de 2,839,122 empleos.

En lo que va del siglo, 2 de cada 5 empleos se han creado en esta administración y de los 41 meses con mayor generación de empleos reportados al IMSS, 17 corresponden a esta administración⁽¹⁾.



Creción de empleos en el IMSS, en administraciones anteriores y en lo que va de la presente administración⁽¹⁾

La mayor generación de empleos desde que se tiene registro: 2.5 veces más que lo reportado en la administración anterior (considerando el mismo periodo) y mayor que en los 6 años completos de cualquiera de las administraciones anteriores.

(1) No se incluyen administraciones anteriores a Miguel Alemán ya que no se dispone de cifras mensuales de empleos anterior a enero de 1982.
(2) En lo que va de la presente administración, del primero de diciembre de 2012 al 11 de junio de 2017.

FUENTE: REVISTA TU IMSS, 2017



DIGITALIZACIÓN Y SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES

La APP IMSS Digital es la aplicación del Gobierno de la República con mayor número de descargas (1.3 millones). De esta forma, la APP IMSS Digital es la aplicación de salud número 1 en descargas a nivel nacional y ocupa el lugar 15 de las APPs más descargadas.



Con esta aplicación se otorgan diversos trámites y servicios digitales como: obtención o consulta de IMSS, cita o cambio de clínica, consulta de vigencia de derechos, ubicación de inmuebles, información en salud y agendar citas médicas.

MEJORA EN LA ATENCIÓN A USUARIOS

Programa de Comprobación de Supervivencia Reducido del 100% en visitas al IMSS beneficiario a un total de pensionados (3.5 millones).



A un año del lanzamiento del sitio web más accesible para todos, se han generado 1.8 millones de visitas al mismo.

Simplificación del Trámite de Incapacidad por Maternidad

Evitando 350,000 visitas a Unidades Médicas que representan un uso eficiente de 284 millones de pesos.



*Citas por el periodo marzo 2015-Junio 2017. Para las aplicaciones del Gobierno de la República se consideran 34,821 descargas por año, en promedio.

TRÁMITES Y SERVICIOS DIGITALIZADOS

En el 2012 ningún trámite en el IMSS se realizaba de manera digital

Durante 2016, 51 millones de personas dejaron de realizar trámites presenciales debido a la implementación de la Estrategia IMSS Digital que ya ofrece la posibilidad de realizar trámites y servicios digitalizados.



149
MILLONES DE TRÁMITES Y SERVICIOS DIGITALIZADOS



TRÁMITES MÁS UTILIZADOS

TOTAL CITA MÉDICA: 823,000

Millones= Número de veces realizados



BENEFICIOS DE LOS TRÁMITES SIMPLIFICADOS DURANTE EL 1ER SEMESTRE DE 2017

CORRECCIÓN DE DATOS (PARA DERECHAHABIENTES)

BENEFICIOS:

- Hacer el trámite en línea
- Atención de solicitudes 24 horas los 7 días de la semana
- Folio de seguimiento para estatus en línea

FACILIDAD AL DERECHAHABIENTE:

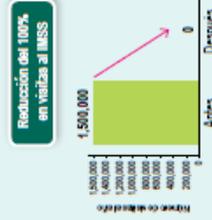
- Acceder a su pensión
- Cuestionar su incapacidad
- Consultar su incapacidad
- Evitar 1,500,000 visitas en caso de enfermedad o accidente
- Tramitar ante inforavit un crédito entre otras cosas
- Con esta medida, se logra una reducción del 100% en visitas al año

NUOVO SISTEMA DE REGISTRO DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN (SROCO)

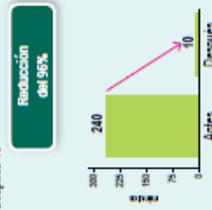
BENEFICIOS:

- Reducir la presentación de avisos a 1, lo que representa una reducción del 83%.
- Disminuir los campos de llenado de 600 a 38, lo que representa una reducción del 94%.
- Permitir a los patronos de la construcción a cumplir con el cumplimiento de obligación de sus obras ante el IMSS.

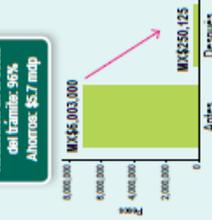
Simplificación de trámites: Corrección de Datos del Asegurado (visitas al año)



Simplificación de Trámites: Llenado de los Avisos (en minutos) Antes-240 Después-10



Ahorros anuales por simplificación del trámite (en pesos)





ATENCIÓN MÉDICA

UNIFILA

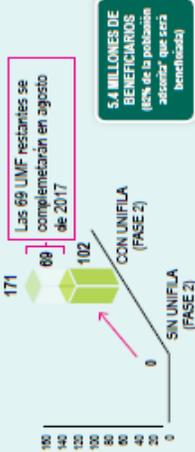
FASE 1

- Concluyó su implementación en enero de 2017 alcanzando 101 UNIF con 10 consultorios o más.
- El tiempo de espera de los pacientes sin cita se ha reducido de 3 horas en promedio a 47 minutos, una reducción del 74%.



FASE 2

- Se prevé llegar a 171 UNIF para agosto de 2017 y dar servicio al 16% de la población total adscrita a UNIF con 5-9 consultorios.
- De abril a mayo 2017 se implementó en 58 UNIF, el 34% de las planeadas para el tercer trimestre de 2017.

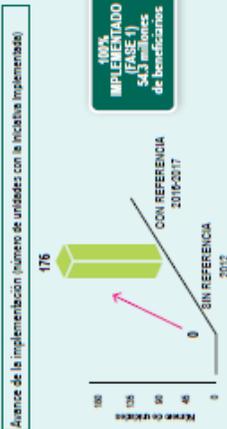


1. Los avances por la delegación de la UNIF 101 que estaba programada para enero 2017. Asimismo, se dio inicio a la implementación de unidades adscritas a la red que no estaban contempladas en el plan inicial. Fuente: con base en información de la población adscrita a Unidades de Medicina Familiar y febrero 2018.

REFERENCIAS

FASE 1

- Concluyó en enero de 2017 alcanzando 176 hospitales. Ahora los pacientes esperan menos de 30 minutos para recibir la confirmación de su cita cuando antes esperaban 7 días, se redujo el tiempo de espera en 93%.



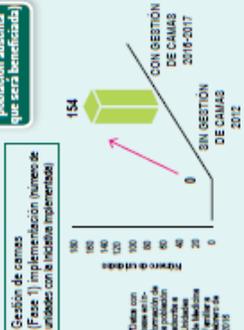
FASE 2

- La iniciativa se amplía a tercer nivel.
- El 22 de mayo inició el Programa Piloto de Referencias entre el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Occidental y los hospitales de segundo nivel: HGR 45, 46, 110 y 180 (Guaxaca y Toluca).
- Se llevó la funcionalidad del Expediente Clínico Electrónico (ECE) "Oficina de Servicios" como herramienta de agenda de citas.

GESTIÓN DE CAMAS

FASE 1

- Concluyó su implementación en marzo de 2017 alcanzando 154 hospitales



FASE 2

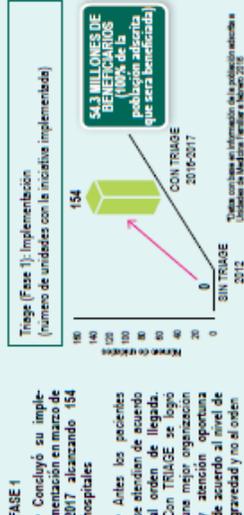
- El siguiente paso es implementar el piloto del Sistema Electrónico de Gestión de Camas para un mejor registro de los tiempos de cama vacía.
- El 30 de mayo dio inicio esta iniciativa en el Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes (Estado de México) y el Hospital de Especialidades No. 2 Luis Donaldo Colosio (Ciudad Obregón, Sonora).



URGENCIAS (TRIAGE)

FASE 1

- Concluyó su implementación en marzo de 2017 alcanzando 154 hospitales



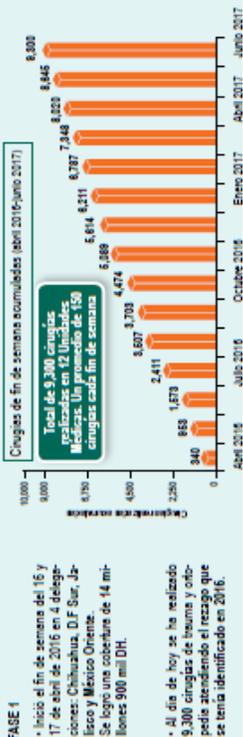
FASE 2

- Hoy en día, existe el portal de TRIAGE para el registro de la demanda.
- Hasta ahora se cuenta con 1,339,956 registros, lo cual representa el 6.4% de las atenciones programadas en urgencias.
- El 30 de mayo comenzó con el Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes (Estado de México). Se implementará esta iniciativa en al menos 12 UMAB.

CIRUGÍAS EN FIN DE SEMANA

FASE 1

- Inició el fin de semana del 16 y 17 de abril de 2016 en 4 delegaciones: Chihuahua, D.F. Sur, Jalisco y México Oriente. Se logró una cobertura de 14 millones 900 mil DH.



- Al día de hoy se ha realizado 9,300 cirugías de trauma y otro pediatría atendiendo el rescate que se tenía identificado en 2016.

Centroamérica – el caso de Costa Rica

De acuerdo con las estadísticas, los registros deben cumplir con una serie de estándares definidos por entidades internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, así como la OCDE para asegurar la calidad, el debido procesamiento y la divulgación oportuna de la información, y con excepción de Costa Rica, las naciones centroamericanas aún enfrentan problemas de subregistro.

Es Costa Rica el país de Centroamérica que sobresale en inversión en el rubro de Salud además de ser quien se encuentra en proceso de adhesión a la OCDE, por ello, es de este país del que se realiza la descripción de sus principales Instituciones del sistema de salud.

Costa Rica es un país pequeño situado en la América Central con una superficie de 51.100 km² tan solo mayor que El Salvador y Belice., se considera como una de las democracias más sólidas y consolidadas, ha mantenido una buena estabilidad política, a pesar de las dificultades económicas y sociales de las últimas dos décadas.

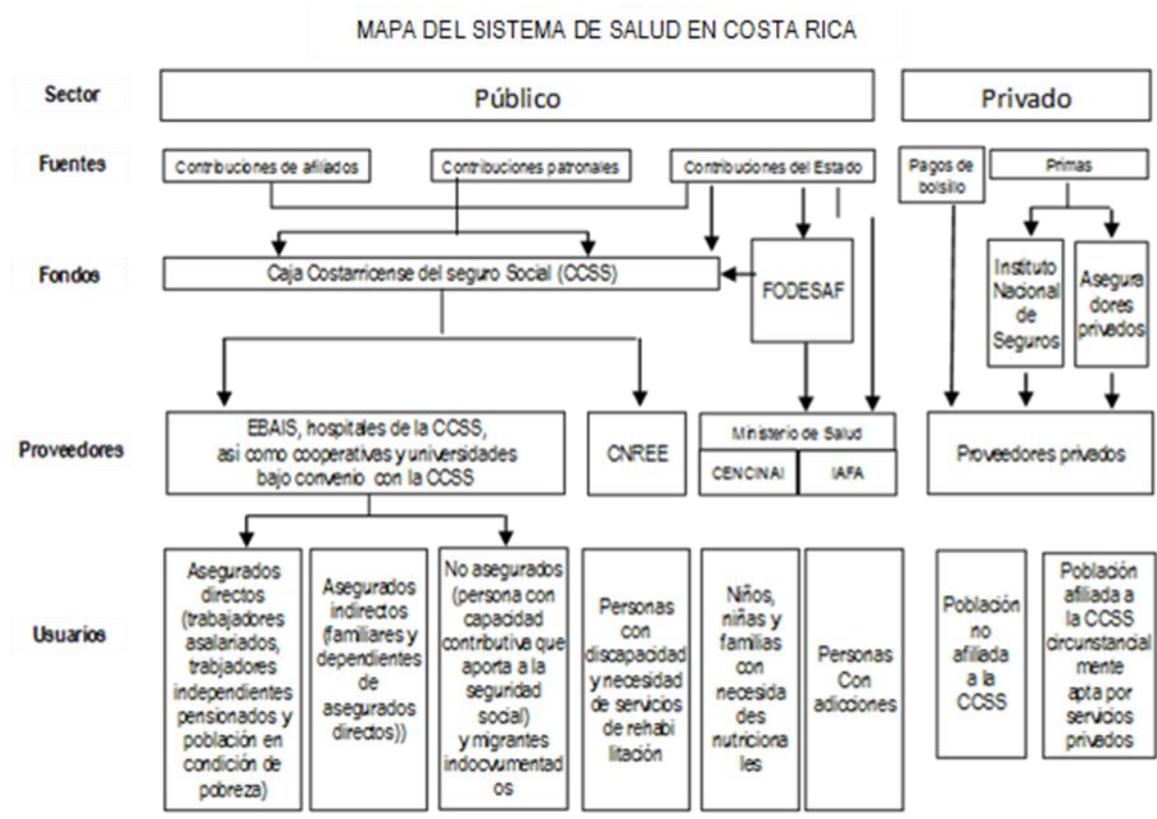


La moneda oficial de la República de Costa Rica en América Central es el Colón costarricense, llamado así en honor al Almirante Cristóbal Colón, su símbolo es una letra C atravesada por dos barras verticales (₡)

Los últimos datos señalan que su índice de desarrollo humano de 2016 es el quinto mejor de Latinoamérica, además, en la clasificación del Índice de Competitividad Global de 2016 se ubicó en el lugar 54 a nivel mundial y tercero a nivel latinoamericano. Costa Rica se perfila como uno de los países más ricos, progresivos, desarrollados y estables de América, destacándose en los índices ambientales, de libertad de prensa, libertad personal, seguridad, igualdad,

democracia, distribución de la riqueza, progreso social, salud y educación (PNUD, 2016)

Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), estando en sus manos la seguridad social; en menor medida el Instituto Nacional de Seguros (INS), por su parte, el Ministerio de Salud (MS), funge como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas al mismo (Sistema de salud de Costa Rica, 2011, pág. 57), tal y como se muestra en el siguiente esquema:



Fuente Sáenz R, Bermúdez J, Acosta M. (2010)

CENCINAI: Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI)
 CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica
 EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud
 IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
 INS: Instituto Nacional de Seguros

FUENTE (Sistema de Salud de Costa Rica, 2011)



Caja Costarricense de Seguro Social

El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada

del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos denominados “compromisos de gestión”.



El Instituto Nacional de Seguros (INS) opera tanto en el sector público como en el privado, siendo responsable de las coberturas de los

riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y rehabilitación traumatológica relacionados,



El Ministerio de Salud (MS), por su parte, cuenta con una dirección especializada en salud pública que se apoya en una red

de unidades operativas en los niveles regional y local, encargada de la vigilancia y control epidemiológicos. El MS es también el rector del sistema, siendo responsable de la dirección política, la regulación sanitaria, la atención a la salud, la vigilancia epidemiológica, el direccionamiento de la investigación y el desarrollo tecnológico.

El seguro de salud se constituyó para la población trabajadora y con el paso de los años se ha extendido a nuevos beneficiarios estrechamente ligados a la categoría de contribuyente y no contribuyentes al sistema. Éstos se clasifican según diversas modalidades de aseguramiento, a saber: a) asegurados directos (trabajadores asalariados; pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales; personas que individual o colectivamente se acojan a la modalidad de

seguro voluntario; trabajadores independientes, que cotizan al seguro en forma individual o colectiva; población en condición de pobreza, aseguradas por el Estado); b) asegurados indirectos (familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el beneficio familiar), y c) no asegurados (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados). (Sistema de salud de Costa Rica, 2011)

El Ministerio de Salud dirige y conduce a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando un ambiente humano sano y equilibrado, bajo los principios de equidad, ética, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad.

Por lo que, como órgano Rector del Sistema de Producción Social de la Salud, tiene como mira, fortalecer las relaciones internacionales en el campo de la salud, no sólo con el propósito de aprovechar las oportunidades que en el campo de la cooperación brinda el entorno internacional, sino también de posicionar al país en los diferentes foros internacionales y posicionarnos como oferente de cooperación técnica en salud, con fin de proyectar las virtudes y logros alcanzados en el Sistema de Salud Costarricense.

Este proceso de fortalecimiento institucional en el campo de las relaciones internacionales contempló la creación de la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud (UAIS), con el propósito de apoyar la dirección y conducción de las relaciones internacionales en salud, así como para apoyar las iniciativas que los actores del Sistema Nacional de Producción Social de la Salud formulen mediante proyectos y perfiles de proyectos en temas de cooperación internacional en salud, los cuales serán incluidos dentro del Portafolio de Proyectos en Salud para la Cooperación Internacional

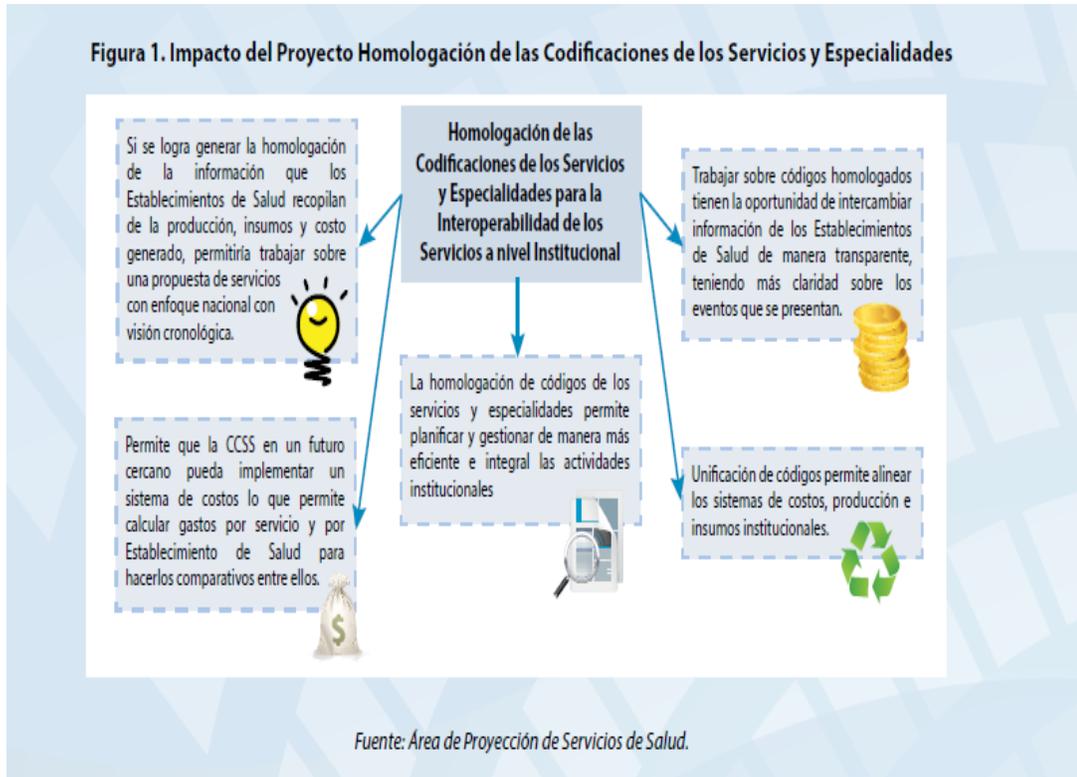
El CCSS en datos:



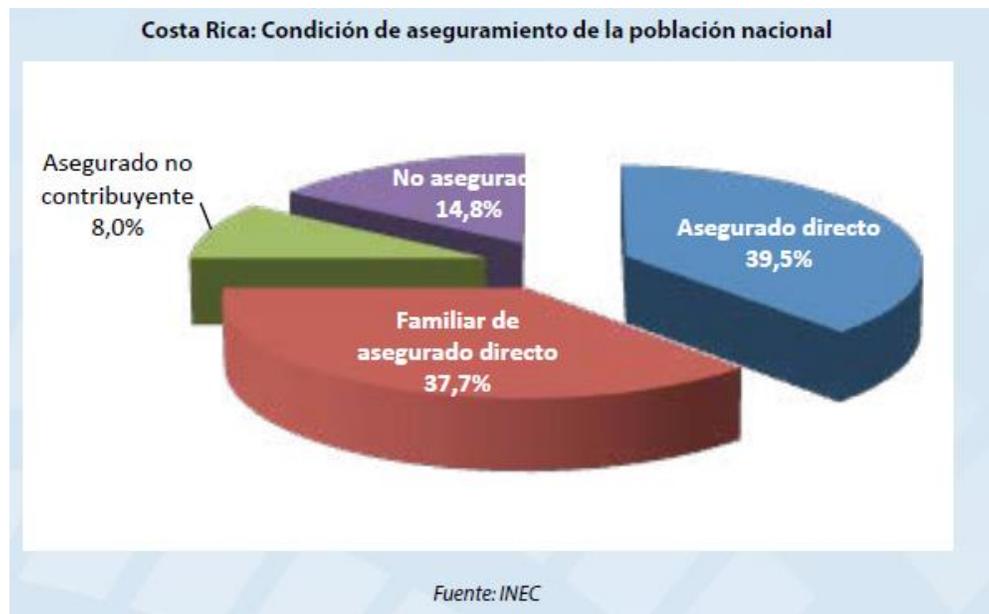
La Dra. María del Rocío Sáenz, quien fungió como Presidenta Ejecutiva CCSS hasta el mes de junio del presente año (2017), señaló, en el Informe de la CCSS denominado “Memoria Institucional, 2015” que uno de sus objetivos primordiales, era continuar con los esfuerzos necesarios para que la institución logre cumplir su propósito: ofrecer servicios de salud con calidad y con oportunidad., “consolidarnos como grupo de trabajo para que la institución pueda cumplir vigorosa su 75 aniversario y prepararse para el reto tan significativo de cumplir sus 100 años de existencia.”

POBLACION NACIONAL SEGÚN CONDICION DE ASEGURAMIENTO. COSTA RICA: 2014 - 2015.			
CONDICION DE ASEGURAMIENTO		AÑO	
		2014	2015
TOTAL		4.772.098	4.833.752
% COBERTURA CONTRIBUTIVA		94,7	94,9
Asegurados directos	Asalariados	1.189.205	1.210.043
	Cuenta propia	375.435	376.138
	Convenios	67.255	68.021
Cuenta del Estado	530.227	601.319	
Dependientes de asegurado directo	1.872.973	1.813.981	
Pensionados	IVM CCSS	211.180	223.711
	Regímenes especiales	60.226	60.971
	Régimen No Contributivo	101.567	105.696
Dependientes de pensionado		111.109	127.351
No asegurados		252.921	246.521

Figura 1. Impacto del Proyecto Homologación de las Codificaciones de los Servicios y Especialidades



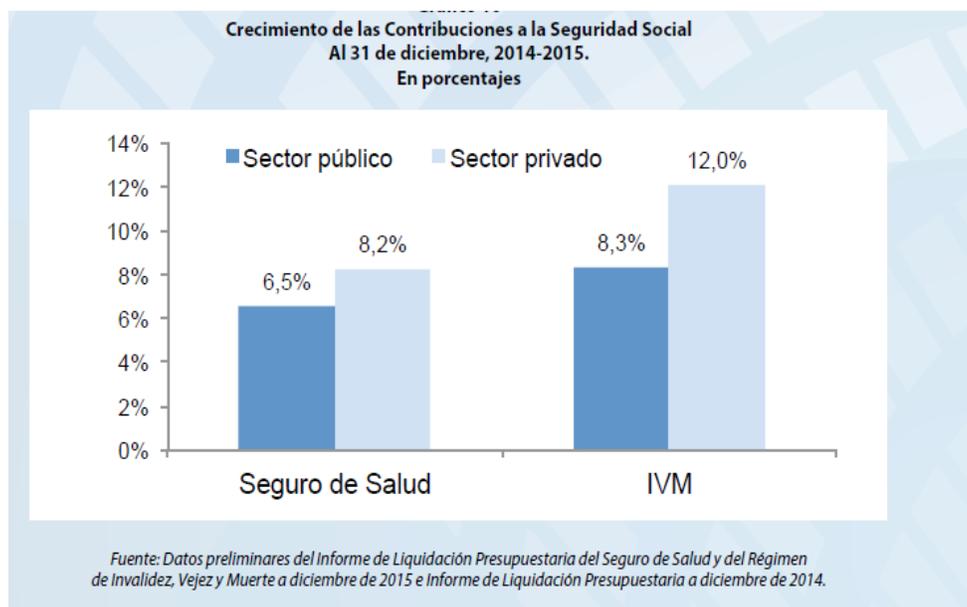
De acuerdo con este informe, desde su fundación en 1941, la cobertura de la CCSS creció consistentemente hasta los años noventa y que desde entonces el porcentaje de asegurados ha oscilado entre 85.6 y 87.6%.

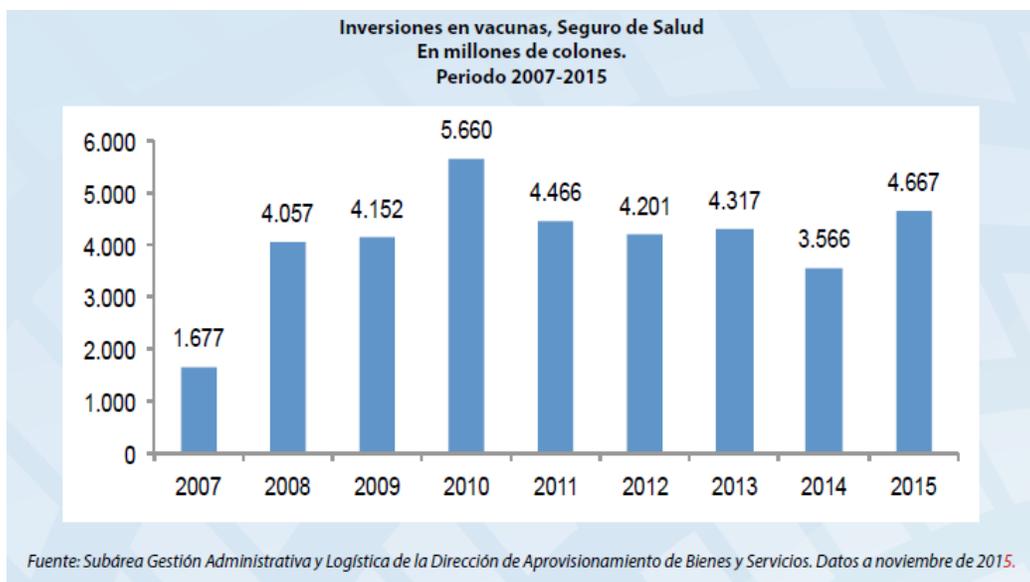


El presupuesto institucional para el 2015 fue de ₡ 3.015.976 millones, distribuido en ₡ 1,866,733 millones al Seguro de Salud, ₡ 1,013,001 millones al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y ₡ 136,242 millones al Régimen No Contributivo de Pensiones (RNC). Respecto a su ejecución, el Seguro de Salud ejecuto un 90%; el IVM un 87%; y el RNC lo hizo en 97%. A continuación se muestra la ejecución presupuestaria según ingresos y gastos. (Seguro Social Costa Rica)

Ejecución presupuestaria del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones Al 31 de diciembre de 2015. En millones de colones				
Detalle	Salud	IVM	RNC	Total
Ingresos	1,993,668.7	970,507.7	149,543.5	3,113,719.9
Egresos	1,679,584.0	879,603.5	131,654.0	2,690,841.5
Diferencia	314,084.7	90,904.2	17,889.5	422,878.4

Fuente: Datos preliminares del Informe de Liquidación Presupuestaria del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones al 31 de diciembre del 2015.



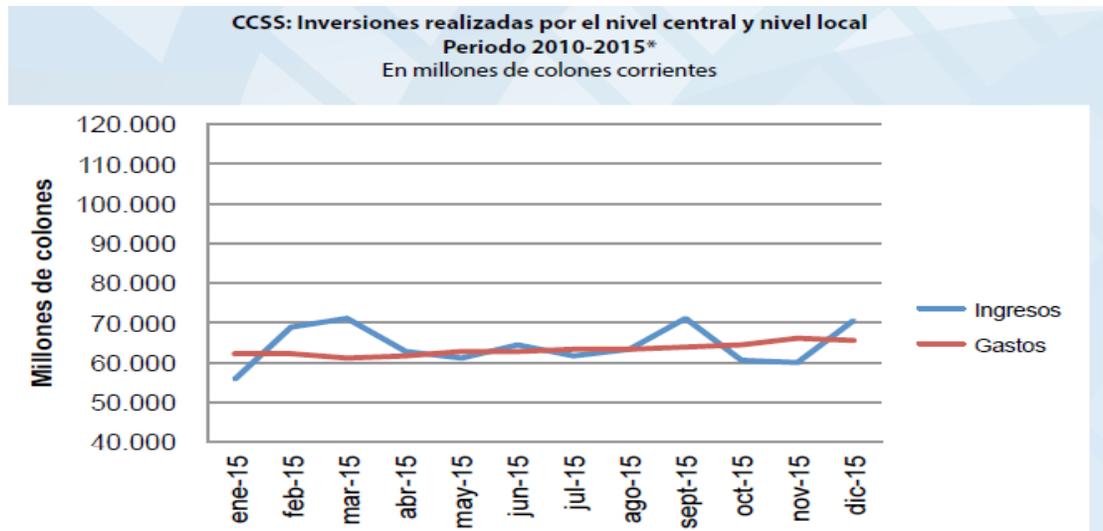


DATOS DE PRODUCCIÓN EXPEDIENTE DIGITAL ÚNICO EN SALUD		
Sistema	Indicador de resultados	Cantidad
Sistema Integrado de Ficha Familiar	Cantidad de Viviendas	263.463
Sistema Integrado de Ficha Familiar	Miembros en Viviendas	705.241
Sistema de Identificación, Agendas y Citas	Población Adscrita	2.913.034
Sistema de Identificación, Agendas y Citas	Citas Asignadas	9.556.703
Sistema Integrado de Expediente de Salud	Atenciones Realizadas	3.844.682

Fuente: Proyecto Expediente Digital Único en Salud, datos a diciembre 2015
Centro de Contactos para la asignación de Citas Telefónicas

Para el año 2015 se ejecutó en el Seguro de Salud un monto total de ₡ 61,630 millones en Bienes Duraderos. Ese monto representó un crecimiento del 20.2% con respecto al gasto del año 2014 y un 4.1% de los ingresos por contribuciones.

Tal como se observa en el siguiente gráfico, en el 2015, la CCSS invirtió en edificaciones, equipos médicos y tecnologías de información que buscan brindar más y mejores servicios para satisfacer las necesidades de la población. Estas inversiones son consideradas como vector de desarrollo de la Institución, permitiendo cumplir con las políticas de seguridad humana y protección del patrimonio y además; contribuyen en el desarrollo económico y social del país.



Las inversiones en proyectos de infraestructura para la salud, además del edificio incluyen componentes fundamentales de equipamiento y tecnologías de información y comunicaciones. Este tipo de proyectos representaron en el 2015, una inversión de $\text{¢} 32.809$ millones en obras de mediana y alta complejidad, como resultado de la gestión de la Gerencia Infraestructura y Tecnologías.

Gasto en Bienes Duraderos del Seguro de Salud
 En millones de colones.
 Al 31 de diciembre de 2014 y 2015

Descripción	2014	2015	Variación (%)
A. Construc., adiciones y mejoras	29,501.0	32,809.2	11.2%
B. Maquinaria, equipo y mobiliario	21,704.9	28,814.7	32.8%
C. Bienes preexistentes y otros	84.7	6.5	-92.3%
Total	51,290.5	61,630.4	20.2%

Fuente: Datos preliminares del Informe de Liquidación Presupuestaria del Seguro de Salud a diciembre de 2015 e Informe de Liquidación Presupuestaria a diciembre de 2014.



La Dra. Saenz, dejó el cargo el pasado mes de Junio, actualmente, Fernando Llorca Castro tomó el cargo de Presidente de la Junta Directiva de la CCSS el pasado 08 de junio del presente año 2017

Conclusiones

En el mundo actual, el surgimiento de una cantidad considerable de nuevas enfermedades, aunado a las ya existentes, generan un fuerte impacto en el sector salud ya que suelen desestabilizarlo sino se tienen contempladas las medidas adecuadas no solo inmediatas sino a mediano y largo plazo, teniendo presente en todo momento, que si está en riesgo la salud de la población, esto repercute indiscutiblemente en su desempeño en cualquier ámbito, razón por la que esta investigación descriptiva permitió demostrar que el sector salud no solo es parte de la política interna sino que es un sector que traspasa las fronteras por ser de trascendencia el impacto que puede generar al interior de cada nación convirtiéndose en un tema prioritario por el que se trabaja de forma intensa a través del uso de medios diplomáticos y organismos internacionales con el objetivo de promover y salvaguardar uno de los derechos humanos fundamentales, pero siempre en estricto apego al derecho internacional y a la soberanía de cada nación.

Entendiendo así que la prestación de salud es un tema que va de la mano con otros tantos sectores como la educación, acceso al empleo, inversión, infraestructura y administración de recursos, y esto se da a partir de las propuestas que se logren plantear en cada uno de los proyectos que se presentan ante los diversos Organismos especializados en el tema – Organización mundial de la Salud – Organización Panamericana para la Salud - dependientes de los Organismos Financieros Internacionales, considerando en cada proyecto, el enfoque humano, integral y responsable así como la eficiencia de las instituciones y órganos regulatorios, para generar resultados y fomentar la evaluación en la materia.

De hace unos años, se ha incrementado el acceso a los servicios de salud produciendo mejoras notables en materia de protección financiera; México y Centroamérica, han venido participando de manera activa en diversos mecanismos de integración donde la cooperación ha sido un punto clave para trabajar en propuestas y objetivos concretos permitiendo alcanzar mejores condiciones económicas, sociales y políticas en beneficio para la región.

Por lo que de esta manera y fomentando el desarrollo y el crecimiento integral de cada nación, se pretende asegurar una mejor calidad de vida para la población, promoviendo las competencias y valores comunes que permitan responder a las problemáticas dentro de los distintos escenarios ante los que se enfrenta la región en el actual contexto internacional.

Ahora bien, por su parte, la inversión pública en materia de salud ha permitido que se refleje una mejora en la productividad del elemento trabajo, convirtiéndose en una política esencial para la formación y conservación del capital humano, con la convicción de que una población con falta de estos servicios ve afectada su fuerza laboral, reflejando fuertes secuelas de carácter económico, lo que puede convertirse en falta de crecimiento y una mala distribución de la riqueza.

De igual manera, funciona como un instrumento de redistribución de la riqueza, por hacer accesible estos servicios a la población que está expuesta a imprevistos catastróficos que pueden generar enormes gastos cuando se presentan algún tipo de enfermedad, no importando la gravedad de la esta.

Por su parte, como órgano de evaluación en la materia, además de otros ámbitos, se encuentra la OCDE, quien a través de sus diversos indicadores muestra las estadísticas en los países miembros, realizando comparativos que tienen como finalidad evidenciar las carencias y/o deficiencias que existen en la región con respecto a este sector, con el objetivo de que se adquieran compromisos para la mejora de la misma.

Teniendo claro que el fortalecimiento de los procesos aunado a las prácticas de gestión de la inversión pública, son importantes para garantizar que el recurso económico – dinero - se aproveche de forma eficiente, reforzando las diversas instituciones con las que cuente cada nación, dedicadas al cuidado de la salud de la población.

Recordando en todo momento, que *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*, tal como lo señala la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Bibliografía

Fuentes Consultadas

Alarcon, Jose. (2014). Perspectivas del Sector Salud en México para el 2015. PWC México.

Antiga Trujillo, N. (2014). La política social del estado mexicano y su impacto en el bienestar social. D.F.: LASE.

Antiga Trujillo, N., & Tenorio Herrera, G. (2014). La metodología de la ciencia y sus aplicaciones con matriz herurística. México: LASE.

Arreola Peñalosa, M. (2017). Saldos favorables en el IMSS. Tu IMSS, la Institución desde adentro, 4.

Aza, M. (2012). Análisis preliminar de eficacia y eficiencia de políticas públicas en salud de países con mayor esperanza de vida en el mundo .

Baca Urbina , G. (1998). Evaluación de Proyectos. México: Mc Graw Hill.

Baca Urbina, G. (2001). Evaluación de Proyectos, Análisis y Administración del Riesgo. México: McGraw-Hill.

Banco de Programas y Proyectos de Inversión Pública . (2013). Formulación y evaluación de proyectos de inversión pública . México: Secretaria de Finanzas.

Barros Rubio, X. d., & Rivera Ugarte, V. S. (2014). Normatividad y visión societal en políticas públicas participativas de salud en Centroamérica. Revista Katálysis, 242-251.

Bulmer-Thomas , V., & Douglas Kincaid, A. (2001). Centroamérica 2020: Hacia un nuevo modelo de desarrollo regional. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Caballero-Uribe, C. (2012). Las crisis del sector salud. Salud Uninorte.

Calduch, R. (1993). Dinámica de la Sociedad Internacional, Madrid, CEURA.

Calvo Homero , A. (1997). Organización Económica Internacional. UNED.

Cardenas, K. (Dirección). (2016). Organismos Financieros/Económicos internacionales [Película].

CEPAL. (1993). Tendencias recientes en la cooperación internacional hacia el Istmo Centroamericano: CEPAL. México.

CEPAL. (2015). Una mirada a los países del Proyecto Mesoamérica. México: Naciones Unidas.

Cid Capetillo, Ileana. (2001). Lecturas Básicas para Introducción al estudio de Relaciones Internacionales. México: UNAM-FCPyS.

Clements, B., Gupta, S., & Nozaki, M. (2014). ¿Qué sucede con el gasto público en salud en los programas respaldados por el FMI? Una perspectiva distinta . Fondo Monetario Internacional.

De los Rios, R. &. (2011). El financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica.

Domínguez, R., Al Said, A., & Valenzuela, E. (2009). Por un nuevo modelo de cooperación. Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM, 63-80.

El IMSS luce con un nuevo rostro para beneficio del derechohabiente. (2017). Tu IMSS-La institución desde adentro, 10-19.

Estado de la Región Centroamérica. (2016). Quinto Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible. Costa Rica: Programa Estado de la Nación.

Etienne, C. (2015). Indicadores Básicos. Washington, D.C.,: OPS-OMS.

Etienne, C. (2016). Indicadores Básicos. Washington, D.C.,: OPS-OMS.

FMI. (2016). Conclusiones de la XIV Conferencia Regional sobre Centroamérica, Panamá y la República Dominicana. Departamento de Comunicaciones del FMI.

FMI. (marzo de 2016). El FMI y el Banco Mundial (Ficha Técnica). FMI.

FMI. (2016). Perspectivas económicas: Las Américas: Administrando transiciones y riesgos. FMI.

Forbes, S. (2015). Las 5 claves del presupuesto 2016. Forbes México.

Giedion , Ú., Villar, M., & Ávila , A. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado. Madrid, España: Fundación Mapfre.

Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. (s.f.). Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México, E3-E64.

Herrera Avendaño, C. (2001). Fuentes de Financiamiento. México: Gasca SICCO.

Ibarra Mares, A. (2009). Introducción a las Finanzas Públicas. Cartagena de Indias, Colombia.

Instituto Latinoamericano de planificación Económica y Social . (s.f.). Guía para la presentación de Proyectos. México: Siglo XXI.

Irela. (1999). Cooperación para el desarrollo con América Latina: ¿hacia un menor protagonismo europeo?

Irela. (1999). Resultados de la Reunión del Grupo Consultivo. Panorama Centroamericano(148).

León, J. (2001). Centroamérica y el mundo en los albores del siglo XXI. Política y Cultura.

MAC. (12 de Febrero de 2013). Futuro de relación México-Centroamérica, en análisis. El Economista.

Maddaleno, M. &. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública de México.

Meada Kuribreña, J. (20 de Junio de 2013). México y Centroamérica, una relación renovada. El Universal.

Menchú, S. (2016). ¿Cuál es el panorama del sistema de salud en Centroamérica? Forbes, México.

Mendez Lugo, B. (s.f.). Intensa Cooperación de México a Centroamérica: El caso de El Salvador. Embajada de México en El Salvador.

Merle, M. &. (1991). Sociología de las relaciones Internacionales. Madrid: Alianza Universidad.

Mingst, K. (2009). Fundamentos de las Relaciones Internacionales. México: CIDE.

Morales Castro, J., & Morales Castro, A. (s.f.). Finanzas - Proyectos de Inversión. México: Facultad de Contaduría y Administración (UNAM).

OCDE. (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México . OCDE.

OCDE. (2016). Estudios económicos de la OCDE, Costa Rica. OCDE.

OMS. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación.

OMS. (2015). Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México. OMS.

ONU. (2013). Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud

Orellana-Centeno, J. E., Nava-Zarate, N., Onofre-Quilantan, M. G., & Orellana-Centeno, M. (2013). Comparación de los sistemas de salud de México y de España. Salud en Tabasco, 28-36.

PNUD. (2016). Desarrollo humano para todas las personas. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, M. (2016). Informe sobre desarrollo humano México 2016, Desigualdad y Movilidad. Mexico: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Mexico.

Ramírez, A. (22 de Marzo de 2017). Costa Rica logra aval en materia de salud para ingreso a la OCDE . CB24 Noticias Centroamérica.

Reyes Tépac M. , M. en E. . (2015). El Presupuesto Público Federal para la FUNCIÓN SALUD , 2015-2016. México: Cámara de Diputados.

Rubio, X. &. (2014). y visión societal en políticas públicas participativas de salud en Centroamérica. Revista Katálysis,, 242-251.

Salomón González, M. (2001-2002). La teoría de las Relaciones en los albores del siglo XXI: diálogo , disidencia, aproximaciones. CIDOB d’Afers Internacionals, 7-52.

Santa Cruz, Legler Thomas, & Zamudio, (2013) Introducción a las Relaciones Internacionales: América Latina y la Política Global, México, Oxford University Press

Sauma, P. &. (2011). Análisis comparativo de las implicaciones de la política macroeconómica, los choques externos y los sistemas de protección social en la pobreza y la desigualdad en siete países de América Latina . Mexico D.F.: Naciones Unidad.

Schiavon Uriegas, J. A., Ortega Ramirez,, A. S., Lopez-Vallejo Olvera, M., & Velazquez Flores, R. (2014). Teorias de Relaciones Internacionales en el siglo XXI: Interpretaciones críticas desde México. México.

SEGOB. (12 de Diciembre de 2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Diario oficial de la Federacion.

Seguro Social Costa Rica. (s.f.). Memoria Institucional 2015.

Sridhar, D., & Clinton, C. (2014). Supervisión de la salud mundial . Finanzas & Desarrollo (FMI).

Torres-Rivas, Edelberto;. (1989). América Central hacia el 2000. Caracas: Nueva Sociedad y UNITAR/PROFAL.

Vásquez, M. L. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria, 30-38.

Wendt, A. (1995). Constructing International Security (Vol. 20).

Wendt, A. (2005). La anarquía es lo que los estados hacen de ella. La construcción social de la política de poder. Revista Académica de Relaciones Internacionales, 47.

Tesis

Burelo Vera, Miguel Ángel. Organismos Financieros Internacionales: Su participación en los países de menor desarrollo relativo: el caso de México.1990. Tesis de Licenciado en Relaciones Internacionales en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Araiza Uriarte, Daniel. El Banco Centroamericano de Integración Económica y la participación de México. 1999. Tesis de Licenciado en Relaciones Internacionales en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Cuestas Flores, Desire. Política de salud pública en América Latina, del estado benefactor al estado neoliberal: el caso mexicano 1970-1980. 2004. Tesis de Licenciado en estudios Latinoamericanos en la Facultad de Filosofía y Letras

Arroyo Jiménez, Guillermo. Iniciativas para abatir la crisis financiera del IMSS. 2011. Tesis de Actuario en la Facultad de Ciencias

Documental:

Constitución Políticas de los Estados Unidos Mexicanos

DOF. (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: SEGOB.

OCDE. (s.f.). OCDE-Folleto. Datos Generales de la OCDE. OCDE, México.

ONU- Informe. (1984).

Entrevistas

Alexander Mora, M. d. (3 de Febrero de 2017). Costa Rica lidera una alianza entre Centroamérica y la OCDE. (EFE, Entrevistador)

Cartens, A. (18 de octubre de 2009). (A. Gonzalez, Entrevistador)

Prat, J. (04 de Febrero de 2016). Recomienda economista del BID a América Central aprovechar coyuntura. (L. A. Sierra, Entrevistador)

Perfiles. (2017). Jorge Trujillo, transformando los servicios de salud pública (entrevista). Central Municipal, 74-77.
Electrónicas

Agencia Mexicana de Cooperación para el desarrollo. (14 de Junio de 2017). Agencia Mexicana de Cooperación para el desarrollo. Obtenido de Agencia Mexicana de Cooperación para el desarrollo: <https://www.gob.mx/amexcid/acciones-y-programas/cooperacion-de-mexico-con-centroamerica>

Arcia Caceres, I. (2011). EUMED.NET. Obtenido de Enciclopedia virtual - Teorías de la Inversión: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/iac/ficha.htm>

Arias, J. (8 de Agosto de 2016). Costa Rica lidera gasto en educación y salud de la Región. Obtenido de crhoy.com: <http://www.crhoy.com/archivo/costa-rica-lidera-gasto-en-educacion-y-salud-de-la-region/economia/>

Barcena, A. (s.f.). La Prensa Gáfica. Obtenido de <http://www.laprensagrafica.com/2015/05/28/el-salvador-fue-el-pais-con-menos-inversion-de-c-a>

Barros Rubio , X., & Rivera Ugarte, V. (2014). Normatividad y visión societal en políticas públicas participativas de salud en Centroamérica. Obtenido de Katálysis: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/36211>

BID. (2015). Proyecto Integración y Desarrollo Mesoamérica. Obtenido de Portal Oficial del Proyecto Mesoamérica: http://www.proyectomesoamerica.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=471&Itemid=236

BM. (s.f.). Datos, Banco Mundial. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

BM. (s.f.). Gasto en salud. Obtenido de Datos Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL>

Buenas Tareas. (12 de mayo de 2010). Obtenido de Proyectos Públicos: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Proyectos-Públicos/305680.html>

Centro de Conocimiento en Salud Publica y Desastres. (s.f.). Obtenido de Salud y Desastres: <http://www.saludydesastres.info/index.php?lang=es>

Cerón Meza, Á. E. (2 de junio de 2014). La teoría de la Inversión Internacional. Obtenido de Prezi: <https://prezi.com/0bl7bllh2we4/la-teoria-de-la-inversion-internacional/>

Concepto de Inversión. (21 de septiembre de 2011). Obtenido de Zona Económica: <http://www.zonaeconomica.com/concepto-de-inversion>

Franco, S. (12 de mayo de 2013). Proyectos. Obtenido de Proyectos: <http://proyectosaydafranco.blogspot.mx/2013/05/4-finanzas-internacionales.html>

Fuentes, G. (s.f.). eHOW . Obtenido de eHOW: http://www.ehowenespanol.com/teoria-inversion-internacional-hechos_125708/

Galindo, R. (s.f.). Expansion en alianza xon CNN. Obtenido de <http://expansion.mx/opinion/2011/04/24/en-salud-el-gasto-es-inversion>

Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola , H., & Frenk, J. (enero de 2011). Sistema de salud de México. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017

Guisán Seijas, M. C. (s.f.). EUMED.NET. Obtenido de EUMED.NET: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cgs-integra.pdf>

INEGI. (2015). PIB y cuentas Nacionales de México. Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/salud/default>

Karol, L. (15 de agosto de 2013). Prezi. Obtenido de Prezi: https://prezi.com/bd-q9rd_bfgc/organismos-financieros-internacionales

Mendez Mendez, J. S. (01 de noviembre de 2016). Gasto en Salud. Obtenido de Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP): <http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/>

Nañez Vazquez, C. (1 de abril de 2011). SladheShare. Obtenido de SladheShare: <https://es.slideshare.net/CesarAdrianNaezVazquez/proyecto-salud-publica-mexico>

OCDE. (2016). FUNSALUD. Obtenido de http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde_rhsmx_sp.pdf

OCDE. (2017). Costa Rica y la OCDE. Obtenido de OCDE: <http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/costa-rica-y-la-ocde.htm>

OCDE. (s.f.). Panorama de la salud 2009. Obtenido de SCRIBD: <https://es.scribd.com/document/25057956/Indicadores-salud-2009-OCDE>

OMS. (s.f.). OMS. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/es/>

OPS-OMS. Obtenido de Sistema de las Naciones Unidas:
<http://www.onu.cl/onu/sample-page/agencias-fondos-y-programas/ops-oms/>

Organizacion Mundial del Comercio . (s.f.). Obtenido de Organizacion Mundial del Comercio: <http://www.wto.org>

Panorama General (BM). (19 de Junio de 2017). Obtenido de Banco Mundial:
<http://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview>

Presupuesto de capital. (s.f.). Obtenido de
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/castillo_f_fi/capitulo2.pdf

Proyecto de Inversion. (s.f.). Obtenido de
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/castillo_f_fi/capitulo2.pdf

Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (24 de enero de 2011). Sistema de salud de Costa Rica. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011

SRE. (20 de noviembre de 2015). Secretaria de Relaciones Exteriores. Obtenido de Secretaria de Relaciones Exteriores: <https://www.gob.mx/sre/acciones-y-programas/estrategia-de-seguridad-de-centroamerica-esca>

Valencia Lomelí , E. (12 de junio de 2012). Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI. Obtenido de CEPAL:
http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/46798/Protecci%C3%B3n_social_en_M%C3%A9xico.pdf

Varios. (10 de Noviembre de 2014). Inversión-es: La enciclopedia de las inversiones. Obtenido de Inversión-es: La enciclopedia de las inversiones:
<http://www.inversion-es.com/finanzas/finanzas-publicas.html>

Tarjeta Identificación

Adriana Alejandra Santos Barrios

Teléfonos:

Cel.: 55 4061 4165

Casa: 2621 0289

Correos electrónicos

Personal: aale@hotmail.com

Laboral: adriana.santosb@imss.gob.mx