

Araudo Serrano Graciela Ximena
655

19/8/2019

Manual Morado



[Handwritten signature in red ink]

Liceo de Refu. RRVG.

→ Preguntas →

1-Cuáles son las políticas macroeconómicas que toma el estado y en qué artículo se encuentran?

R- Se encuentra en el artículo 25 que dice que: "Corresponde al estado la vectoria del desarrollo nacional para garantizar que este sea integral y sustentable, que fortalezca la soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante la competitividad, el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos."

2-De qué manera la ley fortalece la calidad de las instituciones y en qué artículo se encuentra?

R- Se encuentra en el artículo 25 que dice: "La ley establecerá las normas relativas a la administración, organización, funcionamiento, procedimientos de contratación y demás actos jurídicos que celebren las empresas productoras del estado así como el régimen de remuneraciones de su personal, para garantizar su eficacia, eficiencia, honestidad, productividad, transparencia y rendición de cuentas, con base a las mejores prácticas y determinará las de las demás actividades que podrán realizar.

3-Cómo puede mejorar el estado el crecimiento y equidad de la economía y en qué artículo se encuentra?

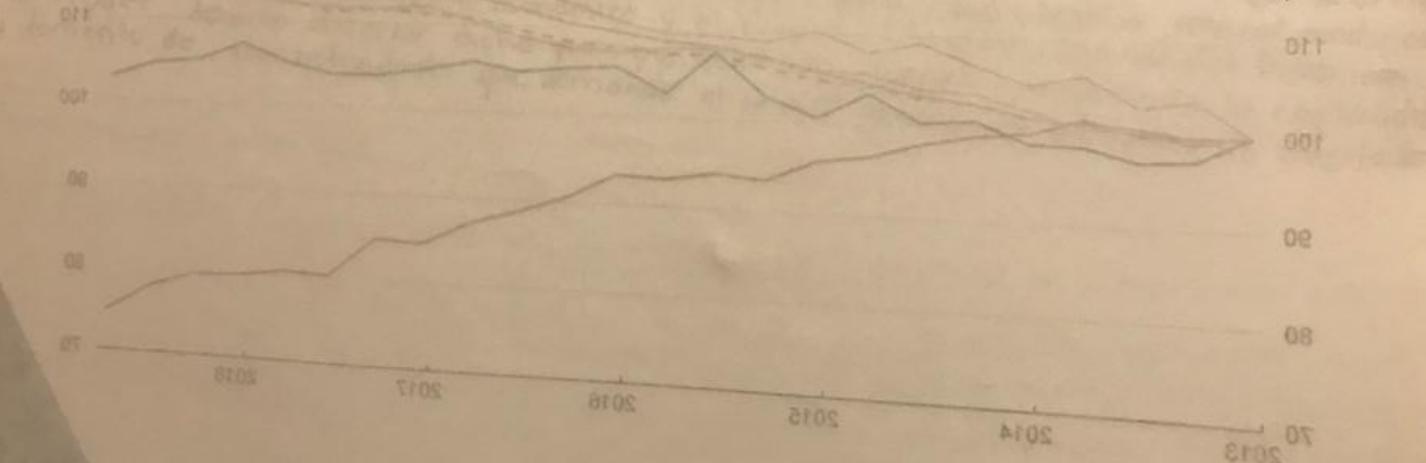
R- Se encuentra en el artículo 26, apartado A, que dice que: "El estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidaridad, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad de crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación." Los fines del proyecto nacional contenidos en esta constitución determinaron los objetivos de la planeación".

— Resumen —

Artículo 25 -Corresponde al estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, que fortalezca la soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante la competitividad, el fomento del crecimiento económico, el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta constitución. La competitividad se entenderá como el conjunto de condiciones necesarias para generar un mayor crecimiento económico, proviendo la inversión y la generación de empleo. El estado velará por la estabilidad de las finanzas públicas y del sistema financiero para coadyuvar a generar condiciones favorables para el crecimiento económico y el empleo. El plan nacional del Desarrollo y municipales deberán observar dicho principio. El estado planeará y llevará a cabo la regulación y fomento de las actividades que demande el interés general en el marco de libertades.

~~PIORIFICACIÓN DE LOS RECURSOS NATURALES~~
~~obligaciones y responsabilidades~~
~~la periodificación~~
~~Resumen~~

Artículo 27. La propiedad de las tierras y las aguas comprendidas dentro de los límites del territorio nacional corresponden de originalmente de la Nación, la cual ha tenido y tiene el derecho de transmitir el dominio de ellos a los particulares, constituyéndose al a propiedad privada. Los exportadores solo podrán hacerse por causa de utilidad pública y mediante indemnización.
Tratándose de Petróleo y los hidrocarburos sólidos, líquidos y gaseosos, en el subsuelo, la propiedad de la Nación es inalienable e imprescriptible y no se otorgan concesiones. Con el propósito de obtener ingresos para el estado que contribuyan al desarrollo de largo plazo para la Nación, esta llevará a cabo las actividades de exploración y extracción del petróleo y de demás hidrocarburos mediante asignaciones a empresas productivas de estado o a través de naciones o contratos las empresas productivas del estado podrán contratar a particulares.



-precuntas-

1-a) ¿Cuál es el objetivo de los programas de atención educativa? R=Garantizar una calidad de necesidades educativas especiales asociadas o no a una discapacidad. b) ¿Quién conforma la atención educativa? R=autoridades educativas, directivos, maestros y profesionistas en el ámbito escolar. c) ¿Con qué artículo de la constitución se relaciona? R=artículo 3 ya que ese artículo es dedicado a la educación y lo relacionado con ello.

2-a) ¿Qué es financiamiento? R=es un proceso que permite la obtención de recursos financieros a las empresas, ya sean estos propios o ajenos. b) Escribe 3 recursos financieros de una escuela. R=Transporte escolar, la cooperativa y adquisición de material de biblioteca. c) Con qué artículo de la constitución se relaciona? R=3º artículo ya que dice que la educación será gratuita (IV)

3-a) ¿Qué son los entornos socioeconómicos? R=es un análisis de la situación económica de la zona en que la empresa desarrolla su actividad productiva o en donde vende su producción. b) ¿Cómo es el entorno socioeconómico en México? R=Son situaciones complejas y fenómenos que se componen de varios elementos que, al relacionarse entre sí, hacen posible un sistema de vida con una organización económica y cultural, vigente en un lugar y tiempo específico de la historia. c) Con qué artículo de la constitución se relaciona? R=Artículo 2 (A decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural)

4-a) ¿Qué son las relaciones fiscales federales? R=Es la jerarquía en la que se debe de dar el alcance al gobierno. b) ¿Qué es un fiscal? R=funcionario, integrante del ministerio público que lleva materialmente la investigación criminal y el ejercicio de acción penal pública. c) ¿Cuál es el objetivo de las relaciones fiscales? R=Analizar los intereses de las entidades federativas.

5-a) ¿Qué es la supervisión? R=Vigilancia o dirección de la realización de una actividad determinativa. b) ¿Qué es el nivel subnacional? R=Son las divisiones territoriales que poseen los estados soberanos en cualquier nivel, en el ámbito político-administrativo. c) Con qué artículos se relaciona? R=Artículo 20. La nación mexicana es única e indivisible.

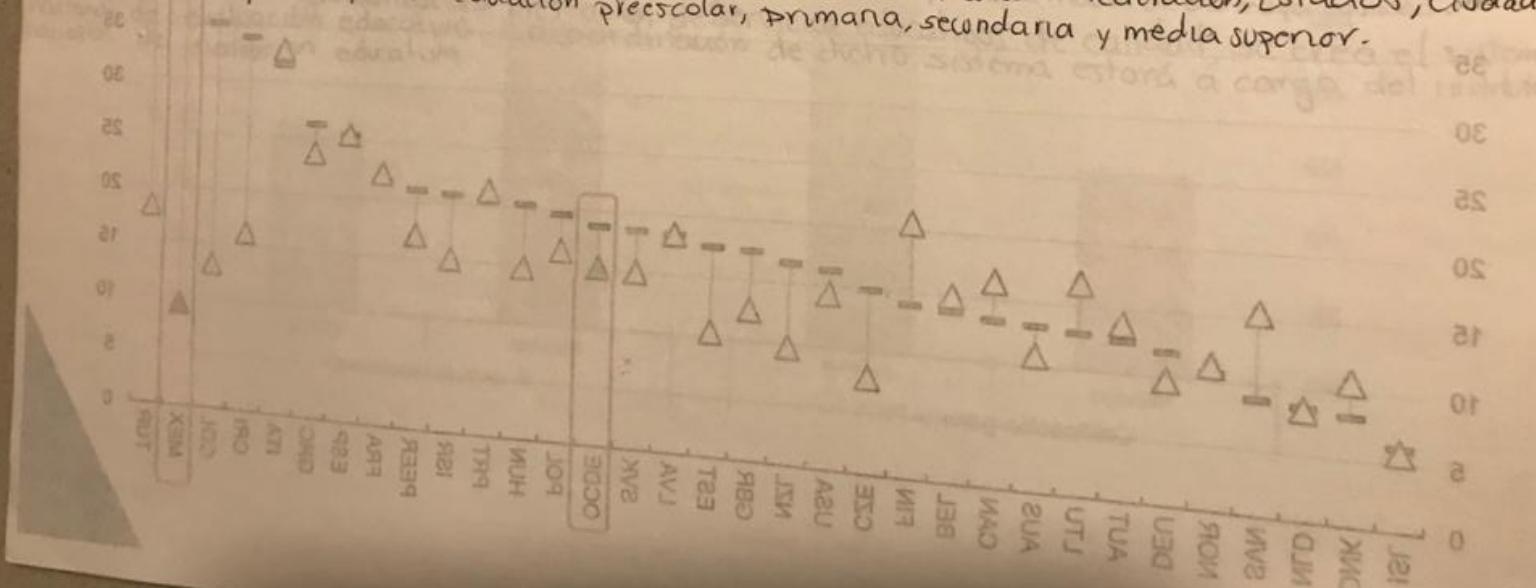
6-a) ¿Qué es educación? R=Proceso de facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos que no terminaron sus estudios o tiraron la toalla. b) ¿Cuál es el objetivo de las FFPT? R=reforzar los sistemas para promover el empleo a los jóvenes y el 4 ya que el hombre y la mujer tienen el derecho a ser iguales ante la ley. c) Con qué artículo de la constitución se relaciona? R=Artículo 3 por la educación que otorga

Acevedo Serrano Graciela Ximena

-Resumen-

En México, los datos del 2016 hacia un crecimiento más fuerte e incluyente sobre los "nini's", el porcentaje de jóvenes mexicanos entre 20 y 24 años de edad, que no estudian, ni trabajan, ni están en formación, predominan las mujeres con un 40% ya que los hombres son apenas el 10%. Es decir que en México el número de nini's mujeres es cuatro veces mayor que el de hombres. La OCDE (Organización para la cooperación y el desarrollo económicos) explicó que predominan las mujeres ya que muchas de ellas son madres y no hay estancias infantiles donde puedan dejar a sus hijos, o las que hay no son de tiempo completo, y cuando no hay quien cuide a los niños, la pareja decide que la mujer se quede en su casa y deje de estudiar. Otra causa es que en México la jornada laboral es muy larga y cuando una mujer con estudios universitarios y empleo decide ser madre se encuentra con carencia de estancias infantiles, que la desincentiva a continuar.

Artículo 3a. Toda persona tiene derecho de recibir educación. El estado - federación, Estados, Ciudad de México, Municipios, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior.



— Resumen —

Artículo 3º. Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El estado-federación, estados y municipios impartirán educación preescolar, primaria y secundaria. La educación primaria y secundaria son obligatorias. La educación que imparte el estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la Patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia. Mejorar las escuelas (OCDE) tiene como objetivo ayudar a las autoridades educativas en México y de otros países para fortalecer sus sistemas educativos. Se enfoca en los políticos públicos para optimizar la enseñanza, el liderazgo y la gestión escolar en las escuelas, con el fin de mejorar los resultados de los niños en la educación básica. Desarrolla un marco comparativo de los factores clave de la política pública en escuelas y sistemas escolares exitosos y lo adapta al contexto y la realidad en México, con el fin de que las escuelas, directores y docentes den una mejor educación.

Meliorar el acceso y las calidad de la
educación

educación

-PREGUNTAS-

- 1-a) C)Qué son las cargas administrativas? R= Son las actividades naturales administrativas que se deben llevar a cabo una empresa o un ciudadano para cumplir con las obligaciones derivadas de la normativa.
- b) C)Cuáles son las obligaciones fiscales para las personas físicas y morales? R= Asalariados, Honorarios, Arrendamiento de inmuebles, Actividades empresariales e Incorporación fiscal o Régimen de Incorporación Fiscal. Para las personas morales: Régimen general.
- c) C)Qué es la protección social? R= Para la FAO es el conjunto de intervenciones cuyo objetivo es reducir el riesgo y la vulnerabilidad de tipo social y económico, así como aliviar la pobreza y privación extrema.
- 2-a) C)Qué son las aportaciones para la seguridad social? R= Contribuciones establecidas en la ley a cargo de personas que son sustituidas por el estado en el incumplimiento de obligaciones fijadas por la ley para que se beneficien en forma especial por los servicios de seguridad social.
- b) C)Cuáles son las aportaciones de seguridad? R= Instituto mexicano del seguro social (IMSS), Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores al servicio del estado (ISSSTE), Comisión nacional del sistema de ahorro para el retiro (CONSAR) e Instituto de fondo nacional de la vivienda para los trabajadores (INFONAVIT).
- c) C)Con qué artículo de la constitución se relaciona? R= Con el artículo 1 ya que trata de que todos gozaremos de los derechos humanos, tratados y garantías para su protección y es un derecho la ley de seguridad social.
- 3-a) C)Qué son las relaciones laborales? R= Son los vínculos que se establecen en el ámbito del trabajo, por lo general se refieren a la relación entre el trabajo y el capital.
- b) C)Cuál es la finalidad de las normas mínimas? R= Organizar el sistema penitenciario en la república conforme a lo establecido en base los artículos.
- c) C)Con qué artículos de la constitución se relaciona? R= 123 el cual nos habla de la creación de empleos y la organización social de trabajo.
- 4-a) C)Qué son las obligaciones legales? R= Son las relaciones de crédito a deuda que vienen directamente establecidos por la ley, es decir se originan en la ley en el sentido amplio de disposición general obligatoria.
- b) C)Escribe 3 ejemplos de obligaciones legales. R= Derecho alimentario entre parientes o con respecto al cónyuge, la tutela y la curatela (amparan a la persona y bienes de los menores que no están sujetos ala patria potestad).
- c) C)Con qué artículos de la constitución se relaciona? R= Artículo 36 ya que se asocia con las obligaciones del ciudadano y los términos de las leyes.
- 5-a) C)Qué es el trabajo informal? R= Se refiere a la actividad laboral de los trabajadores independientes.
- b) Escribe 3 ejemplos de trabajos informales. R= Vendedores ambulantes, trabajadores de servicio doméstico y los limpiavidrios.
- c) C)Con qué artículo de la constitución se relaciona? R= Con el 123 ya que nos habla del trabajo pero en si sobre el trabajo informal todavía no sacan un artículo.

30/09/2019

655

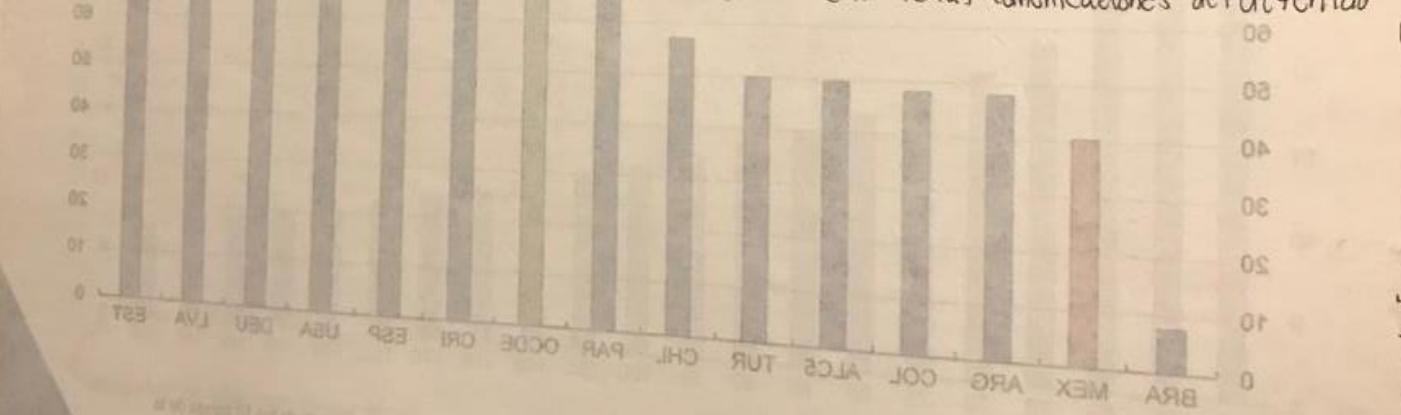
Acuado Serrano Graciela Ximena

Los costos de crecimiento de los

Resumen

La obligación fiscal, como cualquiera otra, puede tener como objetivo dar, hacer o no hacer. En esta obligación, el objeto más frecuente y en torno del cual existen y han de cumplirse las otras es dar o entregar al acreedor fiscal el dinero, cuya cantidad arroja el cálculo de la contribución respectiva. En algunos casos, la obligación de los responsables fiscales es de omisión, de colaboración con los defraudadores fiscales: omisión de conductas generales que perjudiquen la operación adecuada del fisco, etc. Toda obligación requiere de elementos, estos son el sujeto y el objeto. La grafica nos muestra a los países que están en la OCDE, México está abajo de ellos por lo cual significa que no se cumplen los costos por lo cual se enfrentan irremediablemente al cumplimiento de una extensa lista de obligaciones fiscales con el fin de garantizar la recaudación para el gasto público, se revisan las obligaciones fiscales de las personas morales y por eso este proceso se divide en 3 secciones.

Artículo 16 doceavo párrafo: La autoridad federal no podrá otorgar estas autorizaciones cuando se trate de materias de carácter electoral, fiscal, mercantil, civil, laboral, o administrativo ni el caso de las comunicaciones del detenido con su defensor.



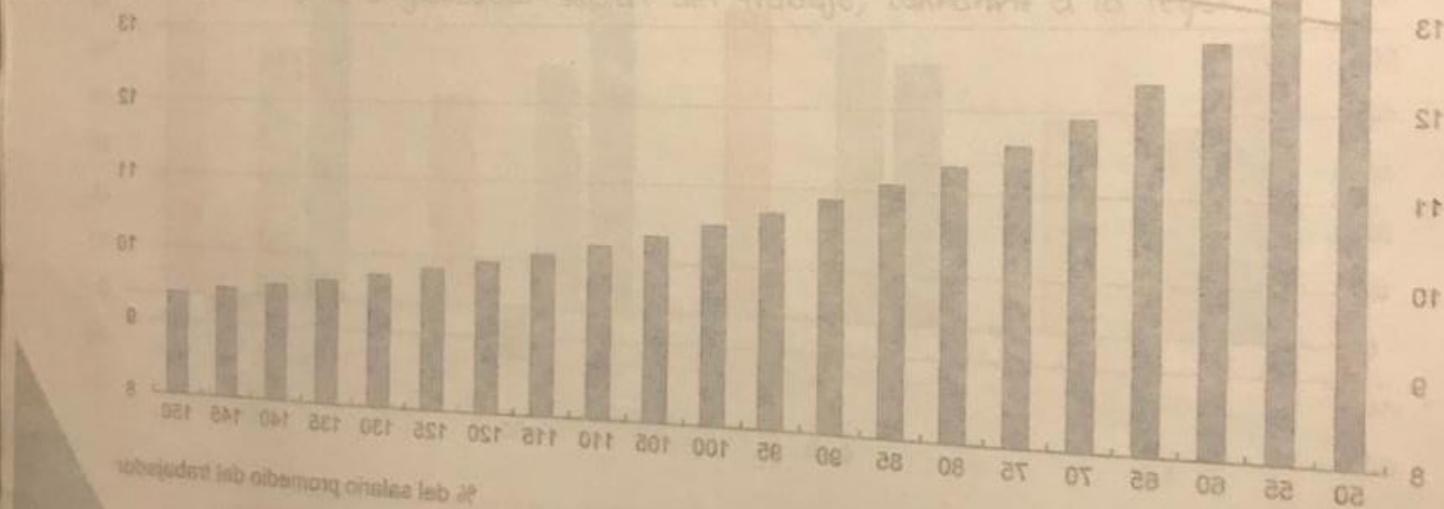
30/09/2017

Acuedo Serrano Graciela Ximena

655

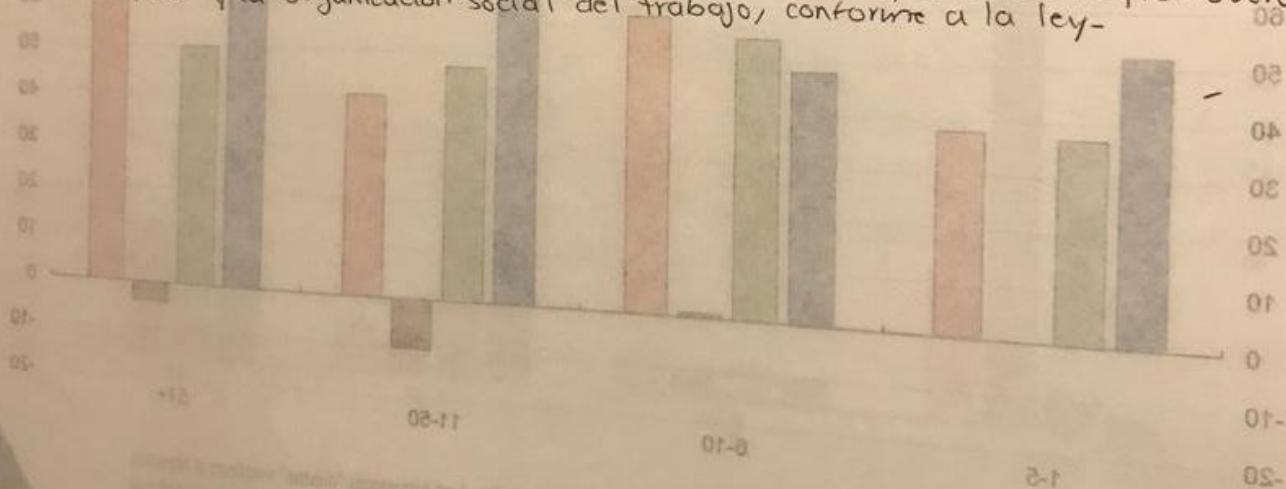
-Resumen-

Artículo 4. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de Salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de Salubridad general. La seguridad social tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo el cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el estado. Hay distintas contribuciones ya que cada una tiene un fin diferente, ya que son impuestas por el estado las cuales son obligatorias y las cuales se encargan a distintos organismos.



-Resumen-

En México destacan los tres tipos de trabajadores generales: 1- Los trabajadores que han firmado un contrato con una empresa que cumple con la regulación laboral y sus obligaciones fiscales. 2- Trabajadores asalariados que no cumplen en la empresa y son informales con las obligaciones. 3- Los trabajadores no asalariados que son informales en todos los aspectos. Pero principalmente en esta gráfica habla sobre los tipos de empresas, los cuales existen 4 tipos: 1- formales (plenamente formales) 2- Las que usan una mezcla de contratistas asalariados y no asalariados (mixtas) 3- Las empresas que sus trabajadores no son asalariados en su totalidad (informales y legales) 4- Las empresas que sus trabajadores son asalariados en su totalidad pero no cumplen con sus obligaciones (informales). Artículo 123: Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto se promoverán la creación de empleos y la organización social del trabajo, conforme a la ley.



Acuñado Serrano Graciela Ximena 2 / Jun/2019 655

Manual Esmeralda



Liceo de Refu. RRVG.

-BÁSICOS DE LA CIENCIA POLÍTICA MODERNA-

Los departamentos universitarios modernos de la ciencia política (alternativamente llamado políticas de gobernanza a algunas instituciones) frecuentemente divididas en varios campos donde cada uno contiene varios subcampos.

-BÁSICOS SOBRE LA CIENCIA POLÍTICA MODERNA -
¿Qué es una ciencia política?

- > Es el estudio sistemático de la política
- > Es el estudio de los gobiernos, políticas públicas y procesos políticos y comportamiento político .
- > Es el estudio sistemático de la gobernanza con la aplicación de métodos científicos, empíricos y generales de análisis.

Enfoques para definir la política.

	Políticas como arena	Política como proceso
Definiciones de Política	El arte de asuntos públicos gubernamentales	Poder con conciencia y compromiso y la distribución de recursos.
Enfoques de el estudio de la política	El conductismo de la elección racional como teoría institucional	<ul style="list-style-type: none"> > feminismo > marxismo > accercamientos > pro-positivistas

Preferencias + Instituciones = Resultados

En esta ecuación ilustra 2 reglas básicas de la política =

- Si las preferencias cambian, cambian los resultados, incluso si las instituciones permanecen constantes.
- Si las instituciones cambian, cambian los resultados, incluso si las preferencias permanecen constantes.

- CUALIDADES DEL ESTADO -

- Territorio: Los estados operan dentro de mercados y territorios populares marcados por límites legales
- Soberanía: Las instituciones del estado tienen un monopolio en la expresión legal y política
- Independencia: Los estados no están bajo la jurisdicción o control de otros estados o organizaciones internacionales
- Legitimidad: La autoridad de un estado y de sus instituciones es reconocida por sus habitantes del territorio y el gobierno de otros estados.

-ORGANIZACIONES INTERNACIONALES -

Es un organismo con funciones en 1 o más estados, o que es establecido para promocionar la cooperación entre estados.



Regional Organizations

A different groups of states will have different
structures if there was a European

Actividae Structure Grado de Kimsha 655 2101c/2019

-ORGANIZACIONES REGIONALES-

La cooperación internacional puede evolucionar en soporte del regionalismo.

Esto pasa usualmente cuando un grupo de estados forma una Asociación Integral Regional (RIA) designar para alentar la acción colectiva y desarrollar reglas comunes y compartir intereses.



IR Theories of European Integration -PARA CONCLUIR-

No hay una teoría grandiosa de la integración europea
(incluso regional)

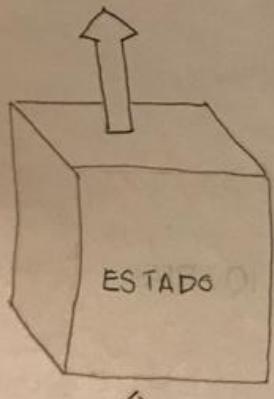
As Michael Burgess neatly summarised:

"the EU works in practice but not in theory,
the states work in practice but not in theory."

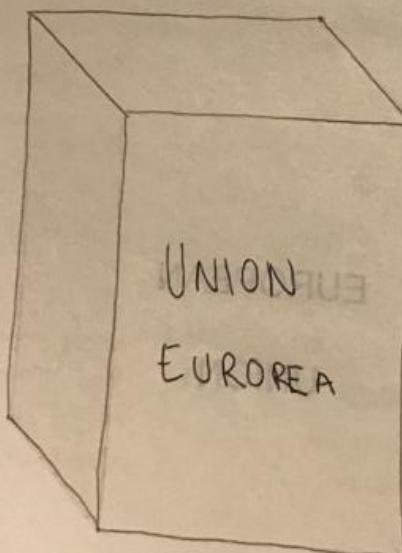
SUMMARY

Confederación

Federalismo

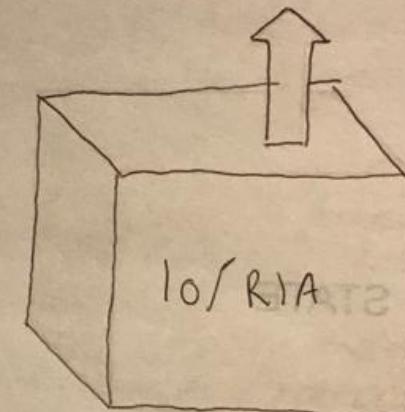


teorías de
políticas
comparativas



Intergubernamentalismo

Supernacionalismo



teorías de relaciones
internacionales

-QUÉ SON LOS EU? -

Para concluir

Combinando la explicación federal y confederal y entendiendo que EU es un híbrido, teniendo características de ambos

- “Unión federal y con-federal.”
- “Nueva confederación.”
- “Estados compuestos y asociación.”
- “Federación-confederación híbrida.”

No hay un acuerdo general de como y por qué EU es como es,
así que no hay un acuerdo general de su composición.

PERO

EU puede ser un sistema político sin
tener que ser un estado

Acuedo Serrano Graciela Ximena 655 2/Dic/2019

Manual de nivelación Navideño



Liceo de Refu. RRVG.



⑥ Debe a q solo la mitad de las instancias de deliberacion de la alta etapa H.?
R=Afirmá que la transparencia no era una característica de estas
instancias de libertad ya que cuando se ha facilitado la ob-
tención de informaciones de la mitad de estos instancias via inter-
net y solo un porcentaje.

⑦ Por q es mucho más preocupante q la eficacia del tema de la legitimidad?
R=Es preocupante los déficits de transparencia y podemos concluir
que no solo esta entendido la eficacia de estos mecanismos, si no
tambien a su legitimidad, como buena parte de los mecanismos
de participación.

⑧ Ademas de los déficits de transparencia y de rendición de cuentas Q ue hay posibilidad?
R= Esta opacidad proviene de los actores no gubernamentales
y de los OSC, no hay información sobre desempeño de los pro-
pios mecanismos de gestión gubernamental y el manejo de
los recursos públicos.

⑨ Cómo se define el mecanismo por cuyo medio los ciudadanos y beneficiarios vigilan?
R= El conjunto de acciones de control, vigilancia y evaluación
que realizan las personas de manera organizada o independiente
en un modelo de derecho y compromiso ciudadano con el propósito
de contribuir a la gestión gubernamental.

⑩ Cuál es la importancia de la contraloría social para gobierno cejudo dado?
R= La importancia radica en dividir en la acción política en
ciudadanos que tienen forma parte de las acciones de los derechos
interesar.

- ① A cuales mecanismos institucionales puede acudir la ciudadanía Vigilancia?
- R- En las líneas de acción del programa refrendo se divide a criterios mecanismos institucionales como la contraloría social por medio de la ciudadanía puede incidir en las decisiones tomadas por la administración pública Federal.
- ② ¿Qué disposiciones del orden legal le dan sustento a la participación de los ciudadanos?
- R- En la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establecen cuatro derechos de los mexicanos esenciales para su administración en asuntos públicos a saber sobre el artículo: 6.
- ③ La ley de Planeación preve la participación social en la planeación nacional?
- R- El artículo 20 establece que las organizaciones respectivas de varios grupos sociales participen como órganos de consulta permanente en la planeación nacional, el 28 establece que el plan Nacional de Desarrollo sea objeto.
- ④ ¿Qué se busca en la ley General de Transparencia y Acceso a la información?
- R- En esta se establecen los principios, bases generales y procedimiento para garantizar el derecho al acceso a la educación (información, así como el objetivo de propiciar)
- ⑤ ¿Qué se busca en la ley Federal de Fomento a las actividades?
- R- Se propone favorecer la coordinación del gobierno federal y las organizaciones de la sociedad civil en lo relativo a las actividades que fomenta las organizaciones.

- 7-Explica a detalle cuales es el objetivo que se contempla dentro del marco.
- R=El objetivo que contempla garantizar el respeto y la protección de los derechos Humanos y la erradicación de la discriminación co
- el 1.5 de la página 145, de este modo se logra una legítima segur
- dad
- 8-Dscribe como es la linea de accion dentro el objetivo 1.5 de la pagina
- R=La linea de accion de este objetivo es la de establecer mecanis
- mos de colaboración para promover políticas públicas de derechos
- humanos con todos las autoridades del país así como la de promover
- 3-Dscribe como es la linea de accion dentro 1.5 para proteger directamente
- R-Las líneas de acción que contemplan dicho aspectos son: establecer un
- programa dirigido a la promoción y defensa de los derechos humanos
- incluyendo todos derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales
- 4-Cómo se plantea proteger a los derechos humanos de manera directa
- R-Se plantea proteger los derechos humanos mediante el establec
- miento de un programa dirigido a la promoción y la defensa
- de los derechos humanos incluyendo a todos los derechos
- 5-Menciona las líneas de acción que contemplan mecanismo de coordinación
- R-Estas líneas de acción dicen esto: promover mecanismos de coordi
- nación con los dependencias y entidades de la administración pú
- blica Federativa para lograr mayor incidencia en las políticas

① C) ¿Qué ha hecho el Alto Comisionado de las Naciones Unidas en relación a DH?
R: Ha señalado medidas urgentes encaminadas a proteger los derechos humanos de las personas y formar y fortalecer el estado de derecho en México, que se suman a las 80 recomendaciones emitidas por la CNDH relativas a la seguridad ciudadana.

② C) ¿Qué otra organización está interesada a proteger los derechos humanos y qué hace?
R: Human Rights Watch destaca distintas situaciones violatorias a los derechos humanos derivadas de la aplicación inflexible de la ley. En su informe Mundial de 2015 para México señala que existe cierta preocupación

③ C) ¿Cuál es una de las afectaciones más importantes del estado de derecho?
R: Se debe principalmente por el aumento de la violencia en Baja California, Guerrero, Michoacán, Sinaloa, estados hacia donde la violencia se ha desplazado ante la presencia de elementos fundamentales.

④ C) Por qué repuntó la cifra de homicidios relacionados con el crimen organizado?
R: Es la violencia porque en el 2011 hubo 15,768 homicidios relacionados con el crimen organizado y de homicidios dolosos fueron 22,852 la cifra más alta en los últimos años, en 2013 y 2014.

⑤ C) ¿Qué se debe hacer para combatir la violencia y cuál es la función de la CNDH?
R: Se requiere una mayor coordinación de los mecanismos de coordinación entre los órdenes de gobernanza, la protección, la institución de procuración y el fortalecimiento de los

1-En el diagnostico y situación actual del espacio público y la cultura cívica C-Que plantea la Declaración Universal de los derechos humanos?

R-Dice los estados han de comprometerse y garantizar, el cooperarán con libertades fundamentales de las personas. De tal modo a los estados correspondiente: reconocer los derechos de espacio público.

2-C-Qué propone crear la obligación de respetar, proteger y garantizar el diagnóstico.
R-Estas obligaciones suponen crear normas legales y constitucionales materiales que permitan el ejercicio libre y pleno de los derechos de todas las personas. La obligación de promoción implica-

3-C-Qué dice la obligación de los estados en cuanto a los derechos humanos?

R-Solo puede cumplirse en el marco de un Estado democrático de derecho que garantice el cumplimiento de la ley. Este construye el espacio propio para el desarrollo de las libertades y capacidades.

4-C-Qué se denuncia en el informe reciente de la Comisión Interamericana?

R-Denuncia que este país vive una grave crisis de violencia e inseguridad desde hace varios años, que han resultado en mayor presencia de las fuerzas públicas, en la conformación directa del orden.

5-C-Por qué la reforma que se llevó a cabo en el 2011 ha sido muy reconocida?

R-Porque creó el Rango Constitucional de la defensa de los derechos humanos en primera, segunda y tercera generación, además del compromiso de extender las normas mexicanas

- Q: Cuál es la parte fundamental para construir un Estado de derecho?
- R: La parte fundamental es una protección de las libertades y derechos de los personajes pero también crea las garantías que aseguren su tutela efectiva. El estado presupone la conformación de un diseño institucional que a fin de garantizar la protección de los derechos.
- Q: De qué artículos de la constitución parte la premisa fundamental de los Derechos?
- R: Parten de los artículos 1º y 2º de la Declaración Universal de los derechos humanos que señala que todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad, derechos y que toda persona tiene todos los derechos.

- Q: En dicha declaración cuáles son las distinciones que se tienen que respetar?
- R: Sin distinción alguna raza, color, derechos y libertades proclamados en dicha Declaración así como sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier índole, origen nacional, social, posición política, económica, nacimiento o cualquier otra condición.
- Q: Cuál es la tarea de la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas?
- R: Señala la que estos son derechos inherentes a todos los seres humanos sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lugar o cualquier otra condición.
- Q: De qué presupone el Estado de derecho?

- R: Límite el ejercicio del poder público mediante normas de carácter general que sean claras, transparentes y plenamente difundida entre la población así que sean claras con un diseño institucional que a fin de garantizar los derechos de las personas.

③ Cuales mandatos establece la CPTU para la Procuraduria General (PGR)?
R: Establecer varios mandatos, uno de estos tiene que ver con investigar y perseguir los delitos federales como atender a las victimas de los delitos, mientras que otros veces sobre la definicion de los intereses.

④ Que crees que incluye en el 22.901 que respondio que no vale la pena los tribunales.
R: Infinge mucho el sistema por el cual hay que pasar a presos sin demanda pues es muy tardado en acceso, tambien infinge mucho el corrupcion presente en todo nuestro pais, esto se debe de cambiar para que a tales les haga valor

⑤ Cuales son algunos de los facultados que tiene la direcion general de promocion?
R: Algunas de sus facultades es proponer e instrumentar las politicas y constitucionales para la capacitacion y promocion en servidores.

⑥ Que debe de ejercer la PGR de acuerdo con el articulo 1º de la organizacion PGR?
R: Debe ejercer sus atribuciones respondiendo a la satisfaccion de interes social, así como del bien comun. En este sentido, la actuacion de sus servidores tiene que regirse por los principios planteados en el articulo 21.

⑦ Cuales son la actuacion de Ministras Publicas ante los delitos en el D.F.
R: Articulo 21. La investigacion de los delitos corresponde al Mandatario Publico, quien a las policias, las cuales son bajo la conduccion y de acuerdo en el ejercicio de esta funcion.

① C: ¿Qué tanto se respetan las leyes cuando se hace la secundaria completa?
R: Respecto a la grafica podemos apreciar que en el 7.00 de la secundaria completa cerca de 8.00 se representan much mas de 25.000 se representa algo, mas de 35.00 algo y por encima de 30.00 se representa nada.

② C: ¿Qué tanto se respetan las leyes cuando se esta en la preparatoria?
R: En la grafica 2.8 se aprecia que cuando se esta en la preparatoria el nivel de respeto hacia la ley es mucho, en 21.00 el nivel de respeto es algo, 40.00 el nivel de respeto es poco y en 35.00 el nivel es nada.

③ C: ¿Qué tanto se respetan las leyes cuando se esta en la universidad?
R: Teniendo en cuenta la informacion que se ve reflejada en la grafica en 4.00 el nivel de respeto hacia la ley es mucho, en 21.00 el nivel de respeto es algo, 40.00 el nivel de respeto es poco y en 35.00 el nivel no es nada.

④ C: ¿Qué tanto se respetan las leyes cuando la edad es menor a 18 años?
R: en la grafica 1.9 se aprecia que cuando es menor a los 18 años el nivel de respeto hacia la ley es mucho en 7.00, en 26.00 el nivel de respeto es algo, en 40.00 el nivel es poco, y el nivel en 23.00 es nada.

⑤ C: ¿Qué tanto se respetan las leyes cuando el rango de edad es de 19 a 24 años?
R: La informacion que nos arroja la grafica 2.9 cuando se tiene 19-24 años es mucho en 7.00 el nivel de respeto hacia las leyes es poco y el nivel en 26.00 es algo en 40.00 el nivel de respeto es nada.

- Q: La descripción de Fernanda Souza no da un correcto fundamento. C'Á que se refiere legal?
- R: La cultura de la legalidad se refiere al posicionamiento de los integrantes de una comunidad ante el conjunto de ordenamientos jurídicos, lo cual total se determina por los costumbrismos y las creencias.
- Q: Cuales son los componentes principales de la cultura de la legalidad y como?
- R: Los componentes principales de la cultura de la legalidad son el conjunto de representaciones sociales acerca de la ley, la nación de justicia que prevalece en una sociedad y en un tiempo determinado.
- Q: Cuales son las ventajas de contar con la cultura de la legalidad en México?
- R: La cultura de la legalidad hace efectivo el estado de derecho ya que permite la reproducción de prácticas que fortalecen la conciencia privada y pública en el marco de la ley.
- Q: A que contribuye que exista una diferencia en la normatividad entre los gobiernos?
- R: Contribuye a la creación y desarrollo de una cultura de la permisividad, la aceptación y la complicitad de los gobernados con los gobernantes y la discrecionalidad en materia de cultura.
- Q: Cuales son las desventajas de contar con autoritarismo en el gobierno?
- R: Algunas explicaciones académicas sobre la rebeldía de nuestra cultura de la legalidad aluden a que el sistema de este tipo, impunidad y evasión de la misma.

- 1: Cómo se reparte el porcentaje informado por los entrevistados sobre la utilidad.
- R: El porcentaje se reparte mayoritariamente en conocer los servicios que hace en sus comunidades con un 85.5%. Le sigue el tema de ampliar la participación ciudadana con 76.5% a lo que esta C. Evaluar el gobierno? con 75%, con 72.5% está el tema de O. Sobre en que se gastan los recursos publicos, los temas iguales?
- 2: Que datos se dieron a conocer en la entrevista acerca del conocimiento de medios?
- R: De las encuestas 60.3% declaró conocer o haber escuchado acerca del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos. Esta afirma dominio drasticamente al preguntarles por los institutos estatales de transparencia (25%) del mismo modo 69.5% declaró no conocer los medios.
- 3: Cómo se repartió la información de los encuestados sobre el tema del conocimiento?
- R: De los encuestados el 60% declaró conocer o haber escuchado acerca del Instituto, 86.7% firmo subrayó que cualquier persona tiene derecho a conocer la información pública de gobierno. No obstante 39.6% consideró que este derecho.
- 4: Segun los encuestados Cual es la utilidad o propósito de ejercer el derecho de poder?
- R: La utilidad o propósito de ejercer el derecho de poder consistiría en informar la información pública y conocer los servicios en sus comunidades ampliar la participación ciudadana evaluar el gobierno y saber.
- 5: Cuales son las ventajas y desventajas que se presentan por el sistema de acceso?
- R: El uso recurrente de la solicitudes de la información ch si es una muestra de que la transparencia productiva aun no suple a la radio activa el principal inconveniente de este modo de operación es que aumenta los costos para la sociedad.

Acuedo Serrano Graciela Ximena 655 28/0ct/2019

Acuedo Serrano Graciela Ximena 655 28/0ct/2019
Manual Azul Marino



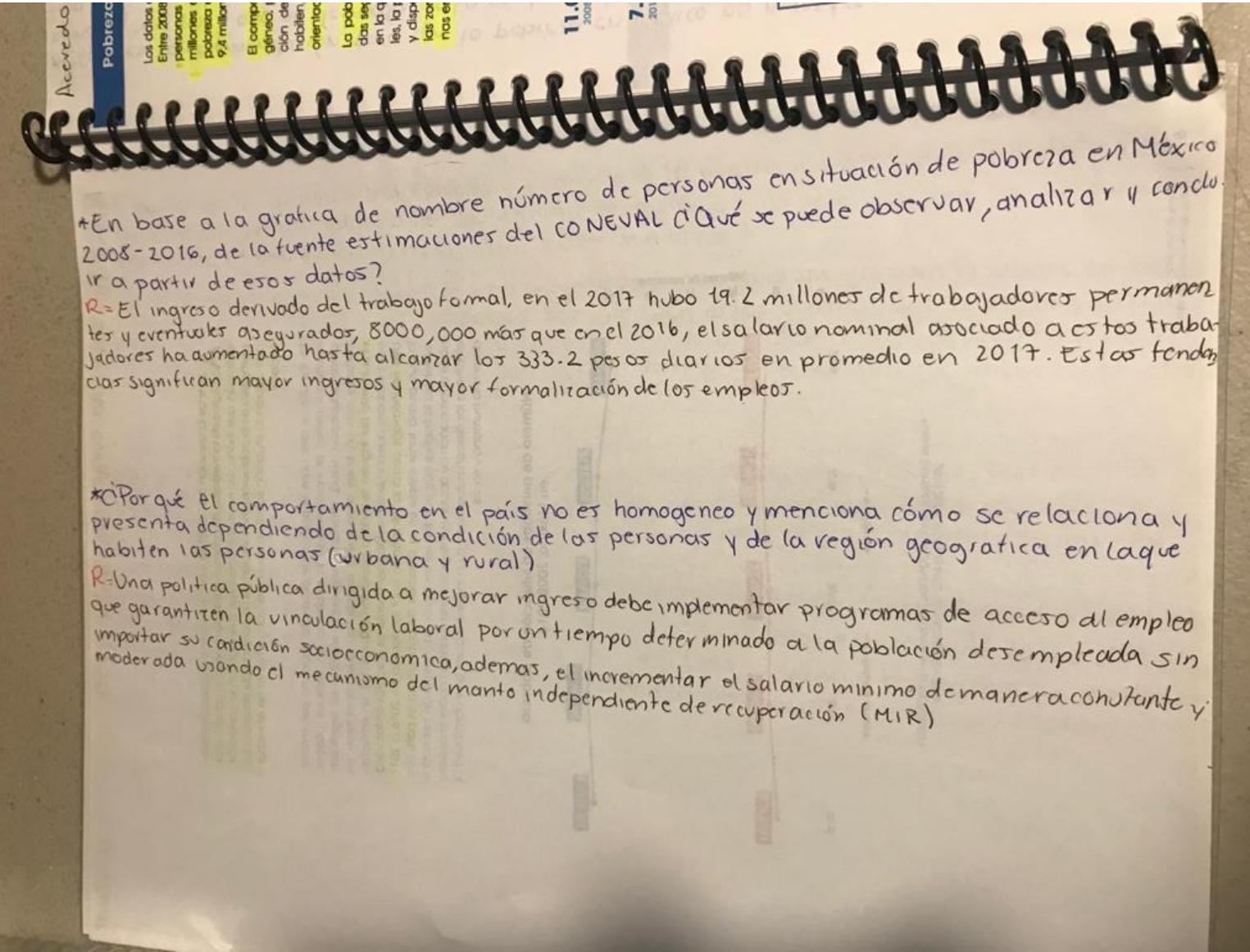
Liceo de Refu. RRVG.

*C A partir de la creación del CONEVAL y con ello de la construcción metodológica de la medida de pobreza, el Estado mexicano adoptó una definición que no solo incorpora las indicaciones de ingreso de la población si no también cuales son otros?

R-También registran indicadores de un conjunto de dimensiones que valoran la situación social en cuanto al cumplimiento de derechos sociales. En estos últimos diez años la política de desarrollo social ha presentado resultados mixtos al incrementarse la cobertura de servicios básicos y se registran perdidas con un buen desempeño económico que impacto en el ingreso real de la población.

*d)Qué pasa si los logros en materia de pobreza no se acompañan de acciones integrales orientadas a brindar acceso efectivo a los derechos sociales y a un ingreso laboral que contribuya al desarrollo humano y social?

R-Los avances en el aumento del ingreso real de la población pueden revertirse fácilmente ante los cambios en las variables económicas como la inflación, la cual se duplicó de 2016 a 2017, lo que podría tener efecto en la situación de pobreza del país. Esto evidencia lo frágiles que pueden ser los logros en materia de pobreza si no se acompañan de acciones integradas orientadas.



* ¿Cuál es la recomendación para que la pobreza en México no muestre un panorama mixto y no homogéneo para que no dependa de la condición de las personas, así como de la región geográfica en la que hablen?

R: Por una parte, es necesario reducir la marcada incidencia de pobreza en un gran número de comunidades rurales caracterizadas por ser pequeñas y dispersas y, por otra, disminuir el volumen de la pobreza en centros urbanos donde, si bien el porcentaje de la pobreza es relativamente menor, el volumen de personas que viven en condiciones precarias es elevado.

* ¿Se puede medir la pobreza, como se mide la pobreza en México y cuáles son los elementos que se toman en cuenta para la medición multidimensional de la pobreza; que se toma en cuenta para decidir que se trate de pobreza moderada y pobreza extrema?

R: Si se mide, los elementos que utilizan para medir la pobreza en México, así como en la medición multidimensional de la pobreza son: las dimensiones (bienestar económico y derechos sociales), derechos sociales (educación, seguridad social, salud, alimentación, vivienda y servicios), pobreza moderada (una o más carencias sociales e ingresos por debajo de la línea de bienestar (CLB)), pobreza extrema (tres o más carencias sociales e ingresos por debajo de la línea de Bienestar (LBM)).

* Q: ¿Qué indica que a nivel nacional, la disminución de la tasa de desocupación y el incremento de la cantidad de trabajadores asegurados en el IMSS y la recuperación del ingreso laboral real por capita en el periodo 2014-2016?

R: Indican una tendencia favorable en el registro y probablemente la creación de empleos. La recuperación del ingreso laboral real per capita que se presenta tanto en el ámbito urbano como el rural, lo cual reflejó en una reducción en el porcentaje de la población cuyos ingresos laborales son menores al valor de la característica básica alimentaria.

* Q: Por qué la instalación se ha convertido en una amenaza para el poder adquisitivo de muchas familias mexicanas y cuál es la importancia que tiene el ingreso laboral en los hogares mexicanos, así como cuál es su relación con el poder adquisitivo?

R: La inflación por arriba de 6% durante 2017 se ha convertido en una amenaza al poder adquisitivo, la inflación podría hacer retroceder lo avanzado a partir de 2014 en el ingreso laboral tiene una importancia central, ya que presenta el 65% de ingreso total. Las condiciones de vida de la población y la superación de la pobreza pueden mejorar o empeorar dependiendo de la evolución del ingreso.

*Cuál es el principal objetivo para tratar el tema de los "Touche" de acuerdo al informe? explica lo sucedido y un poco más sobre ello.

R= Fortalecer el sistema educativo y fomentar la inserción laboral de los jóvenes en el sector formal para crear brechas de pobreza y generar igualdad de oportunidades; la oferta educativa debe promover la formación integral de las personas y conocimientos orientados en las necesidades del mercado laboral

*Menciona C'Que es el (LGD NNA)? explica más sobre ello y un punto sobre el apoyo de Niñas, niños y adolescentes"

R= Ley general de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, otorga a todas las niñas, los niños y adolescentes las mismas oportunidades para un desarrollo adecuado. Las políticas públicas enfocadas a la niñez y a la adolescencia deben tomar en cuenta las realidades heterogéneas que enfrentan estos grupos poblacionales y atender a la equidad.

En el documento Sintético del Informe Evaluación de la política de desarrollo social 2018 se muestra un avance del país en los últimos años. ¿Qué se muestra exactamente?

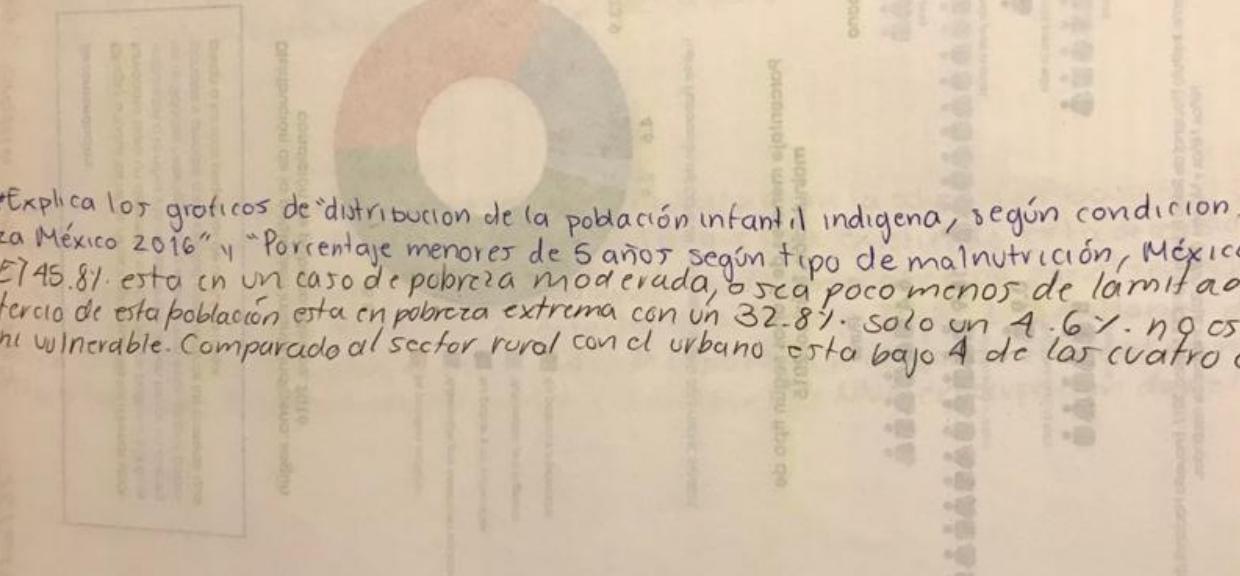
R= Datos sociales y económicos que permiten conocer el avance en el ejercicio de los derechos sociales y el ingreso, muestra también un diagnóstico general de cada uno de los derechos sociales, se llama la atención sobre la necesidad de superar la planeación sectorial, también el desempeño de la política.

Además de estado actual de ejercicio de los derechos sociales. ¿Qué más se analiza en el informe de evaluación de la política del desarrollo social en el año 2018? Explica lo sucedido.

R= Que la política pública tenga como hilo conductor el acceso efectivo a los derechos como eje numérico principal, continuar en el corto plazo como estrategias coordinadas, implementar un esquema de protección universal que propicie reducir las brechas más urgentes y promueva una mayor igualdad a accesos.

• ¿Cuál es la recomendación para atender la equidad y para eliminar las barreras que privan a los más pequeños de un futuro mejor?

R= Otorgar a todas las niñas, niños y adolescentes las mismas oportunidades de desarrollo adecuado. Las políticas públicas enfocadas a la niñez y a la adolescencia deben tener en cuenta las realidades heterogéneas que enfrentan estos grupos poblacionales.



*Explica los gráficos de "distribución de la población infantil indígena, según condición de pobreza México 2016" y "Porcentaje menores de 5 años según tipo de malnutrición, México 2015". El 45.8% esta en un caso de pobreza moderada, o sea poco menos de la mitad casi un tercio de esta población esta en pobreza extrema con un 32.8%. Solo un 4.6% no es población vulnerable. Comparado al sector rural con el urbano esta bajo 4 de las cuatro categorías.

* A pesar del carácter constitucional del acceso a la seguridad social, por parte de la primera publicación se han registrado los mayores porcentajes, por ello los gobiernos federal y estatal han creado programas (Cuáles son?)

R: En el 2004 comenzó a operar el "Sistema de Protección Social en Salud" (Seguro Popular) a finales de 2006 el "Seguro Médico para una Nueva Generación," en 2007 "Estancias Infantiles para apoyar a Madres Trabajadoras" y el "70 y Más" a nivel federal, gobiernos locales crearon iniciativas dirigidas a cuajar riesgos asociados a la protección social.

* La protección social actual (conjunto de intervenciones de política pública el cual busca incidir en el manejo de riesgos que afectan el nivel de vida de la población durante su ciclo de vida) tienen problemas de concepción en los rasgos generales (Cuáles son esos problemas?)

R: * No benefician a todos los mexicanos. * El acceso de calidad de los programas es desigual en términos horizontales (se entregan beneficios diferentes a individuos con riesgos similares). * La coordinación como la complementariedad entre entidades y dependencias. * No existen instrumentos eficaces dirigidos a la población vulnerable.

Ago 3
La consecuencia de la disminución del empleo permanente es una menor estabilidad laboral y por ende mayor inseguridad de empleo. (¿Qué pasó en el periodo de 2009 a 2007?)
R: De 2009 a 2017 se observó una disminución en la proporción de empleos informales que pasó de 60.0 a 57.0% en el país. Por ejemplo los jóvenes, tienen mayores dificultades para incorporarse a empleos formales. En el 2017 del total de este grupo de población, 59.9% se encontraban en empleos informales.

Hay mayor inseguridad en el empleo así como menor acceso a la capacitación y a las prestaciones asociadas a la permanencia. (¿Cuáles son las consecuencias que atrajo estos problemas?)
R: Todo lo anterior trae como consecuencia de menores probabilidades de tener una pensión al final de la vida laboral, especialmente cuando existen sistemas basados en la capitalización individual. Esto es grave ya que los grupos de trabajadores con mayores atenciones como los jóvenes, las mujeres y los indígenas.

*En los últimos años el sector de salud ha registrado avances en la oferta de servicios públicos y en la cobertura de los mismos. Explica cuáles han sido los avances y los retrocesos en la misma? y coloca sus porcentajes.

R= En el 2014, 96% de los partos a nivel nacional se atendió por personal calificado, sin embargo, Chiapas, Guerrero y Oaxaca 75.8, 85.4 y 88.9%, con un bajo de atención profesional al momento del parto. Con los niños menores de un año se tenía pensado el 69.9%. con todas las vacunas pero lo pensado y se registró un 96.7%.

*Las condiciones actuales del sector dificultan el acceso efectivo de la población en particular de los más vulnerables. Por ello el gobierno federal ha impulsado una cobertura universal principalmente con el Seguro Popular. ¿En qué consiste? tiene alguna imposición?

R=Agrupa a casi la mitad de población (cerca de 55.6 millones de afiliados), pero ello no impide que haya heterogeneidad y disparidad en la calidad de atención entre el régimen contributivo y no contributivo, como en el Seguro popular de un catálogo universal de servicios a la salud y cobertura de 1621 enfermedades.

31/abril/2020

Acuedo Serrano Graciela Ximena 655

Manual amarillo-dorado de nivelación de faltas



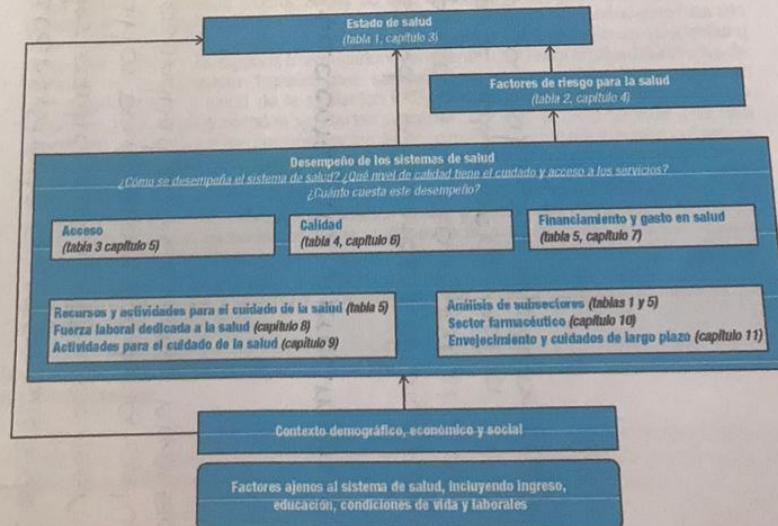
Liceo de Refu. RRVG.

Introducción

La esperanza de vida se ha incrementado consistentemente en la mayoría de los países de la OCDE en más de 10 años en promedio desde 1970. Los índices de mortalidad por las principales causas de muerte, enfermedades cardiovasculares y cáncer, han decrecido en general. Actualmente los países con más alto ingreso nacional y gasto en salud tienden a tener mejores esperanzas de vida. Sin embargo, estos factores solo explican parte de las diferencias en esperanza de vida entre países. Además, la esperanza de vida varía entre grupos de población; por ejemplo, la esperanza de vida es menor entre individuos con menor nivel educativo en todos los países de la OCDE (Murtin et al. 2017).

Este capítulo explora los determinantes del incremento en la esperanza de vida en los países de la OCDE. Esto incluye factores ajenos a los sistemas de salud –el contexto demográfico, económico y social– además de los inherentes a los mismos. El análisis complementa capítulos subsecuentes de esta edición de *Panorama de la Salud*, que se enfocan principalmente en comparativos del desempeño de sistemas de salud entre países. Haciendo referencia al marco conceptual que sustenta a *Panorama de la Salud*, este capítulo analiza los factores que contribuyen al estado de salud, incluyendo un análisis más detallado de determinantes de la salud que van más allá del sistema de salud (Figura 2.1).

Figura 2.1. Determinantes de salud y el marco conceptual de *Panorama de la Salud*



① Por qué se ha incrementado la esperanza de vida en los últimos 10 años y cual es la importancia que se le ha dado?

R: Países de la OCDE han mejorado de forma consistente su esperanza de vida, pues los índices de mortalidad como las enfermedades cardiovasculares y cáncer han decrecido, por otra parte los países con ingresos altos para el sector de la salud muestran la clara evidencia de los diferentes casos en los individuos con menor nivel educativo y por ende menos esperanza de vida.

② ¿Cuáles son los aspectos que se van a tomar en cuenta para el crecimiento de la esperanza de vida en la OCDE?

R: Incluye factores ajenos a los sistemas de salud, al contexto demográfico, económico y social. Además de que se establecerá una comparación con la esperanza de vida de otros países, basándose en los principios del programa de salud pero analiza los determinantes que van más allá del sistema de salud convencional buscando lo extra.

③ ¿Qué marco conceptual es utilizado y cual es la función del mismo y cual es su relación?

R: Hace referencia al marco conceptual que sustenta al panorama de la salud y te analiza los factores que contribuyen al estado de salud, incluyendo un análisis más detallados de determinantes de la salud que van más allá del sistema actual de la salud, tiene la calidad de acceso.

2. ¿QUE FACTORES HAN IMPULSADO EL INCREMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA EN DÉCADAS RECENTES?

El análisis se basa en datos a nivel de país para el período 1995-2015, e incluye a los 35 miembros de la OCDE. Los hallazgos empíricos se complementan con una evaluación de los mecanismos por los que los factores inherentes y/o ajenos a los sistemas afectan la salud.

Comprendiendo los factores determinantes de la salud**Los resultados en salud dependen de la inversión dentro y fuera del sistema de salud**

La carga genómica y la disponibilidad de servicios de salud no son suficientes para explicar las diferencias en la salud de los individuos. Un creciente conjunto de evidencias demuestran que la salud de un individuo depende también de factores que van más allá del cuidado médico que recibe (Marmot y Wilkinson, 2006; WHO, 2008). Algunos de estos factores pueden ser influenciados por los sistemas de salud directamente a través de salud pública y medidas de prevención. Los factores determinantes no médicos relacionados con estilo de vida son particularmente importantes, e incluyen factores de riesgo notables como el tabaquismo, el consumo de alcohol y dietas poco saludables; y en contraste, las actividades beneficiosas como la actividad física.

Otros factores sociales determinantes más amplios también son importantes, como el nivel de ingreso, el educativo, las condiciones de vida y laborales. Un ingreso suficiente permite a la gente adquirir bienes y servicios que mantienen o mejoran la salud, como alimentación nutritiva y vivienda apropiada; aunque también un ingreso más alto puede implicar más horas de trabajo y estrés (Fuchs, 2004). Las personas con mayor nivel educativo, además de tener con frecuencia mayores ingresos, suelen estar mejor informados sobre actividades beneficiosas (Mackenbach et al., 2008). El desempleo y las condiciones inapropiadas de trabajo impactan negativamente la salud mental, y ciertas ocupaciones conlleven un mayor riesgo de lesiones (Bassanini y Caroli, 2014). Vivir en condiciones poco sanitarias, inseguras o con contaminación ambiental también incrementa el riesgo de enfermedad y muerte (Gibson et al., 2011; Deguen y Zmirou-Navier, 2010).

Los factores sociales determinantes de la salud están estrechamente relacionados entre sí, lo que dificulta separar empíricamente los efectos de diferentes factores individuales en la salud (Fuchs, 2004). Lo que es evidente es que estos factores en general se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, las personas con nivel educativo más alto es probable que dispongan de más recursos, que vivan en ambientes más saludables y que no fumen. Además, algunos investigadores sostienen que las grandes diferencias de ingreso no solo causan inequidades sanitarias, sino que además pueden ser perjudiciales para la salud de la población (Pickett y Wilkinson, 2015). Finalmente, es probable que las desigualdades sanitarias persistan durante el ciclo de vida y de una generación a otra, y que las circunstancias de la primera infancia tengan una influencia en las perspectivas económicas y de salud.

Adicionalmente, a pesar de que la mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal de salud, los individuos de los grupos más vulnerables tienden a tener menor acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, algunos pueden no conocer o no querer usar toda la gama de servicios a su disposición. La calidad del servicio puede ser limitada en zonas marginadas; los pagos compartidos y otros pagos directos de los usuarios sin mecanismos efectivos de exención, afectan de manera desproporcionada a los pobres. (OECD, 2014, 2015a).

Los estudios con datos agregados resaltan la contribución a la salud de los factores socioeconómicos

Una gama de estudios han estimado una función empírica de 'producción de salud' utilizando datos agregados. Estos análisis se han usado para evaluar la contribución del gasto en salud, factores socioeconómicos y otros en la salud de la población.¹

① C Cuáles son algunos de los factores que influyen directamente por parte del individuo?

R= No siempre para tener una esperanza de vida se requiere de medios especializados si no a las compañías para prevenir adicciones como el tabaquismo el consumo del alcohol y dietas poco saludables y a su vez proporcionan actividades beneficiosas como la actividad física.

② C Cuáles son los factores que tienen diversos factores al conjunto y por qué no pueden actuar por separado?

R= Esta comprobado que las personas con un nivel de ingreso económico alto tienen más posibilidad de conseguir mejores recursos, que tengan en ambiente más saludable y que no fumen. Es por ello que a pesar de todos los esfuerzos por brindar servicios de salud, aquellas personas.

③ C Que resaltan los estudios con los datos agregados y con que contribuyen los mismos?

R= Resaltan la contribución a la salud de los factores socioeconómicos, los estudios han estimado una función empírica de producción de salud utilizando datos agregados. Estos análisis se han usado para evaluar la contribución del gasto en salud factores socioeconómicos.

2. ¿QUE FACTORES HAN IMPULSADO EL INCREMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA EN DECADAS RECENTES?

En general, el gasto en salud, el nivel educativo y de ingreso benefician de manera significativa la salud de la población (Berger y Messer, 2002; OECD, 2010; Heijink et al, 2013; Moreno-Serra y Smith, 2015); y típicamente la contaminación y el estilo de vida (particularmente el tabaquismo y consumo de alcohol) causan efectos adversos (Shaw, 2005; Blázquez-Fernández et al, 2013). Un número mucho menor de estudios incorporan variables que reflejan el desempleo, categoría ocupacional o desigualdad de ingreso, y cuando éstos se incluyen, los resultados son más variados (Or, 2000; Lin, 2009).

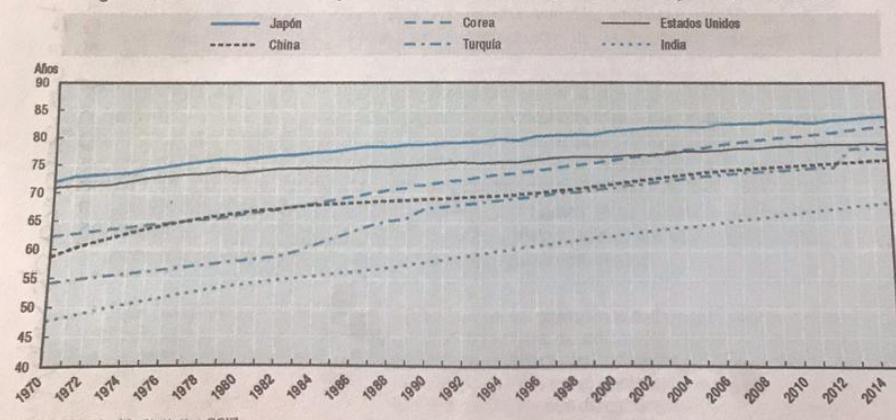
Se debe notar que el gasto en salud y el ingreso han tenido normalmente un mayor impacto en la reducción de mortalidad evitable o infantil que en el aumento de la esperanza de vida (Heijink et al, 2013; Nixon y Ullmann, 2006). También son importantes los factores dinámicos; por ejemplo, las crisis económicas temporales han mostrado efectos más variados en resultados de salud, empeorando la salud mental, pero también reduciendo la mortalidad por accidentes de tránsito y posiblemente menos contaminación (Ruhm, 2012; van Gool y Pearson, 2014; Laliotis et al, 2016). De manera más general, las diferencias entre los países incluidos explican la variabilidad en el impacto de diversos factores en la salud.

El aumento de la esperanza de vida en el tiempo refleja un mayor gasto en salud, estilos de vida saludables y mejores condiciones socioeconómicas

Todos los países de la OCDE y socios han tenido incrementos en la esperanza de vida, pero el índice varía notablemente entre países

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado en todos los países analizados. El incremento ha sido particularmente rápido en Turquía, India, Corea y China, que han tenido períodos de crecimiento económico sostenido y mejor cobertura de salud (Figura 2.2). En los Estados Unidos y México, los incrementos han sido más modestos, así como en Sudáfrica (debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA), Lituania y la Federación de Rusia (debido principalmente al impacto de la transición económica en los años 90 y un incremento en comportamiento riesgoso entre los varones). En la actualidad, la esperanza de vida más alta es la de Japón con 83.9 años.

Figura 2.2. Tendencias en esperanza de vida al nacer, selección de países, 1970-2015



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/588933602139>

Acevedo Serrano Graciela Ximena 655 3/9/20

① C) Porqué se ha incrementado la esperanza de vida en los ultimos 10 años y cual es su importancia?

R= Paises de la OCDE han mejorado de forma consistente su esperanza de vida, pues los indices de mortalidad como las enfermedades cardio vasculares y cancer ha decrecido, por otra parte los paises con ingresos altos para el sector de la salud muestran la clara evidencia.

② C) De acuerdo con la grafica anterior cuales son las conclusiones obtenidas para los 5 primeros?

R= Todos los paises presentan un crecimiento constante año con año, el pais que destaca por la mayor esperanza de vida al nacer. Otro aspecto a destacar es que muchos de estos paises pasaron a tener mas de 20 años de esperanza de vida en el año 2015 que cuando iniciaron en 1970. Turquia paso de 55 años a tener cerca de 70.

③ C) Cuales son los gastos que benefician la salud de la poblacion y los factores que causan lo contrario?

R= El gasto a la salud, el nivel de educación y de ingreso beneficio de vida significativa la salud de la población y tipicamente el estilo de vida en especial el tabaquismo y el alcoholismo a causa efectos diversos. Tambien se incorporen variables que reflejan el desempleo entre otras variables.

El aumento en el gasto en salud ha tenido un fuerte impacto positivo en la esperanza de vida, pero otros determinantes sociales más amplios también son importantes

Un nuevo análisis arroja cálculos de la contribución relativa de los sistemas de salud y estilos de vida saludables frente a los factores socioeconómicos y ambientales en los países de la OCDE. El análisis emplea los más recientes datos entre países y sigue las mejores prácticas metodológicas (Recuadro 2.1). Se evalúan los incrementos en la esperanza de vida de 1995 a 2015. Los datos de factores explicativos tienen un desfase de cinco años (es decir, con datos de 1990 a 2010) para explicar los efectos retrasados en la salud.

Recuadro 2.1. Datos y método

El análisis evalúa la contribución relativa de factores inherentes y ajenos al sistema de salud al incremento de la esperanza de vida entre 1995 y 2015 en los 35 países de la OCDE. Se utilizó el panel de datos macro de las Estadísticas de Salud de la OCDE (OECD Health Statistics) y del Banco de Datos del Banco Mundial (World Bank Databank).

Se desarrolló una función empírica de producción de salud, con la siguiente forma general:

$$LE_{it} = \alpha_0 + \beta_1 W_{it-5} + \beta_2 X_{it-5} + \beta_3 Y_{it-5} + \beta_4 Z_{it-5} + e_{it}$$

donde LE_{it} es la esperanza de vida al nacer por país i en el año t ; α el efecto país; y e el término de error. Las variables explicativas tienen un desfase de cinco años para reflejar los efectos tardíos de determinantes clave de la esperanza de vida. Se eligió un desfase de cinco años para que exista balance entre explicar los efectos tardíos en la salud y mantener un número suficiente de observaciones para el análisis de series de tiempo.

W es un vector de variables del sistema de salud en el año $t-5$ (gasto en salud, incluyendo cuidados curativos y preventivos, medida por el gasto total expresado en USD PPA constantes per cápita; protección financiera, usando como indicador la proporción de gasto de bolsillo del gasto total en salud). X es un vector de factores de estilo de vida en el año $t-5$ (prevalencia de fumadores habituales, consumo de alcohol en litros per cápita; dieta saludable, medida por la proporción de la población que consume vegetales diariamente). Y es un vector de ingreso y otras variables socioeconómicas en el año $t-5$ (ingreso, medida por PIB per cápita en USD PPA constantes, el gasto total neto en salud; educación, medida como la proporción de la población que alcanza nivel superior a educación primaria; y el índice de desempleo de largo plazo). Z es una variable ambiental en el año $t-5$ (contaminación del aire, medida por la proporción de la población expuesta a micro-partículas PM2.5).

Se utiliza la función de producción Cobb-Douglas, en la que todas las variables se expresan en forma logarítmica. La especificación económica es el modelo GLS, con efectos fijos por país, estructuras de autocorrelación específicas por país para errores, una corrección por heterocedasticidad, y variables explicativas desfasadas. La ausencia de datos en años específicos se abordó usando interpolación lineal. Se examinan otros modelos empíricos en un documento en proceso (James et al, próxima publicación). Aunque el análisis aplica las mejores prácticas metodológicas, las asociaciones entre esperanza de vida y variables explicativas no garantizan causalidad.

Los resultados de este análisis muestran que un gasto en salud mayor, estilos de vida más saludables, ingresos más altos y mejor cobertura de educación tienen en el tiempo asociaciones estadísticamente significativas y positivas con aumentos en la esperanza de vida (Figura 2.3). Específicamente, un aumento del 10% en el gasto en salud per cápita (en términos reales) se asocia con un incremento de 35 meses de esperanza de vida. La misma tasa de mejora a un estilo de vida más saludable (10%), se asocia con una

Acevedo Seriano Graciela Ximena 655 34/20

① C) A qué se refiere cuando se implementa un gasto en el sector de salud pero es importante invertir en otros?

R= Es importante que los gobiernos inviertan en el sector de salud con el fin de mejorar la calidad de vida pero tambien se especifica que si se incrementa el ingreso por persona y se fortalece la educación, entonces estos factores se contribuiran para fortalecer una mejor esperanza de vida.

② Tomando en cuenta lo anterior mencionado ¿qué tan importante es mejorar todos los aspectos de la población?

R= Invertir un gasto en el sector de salud, incrementaria en meses la esperanza de vida, si tomamos en cuenta que el nivel educativo se eleva y los ingresos de las personas se aumentan, programas para evitar que la gente fume, se lograran sumar meses hasta años para la esperanza de vida.

③ Cómo es la función empírica que desarrollaron y cuales son los factores que contiene

= $LE = \alpha_1 + \beta_1 W_{i,t-s} + \beta_2 X_{i,t-s} + \beta_3 Y_{i,t-s} + \epsilon_i$, se desarrolla la función empírica de la esperanza de salud. Donde LE es la esperanza de vida al nacer por país, en el año t, α_1 es el factor del país y el termino de error. Las variables explicativas tienen un destino de

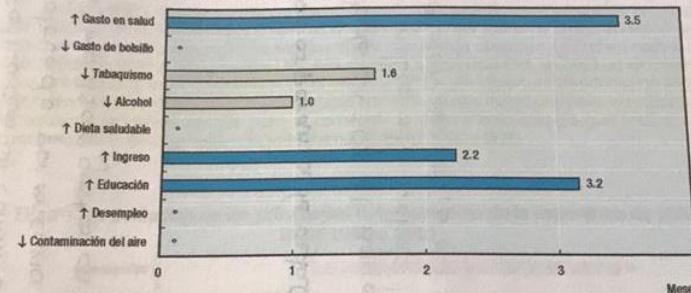
2. ¿QUE FACTORES HAN IMPULSADO EL INCREMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA EN DÉCADAS RECENTES?

ganancia de 2.6 meses de esperanza de vida (menos fumadores con 1.6 meses, menor consumo de alcohol con un mes). Los determinantes sociales más amplios también son importantes. Un incremento de 10% en el ingreso per cápita (en términos reales) se asocia con 2.2 meses más de esperanza de vida, y 10% más de cobertura en educación primaria, con 3.2 meses.

La proporción del gasto de bolsillo en el gasto total en salud no tuvo una asociación significativa con ganancia en esperanza de vida, principalmente por su muy pequeña reducción en el periodo estudiado. Una dieta saludable tuvo una asociación positiva, más no significativa, con la esperanza de vida. Este hecho puede ser explicado por las muy limitadas mejoras que la gente hizo a su dieta en el tiempo, y la dificultad de plasmar los efectos nutricionales en un nivel macro. La asociación entre índices de desempleo de largo plazo y la esperanza de vida tampoco es significativa. Es sorprendente que la contaminación del aire tampoco esté asociada significativamente con el aumento en la esperanza de vida, a pesar de que existe clara evidencia en otros estudios de los efectos adversos de la contaminación del aire en la salud (OECD 2016). Este resultado refleja lo tardío de los efectos de la contaminación del aire en la salud de una persona, y la relativamente pequeña disminución de la contaminación en el tiempo, en muchos países de la OCDE. Estos resultados se exploran en mayor profundidad en un estudio relacionado en proceso (James et al., próxima publicación).

Figura 2.3. Incrementos en la esperanza de vida asociados con un cambio del 10% en los principales determinantes de la salud

Analisis basado en 35 países de la OCDE para el periodo 1995-2015



Nota: * representa una contribución cercana a cero.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602158>

Mientras que el efecto de un cambio del 10% de los principales determinantes de la salud en la esperanza de vida es útil para fines de comparación, en la práctica es factible llevar a cabo cambios mayores que resulten en mayores aumentos de la esperanza de vida. Por ejemplo, si los Índices de tabaquismo y consumo de alcohol disminuyeran a la mitad, ambos podrían generar un incremento de 13 meses de esperanza de vida. La Figura 2.4 ilustra el impacto de cambios más ambiciosos para una selección de factores, particularmente el doble del gasto en salud e ingreso, 100% de cobertura en educación primaria, y mejoras más marcadas en estilo de vida saludable (disminuir en 50% el consumo de tabaco y alcohol).

La evolución real de los principales determinantes de la salud en los últimos 20 años ha sido con frecuencia más sustancial que el 10% de cambio utilizado en la Figura 2.3. Desde la perspectiva política es relevante, pues significa que el impacto positivo en la esperanza de vida puede ser sustancial si se dan las inversiones apropiadas dentro y fuera del sistema de salud.

Acevedo Serrano Graciela Ximena 655 3/4/20

① De acuerdo con la gráfica anterior ¿Cuáles son los factores que han beneficiado y cuáles no a la esperanza de vida general?

R: La gráfica muestra un aumento significativo con un cambio de 10%. Se destacan principalmente gasto en salud y educación los cuales han elevado por encima de 3 meses el nivel de esperanza y es el reflejo del esfuerzo de los gobiernos por impulsar gastos en la salud. La contaminación representa el nulo comento de la esperanza de vida.

② A pesar que se han incrementado el nivel de esperanza de vida ¿Qué otros factores pueden incrementar este índice?

R: Los factores de la gráfica han incrementado un 10% el índice de esperanza de vida de la población, pero se debe de tomar en cuenta que si se induce el nivel de tabaquismo y el consumo de alcohol disminuyeron a la mitad como resultado se incrementaría en 13 meses el índice de esperanza de vida.

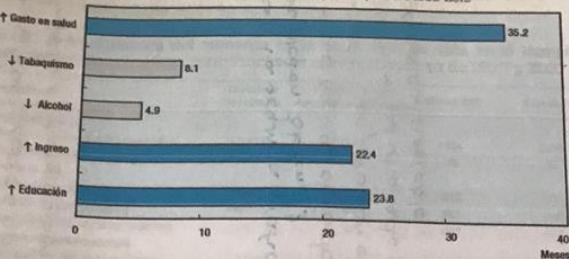
③ ¿Cuáles factores llevaron a que una dieta saludable fuera positiva mas no significativa en la esperanza de vida?

R: Esto se puede deber a limitados mejoras que la gente hizo en su dieta en el tiempo y a la dificultad de plasmarlos efectos nutricionales en un nivel maximo dando un resultado al tener que esperar mas tiempo para que los resultados se vean reflejados en cada uno de ellos.

2. ¿QUE FACTORES HAN IMPULSADO EL INCREMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA EN DECADAS RECENTES?

Figura 2.4. Incrementos en la esperanza de vida de cambios más sustanciales en los principales determinantes de la salud

Analisis basado en 36 países de la OCDE para el periodo 1995-2015

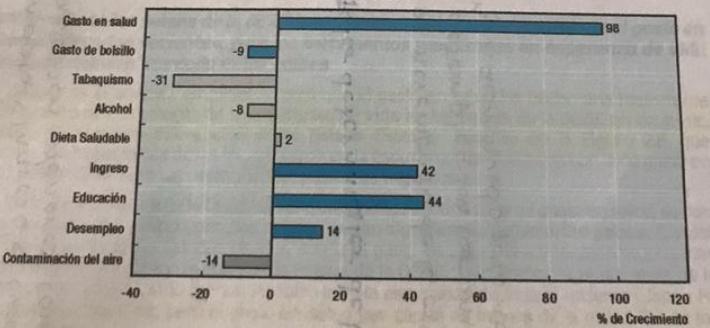


Nota: Los números representan el incremento en la esperanza de vida que podría esperarse de duplicar el gasto en salud, duplicar el ingreso, alcanzar 100% en educación terciaria y reducir a la mitad el consumo de tabaco y alcohol. Se excluyen desempleo, dieta saludable, gasto de bolsillo y contaminación del aire, porque no resultaron ser estadísticamente significativos.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602177>

La Figura 2.5 muestra el porcentaje de cambio de estos determinantes de la salud entre 1990 y 2010. Por ejemplo, mientras un incremento del 10% en el gasto en salud se asocia con una ganancia de 35 meses de esperanza de vida, el gasto en salud en realidad creció 98% de 1990 a 2010 (de 1624 USD PPA en 1990, a 3212 USD PPA en 2010 en términos constantes). El ingreso aumentó 42% en el mismo período, y la cobertura de educación 44%. Las mejoras a un estilo de vida más saludable han sido menos marcadas, pues el índice de tabaquismo se redujo en 31%, pero el consumo de alcohol bajó solo 8% y el índice de consumo diario de vegetales solo se incrementó 2% de 1990 a 2010.

Figura 2.5. Evolución de los principales determinantes de la esperanza de vida: OCDE 1990 a 2010



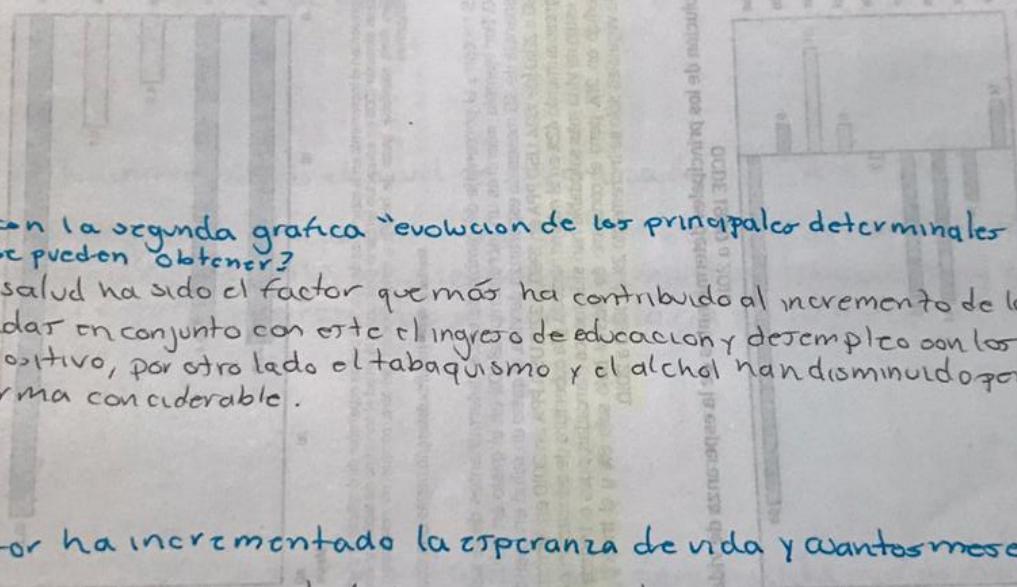
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602196>

Como resultado de la evolución de estos determinantes en el tiempo, el gasto en salud ha sido el factor que más ha contribuido al incremento de la esperanza de vida en las últimas dos décadas, seguido por educación e ingreso (Tabla 2). Las contribuciones de factores de estilo de vida (tabaquismo, alcohol, dieta saludable)

Acevedo Serrano Graciela Ximena 655 3/9/20

① ¿Cuáles son los principales factores con la gráfica que beneficia la salud y cuáles han presentado cambios?

R= Como lo vimos anteriormente el gasto invertido en la salud y la educación son los factores principales que se han mejorado año tras año pero aparece un dato "Ingresos" el cual aumento 92% por su parte a los factores de un estilo de vida más saludable con menores como el alcohol disminuyó un 31%, pero el tabaquismo solo 8%.



② De acuerdo con la segunda gráfica "evolución de los principales determinantes de la esperanza de vida ¿Qué datos se pueden obtener?

R= El gasto en salud ha sido el factor que más ha contribuido al incremento de la esperanza de vida en las últimas décadas en conjunto con este el ingreso de educación y desempleo son los únicos factores que se mantienen en positivo, por otro lado el tabaquismo y el alcohol han disminuido pero no lo hacen tanto para contribuir de forma considerable.

③ ¿Qué factor ha incrementado la esperanza de vida y cuantos meses de ganancia de vida?

R= El factor que ha incrementado la esperanza de vida es el gasto en salud en forma constante las mejoras a un estilo de vida más saludable ha sido menos marcadas ya que se consumen un poco más de vegetales y podemos vivir 35 meses más si seguimos con esto.

2. ¿QUE FACTORES HAN IMPULSADO EL INCREMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA EN DÉCADAS RECENTES?

han sido menores, principalmente porque las mejoras en estos factores en el periodo estudiado han sido menores. La Tabla 2.1 también muestra coeficientes de regresión y valores para 1990 y 2010, junto con las contribuciones relativas de cada uno de estos determinantes a la esperanza de vida.

Tabla 2.1. Determinantes del aumento en la esperanza de vida en el tiempo: coeficientes de regresión, contribuciones relativas, valores de 1990 y 2010

Variables explicativas	Coefficiente de regresión	Contribución a la esperanza de vida (meses)	Valor de 1990	Valor de 2010
Factores del sistema de salud				
Gasto en salud (por cípita en USD PPA constantes)	+ 0.039*	42.4	1 624	3 212
Gasto de hospital (como % del gasto en salud)	ns	ns	22	29
Factores de estilo de vida				
Tabaquismo (% fumadores habituales)	- 0.018*	5	30.3	21
Alcohol (litros de alcohol puro per cápita)	- 0.011*	0.4	10.1	9.2
Dieta saludable (% consumo habitual de vegetales)	ns	ns	64.2	65.3
Ingreso y otros factores socioeconómicos				
Ingreso (PIB per cápita en USD PPA constantes)	+ 0.025*	13.4	22 479	31 900
Educación (% con nivel superior a primaria)	+ 0.035*	15.1	57	82
Desempleo (% desempleo de largo plazo)	ns	ns	3.2	3.6
Factores ambientales				
Contaminación del aire (% de población expuesta a PM2.5)	ns	ns	75.7	65.2

Nota: * estadísticamente significativo al nivel de 5%. 'ns' quiere decir no significativo. Regresión basada en 718 observaciones en 35 países. La suma de las contribuciones y el residual (no mostrados aquí) es igual al incremento total de años de vida en el periodo estudiado.

Se llevaron a cabo análisis complementarios para probar una gama de problemas de especificación econométrica comunes, así como variables explicativas alternativas, que arrojaron resultados consistentes (ver James et al., próxima publicación). Otros análisis adicionales que incluyen a países socios de la OCDE en la muestra, revelan algunas diferencias en los determinantes de la salud según el nivel de desarrollo económico del país. Para países de ingresos altos, el gasto en salud ha sido el principal factor en el aumento de la esperanza de vida, mientras que el ingreso lo es en las economías emergentes. Sin embargo, este análisis fue limitado por la disponibilidad de datos para un periodo de tiempo menor.

La mayoría de los países de la OCDE han incrementado consistentemente el gasto en salud en décadas recientes, pero los incrementos resultantes en esperanza de vida varían de manera marcada entre países

Mientras el análisis empírico mostró que el gasto en salud ha hecho una importante contribución al incremento de la esperanza de vida en los países de la OCDE en conjunto, existen importantes diferencias entre países. Estas se ilustran en la Figura 2.6, que muestra las trayectorias de los incrementos en la esperanza de vida junto con la de gasto en salud desde 1995, para una selección de países de ingresos altos.

En todos los países de la OCDE, tanto la esperanza de vida como el gasto en salud se han incrementado en el tiempo, pero los índices varían significativamente entre países. El valor más atípico es el de los Estados Unidos, donde el gasto en salud ha aumentado mucho más rápidamente en el tiempo que en otros países de la OCDE, y sin embargo, el aumento de la esperanza de vida ha sido menor. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer en Japón ha alcanzado casi 84 años, pero el gasto en salud per cápita es menos de la mitad del de los Estados Unidos.

Acuedo Serrano Grauclla Ximena 666

3/9/20

① Cualos son los resultados que se pueden obtener a traves de la grafica de la pagina anterior y con que se componen?

R= El gasto en salud y de bolsillo pueden compensarse de forma significativa pues este ultimo no arroja que beneficien al sistema de salud, la disminucion del tabaquismo y el consumo del alcohol han favorecido la esperanza de vida pero ha resultado dificil implementar una dieta saludable, por el ingreso y el apoyo a la educacion.

② Porque aparece de que muchos países incrementan el gasto de salud careciendo de una esperanza de vida?

R= Tenermos dos ejemplos: el primero de ellos es Estados Unidos quien a pesar de proporcionar un gasto muy alto al sector de salud no ha tenido un aumento en la esperanza de vida, caso contrario con Japon quien tiene una esperanza de vida de 84 años pero el gasto en salud es menor de la mitad que la que invierte Estados Unidos.

③ Que ha pasado con los países pertenecientes a la OCDE cuando gastan en la salud?

R= En todos los países de la OCDE, tanto la esperanza de vida como en gasto de la salud se han incrementado en el tiempo, pero los indices varian significativamente entre países. Donde el valor mas tipico es el de los estados unidos donde avres aumenta.

Tabaquismo entre adultos

El consumo del tabaco trae numerosas consecuencias para la salud, que incluyen varios tipos de cáncer, accidente vascular u cardiopatía coronaria, entre otros. Es también un importante factor en enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El tabaquismo entre mujeres embarazadas puede causar bajo peso al nacer y enfermedades a los recién nacidos. El tabaquismo causa la mayor proporción de pérdida de años de vida saludable en 15 países de la OCDE, y se clasifica en segundo lugar en otros 16 países [Forouzanfar et al., 2016]. La OMS estima que el consumo de tabaco mata a 7 millones de personas al año en el mundo, de los cuales 890,000 mueren por consumo pasivo. Es la principal causa de muerte, enfermedad y empobrecimiento.

En los países de la OCDE, un poco más del 18% de los adultos consumen tabaco diariamente (14% de mujeres y 23% de hombres) (Figura 4.1). Los índices más altos se presentan en Grecia, Hungría y Turquía, así como en Indonesia (más de 25%), y los más bajos en México y Brasil (menos de 10%). Las mujeres fuman más en Austria, Grecia y Hungría, donde los índices sobrepasan el 20%, y menos en Corea y México, así como en China, India e Indonesia, donde los índices son inferiores al 5%. Para los hombres, los índices más altos se presentan en Turquía, así como en China, Indonesia y la Federación de Rusia, donde sobrepasan el 40% y son menores al 10% en Islandia y Brasil. Los hombres fuman más que las mujeres en todos los países excepto Dinamarca e Islandia, donde la brecha de género es de alrededor de un punto porcentual. En otros países, la brecha de género varía de menos de dos puntos en Suecia y los Estados Unidos, a más de 30 puntos en China (45 puntos), Indonesia (73 puntos) y la Federación de Rusia (34 puntos).

El tabaquismo habitual ha disminuido en la mayoría de los países de la OCDE desde 2000, aunque las tasas han subido ligeramente en la República Eslovaca (+0.8 puntos) se han incrementado en forma importante en Indonesia (+8.8 puntos), y han permanecido iguales en Austria (Figura 4.2). En 2015, un promedio de 18% de los adultos fumó diariamente en países de la OCDE, contra un 25% en 2000, lo que equivale a una disminución del 28%. Los decrementos más importantes ocurrieron en Dinamarca, Islandia, Luxemburgo, los Países Bajos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, así como en Brasil, India, Lituania y la Federación de Rusia, donde sobre pasaron los 10 puntos porcentuales; y Noruega, donde la disminución fue de 20 puntos. En 2015, las tasas más altas se presentaron en Grecia, Hungría, Turquía e Indonesia (arriba del 25%), y las más bajas en México y Brasil (debajo del 10%).

El alza de impuestos al tabaco es la forma más efectiva de reducir su consumo (WHO, 2015). Niveles altos de

impuestos, así como políticas rígidas condujeron a grandes reducciones en las tasas de tabaquismo entre 1996 y 2011 en muchos países de la OCDE (OECD, 2015). En 2014, 29 países de la OCDE aplicaron prohibiciones para la publicidad de tabaco al menos en la televisión nacional, medios impresos y radio, mientras que 25 países aplicaron tasas impositivas de al menos 70% (WHO, 2015). En todos los países de la OCDE, las cajetillas muestran una advertencia de salud al menos de tamaño mediano. Cada año se celebra el 31 de mayo el 'Día Mundial sin Tabaco', que busca promover políticas efectivas para reducir el consumo de tabaco y resalta los riesgos de salud y otros asociados al consumo de tabaco. El tema en 2017 fue 'Tabaco -una amenaza para el desarrollo', y se centró en las amenazas de la industria para el desarrollo sostenido de los países.

Definición y comparabilidad

La proporción de fumadores habituales se define como el porcentaje de la población de 15 años de edad y mayores que reportan consumir tabaco diariamente. Otras formas de productos de tabaco sin humo, como el rapé en Suecia, no se toman en cuenta. Este indicador es más representativo de la población fumadora que del número promedio de cigarrillos consumidos por día, pues la acción de fumar es más determinante que la cantidad. La mayoría de los países reporta datos para la población de 15 años y mayores, pero hay algunas excepciones como se resalta en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics.

Referencias

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016). "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015," *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
OECD (2015). *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*; OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
WHO (2015). *Report on the Global Tobacco Epidemic - Raising Taxes on Tobacco*, WHO, Ginebra.

① Entre los factores de riesgo para la salud más significativos se encuentran el tabaquismo, ¿Cómo afecta esto a la población?

R= El consumo de tabaco provoca varios tipos de cáncer, problemas cardiovaseculares y es uno de los factores principales que se producen enfermedades respiratorias, a las mujeres embarazadas afecta su peso y al recién nacido es la principal causa de que los países miembros de la OCDE tengan poca vida útil, la OMS estima que el tabaco mata a 7,000,000 de personas al año.

② ¿Cuáles son algunos de los datos relevantes que se puedan obtener respecto al consumo de tabaco en los países de la OCDE?

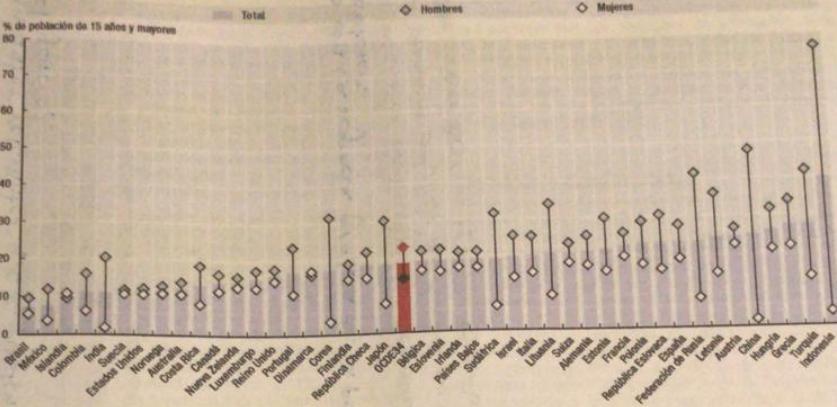
R= Un poco más de los 18% de adultos consumen tabaco diariamente, los índices más altos se encuentran en grecia, unghria y turquia con el 26%, mientras que en méjico y brasil solo el 10%, en muchas países el índice de consumo se ha diminuido o aumentado como la republica checa y la ucrania estos índices se basan en la población de 15 años.

③ Enunció que consecuencias acarrea para la salud el consumo de tabaco y que países lo consumen más?

R= Los numerosas consecuencias incluyen varios tipos de cancer, accidente vascular, y cardopatia coronaria. Enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPDC) bajo peso al nacer y enfermedades a los recién nacidos la taza más alta Grecia, Hungria e Indonesia.

Tabaquismo entre adultos

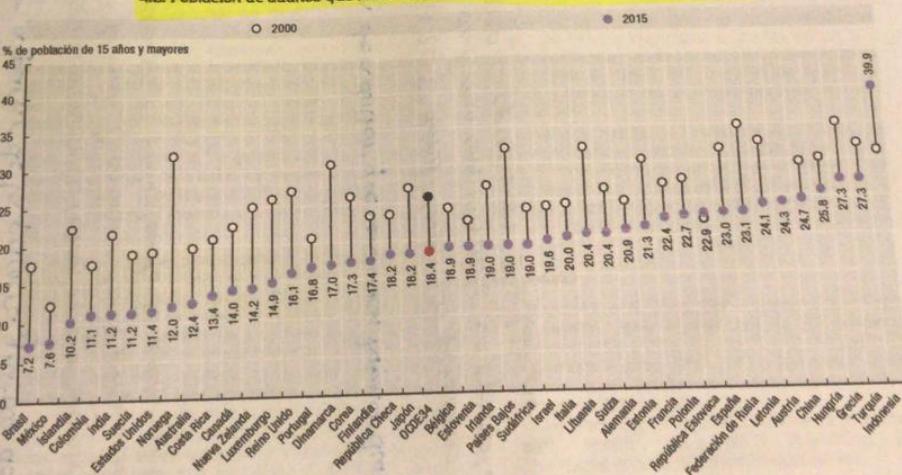
4.1. Población de adultos que fuman diariamente por género, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602709>

4.2. Población de adultos que fuman diariamente, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602728>

Acevedo Serrano Graciela Ximena 655

3/9/20

① Cuáles son datos relevantes que se pueden obtener a partir de la primera grafica del consumo del tabaco según el género?

R: Mexico se encuentra en los primeros lugares por debajo de la tabla lo que significa que no cuenta con una población que consuma de forma habitual el tabaco. Dinamarca tiene mayor cantidad de mujeres que hombres siendo ésta la única excepción. Indonesia es el país donde la población consume más tabaco.

② De acuerdo con la segunda grafica de la población de adultos que consumen tabaco diariamente que datos podemos obtener.

R: Los datos obtenidos cuenta a partir del año 2000 al 2015 donde todos los países de los países han disminuido en personas adultas que consumen tabaco de forma considerable, un ejemplo de esto es Noruega que posee tener 30% a 12%. en 15 años la única excepción es Indonesia que en el año 2000 tenía 80%.

③ ¿Qué políticas han conducido a reducir las tasas de tabaquismo en muchos países de la OCDE?

R: Las políticas que condujeron a la reducción de las tasas del tabaquismo entre 1996 y 2011 en muchos países de la OCDE se encuentra la más efectiva es el alza de impuestos al tabaco, aplicación de prohibiciones para la publicidad en televisión nacional, medios impresos y radio.

Consumo de alcohol entre adultos

El consumo dañino de alcohol es una de las más importantes causas de muerte y discapacidad en el mundo, sobre todo entre la población en edad laboral [OECD, 2015]. El consumo de alcohol está entre los 10 principales factores de riesgo en términos de pérdida de años de vida saludable en 32 países de la OCDE [Forouzanfar et al., 2016], y el consumo en los países de la OCDE sigue estando muy por encima del promedio mundial. En 2015, el consumo de alcohol causó 23 millones de muertes, por cáncer, enfermedades cardíacas y hepáticas, entre otras. La mayor parte del alcohol es consumida por el 20% de la población que más bebe. El consumo excesivo de alcohol se asocia con menores probabilidades de empleo, mayor ausentismo, baja productividad y salarios más bajos.

En promedio, el consumo de alcohol registrado ha decrecido en la OCDE desde 2000 (Figura 4.3), de 9.5 litros per cápita por año, a 9 litros de alcohol puro per cápita cada año, equivalente a 96 botellas de vino. El grado de decrecimiento varía enormemente por país, y de hecho el consumo se ha incrementado en trece países de la OCDE, así como en China, India, Lituania y Sudáfrica. El consumo se incrementó de 0.1 a 1 litro en Canadá, Chile, Israel, Corea, México, Noruega, Eslovenia, Suecia y los Estados Unidos, así como en Sudáfrica. El incremento fue mayor en Bélgica, Islandia, Letonia y Polonia, así como en China, India y Lituania (1.1 a 5.3 litros per cápita). En todos los demás países el consumo de alcohol decreció entre 2000 y 2015. Los mayores descensos ocurrieron en Dinamarca, Irlanda, Italia y los Países Bajos (más de 2 litros per cápita).

Aunque el consumo de alcohol per cápita en adultos es una medida útil para evaluar las tendencias de largo plazo, no identifica a grupos de población en riesgo de desarrollar patrones dañinos de bebida. El consumo excesivo y la dependencia del alcohol ocasionan una importante proporción de la carga de enfermedades asociadas con el alcohol. En los países de la OCDE, el promedio de 12% de las mujeres y 30% de los hombres beben en exceso regularmente (al menos una vez al mes) (Figura 4.4). Las tasas varían de 8% en Hungría a 37% en Dinamarca, y muestran grandes brechas de género, siendo más altas para los hombres en casi todos los países. Las brechas menores son las de España y Grecia (8-10 puntos), y las más altas las de Estonia, Finlandia y Letonia (arriba de 25 puntos).

Existen muchas políticas para abordar el consumo dañino de alcohol; algunas se enfocan solamente en quienes beben en exceso, mientras que otras tienen una base más amplia. Aunque todos los países de la OCDE gravan las bebidas alcohólicas, el nivel de impuesto puede variar mucho entre países. Se han implementado nuevas formas de políticas fiscales, como un precio mínimo por unidad de alcohol en Escocia. Se han establecido reglas para la publicidad de productos de alcohol en muchos países de la OCDE, pero los medios regulados (p. ej. periódicos impresos, espectaculares, Internet) y la aplicación de las leyes varían enormemente entre países. Todos los países de la OCDE han establecido niveles legales máximos de

concentración de alcohol en la sangre para conductores, pero la aplicación de estas reglas puede ser irregular y varía mucho en los países y entre ellos. Algunas políticas menos estrictas incluyen mensajes de promoción de la salud, intervenciones en escuelas y sitios de trabajo, e intervenciones en sitios de atención primaria a la salud. Los conjuntos de políticas incluyentes que comprenden medidas fiscales, reglas y políticas menos estrictas, parecen ser los más efectivos para reducir el consumo dañino de alcohol [OECD, 2015].

Definición y comparabilidad

El consumo de alcohol registrado se define como las ventas anuales de alcohol puro en litros por persona de 15 años de edad y mayores. La mayoría de los países reportan datos para la población de más de 15 años, pero hay algunas excepciones como se resalta en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics. La metodología para convertir las bebidas a alcohol puro puede variar entre países. Las estadísticas oficiales no incluyen el consumo no registrado, como la producción casera. El consumo de alcohol no registrado y de bebidas alcohólicas de baja calidad (bebidas producidas informalmente o ilegalmente) sigue siendo un problema, especialmente cuando se estima la carga de enfermedades relacionadas con el alcohol entre grupos de bajos ingresos. La OMS reporta un consumo no registrado de alcohol en el depósito de datos Global Health Observatory. En algunos países (p. ej. Luxemburgo), las ventas anuales no reflejan con exactitud el consumo real de los residentes, ya que las compras de no residentes crean una brecha importante entre las ventas y el consumo. El consumo de alcohol en Luxemburgo es, por lo tanto, la media del consumo de alcohol de Francia y Alemania, según registra la base de datos WHO-GISAH.

El consumo regular en exceso se deriva de auto-reportes de la European Health Interview Survey 2014. El consumo regular en exceso se define como beber seis o más bebidas alcohólicas por ocasión al menos una vez al mes en los últimos 12 meses.

Referencias

Forouzanfar, M.H. et al. (2016). "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet," vol. 388, pp. 1659-1724.

OECD (2015). Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy. OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>

① Cuales son las razones que se muestran para que el alcohol sea junto con el tabaco una de las peores causas de muerte?

R: Puede provocar la muerte y discapacidad en 32 países de la OCDE seleccionada uno de los 10 factores con más probabilidad de reducir los años de vida. A pesar de este su consumo sigue siendo elevado, en las posibilidades de encontrarlo.

② Por qué es importante considerar evaluar a las personas consumidoras de alcohol y porque cresta tanto su consumo?

R: La mayoría de encuestados evalúan un posible riesgo pero no identifica a la población comunitaria, ni las intervenciones que velan padecer a su vez es difícil de erradicar porque los programas que existen se aplican para diversas poblaciones, es decir existen programas para los ya afectados por alguna enfermedad.

③ Cuales son las medidas de los países pertenecientes a la OCDE para abordar el tema del consumo dañino del alcohol?

R: Aunque todos los países de la OCDE graban las bebidas alcohólicas el nivel de impuesto puede variar mucho entre países se han implantado nuevas formas de políticas fiscales como un precio mínimo por unidad de alcohol en cuya se han establecido reglas para la publicidad.

4. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Consumo de alcohol entre adultos

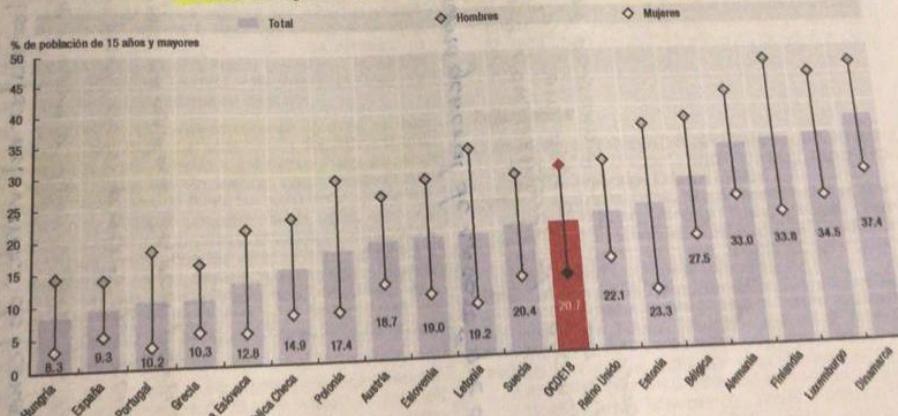
4.3. Consumo registrado de alcohol entre adultos, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602747>

4.4. Consumo regular en exceso (al menos una vez al mes) por género, 2014



Fuente: Eurostat EHIS 2014.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602766>

Acuedo Serrano Graciela Ximena GSS

3/4/20

① C'De acuerdo con la primera grafica cuales son los datos relevantes del consumo del alcohol entre adultos?

R= Indonesia es el país con mayor población adulta que consume tabaco pero es la que consume alcohol con 0.17%. Mientras tanto la India, China e Italia son parte de los países que con el tiempo disminuyeron su consumo de alcohol, aun así países como Países Bajos, Canadá y Japón para el 2015 tuvieron incrementado su consumo de alcohol.

② Tomando en cuenta la segunda grafica "consumo general de exceso" que datos se pueden destacar entre hombres y mujeres?

R= En todos los países el porcentaje de hombres consumidores de alcohol es mayor que el de las mujeres pero Dinamarca el 20% de adultos consumen alcohol. La media que estableció es de 20.7%, aun así se destaca que hay personas con un consumo nulo a casi por debajo de la media.

③ C'Qué relación debemos establecer entre ambos graficos tomando en cuenta el año?

R= En Dinamarca el consumo regular en exceso al menos una vez al mes en 2014 es del 37.4% siendo el género masculino el de más porcentaje y en la primera gráfica de 16 litros por per cápita en la población de 15 años y mayores Dinamarca representa un 9.9 litros.

Consumo de alcohol y tabaco entre adolescentes

El tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia tienen consecuencias inmediatas y de largo plazo en la salud. Adquirir el hábito de fumar a temprana edad incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer (Currie et al., 2012). El tabaquismo durante la adolescencia tiene consecuencias adversas inmediatas, que incluyen la adicción, función pulmonar reducida y crecimiento pulmonar deficiente, y asma (Inchley et al., 2016). Está también relacionado con una mayor probabilidad de experimentar otras drogas y exhibir otros comportamientos riesgosos (OCathail et al., 2011). El consumo temprano y frecuente de alcohol y la embriaguez se asocian con efectos psicológicos, sociales y físicos negativos, como dejar la educación preparatoria sin graduarse (Chatterji y DeSimone, 2005).

Los resultados de las encuestas Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), una serie de estudios colaborativos entre países, permiten monitorear los comportamientos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes. Otras encuestas nacionales, como el Youth Risk Behavior Surveillance System en los Estados Unidos, o la encuesta Escapad en Francia, también monitorean comportamientos riesgosos.

Más del 15% de los adolescentes de 15 años fuman al menos una vez a la semana en Francia, Hungría, Italia, Luxemburgo y la República Eslovaca, así como en Lituania (Figura 45). Al otro extremo de la escala, menos del 5% reportaron fumar semanalmente en Islandia y Noruega. El promedio es de 12% en la OCDE. En promedio, los hombres fuman un poco más que las mujeres, pero ellas fuman más en doce países (Australia, la República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Luxemburgo, la República Eslovaca, España, Suecia y el Reino Unido). Las brechas de género son particularmente altas en Israel, así como en Lituania y la Federación de Rusia.

Más del 30% de los adolescentes de 15 años se han embriagado al menos dos veces en la República Checa, Dinamarca, Hungría, Eslovenia y el Reino Unido, así como en Lituania (Figura 46). En Islandia, Israel, Luxemburgo, Suiza y la Federación de Rusia, las tasas están por debajo del 15%. En la OCDE el promedio es de 22.3%, con una pequeña brecha entre hombres (23.5%) y mujeres (21.2%). La disparidad de género, con los varones más inclinados a la bebida que las mujeres, es especialmente alta en Austria, Hungría, Israel, Lituania y la Federación de Rusia (más de 5 puntos). Solo en Canadá, Suecia y el Reino Unido las mujeres reportan embriaguez repetida con mayor frecuencia que los hombres.

Las tendencias de embriaguez repetida y consumo regular de tabaco en adolescentes de 15 años muestran patrones semejantes (Figura 47). Ambos comportamientos están actualmente en su punto más bajo desde 1993-94. El consumo regular de tabaco muestra la disminución más importante, pues las tasas entre hombres y mujeres son menores de la mitad entre 1997-98 y 2013-14. La brecha de género para embriaguez también se ha disminuido desde los años 90. Todos los países presentan un decrecimiento en el consumo regular de tabaco desde 1997-98, que sobrepasa el 60% para hombres y mujeres en Bélgica, Canadá, Dinamarca, Irlanda, Noruega, Suecia y el Reino

Unido, y para mujeres en Austria, Finlandia y Suiza. Los decrementos son menos marcados para la embriaguez, y alcanzan el 60% solo para los hombres en Irlanda y Suecia. Las tasas se han incrementado desde 1997-98 para las mujeres en la República Checa, Estonia, Hungría, Letonia y Polonia.

En todo el mundo, una tercera parte de los adolescentes que experimentan con el tabaco, lo hacen como resultado de la exposición a la publicidad, promoción y patrocinio (WHO, 2013). Para reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes, el consumo entre la población en general debe dejar de considerarse normal. Los fumadores jóvenes responden a las políticas encaminadas a reducir el consumo de tabaco, incluyendo los impuestos indirectos para incrementar los precios, leyes de prohibición de tabaco en lugares cerrados, restricciones para el acceso al tabaco, y mejor educación acerca de sus efectos (Forster et al., 2007).

Definición y comparabilidad

Los estimados de tabaquismo se refieren a la proporción de adolescentes de 15 años que reportan fumar al menos una vez a la semana. Los estimados de embriaguez se refieren a la proporción de adolescentes de 15 años que se han embriagado dos veces o más en su vida.

Las encuestas Health Behavior in School-aged Children (HBSC) se llevaron a cabo cada cuatro años entre 1993-94 y 2013-14, e incluyen hasta 29 países de la OCDE, Lituania y la Federación de Rusia. Los datos provienen de muestras en escuelas de 1500 sujetos en cada grupo etario (11, 13 y 15 años de edad) en la mayoría de los países.

Referencias

- Chatterji, P. y J. DeSimone (2005). "Adolescent Drinking and High School Dropout". NBER Working Paper, núm. w1337, Cambridge, Estados Unidos.
Currie, C. et al. (eds.) (2012). "Social Determinants of Health and Well-being Among Young People", Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study International Report from the 2009/2010 Survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhague.
Forster, J. et al. (2007). "Policy Interventions and Surveillance as Strategies to Prevent Tobacco Use in Adolescents and Young Adults", American Journal of Preventive Medicine, vol. 33, núm. 6 (Suppl.), pp. S335-S339.
Inchley, J. et al. (eds.) (2016). "Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being", Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study International Report from the 2013/2014 Survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhague.
OCathail, S.M. et al. (2011). "Association of Cigarette Smoking with Drug Use and Risk Taking Behaviour in Irish Teenagers". Addictive Behaviors, vol. 36, núm. 5, pp. 547-550.
WHO (2013). Report on the Global Tobacco Epidemic. WHO, Ginebra.

① Cuáles son algunas de las consecuencias que tienen en la adolescencia en el consumo de alcohol y de tabaco?

R = El consumo de alcohol y tabaco a temprana edad incrementa la posibilidad de padecer enfermedades respiratorias cardíacas, cerebrales o cáncer. Siendo más específicos el consumo de tabaco puede provocar asma, deficiencia pulmonar y estados de ánimo riesgosos mientras que el alcohol incita a tener adicciones.

② ¿Cuáles son datos arrojados sobre los adolescentes y por qué empiezan a consumir alcohol o tabaco en su vida?

R = En Francia, Hungría, Italia, República Eslovaca 15% de los adolescentes de 15 años consumen mínimo una vez a la semana tabaco. En Hungría, República Checa, Eslovenia más del 30% de adolescentes se han embriagado 2 veces en su vida. En todo el mundo una tercera parte de los adolescentes que fuman lo hacen por la publicidad.

③ ¿Qué tanto afecta una dieta saludable a mantener una buena y larga vida?

R = El bajo consumo de frutas y vegetales y los bajos niveles de actividad física sin duda que casi es nula estar entre los 10 principales factores de riesgo en términos de pérdida de años de vida saludable en 24, 6, 16, países de la OCDE respectivamente, si afecta para tener una larga vida.

Consumo de alcohol y tabaco entre adolescentes

4.5. Tabaquismo entre adolescentes de 15 años, 2013-14

Consumo al menos una vez a la semana

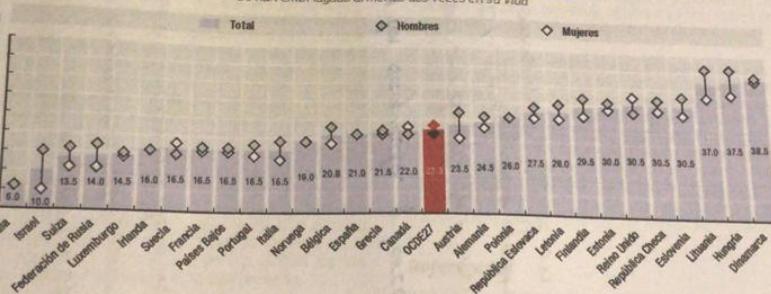


Fuente: Inchley et al. (2016). Cancer Council Victoria (2016) para Australia.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602785>

4.6. Embriaguez entre adolescentes de 15 años, 2013-14

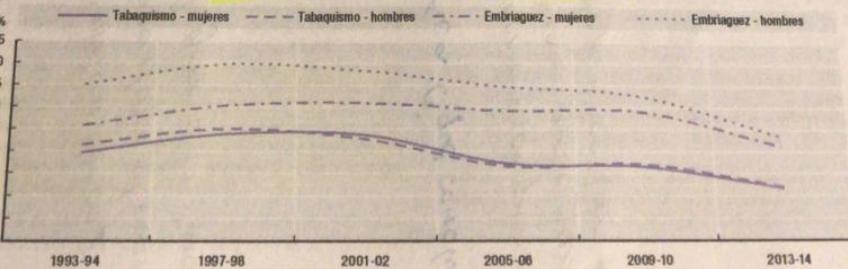
Se han embriagado al menos dos veces en su vida



Fuente: Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602804>

4.7. Tendencias en consumo regular de tabaco y embriaguez repetida entre adolescentes de 15 años para una selección de países de la OCDE, 1994 a 2014



Nota: El promedio para 1993-94 incluye 19 países; el promedio para 1997-98 incluye 22 países; el promedio para 2001-02 incluye 25 países; el promedio para 2005-06 incluye 28 países; los promedios para 2009-10 y 2013-14 incluyen 27 países.

Fuente: WHO (1996); Currie et al. (2000, 2004, 2008, 2012); Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602823>

Acevedo Serrano Graciela Ximena 6SS 3/4/20

Q: De acuerdo con la gráfica número uno de los años 2010, 2014 del tabaquismo entre adolescentes que datos se pueden obtener?

R: En la gráfica se muestra la existencia de diversos países (España, República Checa y Luxemburgo) tienen una mayor cantidad de mujeres que consumen tabaco, incluso para Italia el cual tiene el mayor porcentaje al país que no mantiene ninguna diferencia de porcentaje de género es "países bajos".

② Tomando en cuenta los datos obtenidos en la segunda y tercera gráfica. ¿Qué conclusión se da a los adolescentes en embarazos?

R: Suecia, Reino Unido y Canadá son los países donde las mujeres tienen mayor porcentaje de consumo. La OCDE tiene un promedio de 22%, la segunda gráfica muestra el que el tabaquismo y el alcoholismo han disminuido pero que el tabaquismo tiene un porcentaje similar tanto de hombres como de mujeres.

③ Cómo se llevan a cabo las encuestas HBSC?

R: Las encuestas health Behavior in school aged children (HBSC) se llevan a cabo cada 4 años entre 1993-1994 y 2013-2014 e incluyen 20 países de la OCDE. Los datos provienen de nuestras escuelas de 1600 sujetos de cada institución.

Estilos de vida saludables entre adultos

El consumo bajo de frutas, vegetales y los niveles bajos de actividad física, están entre los 10 principales factores de riesgo en términos de pérdida de años de vida saludable en 24, 5 y 16 países de la OCDE respectivamente (Forouzanfar et al., 2016). Las dietas reducidas en fruta fueron la causa de casi 3 millones de muertes en 2013, mientras que el bajo consumo de vegetales causó cerca de 2 millones de muertes, y la actividad física reducida causó 1,6 millones de muertes. Incluir fruta y vegetales en la dieta diaria reduce el riesgo de cardiopatía coronaria, accidente vascular y ciertos tipos de cáncer (WHO, 2014). Aportan fibra dietética, que baja la presión arterial y regula la insulina, lo que posiblemente impacta el riesgo de diabetes tipo 2 (InterAct Consortium, 2015). La actividad física regular mejora el estado muscular y cardiorrespiratorio, y reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente vascular, diabetes y varios tipos de cáncer (WHO, 2017). También se ha comprobado que impacta positivamente la salud mental (Lindwall et al., 2012). La OMS recomienda al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada a la semana para adultos, al menos 75 minutos de actividad física intensa, o el equivalente a una combinación de los dos (WHO, 2017).

El 57% de los adultos en la OCDE consumen fruta diariamente, con valores entre 30-35% en Finlandia y Letonia, a más de 70% en Australia, Italia, Nueva Zelanda y Portugal (Figura 48). Las mujeres consumen más fruta que los hombres en todos los países, y tienen las más altas tasas de consumo en Australia, Canadá, Italia y Nueva Zelanda (más del 75%). Por el contrario, presentan índices más bajos en Finlandia, Letonia, México, los Países Bajos y Turquía (debajo del 50%). Los más altos niveles de consumo entre los hombres se presentan en Australia, Canadá, Italia, Corea, Nueva Zelanda, Portugal y España (arriba del 60%) y los más bajos en Finlandia y Letonia (debajo del 30%). Las brechas de género son más amplias en Austria, la República Checa, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Islandia, Letonia, Noruega, Eslovenia, Suecia y Suiza (15-20 puntos) y menores en Australia, México y Turquía (menos de 5 puntos). En general, 63% de las mujeres, y 50% de los hombres en la OCDE consumen fruta diariamente.

El consumo de vegetales es más alto que el de fruta (Figura 49). En promedio, 60% de la población en la OCDE consume vegetales diariamente (65% de mujeres, y 55% de hombres). Las tasas más altas se presentan en Australia, Corea, Nueva Zelanda y los Estados Unidos, con más de 90% de población que reporta comer vegetales diariamente, aunque la metodología difiere entre países (ver Definición y comparabilidad). En el otro extremo del espectro, menos de 40% reporta este consumo en Finlandia, Alemania y los Países Bajos. En los Estados Unidos, los hombres consumen un poco más vegetales que las mujeres, y en Corea y México el consumo es equivalente. En todos los demás países, las mujeres consumen más vegetales que los hombres. Las brechas de género son más grandes en Austria, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Luxemburgo, Noruega, Suecia y Suiza (15-19 puntos).

Más del 70% de los adultos realizan al menos 150 minutos de actividad física moderada semanalmente en Australia,

Dinamarca, Finlandia, Francia, Islandia, Irlanda, Noruega, Eslovenia y Suecia (Figura 410). En Portugal, Italia y España, menos del 60% alcanzan la recomendación de la OMS. En todos los países de la OCDE, un promedio de 96,5% de la población realiza 150 minutos de actividad física moderada cada semana, con 70% de hombres y 63% de mujeres. Los hombres son más activos físicamente que las mujeres en todos los países excepto Dinamarca. La brecha es particularmente alta (más de 15 puntos) en la República Checa, Letonia, Turquía y España.

Definición y comparabilidad

El consumo de fruta y vegetales se define como la proporción de individuos que consumen al menos una fruta o vegetal al día. Los datos se basan en auto-reportes y están sujetos a error de memoria.

Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas cuantitativas. Los datos de los Estados Unidos incluyen jugos hechos de concentrados. En estos países, los valores pueden ser sobreestimados en comparación con otros. La mayoría de los países reportan datos para la población de 15 años y mayores, pero hay algunas excepciones como se resalta en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics.

El Indicador de actividad física moderada se define como al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana. Los estimados de actividad física moderada se basan en auto-reportes de la encuesta European Health Interview Survey 2014, en combinación con actividad física relacionada con el trabajo y el esparcimiento (ciclismo como medio de transporte y deporte). La caminata no está incluida como transporte.

Referencias

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016). "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015". *The Lancet* vol. 388, pp. 1699-1724.
- Lindwall, M. et al. (2012). "Self-Reported Physical Activity and Aerobic Fitness are Differently Related to Mental Health". *Mental Health and Physical Activity*, vol. 5, núm. 1, pp. 28-34.
- The InterAct Consortium (2015). "Dietary Fibre and Incidence of Type 2 Diabetes in Eight European Countries: The EPIC-InterAct Study and a Meta-analysis of Prospective Studies". *Diabetologia*, vol. 58, pp. 1394-1408.
- WHO (2017). "Fact Sheet on Physical Activity".
- WHO (2014). "Increasing Fruit and Vegetable Consumption to Reduce the Risk of Noncommunicable Diseases".

Q: Cuáles son las consecuencias principales que afectan a la población respecto a no llevar el consumo de dieta saludable?

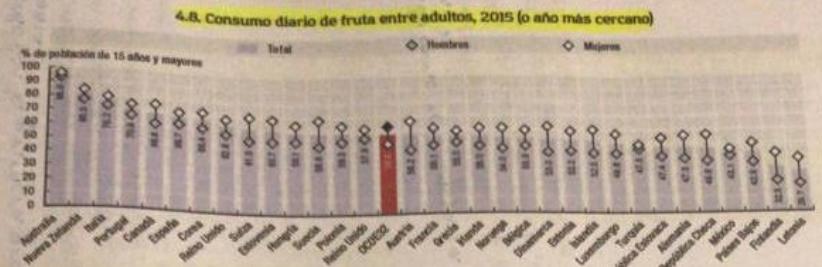
R: El consumo de frutas y vegetales (dieta saludable) y la nula actividad física, son factores de riesgo principales que causan perdida de años de vida saludable en 29.6 y 16 países miembros de la OCDE de las dietas reducidas de frutas fueron la causa de 3 millones de muertes en el año 2015.

Q: ¿Qué datos relevantes se destacan acerca del consumo diario de frutas y vegetales y su promedio en la OCDE?

R: El 57% de los adultos de la OCDE consumen fruta diariamente con valores más altos en Finlandia y Letonia (30-35%) las mujeres consumen mayor cantidad de frutas pero el consumo de vegetales es mayor al de la fruta, en promedio 60% de la población de la OCDE consume vegetales de las cuales 65% son mujeres.

Q: ¿Qué factores beneficios tiene la constante actividad física (regular)?

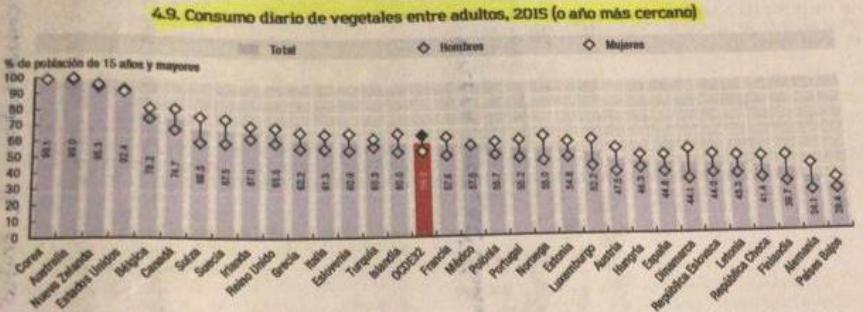
R: La actividad física regular mejora el estado muscular y cardiorespiratorio y reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía crónica, accidente vascular, diabetes, diferentes tipos de cáncer, etc. También se ha comprobado que impacta positivamente a la salud mental.



Nota: Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas cuantitativas. Los datos de los Estados Unidos incluyen jugos de concentrados.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

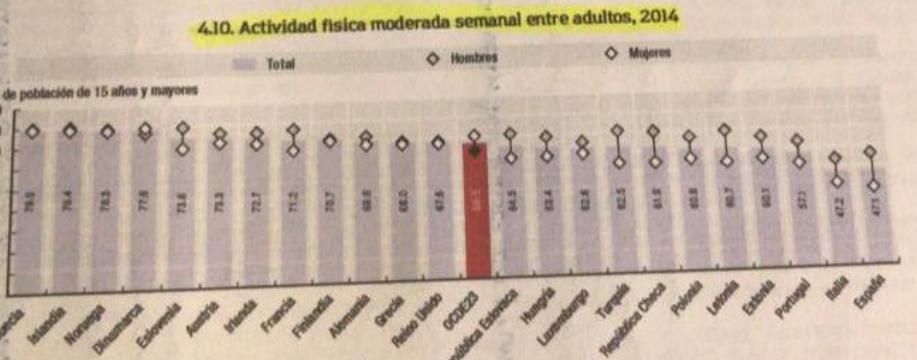
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/898933602842>



Nota: Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas cuantitativas. Los datos de los Estados Unidos incluyen jugos de concentrados.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602861>



Eurostat EHIS 2014.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602880>

① De acuerdo con la primera grafica del consumo diario de frutas en los adultos. Cual diferencia hay entre Australia y Letonia?

R: Para comenzar, la media de los países de la OCDE es de 58%. Australia ocupa el primer lugar con 95% de consumo, mientras que Letonia es el último puesto visible con 29.7% de consumidores. Esto puede impactar en un futuro en millones de muertes como hemos visto anteriormente, mientras que Australia tiene una larga duración de vida.

② Teniendo como referencia la segunda y tercera grafica. Cómo se valorean los países en primer lugar y en la otra no?

R: Suecia es el país donde se realiza una actividad física moderada semanalmente con un 79.5% de la población adulta, pero el consumo de vegetales es de 67%, mientras el consumo de frutas es de un 58.5% - es una cifra por encima de la media establecida por la OCDE pero donde tiene complicaciones la recomienda-

③ ¿Cuál es la definición del consumo de frutas y vegetales y como son los datos de estos países?

R: El consumo de frutas y vegetales que se puede definir con la proporción de individuo que consume al menos una fruta o vegetal al día, los datos se imponen en auto-reportarse y están sujetos a error de memoria. Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas cuantitativas.

Consumir una dieta saludable y realizar actividad física regularmente en la juventud ayuda a formar hábitos y tener un estilo de vida saludable en la edad adulta. El consumo diario de fruta y vegetales puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardíacas, accidentes vasculares y ciertos tipos de cáncer (Hartley et al., 2013; World Cancer Research Fund, 2007). La guía más común recomienda consumir al menos cinco porciones de fruta y vegetales diariamente. La actividad física de moderada a vigorosa trae beneficios a la salud física, mental y psicosocial de los adolescentes, pues ayuda a formar y mantener huesos y músculos sanos, reduce los sentimientos de depresión y ansiedad, y mejora el rendimiento académico (Janssen y LeBlanc, 2010; Singh et al., 2012). La OMS recomienda 60 minutos de actividad física de moderada a vigorosa para el grupo de cinco a 17 años de edad.

Más del 40% de la población de 15 años de edad consume fruta diariamente en Canadá, Dinamarca, Islandia y Suiza, mientras que menos del 25% lo hacen en Finlandia, Grecia, Letonia y Suecia (figura 4.1). Las tasas sobrepasan el 50% para mujeres en Dinamarca y Suiza, mientras que los hombres solo en Canadá alcanzan el 40%. Las tasas están debajo del 30% para las mujeres en Grecia, Hungría, Letonia, Polonia y Suecia, y por debajo del 20% para hombres en Finlandia, Letonia y Suecia. En todos los países de la OCDE, cerca de uno de cada tres adolescentes de 15 años de edad consume fruta diariamente, 37% de las mujeres y 28% de los hombres. Las mujeres consumen más fruta que los hombres en todos los países. Las brechas de género son más marcadas en Dinamarca, Finlandia y Suiza (17-18 puntos).

El consumo diario de vegetales para la población de 15 años sobrepasa el 50% en Bélgica, 40% en Canadá, Dinamarca, Irlanda, Israel, los Países Bajos y Suiza (figura 4.2). Los índices están debajo del 25% en la República Checa, Estonia, Alemania, Portugal, la República Eslovaca, Eslovenia y España. En general, el promedio de la OCDE es de 32%, casi idéntico al promedio de consumo de fruta. Los índices más altos para mujeres se presentan en Bélgica (más del 60%), Israel y Suiza (más del 50%) para hombres en Bélgica (50%) e Irlanda (más del 40%). El más bajo consumo diario de vegetales para mujeres se encuentra en Estonia, Portugal y España, y para hombres en Finlandia, Alemania y España. En todos los países, las mujeres consumen más vegetales que los hombres. Las brechas de género son más pronunciadas en Finlandia, Alemania, Italia y Suiza (15 puntos o más).

Los índices de actividad física de acuerdo a las directrices de la OMS alcanzan 20% en Canadá y España, y son inferiores al 10% en Israel, Italia y Suiza (figura 4.3). Son consistentemente más altos para los hombres, por un amplio margen, variando de 5 puntos (Israel, Suecia y Suiza) a 17 puntos (Luxemburgo). La actividad física más reducida se presenta entre mujeres en Austria, Israel, Italia y Portugal (5%) y entre hombres en Francia, Israel, Italia y Suiza (debajo del 15%). En Canadá, Islandia y Letonia, la actividad física entre mujeres es suficiente (14-15%), y para hombres, en Canadá y España (cerca del 30%). El promedio de la OCDE está ligeramente debajo del 15%, con cerca de 20% para hombres, y 10% para mujeres, lo que resulta en una brecha de género de 10 puntos.

Casi todos los países de la OCDE promueven el consumo de fruta y vegetales, siendo "5 al día" la guía mejor conocida (OECD, 2017). En años recientes, los hábitos diarios de los adolescentes han cambiado, debido a nuevos patrones de entretenimiento (televisión, Internet, teléfonos inteligentes) lo que ha ocasionado una disminución de la actividad física (Inchley et al., 2016). Las políticas específicas para el grupo de edad deben promover menos tiempo frente a las pantallas, y mayores niveles de actividad física. Además, la brecha de género no ha disminuido con el tiempo, lo que sugiere que las mujeres deben ser el objetivo con intervenciones y enfoques de género.

Definición y comparabilidad

Los hábitos alimenticios se miden aquí en términos de las proporciones de adolescentes que reportan comer fruta y vegetales al menos una vez al día, sin importar la cantidad. No se menciona referencia alguna a excluir el jugo, las sopas o las papas en las preguntas de la encuesta. Además de la fruta y los vegetales, la nutrición sana incluye otros tipos de alimentos.

Los datos para actividad física consideran la regularidad de al menos 60 minutos de actividad física auto-reportada de moderada a vigorosa. Estos términos se refieren a ejercicio realizado al menos una hora diariamente, donde la frecuencia cardiaca se eleve y a veces deje al adolescente sin aliento.

Referencias

- Hartley L. et al. (2013). "Increased Consumption of Fruit and Vegetables for the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, núm. 6. CDO09874.
- Inchley J. et al. (eds.) (2016). "Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being". *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Janssen, I. and A.G. LeBlanc (2010). "Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity and Fitness in School-Aged Children and Youth". *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 7, núm. 40.
- OECD (2017). "Obesity Update". OECD Publishing, Paris. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
- Singh, A. et al. (2012). "Physical Activity and Performance at School: A Systematic Review of the Literature Including Methodological Quality Assessment". *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 166, núm. 1, pp. 49-55.
- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research (2007). "Food, Nutrition, and Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective". AICR, Washington DC.

① C) ¿Qué beneficios tiene en la población consumir una dieta saludable (frutas y vegetales) y hacer actividad física?

R: Realizar este tipo de actividad durante la juventud ayuda a formar hábitos y estilos de vida saludables en la edad adulta. Consumir frutas y vegetales puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades coronarias, accidentes vasculares y diferentes tipos de cáncer. Se recomienda consumir porciones de 5 vegetales o frutas.

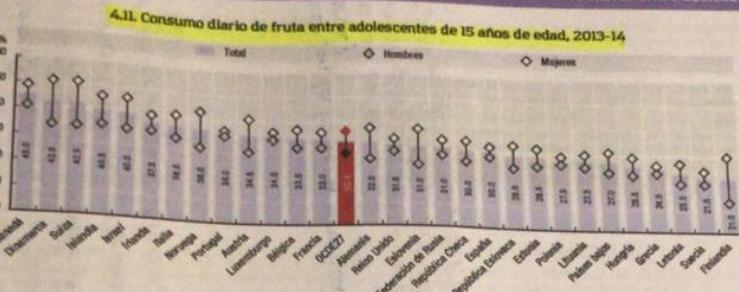
② C) ¿Cuáles son los indicadores más importantes para la población adolescente en el consumo de dieta saludable y la actividad física?

R: El consumo diario de vegetales para la población de 15 años es de mayor del 50% en Bélgica, el 90% en Canadá, Dinamarca, Islandia y los países por debajo de 25% con la República Checa, Estonia, Alemania. Los indicadores de actividad física de acuerdo a la OMS alcanza el 20% en Canadá y España.

③ C) ¿Cómo se miden los hábitos alimenticios?

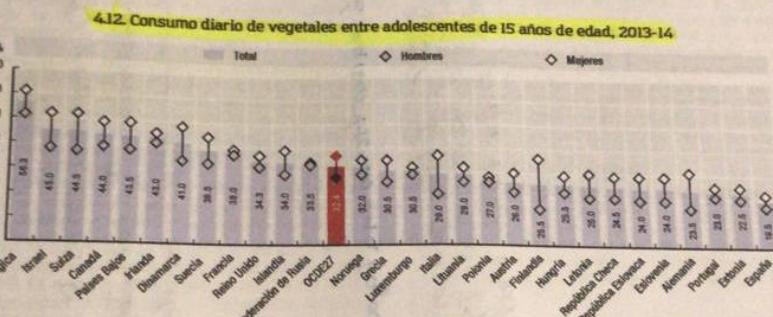
R: Los hábitos alimenticios en la encuesta se miden en términos de las proporciones de adolescentes que reportan comer fruta y vegetales al menos una vez al día sin importar la cantidad. No se menciona referencia alguna a excluir el jugo, las sopas o los papas en las preguntas de la encuesta.

Estilos de vida saludables entre adolescentes



Puente-Trichiley et al. (2009)

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888673360289>



Fuente Inchley et al. (2016)

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/588933602913>



Fuente Inchley et al. (2016)

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/88893360293>

① C Cuáles son las conclusiones que se obtienen apartir de la primera y la segunda grafica del consumo de adolescentes?

R= Miembros de la OCDE equivale a 82.4% en ambos casos (frutas y vegetales) los países con un porcentaje mayor del 40% en el consumo de frutas son Israel, Islandia, Suiza, Dinamarca y Canadá, mientras que el porcentaje de los consumidores de vegetales es de 36.3% por Bélgica, 10% abajo se sigue Israel.

② De acuerdo con la tercera grafica C'Qué países tienen una baja cantidad de jóvenes que realizan actividad física?

R= Francia con un 10%, Suiza con un 9.5%, Italia con un 8% e Israel con un 7.5% son los países con un porcentaje tan bajo más dé la media de 14% de los países miembros de la OCDE, Estos países pueden ser a su vez los que tienen mayor porcentaje de perdida de años sanludables.

③ C Cuales son los países que presentan un porcentaje de actividad física diaria moderada o vigorosa mayor a 10%?

R= En base a la tercera grafica dando datos de los años 2013 y 2014 el más alto es Canadá con 22%, luego España, Islandia, República Eslovaca, Polonia, Finlandia, Hungría, Luxemburgo, Letonia, Lituania, Irlanda, Países bajos, República Checa, Federación Rusa, Noruega y la OCDE con 14.9%.

4. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Sobrepeso y obesidad entre adultos

El sobrepeso y la obesidad son importantísimos factores de riesgo para muchas enfermedades crónicas que incluyen diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. El alto Índice de masa corporal (IMC) ocasionó cerca de 4 millones de muertes en 2015, un incremento de 19% desde 2005 en todo el mundo. Es el factor de riesgo más importante en términos de pérdida de años de vida saludable en Turquía, el segundo en otros seis países de la OCDE, y el tercero en otros 24 países miembros (Forouzanfar et al., 2016). Las tasas de obesidad han aumentado rápidamente en la OCDE en décadas recientes, y las proyecciones muestran que esta tendencia continuará (OECD, 2017). Afecta a todos los grupos de población, independientemente del género, la edad, la raza, el nivel de ingreso y educativo, aunque en diferentes grados (Sassi, 2010).

El 54% de la población de los países de la OCDE tiene sobre peso, incluyendo a 19% que son obesos (Figura 4J). El sobre peso total (IMC > 25) va de 24% en Japón y 33% en Corea, a más del 70% en México y los Estados Unidos. La obesidad (IMC > 30) es menor en Italia, Japón y Corea (debajo de 10%) y más alta en Hungría, México, Nueva Zelanda y los Estados Unidos (30% o más). En la mayoría de los países, la pre-obesidad (25-IMC-30) representa la mayor proporción de gente con sobre peso.

En promedio, 20% de las mujeres y 19% de los hombres son obesos (Figura 4J). Las brechas de género son menores a 1 punto en Canadá, Francia, Alemania, Islandia, la República Eslovaca, España, Suecia y el Reino Unido. Las mujeres son más obesas que los hombres en una mayoría de países, con disparidades de 10 puntos y más en México y Turquía, así como en Colombia, y de 22 puntos en Sudáfrica. En los países donde los hombres son más obesos que las mujeres (Australia, la República Checa, Japón, Corea, Irlanda y Eslovenia), las brechas de género son mucho menores.

La obesidad ha aumentado en las últimas dos décadas aún en países donde los índices han sido históricamente bajos (Figura 4J). Es más del doble desde finales de los 90 en Corea y Noruega. Las tasas parecen haberse estabilizado en años recientes en Italia y Japón. Los países de la OCDE que históricamente tienen altas tasas de obesidad son Canadá, Chile, México, el Reino Unido y los Estados Unidos. Estos países también muestran un enorme incremento desde los años 90: +92% en el Reino Unido y +65% en los Estados Unidos. El incremento ha sido más lento en Canadá y México desde 2006, y en Chile es casi imperceptible.

Los países de la OCDE han aumentado la implantación de una variedad de políticas públicas de salud para intentar detener la epidemia de obesidad (OECD, 2017). Se han establecido medidas en el etiquetado de productos de alimentación, como listas de nutrientes, logos informativos, o esquemas de semáforo, en Australia, Inglaterra, Francia y Nueva Zelanda, entre otros. Las redes sociales y las nuevas tecnologías se han convertido en herramientas para la promoción de la salud pública, a través de campañas en medios masivos dirigidas a sensibilizar la opinión pública sobre opciones saludables (Goryakin et al., próxima publicación). Las políticas impositivas también han sido implantadas más frecuentemente para incrementar el precio de productos potencialmente dañinos para la salud como los que tienen alto contenido de sal, grasa o

Acuedo Seriano Graciela 3/9/20
Ximena 655

azúcar. Los impuestos para las bebidas endulzadas con azúcar son los más usados, pero no hay evidencia de que los impuestos diseñados apropiadamente, tengan por resultado reducciones proporcionales de consumo, especialmente si se fijan en 20% o más del precio de venta (WHO, 2016). Los conjuntos de políticas incluyen que comprenden la promoción de la salud, educación, intervenciones en sitios de atención primaria a la salud, así como políticas fiscales y regulatorias más amplias, proporcionan soluciones ecológicas y costo-efectivas para enfrentar el problema de obesidad (OECD, 2010).

Definición y comparabilidad

El sobre peso y la obesidad se definen como peso excesivo que presenta riesgos para la salud por la alta proporción de grasa corporal. La medida más frecuentemente usada se basa en el Índice de masa corporal (IMC), que es un número único que evalúa el peso de un individuo en relación con su estatura [peso/estatura]², con peso en kg y estatura en metros. Con base en la clasificación de la OMS, los adultos mayores de 18 años con un IMC igual o superior a 25 tienen sobre peso, y con un IMC igual o superior a 30 son obesos. Se define como preobesos a quienes tienen un IMC igual o superior a 25 e inferior a 30. La mayoría de los países reportan datos para la población de 15 años de edad y mayores, pero hay algunas excepciones, como se resalta en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics.

Los índices de sobre peso y obesidad pueden medirse por estimados auto-reportados de peso y estatura en encuestas de salud a la población, o estimados mediante derivados de exámenes médicos. Los estimados de exámenes médicos son generalmente más altos y más confiables que los de las encuestas de salud.

Referencias

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016). "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015". *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
Goryakin, Y. et al. (próxima publicación). "The Role of Communication in Public Health Policies. The Case of Obesity Prevention in Italy", OECD Health Working Paper, OECD Publishing, Paris.
OECD (2017). "Obesity Update", OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
Sassi, F. (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084865-en>.
WHO (2016). "Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases", WHO, Ginebra.

① C) ¿Qué otras enfermedades o padecimientos son causantes de millones de muertes y el porque causan?

R: La obesidad y el sobrepeso son dos factores muy importantes y de riesgo para enfermedades crónicas que son diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. El alto índice de masa corporal (IMC) provoca cerca de 1,000,000 de muertes en 2015, lo que es un incremento de 19.5% desde el año 2005.

② C) ¿Cuáles son los índices y aspectos más importantes respecto a la problemática de la obesidad?

R: El 54% de la población de los países miembros de la OCDE tienen sobrepeso y se concluye al 19% que padecen obesidad en promedio 20%. de las mujeres y 19% de los hombres son obesos. Los índices son bajos.

③ C) ¿Qué es el sobrepeso, obesidad y el IMC?

R: El sobrepeso y la obesidad se definen como peso excesivo que presenta riesgos para la salud por la alta proporción de grasa corporal. El IMC es un número único que evalúa el peso de un individuo en relación con su estatura en base a la clasificación de la OMS.

La cobertura de servicios de salud mediante esquemas gubernamentales y seguros médicos privados, provee seguridad financiera contra enfermedades inesperadas o serias. Sin embargo, el porcentaje de la población cubierta por estos esquemas no proporciona un indicador completo de accesibilidad, pues el rango de servicio cubiertos y el grado de reparto de costos aplicado a esos servicios, también afecta el acceso a los mismos.

La mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal o casi universal de los costos de un conjunto básico de servicios de salud, que normalmente incluye consultas con médicos y especialistas, análisis y exámenes, y procedimientos quirúrgicos y terapéuticos (Figura 5.1). Generalmente, los servicios dentales y productos farmacéuticos están parcialmente cubiertos, aunque hay varios países en los que estos servicios deben adquirirse por separado (OECD, 2015). La cobertura universal típicamente se ha alcanzado mediante esquemas de gobierno (sistemas nacionales de salud o seguridad social), aunque algunos países (los Países Bajos y Suiza) utilizan un seguro privado obligatorio para cubrir una parte o el total de la población.

La cobertura de población para un conjunto básico de servicios está por debajo del 95% en siete países de la OCDE, y la más baja se encuentra en Grecia, los Estados Unidos y Polonia. En Grecia, la crisis económica continúa teniendo un efecto significativo, reduciendo la cobertura de seguro médico entre los desempleados de largo plazo. Muchos trabajadores independientes también han decidido no renovar sus seguros al verse reducido el ingreso disponible. Sin embargo, desde 2014 la población sin seguro está cubierta para medicamentos prescritos, servicios de urgencia en hospitales públicos y para servicios hospitalarios no urgentes bajo ciertas circunstancias (Eurofound, 2014). Además, desde 2016 una nueva legislación ha buscado cerrar las brechas pendientes de cobertura. En los Estados Unidos, la cobertura es proporcionada principalmente por medio de seguros médicos privados. La cobertura financiada con fondos públicos comprende a los adultos mayores, la población de bajos ingresos y con discapacidades. La proporción de población sin asegurar decreció de 14.4% en 2013 a 9.8% en 2015. A esto se dio seguimiento con la implantación del Affordable Care Act, diseñado para expandir la cobertura de seguro médico (Cohen y Martinez, 2015). Sin embargo, el acta está bajo revisión por la actual administración en los Estados Unidos. En Polonia, una aplicación más estricta de la ley en 2012 hizo que la gente perdiera la cobertura de seguridad social si dejaban de pagar sus cuotas. Pero la población no asegurada que necesita servicios médicos, utiliza los servicios de urgencia de los hospitales, donde se les instara a asegurarse. En Irlanda, aunque la cobertura es universal, la mayor parte de la población tiene que pagar cargos de usuario nada despreciables (arriba de EUR50) para tener acceso a cuidados primarios (Burke et al., 2016).

La cobertura de servicios de salud primarios, ya sea provista por esquemas de gobierno o seguros privados, generalmente cubre una "canasta" definida de beneficios, en muchos casos con costos compartidos. En algunos países, se puede adquirir una cobertura adicional con seguros privados voluntarios para cubrir cualquier costo compartido remanente después de la cobertura básica

(seguro complementario), agregar servicios adicionales (seguro suplementario) o tener acceso más rápido o más opciones de proveedores (seguro duplicado). Entre los países de la OCDE, nueve tienen cobertura privada para más de la mitad de la población (Figura 5.2).

Los seguros médicos privados ofrecen al 96% de la población en Francia seguros complementarios para cubrir costos compartidos con el sistema de seguridad social. Los Países Bajos tienen el más grande mercado suplementario (84% de la población), seguido por Israel (63%), donde los seguros privados pagan los medicamentos prescritos y servicio dental que no tienen reembolso público. Los mercados más grandes de seguros duplicados, que ofrecen acceso privado más rápido a servicios médicos donde hay largos tiempos de espera en sistemas públicos, se encuentran en Irlanda (45%) y Australia (56%).

La población cubierta por seguros privados se ha incrementado en algunos países de la OCDE en la última década, particularmente en Dinamarca, Corea, Eslovenia y Bélgica; pero ha decrecido en otros países, principalmente Grecia, Irlanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos (Figura 5.3). La importancia de los seguros médicos privados se vincula a diferentes factores que incluyen brechas en el acceso a servicios financiados con fondos públicos, intervenciones gubernamentales dirigidas a los mercados de seguros médicos privados, y desarrollo histórico.

Definición y comparabilidad

La cobertura de servicios de salud se define aquí como la proporción de la población que recibe un conjunto básico de bienes y servicios para el cuidado de la salud bajo esquemas públicos y seguros médicos privados. Incluye a los asegurados y sus dependientes. La cobertura pública se refiere a los sistemas nacionales de salud o la seguridad social. La adquisición de seguros médicos privados es con frecuencia voluntaria, aunque puede ser obligatoria por ley o esencial para empleados como parte de sus condiciones laborales. Las primas en general no están relacionadas con el ingreso, aunque la adquisición de cobertura privada puede estar subsidiada por el gobierno.

Referencias

- Burke, S. et al. (2016). "From Universal Health Insurance to Universal Healthcare? The Shifting Health Policy Landscape in Ireland since the Economic Crisis". *Health Policy*, vol. 120, núm. 3, pp. 235-240.
- Cohen, R.A. y M.E. Martinez (2015). "Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey 2014". *National Center for Health Statistics*, junio.
- Eurofound (2014). *Access to Healthcare in Times of Crisis*. Dublin.
- OECD (2015). "Measuring Health Coverage". OECD, Paris, disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm>

① Cual es la importancia de que los gobiernos tengan una gran cobertura de servicios de salud para la población?

R= provee seguridad financiera contracentermedades imprevistas o serios por lo que la cobertura no es igual para todos, por ello los países miembros de la OCDE han incrementado su cobertura de forma universal estos servicios incluyen citas con médicos generales y especialistas, análisis, exámenes y procedimientos quirúrgicos.

② Dentro la cobertura de servicios de salud incluye ala implementacion de seguros medicos (que tan importante son?)

R= En Francia el 96% de los seguros médicos ofrecen seguros implementados para compartir los costos con el sistema de seguridad social. La población cubierta por seguros privados se ha incrementado en los países miembros de la OCDE en la última década particularmente en Dinamarca, Eslovenia, Croacia y Bélgica.

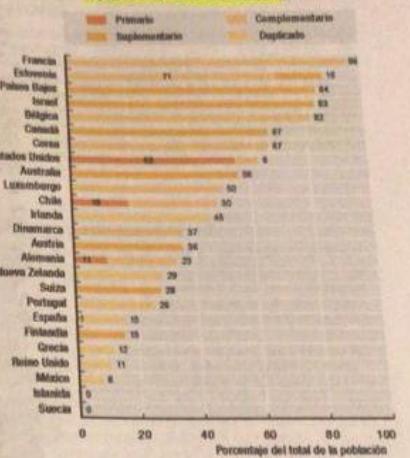
③ Cual es la correcta definicion de cobertura de servicios de salud?

R= La cobertura de servicios de salud se define como la proporción de la población que recibe un conjunto básico de bienes y servicios para el cuidado de salud bajo esquemas públicos y seguros médicos privados dependiendo de cada país.

5.1. Cobertura de población para un conjunto de servicios básicos, 2015 (o año más cercano)



5.2. Cobertura de seguros médicos privados, por tipo, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

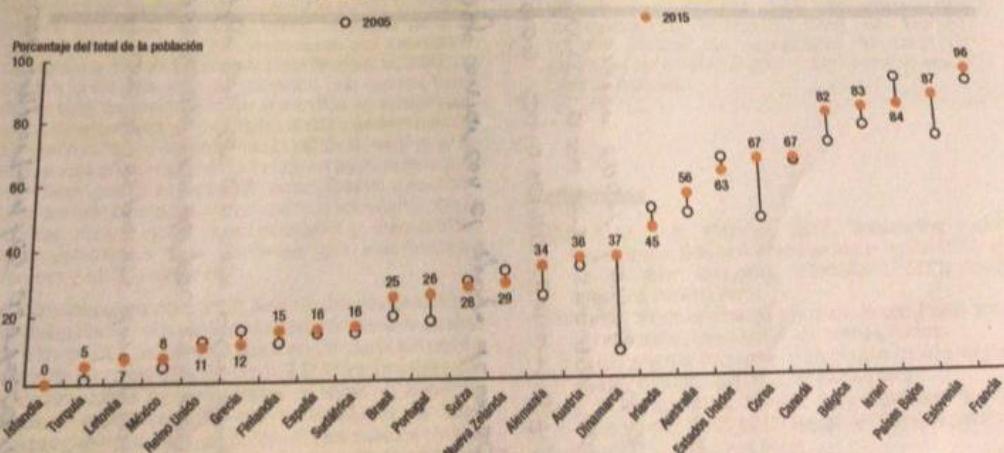
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603108>

Nota: El seguro médico privado puede ser tanto duplicado como suplementario en Australia; complementario y suplementario en Dinamarca y Corea; y duplicado, complementario y suplementario en Israel y Eslovenia.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603127>

5.3. Tendencias en cobertura de seguro médico privado, 2005 y 2015 (o año más cercano)



OECD Health Statistics 2017

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603120>

① Relacionando la primera y segunda gráfica ¿Qué datos son importantes destacan respecto a los servicios y seguros médicos?

R= Como anteriormente se menciono Estados Unidos de América es uno de los países donde la cobertura pública (gobierno) es mínima comparada con la privada por lo que no todos los ciudadanos del país están garantizados de gozar con dichos servicios, al 55% de la población de los estados unidos que cuente con un seguro privado se le ofrecerán servicios primarios.

② Tomando en cuenta la tercera gráfica ¿Qué beneficios tiene con si go contar con el apoyo de un seguro médico privado?

R= Francia cuenta con el primer lugar con un 96% de su población, Eslovenia con un 87% y países bajos con un 83%. Estos seguros son importantes porque ofrecen a su vez seguros complementarios que comparten costos con el sistema de seguridad de esta forma facilitando la adquisición.

③ Cómo es la cobertura de servicios médicos privados en 2015 en distintos países?

R= En muchos países es una cobertura pública total países como Canadá, República Checa, Nueva Zelanda, Reino Unido, etc. En Alemania tienen una cobertura pública de 89.2% y 10.8% privada el resto de países que no cubren los servicios básicos para toda la población.

Necesidades de salud no atendidas debido al costo

Acuerdo Serano

GRACIA Ximena

El acceso a la salud puede ser impedido por varias razones, que pueden deberse al funcionamiento del sistema de salud (como el costo de los servicios, la distancia a las instalaciones de salud, o listas de espera), o pueden ser personales (incluyendo el temor de no ser comprendido, las personas que descuidan la atención médica cuando la necesitan, pueden poner en riesgo su estado de salud).

Las necesidades de salud no atendidas debido al costo, son un problema particularmente agudo, sobre todo entre la población de ingresos bajos. En consecuencia, un número creciente de países recopilan datos para estudiar la medida en la que el servicio de salud es descuidado debido al costo (Fujisawa y Klazinga, 2017). Estos datos incluyen consultas no atendidas o medicamentos prescritos descartados debido al costo.

En promedio, más de una persona de cada 10 en 17 países de la OCDE, reportan haber faltado a una consulta debido al costo en 2016 (Figura 5.4). El número relativamente alto de gente que reporta no asistir a las consultas médicas es sorprendente, pues en la mayoría de los países de la OCDE las consultas son gratuitas o requieren de un pequeño co-pago (Paris et al., 2016). La proporción de población que retrasa las consultas debido al costo, es alta: en Polonia (33%), en los Estados Unidos (22.3%) y Suiza (20.9%). Menos del 5% de la población en Alemania, España, Suecia, el Reino Unido, Israel e Italia reportan haber faltado a una consulta debido al costo.

En la mayoría de los países, la proporción de población que faltó a una consulta por el costo no ha cambiado mucho en los últimos años, pero hay algunas excepciones. Se observó un incremento importante en Suiza, donde el fenómeno se concentra entre personas de menos de 50 años de edad y la población de ingresos bajos (OFSP, 2016). En Alemania y Estonia, la proporción de población que faltó a consultas médicas por el costo, ha disminuido.

En términos de medicamentos prescritos, un promedio de 7% de la población en 15 países de la OCDE, reporta haberlos descartado debido al costo (Figura 5.5). La mayoría de los países de la OCDE tienen co-pagos para los medicamentos, aunque frecuentemente con exenciones para grupos de población específicos (Paris et al., 2016). Las proporciones más altas de población que reporta haber descartado los medicamentos prescritos se presentaron en los Estados Unidos (18%) y Suiza (11.5%); y las más bajas en Alemania (3.2%) y el Reino Unido (2.3%). En la mayoría de los países, esta proporción ha decrecido en años recientes. Se reportaron grandes mejoras en Israel, Estonia y Australia. En Israel esto puede deberse en parte, a la implantación de políticas para mejorar la accesibilidad y asequibilidad de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas y adultos mayores.

En todos los países de la OCDE, las necesidades de salud no atendidas debido al costo son consistentemente más altas entre los grupos de ingresos bajos, en comparación con los grupos de ingresos altos (Figura 5.6). El Reino Unido es una excepción, donde las necesidades de salud no atendidas debido al costo son similares para adultos de bajos ingresos y el resto de la población. En los Estados Unidos este problema es particularmente agudo entre la población de bajos ingresos, pues 43% de los adultos de este grupo

reportaron en 2016 haber retrasado la atención de sus necesidades debido al costo. Existen también grandes brechas entre las poblaciones de alto y bajo ingreso en Francia y Canadá.

Las necesidades de salud no atendidas auto-reportadas deben evaluarse junto con otros indicadores de potenciales barreras al acceso, como la proporción de cobertura de seguros médicos y la cantidad del gasto de bolsillo. Las estrategias para mejorar el acceso a servicios de salud para la población vulnerable y marginada deben atacar las barreras financieras y no financieras, así como promover un suministro y distribución adecuados de fuerza laboral dedicada a la salud.

Definición y comparabilidad

La OCDE recopila datos sobre las necesidades de salud no atendidas debido al costo reportados por la población en fuentes nacionales e internacionales de un número creciente de países a lo largo del tiempo. En estas encuestas se usan preguntas similares a las de la encuesta Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Los Índices para las Figuras 5.4 y 5.5 se refieren a atención primaria y secundaria, y están estandarizados por edad y género para la estructura de población de la OCDE de 2010, para evitar el efecto de las diferencias en estructuras de población entre países. Debido al cambio de la fuente de datos para este indicador, la información no puede compararse directamente con los datos presentados en ediciones previas de Panorama de la Salud.

La encuesta International Health Policy Survey 2015 de Commonwealth Fund pregunta a los encuestados si dejaron de visitar al médico cuando tuvieron necesidad, no se hicieron un examen médico, tratamiento o seguimiento recomendado por un médico, no completaron los medicamentos prescritos u omitieron dosis debido a costo en el año anterior, y como también recopila datos de antecedentes socioeconómicos incluyendo nivel de ingreso, permite analizar las necesidades de salud no atendidas por nivel de ingreso. La encuesta se llevó a cabo en 11 países.

Referencias

- Fujisawa, R. y N. Klazinga (2017). "Measuring Patient Experiences (PREMs): Progress Made by the OECD and its Member Countries 2006-2015". OECD Health Working Papers, Paris.
- OFSP (2016). "Prise en charge médicale : la population suisse est satisfaite", comunicado de prensa, Berna, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/aktuell/medienmitteilungen/msg-id-64545.html>
- Paris, V. et al. (2016). "Health Care Coverage in OECD Countries in 2012", OECD Health Working Papers, núm. 88, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz3kb7pzv-en>.

OC: ¿Qué razones se deben de tener en cuenta para no impedir el acceso a los servicios de salud a la población?

R: Se sabe que el impedimento puede provenir por un mal funcionamiento del sistema de salud o pueden ser personales o se incluye el temor a no ser comprendido por el medico o por no saber como buscar ayuda de esta forma las personas que despiden su atencion medica son mas propensas a tener un problema de salud

③ C: ¿Qué datos relacionados con la proporción del costo y la consulta se destacan como motivo de la falta de salud?

R: En la mayoria de los países la proporción de los países que faltan en una consulta debido a los altos precios ha incrementado como por ejemplo suiza, donde dicho fenomeno se concentra en 50% de personas de edad avanzada y con ingresos bajos en cuanto medicamentos prescritos.

④ C: En promedio cuántas personas reportan haber faltado a una consulta y por qué?

R: Más de una persona de cada 10 en 17 países de la OCDE reportan haber faltado a una consulta debido al costo en 2016 esto es sorprendente ya que en la mayoria de los países de la OCDE las consultas son gratuitas o se requiere de una pequeña pago.

Necesidades de salud no atendidas debido al costo

5.4. Consultas no atendidas debido al costo, 2016 (o año más cercano)

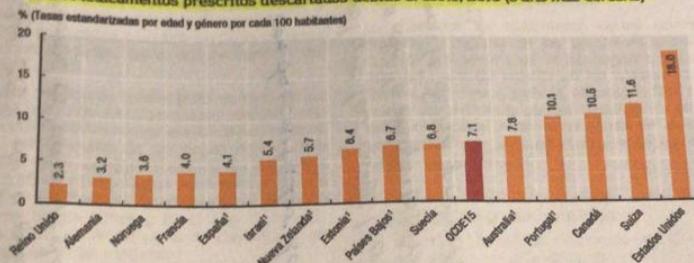


1. Fuentes nacionales.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603165>

5.5. Medicamentos prescritos descartados debido al costo, 2016 (o año más cercano)



1. Fuentes nacionales.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603184>

5.6. Necesidades de salud no atendidas debido al costo por nivel de ingreso, 2016



Nota: Pueden no haber consultado/visitado a un médico debido al costo, omitido un examen médico, tratamiento o seguimiento recomendado por su médico, haber descartado, ignorado, o omitido dosis de un medicamento prescrito debido al costo. 'Ingreso bajo' se define como el ingreso de un adulto que es menor al 50% de la mediana de un país. Las muestras son pequeñas ($n < 100$) en los Países Bajos y el Reino Unido.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603183>

① Las razones por las que la población no acude al médico es el alto costo de la consulta y lo que viene posteriormente?

R: Son una de las muchas razones por las que la población no adquiere un servicio en beneficio de su salud, ejemplo de ello es Polonia donde más del 35% de la población tiene escaso dinero y por ello no adquiere servicios en seguida de esto siguen países como estados unidos, Suiza y en seguida la media de los países de la OCDE.

② Los medicamentos prescritos también son descartados debido al costo ¿Qué países tienen la mayor cantidad de población?

R: Los medicamentos prescritos al igual que las consultas no atendidas son rechazados por el alto costo y el bajo ingreso económico de la mayoría de la población, estados Unidos encabeza la lista con 18% de la población por su parte Suiza y Canadá con (10 a 11%) y aun a pesar de tener un porcentaje parecido al de las consultas.

③ ¿Qué es lo que podemos ver en la gráfica de necesidades de salud no atendida debido al costo por nivel de ingreso a 2016?

R: La gráfica nos muestra los porcentajes que existen de adultos de bajo ingreso al resto de adultos los cuales no les fueron atendidas sus necesidades de salud debido al costo de los mismos lo que podemos ver es una enorme desigualdad sobre todo en los grandes porcentajes.

Gasto médico de bolsillo

Aceptado Señor
Graciela Ximena GSS

La protección financiera mediante de cobertura de salud obligatoria o voluntaria puede reducir de manera sustancial la cantidad que la gente debe pagar directamente por servicios médicos. Sin embargo, en muchos países la carga del gasto de bolsillo todavía puede crear barreras para el acceso y uso de servicios de salud. Los hogares que enfrentan dificultades para pagar gastos de salud necesarios. En promedio en la OCDE una quinta parte del gasto en servicios de salud es cubierto directamente por los pacientes (ver el indicador "Financiamiento del cuidado de la salud").

El gasto de bolsillo depende de la capacidad de pago. Si el financiamiento de los servicios de salud depende más del gasto de bolsillo, la carga se transfiere, en teoría, a aquellos que usan más los servicios, y posiblemente de quienes tienen ingresos altos a los que tienen bajos ingresos, para quienes la necesidad de servicios de salud es normalmente mayor. En la práctica, muchos países tienen formas de proteger a los grupos más vulnerables de la población de gastos de bolsillo excesivos (los pobres, los adultos mayores, la gente con enfermedades crónicas y discapacidades). Estas formas de protección pueden ser exenciones totales o parciales, o un tope en pagos directos tanto en términos absolutos, como una proporción del ingreso (Paris et al. 2016).

La carga del gasto médico de bolsillo (esto es, excluyendo servicios de salud de largo plazo) puede ser medida como una proporción del ingreso o consumo total de los hogares. La proporción del consumo de un hogar destinada a servicios médicos varía considerablemente en los países de la OCDE en 2015, de niveles bajos de alrededor de 15% del consumo total en Francia, Luxemburgo y el Reino Unido, a más del 5% en Corea y Suiza (Figura 5.7). En promedio en la OCDE, el 3% del gasto de los hogares se destina a bienes y servicios médicos.

Los sistemas de salud en los países de la OCDE difieren en el grado de cobertura para diferentes bienes y servicios. En la mayoría de los países, una proporción más alta del costo se paga directamente para medicamentos, cuidado dental y de la vista, que la que se destina a cuidados en hospitales y consultas médicas (Paris et al. 2016). Tomando en cuenta estas diferencias, y la importancia relativa de las diferentes categorías de gasto, no es sorprendente que existan variaciones significativas entre países de la OCDE en el desglose de costos médicos que los hogares tienen que solventar por su cuenta.

En la mayoría de los países de la OCDE, el gasto en medicamentos y atención ambulatoria (incluyendo servicios dentales) son los principales rubros de gasto de bolsillo (Figura 5.8). Estos dos componentes típicamente contribuyen a casi 80% del total del gasto en servicios médicos de los hogares. El co-pago y los servicios adicionales, pueden resultar ser una proporción mayor del costo de la atención hospitalaria que absorben

directamente los hogares. Grecia, Bélgica y los Países Bajos reportan una mayor proporción de gasto de los hogares (20-32%) en cuidados hospitalarios que el promedio de menos de 10% de la OCDE.

En algunos países de Europa Central y del Este como Polonia, la República Checa y Hungría, así como en Canadá y México, el gasto en medicamentos representa la mitad o más del total del gasto médico de bolsillo. Esto puede deberse no solo a los co-pagos por medicamentos prescritos, sino también a altos niveles de gasto en medicamentos de libre acceso para automedicación. Los productos terapéuticos, que comprenden entre otros antejos graduados y aparatos de audición, también pueden representar una proporción significativa del gasto de los hogares. En el caso de los anteojos, los seguros obligatorios a menudo se limitan a pagar una contribución para el costo de las lentes, y las familias tienen que solventar el costo total de los marcos si no están cubiertos por seguros privados complementarios. En general, los bienes terapéuticos representan más del 20% del gasto de los hogares en los Países Bajos, el Reino Unido, Eslovenia, Alemania y la República Eslovaca.

La cobertura de tratamiento dental normalmente es limitada, y es una de las porciones significativas del cuidado y el gasto total de los hogares, pues representa 20% del gasto de bolsillo en los países de la OCDE. En España, Noruega y Estonia, alcanza el 30% o más, lo que puede ser explicado por las limitaciones de la cobertura obligatoria para tratamiento dental en estos países, en comparación con una cobertura más incluyente para otras categorías de servicio.

Definición y comparabilidad

El gasto de bolsillo son los pagos hechos directamente por el paciente cuando la cobertura de seguro, ya sea obligatoria o voluntaria, no cubre el costo total de un bien o servicio para la salud. Incluye costos compartidos y otros gastos pagados directamente por los hogares y debe incluir además estimados de pagos informales a proveedores de servicios de salud. Solo se presenta el gasto por pagos médicos (es decir, gasto corriente en salud menos gasto en la parte destinada a salud del cuidado de largo plazo), pues la capacidad de los países para estimar el gasto privado de cuidados de largo plazo varía ampliamente.

Referencias

- Paris, V. et al. (2016). "Health Care Coverage in OECD Countries in 2012", OECD Health Working Papers, núm. 88. OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/5jz3kb7pzv-en>

① Una de las estrategias para combatir el alto costo es la protección financiera de cobertura de salud (Cómo funciona?)

R: Al ser obligatoria o voluntaria puede reducir de manera sustancial el gasto de los personas al usar servicios médicos, sin embargo en muchos países la carga del cargo del bolsillo todavía puede crear barreras para el acceso y uso de los servicios de salud como los hogares que enfrentan dificultades para pagar de gastos médicos.

② El gasto de bolsillo es una medida que puede beneficiar o perjudicar a la población (en qué consiste?)

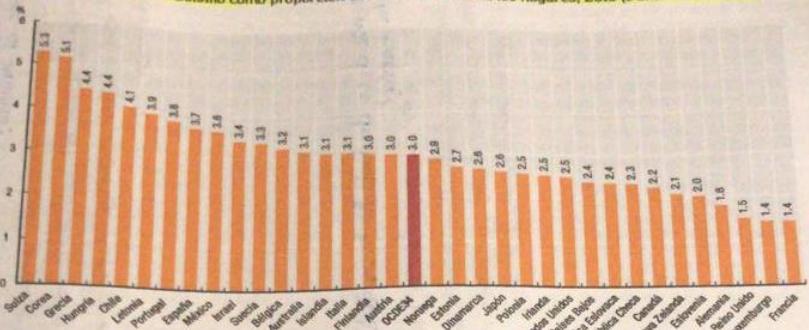
R: El gasto con bolsillo depende de la capacidad de pago, si el financiamiento de los servicios de salud depende de más el gasto de bolsillo la carga se traspone a quienes ocupan más los servicios y posiblemente de quien tiene mayores ingresos a los que tienen bajos en muchos países miembros de la OCDE el gasto de los hogares es menor del 5%.

③ En qué países el gasto en medicamentos representa al menos el 10% del total de gasto sanitario?

R: En europa central y del este como polonia, república checa, así como en canadá y mexico esto debido no solo a los co-pagos por los medicamentos presentes si no también a los altos niveles a gasto en medicamento de libre acceso para automedicación.

Acuerdo Serrano Graciela Ximena 655 Gasto médico de bolsillo

5.7. Gasto médico de bolsillo como proporción del consumo total de los hogares, 2015 (o año más cercano)

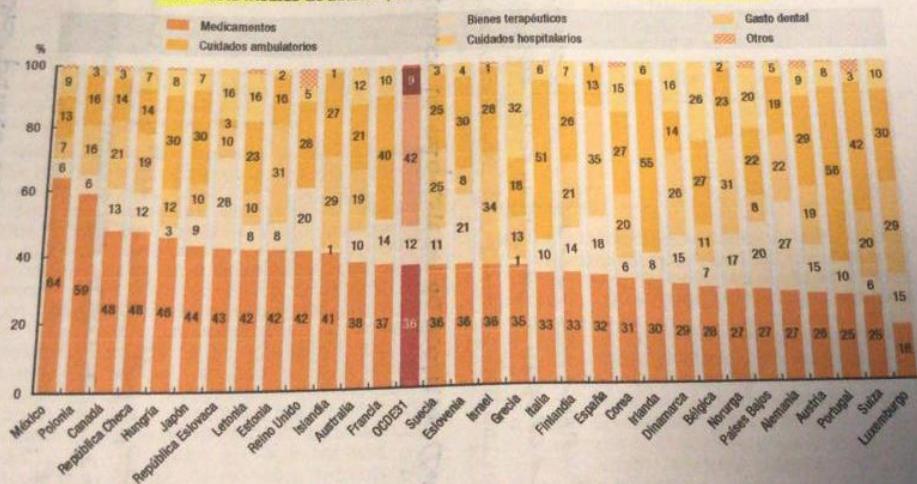


Nota: El indicador es el gasto corriente en salud, excluyendo el gasto relacionado con salud en cuidados de largo plazo.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603222>

5.8. Gasto médico de bolsillo por bienes y servicios, 2015 (o año más cercano)



Nota: El indicador es el gasto corriente en salud, excluyendo el gasto relacionado con salud en cuidados de largo plazo.

1. Incluye productos para el cuidado de los ojos, aparatos de audición, sillas de ruedas, etc.

2. Incluye cuidados en casa y servicios complementarios (y dentales si no se muestran separadamente).

3. Incluye cuidados de corto plazo.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603241>

① El gasto médico de bolsillo se aplica en muchos países de la OCDE. Cuales es su media y que importa.
R: La media tiene el mismo?

La media registrada de 31 países miembros de la OCDE tiene un porcentaje del 3% del gasto de bolsillo en proporción al consumo total de los hogares. Francia por su parte tiene un promedio del 1.4%. mientras el país líder suma tiene el 5.8% más del triple. Pero el gasto de bolsillo puede o no beneficiar a la población.

② Un gasto médico de bolsillo bien aplicado beneficia en la adquisición de servicios. Cuáles son los que más del
R: tienen en la tabla?

En México el 69% del gasto es invertido en medicamentos, 6% bienes terapéuticos, 7% gasto dental, un 13% de cuidados ambulatorios y un 6% de cuidados hospitalarios, dando como resultado que la población mexicana hace más uso y tiene mayor necesidad de conseguir medicamentos y la mayoría de la ayuda que aporta el gasto médico de bolsillo.

③ Con la información recapilada de las tablas anteriores. Que incluye estos indicadores de gastos médicos?

R: El indicador es el gasto corriente en salud, excluyendo el gasto relacionado en cuidados de largo plazo. Incluye productos para el cuidado de los ojos, el que incluye cuidados en casa y servicios complementarios. Incluye cuidados de corto plazo.

5. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
Distribución geográfica de médicos

El acceso a la atención médica requiere de un número adecuado y una distribución apropiada de médicos en todo el país. La concentración de médicos en una región u la escasez en otras puede conducir a inequidades de acceso como viajes o tiempos de espera mayores. La distribución desigual de médicos y las dificultades para reclutarlos y retenerlos en ciertos lugares, es un importante asunto de políticas en la mayoría de los países de la OCDE, especialmente aquellos con áreas remotas y poco pobladas, y aquellos con áreas rurales y urbanas desfavorecidas.

El número total de médicos per cápita varía entre países de la OCDE de alrededor de dos por cada 1000 habitantes en Turquía, Chile y Corea, a más de cinco por cada 1000 habitantes en Grecia y Austria (ver el indicador de médicos en el Capítulo 8). Más allá de estas diferencias entre países, el número de médicos per cápita también varía enormemente entre regiones de un país (Figura 5.9). En muchos países hay una alta concentración de médicos en las capitales, lo que es muy evidente en Austria, la República Checa, Grecia, México, Portugal, la República Eslovaca y los Estados Unidos. En los Estados Unidos existe una diferencia de densidad de médicos de casi cinco veces entre regiones, mientras que en Australia, Bélgica y Corea hay diferencias de alrededor de 20% en la densidad de médicos entre regiones.

La densidad de médicos es consistentemente más alta en las regiones urbanas, lo que refleja la concentración de servicios especializados como cirugías, y las preferencias de práctica de los médicos. Existen grandes diferencias en la densidad de médicos entre áreas predominantemente urbanas y regiones rurales en Canadá, la República Eslovaca y Hungría, aunque la definición de regiones urbanas y rurales varía entre países. La distribución de médicos entre regiones urbanas y rurales es más balanceada en Japón y Corea, pero en general hay menos médicos en estos dos países (Figura 5.10).

Los médicos pueden ser reacios a ejercer en regiones rurales, debido a la preocupación por su vida profesional (incluyendo su ingreso, horas de trabajo, oportunidades para desarrollo profesional, aislamiento de colegas) y servicios sociales (como opciones de educación para sus hijos, y oportunidades profesionales para sus parejas). Se pueden utilizar una variedad de políticas para influenciar la selección de la ubicación de sus consultorios, que incluyen 1) la provisión de incentivos financieros para trabajar en áreas desfavorecidas; 2) mayores inscripciones en programas de capacitación médica de estudiantes que vengan de regiones geográficas y circunstancias sociales particulares, o descentralizar la ubicación de escuelas de medicina; 3) regular la selección de localización de consultorios médicos (para los recién graduados y los capacitados en el extranjero); y 4) reorganizar la prestación de servicios médicos para mejorar las condiciones laborales de quienes ejercen en áreas desfavorecidas.

49/10
Acuerdo Semanal
Graciela Almendra 655

Muchos países de la OCDE ofrecen diferentes tipos de incentivos financieros para atraer y retener médicos en áreas desfavorecidas, incluyendo subsidios únicos para ayudarles a establecer sus consultorios y pagos recurrentes, como garantías de ingreso y pago de bonos (Ono et al., 2014). Varios países han implantado medidas para alentar a estudiantes de regiones desprotegidas a inscribirse en escuelas de medicina. Japón estableció en 1973 la Universidad Médica Jicht, específicamente para educar médicos para servicio en comunidades rurales, lo que contribuyó a mejorar el acceso a servicios médicos en regiones rurales marginadas (Ikegami, 2014).

La efectividad y costo de diferentes políticas para promover una mejor distribución de los médicos puede variar significativamente, y su impacto depende de las características de cada sistema de salud, la geografía del país, los comportamientos de los médicos, y el diseño específico de las políticas y los programas. Las políticas deben ser diseñadas con una comprensión clara de los intereses del grupo objetivo, de modo que puedan tener impacto duradero y significativo (Ono et al., 2014).

Definición y comparabilidad

Las regiones se clasifican en dos niveles territoriales. El nivel alto (Nivel Territorial 2) consiste en grandes regiones que corresponden generalmente a regiones de administración nacional. Pueden tener una mezcla de áreas urbanas, intermedias y rurales. El nivel bajo se compone de regiones más pequeñas clasificadas como predominantemente urbanas, intermedias o rurales, aunque hay variaciones entre países en la clasificación de estas regiones. Los datos de distribución geográfica son de la OECD Regional Database.

Referencias

- Ikegami, N. (2014). "Factors Determining the Distribution of Physicians in Japan", Capítulo 7 de *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Lessons from Japan*, World Bank, Washington, DC, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0408-3>
- OECD (2016). *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- Ono, T., M. Schoenstein y J. Buchan (2014). "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", *OECD Health Working Papers*, núm. 69, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5lslw1-en>.

① C: Por qué a pesar de tener un ingreso a la medicina y salud, es necesaria la aparición de medico y cada número de personas?

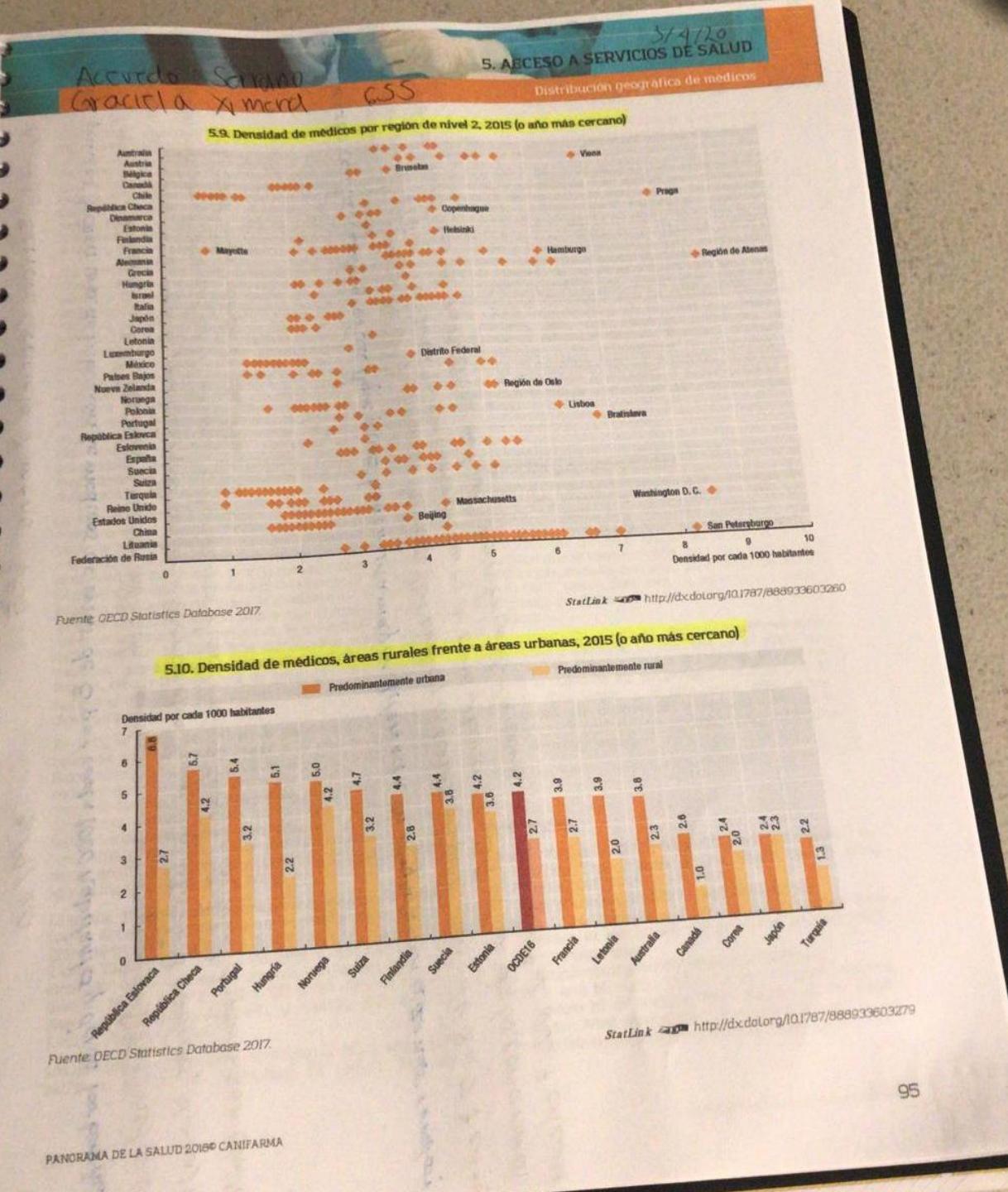
R: El acceso a la atención médica requiere de un número adecuado y una adecuada distribución de médicos por todo el país la alta concentración de médicos en ciertas regiones y la escasez en otras puede provocar la dificultad de acceso, además de que desaburrece a las zonas rurales o marginadas, el promedio de la OCDE es de 2 médicos por cada 1000 habitantes.

② C: ¿Cuáles son las razones por las que un médico no trabaja o no se establece cerca o dentro de zonas rurales del país?

R: Los médicos pueden ser reticentes a ejercer sus profesiones en ciertas regiones, principalmente se debe a la preocupación por su vida profesional, lo cual incluye su ingreso, horas de trabajo, oportunidades para desarrollo profesional y el aislamiento de colegas además de las pocas oportunidades sociales como la educación para sus hijos.

③ C: ¿Cuál es el número total de médicos per capita entre los países de la OCDE?

R: El número total de médicos por per capita puede variar entre todos países de alrededor de 2 médicos por cada 1000 habitantes en Turquía, Chile y Corea a más de 5 por cada 1000 habitantes en Grecia y Austria esto varía también por las contrataciones de médicos.



① Que países tienen una distribución de médicos de más de 5 por cada 1000 habitantes y que los menciona?

R: En la Federación Rusa (San Petersburgo) tienen un índice de 8 médicos, en Washington D.C. Estados Unidos tienen un índice de 8 médicos, en la República Checa se encuentra Praga con más de 8 médicos, Viena Austria, tienen más de 7 médicos entre otros... estos países atienden a una mayor cantidad de población con la facilidad de brindar más tiempo de consulta.

② De acuerdo con la segunda gráfica ¿que países tienen una mayor diferencia en comparación a zonas rurales?

R: En la república Eslovaca la predominancia la tiene los médicos en zonas urbanas con un 6.8 a 2.7 en zonas rurales en la República checa la predominancia es de zona urbana con 5.7 a 1.2 de la zona rural de 16 países medidos de la OCDE se obtuvo una media de la zona urbana de 4.2 y 2.7 en zonas rurales.

③ De acuerdo con la gráfica 5.10 C qué países representan una mayor igualdad respecto a la densidad de médicos en áreas rurales fuente urbanas?

R: En la gráfica se puede observar que los países con mayor igualdad respecto a la densidad de 1 (dos) médicos principalmente Japón con 2.9 y 2.5 mientras que Corea del sur con 2.9 y 2.8, Estonia con 9.2 y 5.6 y Noruega con 3.0 y 4.2

Tiempos de espera para cirugía electiva

5.1.1.10
Acuña Serrano
Grauca Ximena 655

Los tiempos de espera largos para recibir servicios de salud es un tema de políticas importante en muchos países de la OCDE (Siciliani et al., 2013), aunque menos relevante en otros (p. ej. Bélgica, Francia, Alemania, Japón, Corea, Luxemburgo, Suiza, y los Estados Unidos). Los tiempos de espera largos para cirugías electivas (no de urgencia como la cirugía de cataratas, reemplazo de cadera u de rodilla, generan frustración para los pacientes, pues los beneficios que esperan de los tratamientos se posponen, y el dolor y discapacidad permanecen.

Los tiempos de espera son el resultado de una compleja interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud, en la que los médicos tienen un papel crucial en ambos lados. La demanda de servicios de salud y cirugías electivas se determina por el estado de salud de la población, el avance en la tecnología médica (incluyendo la simplificación de muchos procedimientos, como la cirugía de cataratas), preferencias de los pacientes, y la carga de los costos compartidos para los pacientes. Sin embargo, los médicos tienen un papel determinante en convertir la demanda de mejor salud de los pacientes en una demanda de cuidados médicos. Del lado de la oferta, las tasas de actividad quirúrgica están influenciadas por la disponibilidad de diferentes categorías de cirujanos, anestesistas y otros profesionales involucrados en procedimientos quirúrgicos, así como de la disponibilidad del equipo médico requerido.

La medida reportada se refiere al tiempo de espera del momento en el que un médico especialista anota a un paciente en una lista de espera para el procedimiento, al momento en el que el paciente recibe el tratamiento. Se presentan tanto la media como la mediana de los tiempos de espera. Puesto que un número importante de pacientes esperan por largos períodos, la mediana es de manera consistente y considerable menor que la media, y puede representar una mejor medida de la tendencia central de este indicador. La diferencia significativa entre ambas medidas, sobre todo en países como Chile, Estonia y Polonia, resalta la presencia de grupos problemáticos de pacientes que esperan durante mucho más tiempo que otros para recibir tratamientos.

En 2015, la media del tiempo de espera para cirugía de cataratas fue ligeramente mayor a 37 días en los Países Bajos, pero mucho mayor en Estonia y Polonia (Figura 5.1), con tiempos de espera promedio de 253 y 464 días respectivamente. En muchos países, como el Reino Unido, Dinamarca, España y Chile, los tiempos de espera han permanecido relativamente estables en años recientes. Otros, que se muestran en la gráfica de tendencias, han tenido una disminución general en la última década, pero se han incrementado desde 2013.

La media del tiempo de espera para reemplazo de cadera fue de alrededor de 42 días en los Países Bajos, pero de 289 días en Estonia y de más de 400 días en Chile y Polonia (Figura 5.2). La mediana de los tiempos de espera fue de alrededor de 41 días en Dinamarca, 49 días en Italia y 54 días en Israel. Alcanzó entre 100 y 150 días en España, Noruega, Portugal y Australia, y más de 200 días en Estonia, Polonia y Chile.

Los tiempos de espera para reemplazo de rodilla siguen los patrones de los de reemplazo de cadera, con los

tiempos más largos, por mucho, en Estonia y Polonia, con medianas de tiempo de espera que sobrepasan los 350 días en Polonia (Figura 5.3).

Las garantías de tiempo de espera se han convertido en la herramienta de política más común para manejar los tiempos de espera largos en varios países. Este es el caso de Finlandia, donde una Garantía Nacional de Cuidado de la Salud se introdujo en 2005, y condujo a una reducción del tiempo de espera para cirugía electiva (Jonsson et al., 2013). En Inglaterra, desde abril de 2010, NHS Constitution ha establecido un derecho al acceso de ciertos servicios con tiempos máximos de espera, para que la NHS tome todas las medidas razonables para ofrecer una variedad de proveedores alternativos si esto no es posible (Smith y Sutton, 2013). Estas garantías son efectivas únicamente si se cumplen. Hay dos enfoques principales de cumplimiento: establecer tiempos de espera objetivo y responsabilizar a los proveedores de cumplirlos; o permitir a los pacientes elegir a proveedores de servicios de salud alternativos (incluyendo el sector privado) si deben esperar más de un cierto período máximo (Siciliani et al., 2013).

Definición y comparabilidad

Existen al menos dos formas de medir los tiempos de espera para procedimientos electivos: 1) medir los tiempos de espera para pacientes tratados en un período determinado; o 2) medir los tiempos de espera para pacientes aún en la lista en un cierto momento. Los datos que se reportan corresponden a la primera metodología (los datos de la segunda están disponibles en la OECD Health Database). La información viene de bases de datos administrativas, más que de encuestas.

Los tiempos de espera se reportan en términos de promedio y mediana. La mediana es el valor que separa una distribución en dos partes iguales (es decir, la mitad de los pacientes tienen tiempos de espera más largos, y la otra mitad más cortos). Comparada con el promedio, la mediana minimiza la influencia de los datos atípicos (pacientes con tiempos de espera muy largos).

Referencias

- Jonsson, P.M. et al. (2013), "Finland", Parte II, Capítulo 7 de *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- Siciliani, L., M. Borowitz y V. Moran (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- Smith, P. and M. Sutton (2013), "United Kingdom", Parte II, Capítulo 16 de *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.

Q: Por qué a pesar de que el gusto en salud en países miembros de la OCDE han incrementado existe descontento en la población?

R: Existe un tiempo de espera largo en cirugías electivas (no de urgencia), como cirugía de cataratas, reemplazo de caderas y de rodilla pero generan frustración en los pacientes quienes esperan los beneficios de los tratamientos se posponen y el dolor y la discapacidad permanecen. Todos estos aspectos tienen influencia de acuerdo al procedimiento que se lleva a cabo y a la preferencia.

② Cuál es la razón para que exista una media de pacientes que reciben tratamientos mucho más rápido que otros?

R: El médico desde que anota al paciente en su lista semide el tiempo de espera, entre una cirugía de cataratas existe una media de 37 días mientras un reemplazo de cadera tiene una media de 112 días. En el paciente no influye la gravedad de la situación la necesidad de llevarla a cabo sucede y su dificultad para reunir al personal especializado.

③ Por qué se ha establecido organizaciones responsables para reportar experiencias de los pacientes?

R: Para desarrollar instrumentos para recopilar datos sobre los pacientes sabio las experiencias para medio de diferentes encuestas y entrevistas para estadizar los procedimientos de análisis y ver la reacción de cada uno de los pacientes.



6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Experiencias de pacientes con cuidados ambulatorios
- Prescripción en cuidados primarios
- Admisiones hospitalarias evitables
- Cuidado de diabetes
- Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico
- Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés)
- Tasas de mortalidad en hospitales
- Tiempos de espera para cirugía por fractura de cadera
- Complicaciones quirúrgicas
- Trauma obstétrico
- Cuidados para personas con desórdenes de salud mental
- Detección, sobrevida y mortalidad por cáncer de mama
- Sobrevida y mortalidad por cáncer colorrectal
- Sobrevida y mortalidad por leucemia en niños
- Vacunación

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

① De acuerdo con la unidad "Calidad y cuidados de los servicios de salud" Q' Cuales son los temas con mayor relevancia?

R: Aquellos que dan información respecto a la atención de hospitales sobre sus pacientes midiendo con las medidas que se toman con alguna otra complicación, la calidad de los servicios a los pacientes, la eficacia y del otro lado los datos que miden la falta de atención y el nivel de la tasa de mortalidad dentro de un hospital en una o más cirugías.

② Cómo se pueden relacionar todos estos temas en beneficio a no del nivel de calidad de la salud?

R: Si el hospital o todos sus integrantes brindan una correcta atención, cuidado y calidad de los servicios de salud a sus pacientes entonces la tasa de mortalidad diminuirá, por el contrario si proporciona recursos para tratarla.

③ Por qué la prestación de servicios de salud responder cada vez juega un mayor papel?

R: Porque en las políticas de salud de los países de la OCDE se considera al paciente, usuario de los servicios de salud como una fuente directa con cada información como una práctica de información prevalente enfocados en los pacientes.

Experiencias de pacientes con cuidados ambulatorios

La prestación de servicios de salud responsivos y enfocados en el paciente, juega un papel cada vez mayor en las políticas de salud de los países de la OCDE. Considerar al usuario de los servicios de salud como una fuente directa de información es una práctica cada vez más prevalente. Desde mediados de los años 90, se han realizado esfuerzos para institucionalizar mediciones y monitoreo de las experiencias de los pacientes. Esta práctica habilita a los pacientes y al público, los involucra en decisiones de prestación de servicios de salud y gobernabilidad, y provee información del grado en el que se involucran en su salud y tienen control del tratamiento que reciben.

En muchos países, se han establecido organizaciones responsables, o se han identificado instituciones existentes para medir y reportar las experiencias de los pacientes. Desarrollan instrumentos para recopilar datos sobre la experiencia de los pacientes por medio de encuestas, y estandarizar los procedimientos de análisis y reporte. Un número creciente de países recopila no solo medidas de experiencia reportadas por los pacientes (Patient-Reported Experience Measures-PREMs), sino también medidas de los resultados reportados por los pacientes (Patient-Reported Outcome Measures [PROMs]), que capturan la percepción de los pacientes de sus condiciones médicas específicas y estado de salud general, incluyendo movilidad, dolor/malestar y ansiedad/depresión, antes y después de una intervención médica específica como cáncer o reemplazo de cadera o rodilla. Dada la importancia de utilizar la voz de la gente para el desarrollo de los sistemas de salud y la mejora de la calidad de la atención, los esfuerzos internacionales para desarrollar y monitorear las medidas reportadas por los pacientes, se han intensificado en años recientes (OECD, 2017a; OECD, 2017b).

Los países usan los datos reportados por los pacientes de forma diferente para generar mejoras de calidad en los sistemas de salud. Para promover la calidad de la salud a través de mayor responsabilidad y transparencia de los proveedores, muchos países reportan datos de la experiencia de los pacientes en reportes periódicos del sistema de salud nacional o en sitios web públicos, mostrando diferencias entre proveedores, regiones y a través del tiempo. Noruega usa las medidas de experiencias de pacientes en mecanismos de pago, o para asignación de fondos para promover la mejora de la calidad y servicios enfocados en el paciente. Australia, Canadá, la República Checa, Dinamarca, Francia y el Reino Unido, las usan para informar a quienes vigilan los servicios de salud para inspección, regulación y/o acreditación. Las medidas reportadas por los pacientes también se usan en algunas jurisdicciones en Canadá, Dinamarca, Francia y los Países Bajos para proporcionar retroalimentación específica para la mejora de la calidad de los proveedores (Fujisawa y Klazinga, 2017).

En general los pacientes reportan experiencias positivas de comunicación y autonomía en el sistema de cuidados ambulatorios. En todos los países, la mayoría de los pacientes reportan haber pasado suficiente tiempo con el médico durante una consulta (Figura 6.1), que las explicaciones del médico fueron fáciles de entender (Figura 6.2), así como haber sido involucrados en el cuidado y las decisiones sobre el tratamiento (Figura 6.3). Para estos

tres aspectos de la experiencia de los pacientes, Bélgica y Luxemburgo tienen índices altos, con más del 95% de los pacientes con experiencias positivas; mientras que Polonia tiene índices más bajos y por ejemplo, solo uno de cada dos pacientes reporta haber sido involucrado en el cuidado y tratamiento durante la consulta.

Japón también tiene índices bajos en la percepción de los pacientes del tiempo que pasaron con el médico; lo que puede ser inferido al menos en parte por el altísimo índice de consultas por número de habitantes y médicos (ver el indicador "Consultas médicas" en el Capítulo 9).

En varios países, la proporción de pacientes con experiencias positivas ha decrecido en años recientes. Por ejemplo en Polonia, la proporción de pacientes que reportan que el médico pasó suficiente tiempo con ellos durante la consulta disminuyó entre 2010 y 2016. Sin embargo, algunos países como Australia y Estonia, han mejorado recientemente algunos aspectos de las experiencias de los pacientes.

Definición y comparabilidad

La OCDE recomienda recopilar datos sobre la experiencia del paciente con cualquier médico en contextos de cuidados ambulatorios, para medir y monitorear la experiencia general del paciente en el sistema de salud. Un número creciente de países ha recopilado información sobre la experiencia de los pacientes con base en esta recomendación, por medio de encuestas nacionales representativas de la población. Japón y Portugal recopilan la información con encuestas a los usuarios del servicio. Sin embargo, alrededor de la mitad de los países que se presentan, recopilan datos sobre la experiencia del paciente con un médico general. En 11 países, la encuesta del Commonwealth Fund International Health Policy Surveys 2010 and 2016 fue usada como fuente de datos, aunque existen críticas con respecto al tamaño de la muestra e índices de respuesta. Los datos de esta encuesta se refieren a la experiencia del paciente con un médico general, y no cualquier otro. En 2016, los Países Bajos, que participan en esta encuesta, desarrollaron una encuesta entre toda la población, que arrojó mejores índices de respuesta y calidad de información.

Las tasas están estandarizadas por edad y género para la población de la OCDE de 2010, para evitar el efecto de las diferentes estructuras de población en los países.

Referencias

- Fujisawa, R. y N. Klazinga (2017). "Measuring Patient Experiences (PREMs): Progress Made by the OECD and Its Member Countries 2006-2015", OECD Health Working Papers, Paris.
OECD (2017a). "Ministerial Statement The Next Generation of Health Reforms", OECD Health Ministerial Meeting, Paris, <http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>.
OECD (2017b). "Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS)", OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/health/paris.htm>.

Acuedo Serrano Graciela Ximena 655 3/4/20

① Cómo es que la prestación de servicios de salud responsiva o responsar y enfocada al paciente mejoran la calidad de la salud?

R: En muchos países han establecido organizaciones responsables de obtener información a través de encuestas o test aplicado en pacientes antes y después de alguna operación (rodilla, cáncer) o tratamiento, para registrar y en el futuro desarrollar mejoras en los servicios de salud que la gente reporte esto es una medida intensificada recientemente por la OCDE.

② Cómo es que estos resultados se dan a conocer al público y qué impacto tiene en el desarrollo de salud general?

R: Los países utilizan estos datos para promover acciones en otros países igualmente en sitios web oficiales de las instituciones o del gobierno del país en los que se compara el resultado con regiones u otros países. Se destacan el buen tiempo de consulta, sin embargo en Polonia y Japón el indicador es año con año debido a la poca cantidad de medios.

③ Para qué se usan los datos reportados del paciente de forma diferente?

R: Para así poder generar sistema de mejora en los servicios de salud para promover la calidad de la salud a través de la responsabilidad y la transparencia de los promotores de la misma y tener mejores recursos en los hospitales.

5/4/19

Experiencias de pacientes con cuidados ambulatorios

6.1. Suficiente tiempo del médico con el paciente en consulta, 2010 y 2016 (o año más cercano)



Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

1. Fuentes nacionales.

2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con un médico general.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603365>

6.2. Explicaciones del médico fácilmente entendibles, 2010 y 2016 (o año más cercano)



Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

1. Fuentes nacionales.

2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con un médico general.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603374>

6.3. El médico involucra al paciente en las decisiones sobre el cuidado y el tratamiento, 2010 y 2016 (o año más cercano)



Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

1. Fuentes nacionales.

2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con un médico general.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603393>

① De acuerdo con la primera grafica "El tiempo que pasa el paciente en una consulta" quedatos se pueden obtener?
R: Japón es de los países que en lugar de incrementar su tiempo lo disminuye (2010-2016) provocando por la poca cantidad de médicos existentes para atender a toda la población su contraparte Belgica es el país en el que el 97.5% de personas de un total de 100 encuestados mantienen una postura positiva con el tiempo que pasan en una consulta médica.

② De acuerdo con la segunda grafica "Las explicaciones del medico son entendibles" ¿Cuáles son los datos más relevantes?
R: Polonia es de país con el que la gente entiende menos la explicación de un médico, por esto no significa que tenga un número bajo (67 de cada 100 personas) por otra parte los países bajos como Burgos, Belgica han tenido una media superior (90 de cada 100) lo que demuestra la importancia que le dan a la explicación para que el paciente se involucre con su situación actual.

③ Cuales son los países con mayor y suficiente tiempo en las consultas, doctor-paciente?
R: Estonia, Australia y los Países bajos son de los países que mayor incremento tuvieron desde el 2010 aunque Austria está en la cabeza junto Belgica por la diferencia con Belgica es que no hay comparación con las encuestadas del año 2010.

Prescripción en cuidados primarios

3/4/20

La prescripción puede usarse como un indicador de la calidad de los servicios de salud, que complementa la información de consumo u gasto (ver el Capítulo 10). Los antibióticos, por ejemplo, deben ser prescritos solo cuando existe una necesidad basada en la evidencia de reducir el riesgo de cepas resistentes. De la misma forma, las quinolonas y cefalosporinas se consideran antibióticos de segunda línea en la mayoría de las guías de prescripción. En general, deben ser usados solo cuando los antibióticos de primera línea no son efectivos. El volumen total de antibióticos prescritos y de antibióticos de segunda línea como proporción del volumen total se han validado como indicadores de calidad en contextos de cuidados primarios.

La Figura 6.4 muestra el volumen total de antibióticos prescritos en cuidados primarios en 2015, con los volúmenes de antibióticos de segunda línea incluidos en la cantidad total. Los volúmenes totales varían más de tres veces entre países, con los más bajos en los Países Bajos, Estonia y Suecia, y con volúmenes mucho mayores que el promedio de la OCDE en Grecia y Francia. Los volúmenes de antibióticos de segunda línea varían casi 16 veces entre países. Los países Escandinavos y los Países Bajos reportan los volúmenes más bajos, mientras que los más altos se encuentran en Corea, Italia y Turquía. Es probable que la variación se explique, en cuanto a la oferta, por las diferencias en la regulación, guías e incentivos que rigen a quienes prescriben en cuidados primarios y en cuanto a la demanda, por diferencias culturales en actitudes y expectativas en cuanto a la historia natural y tratamientos óptimos de enfermedades infecciosas. Se ha dado un cierto crecimiento en el volumen total de antibióticos entre 2010 y 2015. El crecimiento más pronunciado se observó en Irlanda y Polonia, y la disminución más marcada en Suecia e Islandia.

El consumo de antibióticos es consistentemente más alto entre niños y población joven, y adultos mayores. Los volúmenes de antibióticos recetados a los niños entre cero y nueve años de edad varía 15 veces entre países, pero solo cinco veces tratándose de jóvenes entre 10 y 19 años de edad (Figura 6.5). Los datos de consumo subdivididos por grupo de edad permiten la identificación de grupos específicos a quienes se prescriben altas proporciones de ciertos antibióticos, y aportan información detallada para campañas o intervenciones dirigidas a un uso más prudente de antibióticos en estos grupos de población.

Las benzodiazepinas se prescriben con frecuencia a adultos de mayor edad por desórdenes de ansiedad y sueño, a pesar del riesgo de efectos secundarios adversos como fatiga, mareo y confusión. El uso de largo plazo de benzodiazepinas puede conducir a eventos adversos (caídas, accidentes de tránsito y sobredosis), tolerancia, dependencia y escalamiento de dosis. Además del período de uso, existe preocupación sobre el tipo de benzodiazepina prescrita, y no se recomienda el uso de los tipos de acción prolongada para adultos de mayor edad, porque el organismo tarda más en eliminarlas. Las Figuras 6.6 y 6.7 indican que en promedio en la OCDE, alrededor de

25 de cada 1000 adultos son usuarios crónicos de benzodiazepina (>365 dosis diaria definida en un año), y 64 de cada 1000 han recibido al menos una prescripción de benzodiazepina de acción prolongada o medicamentos relacionados en un año. Esta gran variación puede explicarse por las diferentes políticas de prescripción y reembolso de benzodiazepinas, así como por las diferencias en la prevalencia de enfermedades y guías terapéuticas.

Definición y comparabilidad

La dosis diaria definida (DDD) es la dosis diaria promedio de mantenimiento de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Se asignan DDDs a cada principio activo en una clase terapéutica por un consenso internacional de expertos. Por ejemplo, la DDD para aspirina oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria de mantenimiento para tratar dolor en adultos. Las DDDs no necesariamente reflejan la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Para mayor detalle consultar <http://www.whocc.no/atcddd>

La información para España, Estonia, el Reino Unido, Portugal y Suecia incluye datos de médicos de atención primaria únicamente. La información de Canadá, Irlanda, Eslovenia y Nueva Zelanda incluye solo lo que se surte en farmacias comunitarias. Los datos para Finlandia, Italia y Corea incluyen pacientes en servicios ambulatorios únicamente. Para Bélgica, Dinamarca y los Países Bajos se consideran pacientes en servicios ambulatorios y casas de reposo. La información para Turquía incluye atención primaria, casas de reposo y residencias de ancianos. La de Australia incluye prescripciones surtidas en farmacias comunitarias, farmacias de hospitales y de pacientes en cuidados ambulatorios, así como admissions de un día. Los resultados para Canadá solo incluyen datos para las provincias de British Columbia, Manitoba y Saskatchewan.

Los denominadores comprenden la población de la base de datos nacional de prescripción, y no la población general.

Referencias

- Cecchini, M. (2016), "Tackling Antimicrobial Resistance", en OECD Insights blog, junio, véase <http://oe.cd/LJ>
OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, París.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>
OECD (2015), "Antimicrobial Resistance in G7 Countries", OECD Policy Brief, octubre, véase www.oecd.org/els/health-systems/Antimicrobial-Resistance-in-G7-Countries-and-Beyond-Policy-Brief.pdf.

Q: ¿Cuál es la importancia que desde el 2015 se haya incrementado el número de antibióticos en su uso?

R: Existen los antibióticos preinscritos que sean un sinónimo de la calidad de los servicios de salud, su uso y distribución fueron autorizados para que la población que así lo necesitara tuviera cuidados primarios mayores. Existen a su vez antibióticos de segunda línea que son llamados quinolos.

Q: ¿Qué otros datos relevantes se pueden obtener sobre el consumo de antibióticos por la población?

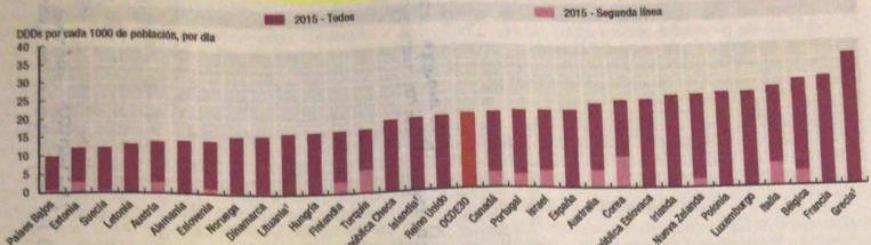
R: El consumo de antibióticos es mayor en un sector de población de niños y adolescentes además de adultos mayores cada uno tiene una cantidad de consumo distinto de ciertos antibióticos esto aporta a la creación de campañas que atienden específicamente a ese grupo poblacional o de región.

Q: ¿Cuán importante es la prescripción correcta a la hora de analizar un buen diagnóstico?

R: Puede utilizarse como innovador de los servicios de salud solo deben de ser presentados y preescritos cuando existe una necesidad basada en la evidencia de reducir el riesgo de casos resistentes. Para impedir que el medicamento pierda efectividad contra las enfermedades.

3/9/20

6.4. Volumen total de antibióticos prescritos, 2015 (o año más cercano)



1. Los datos se refieren a todos los sectores (no solo atención primaria).

Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control, y OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603412>

6.5. Volumen de antibióticos prescritos a gente joven, 2015 (o año más cercano)



Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control, y OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603431>

6.6. Uso crónico de benzodiazepina: número de pacientes por cada 1000, de 65 años y mayores que tienen prescripciones de benzodiazepinas por más de 365 días, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603480>

6.7. Uso de benzodiazepina de acción prolongada: número de pacientes por cada 1000, de 65 años y mayores que tienen al menos una prescripción de benzodiazepina de acción prolongada, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603489>

① Cómo hemos visto la prescripción de medicamentos fue muy importante CEn el año 2015 que países tuvieron mayor volumen?
Re Luxemburgo, Italia, Belgica y Francia son 4 de los países con un volumen mayor al 25%, aunque los antibioticos de segunda linea solo destacan en Italia y Belgica con un 5% y 10% respectivamente. En primer lugar se lo lleva Grecia con un 38% de antibioticos inscritos en general, no destacan el los anti-bioticos de segunda linea.

② De acuerdo con la segunda grafica "Volumen de antibioticos y renotritos a gente joven" C Cuales datos son relevantes obtener?
Re Se basa en la dosis diaria definida (DDD) por cada 1000 habitantes. Cuando es el único país con una diferencia de antibioticos notable, la población de 0-9 años es de 2% y los de 10-19 años es de 26%. Paises bajos balance ambos grupos con un 5% por su parte Australia con más de 25%.

③ C Cuál es la enfermedad pulmonar crónica y la insuficiencia cardiaca congestiva?
Re El asma es la enfermedad pulmonar obstructiva, son tres condiciones de largo plazo muy prevalentes, tanto el asma como el EPOC limitan la habilidad de respirar, los sistemas del asma son normalmente intermitentes y rebatibles con un tratamiento.

6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Admisiones hospitalarias evitables

La mayoría de los sistemas de salud han desarrollado un 'nivel primario' de atención, cuyas funciones incluyen la promoción de la salud y prevención de enfermedades, gestionando nuevos problemas de salud, condiciones de largo plazo, y refiriendo a los pacientes a servicios hospitalarios cuando es apropiado. Un objetivo clave es mantener bien a la población, proporcionando un punto de atención consistente en el largo plazo, adaptando y coordinando el cuidado para quienes tienen necesidades múltiples de atención, y apoyando a los pacientes con autoeducación y autogestión.

El asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en Inglés), son tres condiciones de largo plazo muy prevalentes. Tanto el asma como la EPOC limitan la habilidad de respirar; los síntomas del asma son normalmente intermitentes y reversibles con tratamiento, mientras que la EPOC es una enfermedad progresiva que afecta casi exclusivamente a fumadores y exfumadores. El asma puede afectar hasta 334 millones de personas en el mundo (Global Asthma Network, 2014). Cerca de 3 millones de personas murieron de EPOC en 2015, lo que equivale a 5% del total de muertes globales en ese año (WHO, 2016). La CHF es una condición médica seria, en la que el corazón es incapaz de bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita. La CHF es causada con frecuencia por hipertensión, diabetes o cardiopatía coronaria. Se estima que la falla cardíaca afecta a más de 26 millones de personas en el mundo, y tiene como resultado más de 1 millón de hospitalizaciones anualmente tanto en los Estados Unidos como en Europa (Ponikowski et al., 2014).

El hecho de que la base de evidencia para tratamiento efectivo está bien establecida, es común a las tres condiciones, y mucho del tratamiento puede suministrarse a nivel de atención primaria. Un sistema de atención primaria de alto rendimiento, con servicios accesibles y de alta calidad, puede reducir el deterioro agudo en la gente que vive con asma, EPOC o CHF, y reducir las admisiones hospitalarias innecesarias.

La Figura 6.8 muestra los índices de admisión hospitalaria, para asma y EPOC, dada la relación fisiológica que existe entre ambas. Los índices de admisión por asma varían 15 veces entre países, con los más bajos en Italia, México y Colombia; y los más elevados en Letonia, Turquía y Corea, de más del doble del promedio de la OCDE. La variación internacional de admisiones por EPOC es de 25 veces entre los países de la OCDE, con las tasas más bajas en Japón e Italia, y las más altas en Hungría e Irlanda. En combinación para ambas enfermedades respiratorias, hay una variación de menos de siete veces entre países.

Las tasas de admisiones hospitalarias por CHF tienen una variación de 12 veces, como se muestra en la Figura 6.9, con las más bajas en Colombia, Costa Rica y México, mientras que Hungría, Polonia y Lituania reportan tasas de alrededor del doble del promedio de la OCDE.

La Figura 6.10 revela que en Austria, Israel e Irlanda se ha logrado una reducción de las tasas de admisión por CHF en años recientes, mientras que las de Bélgica han permanecido relativamente estables y las de España se han incrementado. Mientras que las mejoras observadas pueden representar avances en la calidad de la atención primaria para estos países, las recientes revisiones de la OCDE indican que la inversión en atención primaria puede no estar ocurriendo suficientemente rápido (OECD, 2017b), lo que resulta potencialmente en un desperdicio de recursos para el cuidado de la salud (OECD, 2017a).

Definición y comparabilidad

Los Indicadores se definen como el número de admisiones hospitalarias con un diagnóstico primario de asma, EPOC o CHF entre personas de 15 años o mayores por cada 100 000 de población. Las tasas están estandarizadas por edad y género a la población de la OCDE de 2010 de 15 años de edad y mayores. Se excluyen del cálculo las admisiones resultantes de una transferencia de otro hospital en las que el paciente muere durante la admisión, debido a que no se consideran evitables.

La prevalencia de enfermedades y disponibilidad de atención hospitalaria explican algunas de las variaciones de tasas entre países (no todas). Las diferencias en prácticas de codificación entre países también afectan la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, la exclusión de "transferencias" puede no ser estrictamente observada por algunos países. Las diferencias en cobertura de datos del sector hospitalario nacional entre países también pueden influenciar los índices de los indicadores.

Referencias

- Global Asthma Network (2014). *The Global Asthma Report 2014*. Auckland, Nueva Zelanda; disponible en: http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf.
- OECD (2017a). *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2017b). *Caring for Quality in Health, Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality* Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>.
- Ponikowski, P. et al (2014). "Heart Failure: Preventing Disease and Death Worldwide", *ESC Heart Failure*, núm. 1, pp. 4-25, <http://dx.doi.org/10.1002/eih.212005>.
- WHO (2016). "Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)", noviembre 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>.

Q: ¿Cuál es la importancia que se le da al desarrollo primario de la salud en el cuidado de pacientes con enfermedad?

R: Los proporciona a los pacientes los servicios hospitalarios necesarios, su principal punto es la atención consistente en el largo plazo adaptando y cuidando a la persona que requiera de algún cuidado especial algunos ejemplos de enfermedades que requieren cuidados a largo plazo son: el asma, la enfermedad pulmonar, obstructiva crónica, etc.

② Tomando en cuenta estas enfermedades, ¿qué efectos positivos tiene la aplicación de un tratamiento efectivo?

El nivel de atención primaria puede ser suministrada para este tipo de pacientes pero debe ser un nivel de atención primaria de alto rendimiento con servicios accesibles y de mayor calidad esto puede reducir el deterioro agudo de la gente que padece asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.

Q: ¿Qué explica la prevalencia de enfermedades y disponibilidad de atención hospitalaria?

R: Explican algunas de las variantes de tasas de los países. Las diferencias de tasas en practicar de codificación entre países afectan la compatibilidad de los datos. La exclusión de "transferencias" pueden no ser estrictamente observada por algunos países.

Acuedo Jerrano Graciela Ximena 655
 6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Admisiones hospitalarias evitables
 374/20

6.8. Admisión hospitalaria de adultos por asma y EPOC, 2015 (o año más cercano)

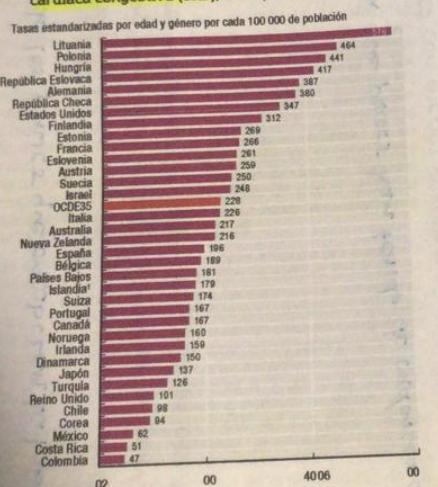


1. Promedio de tres años.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/388933603488>

6.9. Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), 2015 (o año más cercano)

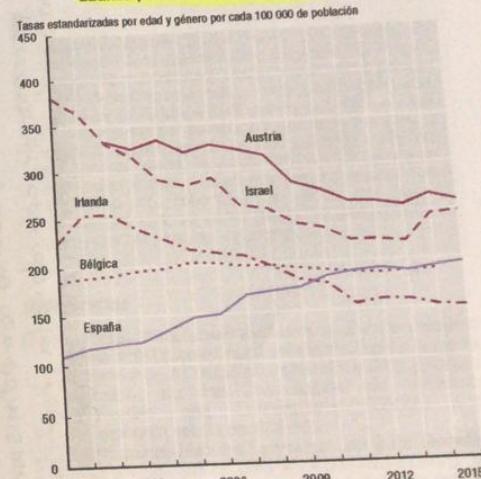


1. Promedio de tres años.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/388933603507>

6.10. Tendencias en admisión hospitalaria de adultos por CHF en una selección de países



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/38893360352>

① Cuáles son los datos que se pueden obtener de los países que encabezan la tabla del por el mejor
R: Países en 2010?

Japón es el país con una tasa de admisión hospitalaria más baja, con apenas 58 personas de cada 100 mil esto significa que no cuenta con los recursos necesarios para mantener a muchas personas dentro de un hospital de calidad para mejorar su atención a la población de Japón.

② Tomando ^{largo de los años} en cuenta la primera y segunda gráfica que países han tenido de decadencia de admisión a lo largo de los años.
R: Colombia, Costa Rica y México son los tres países con menos personas con admisión hospitalaria de cada 100 000 donde no rebasan a más de 70 personas de acuerdo a la insuficiencia cardíaca congestiva Austria, Irlanda e Israel son los países que desde el año 2000 su admisión hospitalaria ha ido en decadencia.

③ Cuál es la media y cuáles son los países que entran en la admisión hospitalaria por insuficiencia cardíaca?

R: La media es de 200 a 270 aproximadamente, donde están en medio de estos son: Italia, Israel, Suecia y Australia, esto es de tres años consecutivos y los resultados son una media por edad y género, lo cual para Italia son 226 personas por cada 100 000.

Cuidado de diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando disminuye la habilidad del cuerpo para regular los niveles excesivos de glucosa en la sangre. Es una causa primordial de enfermedades cardiovasculares, ceguera, falta renal, y amputación de extremidades inferiores. Se estima que globalmente más de 400 millones de adultos tuvieron diabetes en 2015, y se proyecta que para 2040, esta cifra aumentará a más de 540 millones de adultos. La diabetes causó 5 millones de muertes en 2015 (IDF, 2015).

El manejo continuo de la diabetes normalmente involucra una cantidad considerable de autocuidados y por lo tanto la asesoría y educación son vitales para los cuidados primarios de pacientes diabéticos. El control efectivo de niveles de glucosa en la sangre por medio de monitoreo rutinario, la modificación de la dieta y el ejercicio regular pueden reducir la aparición de complicaciones serias y la necesidad de hospitalización. El manejo de otros factores de riesgo como el tabaquismo, la presión arterial y los niveles de lípidos también son importantes en la reducción de complicaciones de la diabetes.

La mayoría de las guías terapéuticas nacionales recomiendan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE-I, por sus siglas en inglés) o bloqueadores de receptores de angiotensina (ARB, por sus siglas en inglés) como medicamentos de primera línea para reducir la presión sanguínea de pacientes diabéticos con hipertensión. La Figura 6.12 muestra que existe una amplia consistencia en la proporción de pacientes diabéticos que consumen medicamentos antihipertensivos, y solo Corea, Italia, Finlandia, Bélgica y la República Eslovaca presentan índices inferiores al 80%.

La Figura 6.11 muestra las admisiones hospitalarias evitables por diabetes. Aunque las admisiones han decrecido en muchos países a lo largo del tiempo, todavía es evidente una variación de más de siete veces en los índices entre países. Italia, Islandia y España reportan los más bajos, pero los índices de Austria, Corea y México son al menos el doble del promedio de la OCDE. La prevalencia de diabetes puede explicar parte de la variación de los índices. Se puede demostrar una relación positiva entre las admisiones en general, y las admisiones por diabetes, suponiendo que existen indicativos de que el acceso al cuidado hospitalario también es un factor para explicar la variación entre países (OECD, 2015).

Las admisiones hospitalarias para amputación mayor de extremidades inferiores reflejan la calidad del cuidado de largo plazo de la diabetes. La Figura 6.13 muestra las tasas de amputación en adultos con diabetes. En el lado izquierdo, se presentan las tasas con base en la población general. La variación de las tasas entre países es de más de 14 veces, pues Colombia, Corea, Italia, Finlandia y el Reino Unido reportan tasas inferiores a 3 por cada 100 000 habitantes; y Austria, Israel y México reportan tasas superiores a 14. En el panel de la derecha, se presentan las tasas con base en el estimado de población diabética, las cuales son nueve veces más altas que para la población general, y presentan diferencias en la clasificación de los países, lo cual indica que las diferencias en la prevalencia de la enfermedad entre países puede explicar en parte la variación entre ellos. En los países de la OCDE, las tasas de

amputación han disminuido significativamente desde 2000 (Carinci et al., 2016).

Definición y comparabilidad

Las personas con diabetes con prescripciones de medicamentos antihipertensivos como primera opción, se definen como el número de personas que tienen una o más prescripciones de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ACE-I, por sus siglas en inglés) o bloqueador de receptores de angiotensina (ARB, por sus siglas en inglés), entre quienes son usuarios de largo plazo de medicamentos reguladores de la glucosa (pacientes diabéticos) que también tienen una o más prescripciones al año de una variedad de medicamentos usados con frecuencia para tratar la hipertensión.

Las admisiones evitables por diabetes se basan en la suma de tres indicadores: admisiones por complicaciones de corto plazo y de largo plazo, y por diabetes no controlada sin complicaciones. El indicador se define como el número de admissions hospitalarias con un diagnóstico primario de diabetes entre personas de 15 años y mayores por cada 100 000 de población. La amputación mayor de extremidades inferiores entre adultos con diabetes se define como el número de altas de personas de 15 años y mayores por cada 100 000 de población, para la población general y estimados de población con diabetes. Las tasas para estos indicadores están estandarizadas por edad para la población de la OCDE de 2010.

Las diferencias en definición de datos y prácticas de codificación entre países pueden afectar la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, la codificación de la diabetes como diagnóstico principal versus diagnóstico secundario, varía entre países. Este fenómeno es más pronunciado para diabetes que para otras condiciones, dado que en muchos casos las admisiones son por complicaciones de la diabetes, y no por la diabetes en sí. Los estimados de población con diabetes usados para calcular los indicadores de amputación fueron reportados por los países. Las diferencias en cobertura de datos del sector hospitalario nacional entre países, también pueden influenciar las tasas del indicador.

Referencias

- Carinci, F. et al. (2016). "Lower Extremity Amputation Rates in People with Diabetes as an Indicator of Health Systems Performance. A Critical Appraisal of the Data Collection 2000-2011 by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)", *Acta Diabetologica*, vol. 53, pp. 825-832.
- IDF - International Diabetes Federation (2015). *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition 2015*. www.diabetesatlas.org.
- OECD (2015). *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

① C: Por qué la diabetes es una enfermedad que debe mantenerse en constante vigilancia y como es
R: que funciona?

La diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando se disminuye la habilidad del cuerpo para regular los niveles de glucosa en la sangre, es causa principal de enfermedades cardiovasculares, ceguera, falla renal y amputación de extremidades inferiores y por lo general requiere gran cantidad de autocuidado.

② C: ¿Cuáles son las medidas que los gobiernos recomiendan como medicamentos preventivos para reducir el impacto de diabetes?
R: Se recomienda el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina como medicamentos de primera línea para reducir la presión sanguínea de pacientes diabéticos con hipertensión, lo que ocupante es la gran cantidad de personas que requieren amputación debido a la diabetes mostrando la ineficiencia de la calidad y la efectividad de cuidados.

③ C: ¿Cuál es la definición de diabetes y a cuantas personas afecta o logra darles?
R: La diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando disminuye la habilidad

del cuerpo para regular los niveles de excesivos de glucosa en la sangre, es una causa primordial de enfermedades cardiovasculares. Se estima que globalmente más de 400 000 000 tuvieron diabetes en 2015

El empleo en salud y trabajo social representa una proporción importante y creciente de la fuerza laboral en muchos países en el mundo (UN-High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth, 2016). En la OCDE, las actividades en salud y trabajo social constituyeron en promedio alrededor del 10% del empleo total en 2015 (Figura 8.1). La proporción de empleo es particularmente pronunciada en los países escandinavos, Finlandia y los Países Bajos, donde los trabajos en salud y trabajo social representan 15-20% de la fuerza laboral de estos países.

Adicionalmente, el porcentaje de trabajadores empleados en salud y trabajo social ha crecido consistentemente en muchos países de la OCDE entre 2000 y 2015. Para la OCDE en conjunto, hubo un incremento promedio de 1.7 puntos porcentuales en este periodo. Algunos de los incrementos más notables tuvieron lugar en Japón, Irlanda, Corea, Luxemburgo y los Países Bajos. Hubo cuatro países en los que la proporción de empleo en salud y trabajo social disminuyó: Letonia, México, Polonia y la República Eslovaca.

El rápido crecimiento del empleo en salud y trabajo social contrasta marcadamente con otros sectores (Figura 8.2). En los países de la OCDE, creció en promedio en 42% (con mediana de 34%) entre 2000 y 2015. En el mismo periodo, se experimentó un decrecimiento general en el número de empleos en agricultura e industria en los países de la OCDE. El crecimiento del empleo en salud y trabajo social también fue notablemente mayor que el crecimiento del empleo en el sector de servicios, y muy por encima del crecimiento del empleo en general.

Las experiencias del pasado y las actuales muestran que el empleo en el sector salud y de trabajo social tiende a ser menos sensible a las fluctuaciones cíclicas en la economía que el empleo en otros sectores. El empleo total disminuyó ligeramente en los Estados Unidos durante las recesiones económicas de principios de los años 90, y significativamente en 2008-09, pero el empleo en el sector salud y de trabajo social siguió creciendo consistentemente en este mismo periodo. En la mayoría de los países de la OCDE, el número de médicos y personal de enfermería continuó creciendo durante el periodo de recesión (ver los indicadores de médicos y personal de enfermería).

En el futuro es probable que el empleo en salud y trabajo social crezca, pero se espera que cambie el tipo de habilidades y funciones, lo que refleja un número de factores. El envejecimiento de la población cambiará el patrón de demanda de servicios de salud y sociales, lo que puede incluir mayor demanda de cuidados de largo plazo y los servicios sociales relacionados, que son muy demandantes de mano de obra (OECD, 2011). A lo largo del tiempo, el incremento del ingreso y de la disponibilidad de nuevas

tecnologías aumentará las expectativas de calidad y alcance del cuidado (OECD, 2015).

Muchos países han empezado a introducir nuevos modelos de prestación de servicios que involucrarán mayor integración de los servicios de salud y trabajo social para cubrir las necesidades de sociedades que envejecen. Estos cambios están ampliando las funciones de proveedores no médicos (como personal de enfermería, farmacéuticos y profesionales de la salud de la comunidad) en el cuidado de la salud, con el objeto de mantener el acceso a los servicios y aumentar la productividad de la fuerza de trabajo dedicada a la salud, así como de mejorar la continuidad y calidad del cuidado de los pacientes. Es muy posible que estos cambios generen transformaciones importantes en el perfil de los empleados y las habilidades requeridas en el sector salud y de trabajo social.

Definición y comparabilidad

Salud y Trabajo Social es una de las actividades económicas que se define de acuerdo a las principales divisiones del International Standard Industrial Classification of All Economic Activities (ISIC). Es un subcomponente del sector de Servicios, y se define como el conjunto de actividades para la salud humana, actividades de cuidado residencial (incluyendo cuidados de largo plazo), y actividades de trabajo social sin alojamiento. Los datos de empleo provienen de la base de datos OECD National Accounts (SNA) para los 35 países miembros de la OCDE, excepto los de Islandia y Turquía, que provienen de la base de datos OECD Annual Labour Force Statistics (ALFS).

Referencias

- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- UN High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (2016), *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*, Ginebra, WHO. Disponible en <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports>.

① C: Por qué el empleo en salud y trabajo social es tan importante y es una fuerza laboral en constante mejora?

R: Durante el año 2015 las actividades encaminadas a la salud y el trabajo social representaron el 10% del total de empleo en el año 2015. Los países con un 20 - 25% apuestan a fortalecer este tipo de empleo mientras la OCDE y sus países miembros muestran un crecimiento en quienes buscan este tipo de empleos.

② C: ¿Qué beneficios trae consigo fortalecer e impulsar el empleo en salud y trabajo social con las fluctuaciones del país?

R: El empleo en el sector de salud y trabajo social demuestra que no muestra mucha sensibilidad a las fluctuaciones y en qué lugar de desestabilizarse tiene un incremento de un valor de 1.7 puntos porcentuales para los países son conscientes de que los factores que tienen deben renovarse por el aumento de la población.

③ C: ¿Cómo se define la Salud y el Trabajo Social?

R: Es una de las actividades económicas que se define de acuerdo a las principales divisiones del International Standard Industrial Classification of All Economic Activities (ISIC). Es un subcomponente del sector de servicios y se conjunta de actividades para la salud humana y actividades de trabajo social.

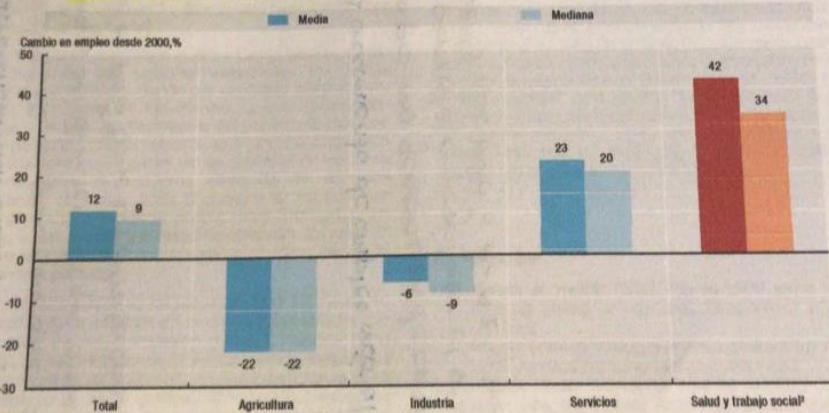
8.1. Empleo en salud y trabajo social como proporción del empleo total, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD National Accounts; OECD Annual Labour Force Statistics para Islandia y Turquía.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604533>

8.2. Crecimiento del empleo por sector entre 2000 y 2015 (o año más cercano), promedio OCDE¹



1. Promedio de 30 países de la OCDE (excluyendo Chile, Islandia, Nueva Zelanda, Suiza y Turquía).

2. Salud y trabajo social se clasifica como un subcomponente del sector de servicios.

Fuente: OECD National Accounts.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604552>

① De acuerdo con la primera gráfica, ¿qué es la diferencia más evidente de quien libera la fazade empleo?

R: Se analizan los datos a partir del año 2000-2015, el país noruego es quien lidera con mas 20% de empleos relacionados con la salud y el trabajo social mientras que Mexico es el ultimo país que se muestra con 2.7% lo cual da a entender que el país tiene un atraso considerable en el impulso que se le da a este tipo de empleos.

② De acuerdo con la segunda gráfica, ¿Cuál es el crecimiento de empleo más alto en los años 2000-2015?

R: Partiendo de la parte inferior se tiene una pésima generación de empleo en los sectores de agricultura como también el industrial con porcentajes negativos el sector de salud y trabajo social tiene un porcentaje muy por ensima por el resto con media de 92 y media de 34 mostrando los esfuerzos de la OCDE

③ A qué se refiere el promedio OCDE y cuál es la relación entre ambas gráficas?

R: El promedio OCDE es el promedio de 30 países de la OCDE pero incluyendo (Chile, Islandia, Nueva Zelanda, Suiza y Turquía) la primera en empleo y salud, trabajo social y la segunda crecimiento del empleo, ambos están basados en los casos que van del 2000 al 2015 respectivamente.

Medicos (número total)

El número de médicos per cápita varía ampliamente entre los países de la OCDE. En 2015 Grecia tenía el mayor número, con 63 médicos por cada 1000 habitantes, aunque este número es una sobreestimación ya que incluye a todos los médicos que cuentan con licencia para practicar, pero pueden no estar activos debido a diferentes razones. A Grecia seguían Austria (51) médicos por cada 1000 habitantes. El número más bajo de médicos en los países de la OCDE lo tenían Turquía, Chile y Corea, con cerca de dos por cada 1000 habitantes. El promedio de la OCDE era de 34 médicos por cada 1000 habitantes. Entre los países socios, el número de médicos per cápita es significativamente menor, con menos de un médico por cada 1000 habitantes en Indonesia, India y Sudáfrica. En China, el número de médicos per cápita es aun alrededor de la mitad del promedio de la OCDE, pero ha crecido en 24% desde 2000 (Figura 8.3).

Desde 2000 el número de médicos se ha incrementado en casi todos los países de la OCDE tanto en números absolutos como per cápita. Las tasas de crecimiento fueron particularmente rápidas en algunos países que empezaron con niveles más bajos en 2000, pero han crecido a un ritmo mucho más rápido que el promedio de crecimiento de la OCDE, como Corea, México y el Reino Unido (Figura 8.4).

Al mismo tiempo, los países con alta densidad de médicos, como Australia y Austria, muestran altas tasas de incremento en el mismo período. El número de médicos continúa creciendo de manera importante en Australia, por un incremento fuerte en el número de graduados de programas de educación médica locales (ver el indicador "Graduados de Medicina").

Al inicio de los años 2000 en el Reino Unido, se expresaron preocupaciones por posibles excedentes en ciertas categorías de médicos, dando por resultado políticas para reducir el ingreso de estudiantes y una disminución gradual de la tasa de crecimiento del número de médicos. Sin embargo, más recientemente se anunció la asignación de títulos para más lugares en las escuelas de medicina para satisfacer la creciente demanda de servicios (Department of Health, 2016). El número de médicos per cápita permaneció bastante estable entre 2000 y 2015 en Francia, Israel, Polonia y la República Eslovaca. En Israel, el número de médicos se incrementó a un ritmo similar al tamaño de la población.

En general, la mayoría de los países de la OCDE muestran un incremento consistente en el número de médicos, que no fue afectado por la recesión global. En países como Australia, habla alrededor de 30% más médicos empleados en 2015 que en 2008. Hubieron algunas excepciones, pues la recesión de 2008-09 parece haber tenido impacto en Grecia, donde el número de médicos se incrementó entre 2000 y 2008, pero dejó de crecer después, e incluso ha mostrado disminución desde 2012.

Es un reto proyectar la oferta y demanda futuras de médicos, dados los altos niveles de incertidumbre con respecto al retiro y patrones de migración, así como

cambios en la demanda (Ono et al., 2013). Muchos países de la OCDE anticipan el próximo retiro de un número significativo de médicos incrementando sus esfuerzos de capacitación en la última década, para asegurar que habrá suficientes médicos para reemplazar a quienes se retiren. Pero pasarán varios años antes de poder sentir el impacto de los esfuerzos del incremento en la educación médica. Las dificultades para anticipar el número real de médicos en servicio han causado que los países tengan que revisar y ajustar continuamente sus políticas. Sin embargo, en la mayoría de los países de la OCDE existe una preocupación compartida sobre la escasez de médicos generales (ver el indicador "Médicos por edad, género y categoría") y los números limitados de médicos en regiones rurales y remotas (ver el indicador "Distribución geográfica de médicos" en el Capítulo 5).

Definición y comparabilidad

Los datos para la mayoría de los países se refieren a médicos en servicio, que se define como el número de médicos que atienden directamente a pacientes. En muchos países, este número incluye internos y residentes (médicos en capacitación). Los números se basan en cálculos directos. Varios países también incluyen médicos que están activos en el sector salud, aunque pueden no atender a pacientes directamente, lo que agrega 5-10% de médicos. Grecia y Portugal reportan el número de médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una sobreestimación mayor del número de médicos en servicio. Bélgica establece un umbral mínimo de actividades para considerar a un médico en servicio, lo que por el contrario resulta en una subestimación en comparación con países que no establecen este umbral. Los datos para India pueden estar sobreestimados ya que se basan en registros médicos que no están actualizados por migración, retiro o muerte, y no toman en cuenta médicos registrados en varios estados.

Referencias

- Department of Health (2016), "Up to 1,500 extra medical training places announced", Department of Health, Londres, <https://www.gov.uk/government/news/up-to-1500-extra-medical-training-places-announced>.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- Ono, T., G. Lafortune y M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 25 Projection Models from 18 Countries", *OECD Health Working Papers*, núm. 62, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>.

Acuendo Serrano Graciela Ximena 655 3/4/20

Q: Cuál es el promedio de los países pertenecientes a la OCDE respecto al número de médicos por cada 1000 habitantes?

R: En el año 2015 Grecia era el país con el mejor promedio, 6.3 médicos por cada 1000 habitantes, el promedio general de la OCDE es de 3.4 médicos por cada 1000 habitantes, por otro lado hay países que se encuentran por debajo del promedio, chinas es el ejemplo con la mitad del promedio.

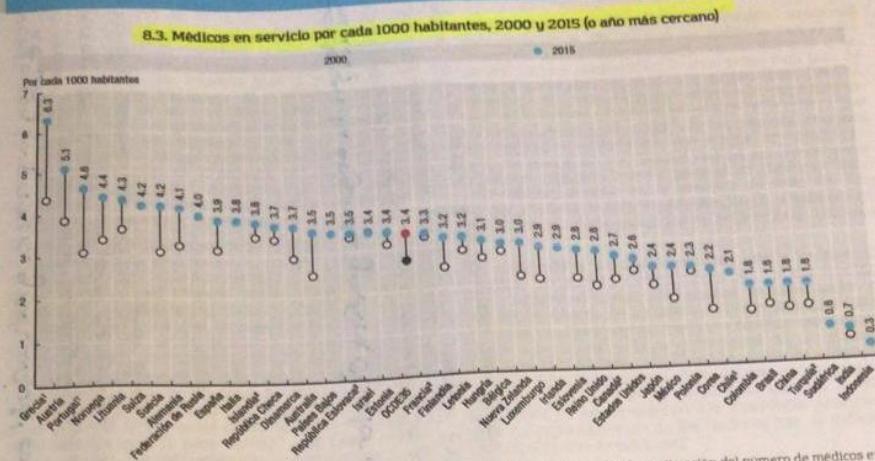
Q: Cuáles son los logros más importantes que han tenido los países de la OCDE respecto al sector de salud y

R: ^{médicos}

A pesar de que no todos los países de la OCDE no tienen el mismo promedio presentan un constante crecimiento en el sector de salud y países con una densidad de población muy alta como Australia tiene médicos en constante crecimiento por la ayuda que se da a los egresados.

Q: Cuál y cómo ha sido el cambio en el número de médicos de los países de la OCDE a partir 2000?

R: Los tazos del crecimiento fueron particularmente rápidos en algunos países que empezaron con niveles más bajos en 2000, pero han crecido a un ritmo mucho más rápido que el promedio de crecimiento de la OCDE, como Corea, México y el Reino Unido. Al igual los países con alta densidad.

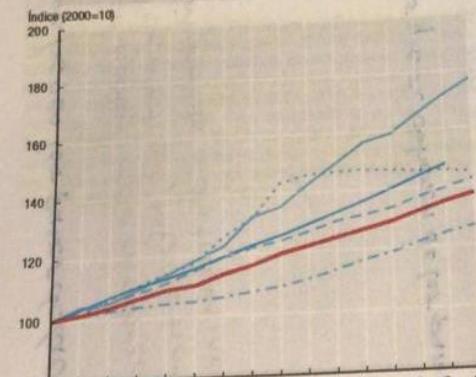
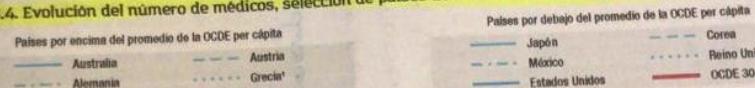


1. Los datos se refieren a todos los médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una importante sobreestimación del número de médicos en servicio (p.ej. alrededor de 30% en Portugal).

2. Los datos no incluyen solamente a los médicos que atienden directamente a pacientes, sino también a aquellos en el sector salud como administradores, educadores, investigadores, etc. (agregando otro 5-10% de médicos).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604571>

8.4. Evolución del número de médicos, selección de países de la OCDE, 2000 y 2015 (o año más cercano)



1. Los datos para Grecia se refieren a todos los médicos con licencia para ejercer.

Fuente: [OECD Health Statistics](#).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604590>

Acuedo Serrano Graciela Ximena 655 3/9/20

① De acuerdo con la primera grafica ¿a qué el incremento que tienen los países de la OCDE en los últimos 15 años?

R: Pocos son los países que no muestran ningún mínimo de incremento. Grecia encabeza la grafica y desde hace 15 años mejora de buena forma la cantidad de médicos. México tiene una media de 2.4 pero a pesar de estar por debajo de la media recomendada muestra un incremento año con año.

② De acuerdo con la segunda grafica. ¿Cuáles son las conclusiones que se obtienen de los países debajo del promedio?

R: Suecia tiene un mejor crecimiento a un estando por encima del promedio. Grecia a pesar de ser en su momento el primer lugar está en decadencia respecto a otros países como Alemania, por otro lado Estados Unidos y Japón tienen un crecimiento lento pero constante.

③ ¿Cómo se describe el incremento en el número de médicos en la mayoría de países de la OCDE?

R: En países como Australia, había alrededor del 30% más médicos empleados en 2015 que en el 2008, tuvieron algunas excepciones pues la excepción de 2008 - 2000 parece haber tenido impacto en Grecia dando el número de médicos se incrementó entre 2000 y 2008 pero dejó de crecer después.

Médicos por edad, género y categoría

3/4120

La composición por edad y género de la fuerza laboral médica y la mezcla de diferentes categorías de médicos, tienen importantes implicaciones en la disponibilidad de servicios médicos. Por muchos años el envejecimiento de los médicos en los países de la OCDE ha generado preocupaciones de que no haya suficientes nuevos estudiantes para reemplazarlos, aunque existe evidencia de que el retiro de los médicos ocurre de manera gradual y de que la edad de retiro está aumentando (OCDE, 2016). Una creciente inclinación de la balanza en favor de mayor especialización contra medicina general, genera preocupación en muchos países sobre el acceso a cuidados primarios para toda la población.

En 2015, en promedio en los países de la OCDE, un tercio de la población total de médicos tenía más de 55 años de edad, más que en el 2000 que era una quinta parte (Figura 8.5). Entre 2000 y 2015, Francia, Italia, España y Austria sobrepasaron el doble la proporción de médicos de más de 55 años de edad. Aunque se puede esperar que estos médicos se retiren en los próximos 10 años, un número creciente de ellos continuará ejerciendo después de los 65 años de edad. En Israel e Italia, la mitad (o más) del total de médicos tenían más de 55 años de edad en 2015. Debe notarse que la alta proporción en Israel puede deberse en parte al hecho de que estas cifras se basan en todos los médicos con licencia para ejercer, que puede incluir algunos que ya no estén haciéndolo. En el otro extremo, solo 13 a 17% de los médicos en el Reino Unido y Corea tenían más de 55 años, lo que es consistente con los grandes números de graduados ingresando en la práctica de la medicina en la última década (ver el indicador "Graduados de medicina").

Varios países de la OCDE han reformado sus sistemas de pensiones e incrementado la edad de retiro para tomar en cuenta los aumentos en esperanza de vida. Aunque pocos estudios han examinado el impacto de estas reformas específicamente en médicos, es posible que prolonguen sus vidas laborales más allá de los 65 años de edad, lo que podría tener un impacto significativo en las necesidades futuras de reemplazo.

En 2015, un promedio de 46% de los médicos en los países de la OCDE eran mujeres, superior al 39% de 2000 (Figura 8.6). Hoy día al menos la mitad de los médicos son mujeres en 11 países; Letonia y Estonia presentan la proporción más alta por encima del 70%. Entre 2000 y 2015, la proporción de médicos mujeres creció más rápidamente en los Países Bajos (49%) y Bélgica (47%). En contraste, solo alrededor de uno de cada cinco médicos en Japón y Corea eran mujeres en 2015, aunque Japón mostró un incremento significativo de 42% sobre la cifra de 2000.

En promedio en la OCDE, los médicos generales representaban el 30% del total en 2015 (Figura 8.7), una proporción similar a la de 2005. Grecia, Hungría y los Estados Unidos presentaron la proporción más baja de médicos generales, mientras que países como Francia, Canadá y Australia han podido mantener un mejor balance entre especialistas y médicos generales. Debe notarse que en Irlanda y Portugal la mayoría de los médicos generales son médicos no especialistas que trabajan en hospitales u otros contextos. En los Estados Unidos, los médicos que practican medicina interna general se clasifican como especialistas, aunque en la práctica su labor es muy similar a la de los médicos generales, lo que resulta en una subestimación de la capacidad de proporcionar cuidados generales.

En respuesta a las preocupaciones por la escasez de médicos generales, muchos países han tomado medidas para mejorar el número de lugares de capacitación en medicina general. En Canadá, el número de lugares para estudios de posgrado en medicina familiar sobrepasó el doble entre 2000 y 2013, como parte de un esfuerzo nacional de mejorar el acceso a cuidados primarios (CAPER, 2015). Sin embargo, en la mayoría de los países de la OCDE los especialistas ganan más que los médicos generales, si se consideran los incentivos financieros para la especialización de los médicos (ver el indicador "Remuneración de médicos").

Definición y comparabilidad

La definición de médicos aparece en el indicador anterior. En algunos países, los datos se basan en todos los médicos con licencia para ejercer, no solamente en los médicos en servicio (p. ej. Grecia y Portugal). No todos los países pueden reportar a todos sus médicos en las categorías de médico general y especialista, debido al hecho de que los datos específicos por especialidad no están disponibles para médicos en capacitación o para quienes tienen prácticas privadas.

Referencias

- CAPER (2015). "Field of Post-M.D. Training by Faculty of Medicine Providing Post-M.D. Training 2013-2014", base de datos disponible en <http://www.caper.ca>.
OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

Acevedo Serrano Graciela Ximena 655 3/9/20

④ Cuál es la importancia que se le debe de dar a los médicos con una edad mayor a 50 años y evitar la crisis?

R: Para evitar que en algún momento el retiro de médicos sea mayor a los médicos ya activos los países buscan incrementar la edad de retiro pues se sabe que hay una gran cantidad de médicos con una edad de 55 a más años aumentando a su vez las pensiones, aun así los países con médicos de esta edad deben apoyar más a los graduados.

⑤ ¿Qué medidas deben tomar los países para mejorar su taza de médicos generales y médicos de jefes?

R: En muchos países principalmente los países bajos se les brinda la oportunidad a los jóvenes (más del 50%) por su parte para que exutan más médicos generales, diversos países han impulsado las carreras de posgrado para además de tener especialistas se tenga generales y de

⑥ ¿Qué ha hecho la OCDE (dla) en sus sistemas para campos laborales de los médicos?

R: Varios países de la OCDE han informado sus sistemas de pensiones e incrementando la edad de retiro para tomar en cuenta los números y aumentos en laborales más allá de los 65 años sobre la esperanza de vida para que los médicos lo prolonguen.

Médicos por edad, género y categoría



8.6. Proporción de médicos mujeres, 2000 y 2015 (o año más cercano)



8.7. Médicos generales y especialistas como proporción del total, 2015 (o año más cercano)



En Irlanda y Portugal, la mayoría de los médicos generales no son médicos familiares, sino médicos no especialistas trabajando en hospitales y otros servicios.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604647>

Acuado Serrano Graciela Ximena 655 3/9/20

① De acuerdo con la primera grafica que datos se pueden obtener respecto a los medicos con una edad mayor a 55?

R: La proporcion de medicos durante los años 2000 - 2015 tiene mayor aparicion con un 60% en Italia, siguiendole Israel y Estonia el cual se atendio un progreso por arriba del 40%, reino unido es el pais con menor porcentaje (12%), pero al igual en otras ocasiones todos los países se presenta una mejora.

② De acuerdo con la segunda grafica que datos se pueden obtener a travez del numero de mujeres que se ejercer como medicos?

Laponia y Estonia son los países que mas oportunidades les dan a las mujeres para ejercer su carrera como medicos con un porcentaje del 70%, mientras que Japon es el país que menos lo hace siendo poco

③ Cómo es la proporcion de medicos mujeres entre los años 2000 - 20 ?

R: En la grafica podemos ver como la tendencia entre el año 2000 era abajo niveles de mujeres medicos entre todos los países y en el año de 2015 se puede ver como hubo un numero que en el 2000 aumento de mujeres y en algunos de los países se mantuvo el mismo.

Graduados de medicina

3/4/20

El número de graduados de medicina en un año determinado refleja en buena medida las decisiones tomadas por los gobiernos en años anteriores sobre el número de estudiantes admitidos en escuelas de medicina (las llamadas políticas de *numerus clausus*). Desde 2000 la mayoría de los países de la OCDE ha incrementado el número de estudiantes admitidos en facultades de medicina en respuesta a la preocupación por la actual o futura escasez de médicos (OECD, 2016), pero siguen existiendo grandes variaciones entre países.

En 2015 en los países de la OCDE, había en promedio 12 graduados de medicina por cada 100 000 habitantes (Figura 8.8). Irlanda tenía la mayor proporción, con 24 nuevos médicos graduados por cada 100 000. En el otro extremo, Israel y Japón tuvieron el menor número de graduados de medicina en relación con su población. En Irlanda el número de graduados de medicina creció de manera importante en 2013 debido al menos en parte a la apertura de nuevos Programas de Acceso para Graduados unos años antes, permitiendo que los estudiantes con diplomas de licenciatura en otras disciplinas obtuvieran un grado en medicina en solo cuatro años.

En Israel, el bajo número de graduados de medicina locales se compensa con el gran número de médicos formados en el extranjero, pues alrededor de uno de cada tres médicos formados en el extranjero nació en Israel, pero estudió fuera antes de regresar. La situación es muy diferente en Japón, donde muy pocos médicos se forman en el extranjero. Desde 2008 el gobierno japonés decidió incrementar la matrícula en escuelas de medicina en respuesta a la escasez actual y proyectada de médicos; sin embargo, esta política aún no se traduce en un incremento del número de graduados de medicina.

Tras la expansión de la política de *numerus clausus* en la mayoría de los países en los últimos 15 años, el número de graduados de medicina ha aumentado, aunque en proporciones diferentes (Figura 8.9). Australia presenta el más rápido índice de incremento en el número de graduados de medicina, 27 veces entre 2000 y 2015. La mayor parte de este crecimiento refleja un aumento en el número de estudiantes locales, pero debe notarse que esta cifra también refleja un número creciente de estudiantes internacionales en las escuelas de medicina australianas.

En el Reino Unido el número de graduados de medicina se duplicó entre 2000 y 2015, lo que refleja un esfuerzo de incrementar la provisión local y depender menos de médicos formados en el extranjero. Aunque en 2013 el número de graduados se redujo ligeramente por primera vez, en 2016 el gobierno anunció su intención de proporcionar fondos para otros 1500 estudiantes de medicina y así cubrir la creciente demanda de servicio (Department of Health, 2016). En contraste, en los Países Bajos ha existido una consistente desaceleración del crecimiento del número de graduados de facultades de medicina (ACMMP, 2014).

En Francia, el número de graduados de medicina se ha incrementado de forma sostenida desde 2006 tras un aumento en la *numerus clausus* entre 2000 y 2006. Sin embargo, se espera que el número de graduados se establezca en los próximos años, ya que las cuotas de

admisión se han mantenido estables en los últimos años. España mostró un ligero decrecimiento en el número de estudiantes de medicina hasta 2012, cuando los números empezaron a incrementarse rápidamente de nuevo, creciendo en 36% entre 2012 y 2015.

En los Estados Unidos el aumento en la matrícula en escuelas de medicina ocurrió también después de 2005 y el número de graduados ha mostrado un incremento gradual en la última década, lo que incluye un número creciente de estudiantes estadounidenses que estudian fuera (sobre todo en países del Caribe), con la intención de volver para completar estudios de postgrado y prácticas en los Estados Unidos. Se espera que este fenómeno genere presión adicional para incrementar el número de plazas de residencia, para que tanto los graduados locales, como los formados en el extranjero completen su educación de postgrado.

También ha habido un aumento importante del número de graduados de medicina en la República Checa y Polonia. Este incremento desde 2009, puede explicarse en parte por el número creciente de estudiantes que eligen estos países para sus estudios en el extranjero. En años recientes, alrededor del 30% de los graduados de medicina en la República Checa son estudiantes internacionales. La internacionalización de la educación médica, combinada con la migración, hace más difícil para los gobiernos establecer sus propias políticas locales (OECD, 2016).

Definición y comparabilidad

Se define como graduados de medicina al número de individuos que se han graduado de facultades de medicina en un año dado. Los datos para Australia, Austria y la República Checa incluyen graduados en el extranjero, pero otros países los excluyen. En Dinamarca las cifras se refieren al número de nuevos médicos que reciben autorización para ejercer, lo que puede resultar en una sobreestimación si se incluye a un cierto número de médicos formados en el extranjero.

Referencias

- ACMMP (2014), *The 2013 Recommendations for Medical Specialist Training*, Utrecht.
- Department of Health (2016), "Up to 1,500 Extra Medical Training Places Announced", Department of Health, Londres, <https://www.gov.uk/government/news/up-to-1500-extra-medical-training-places-announced>.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- UN High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (2016), "Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce", WHO, Ginebra, disponible en <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports>.

① Cuáles son los beneficios que han obtenido los países que han impulsado a los egresados?

R: Los países de la OCDE han visto que los graduados son una buena medida que implementan para aumentar el número de médicos Irlanda encabeza la lista con 24 nuevos médicos graduados por cada 1000 habitantes, por otra parte tanto Japón como Israel implementan tales medidas.

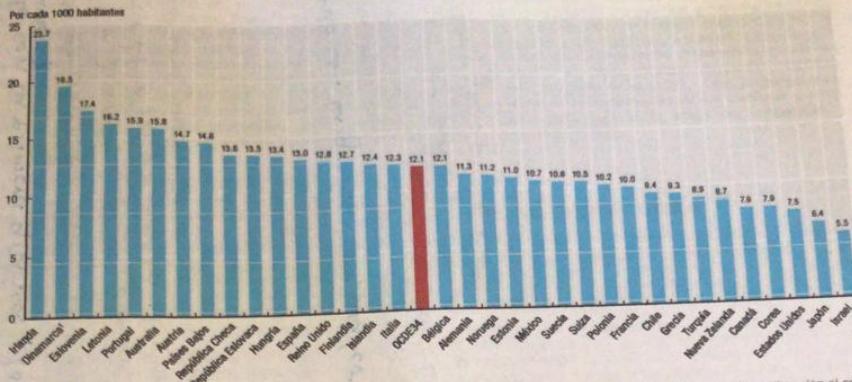
② Cómo se puede concluir a partir de las medidas que están tomando Estados Unidos, Reino Unido y Francia en este tipo?

R: Los tres son países que han implementado las medidas necesarias para aprovechar a los egresados y brindarles la oportunidad de ser médicos, además de que proporcionan fondos y plazos para los estudiantes que continúan (Francia), o como Estados Unidos que alienta a sus estudiantes extranjeros.

③ Cuál es la razón de que Irlanda tuviera la mayor preparación de estudiantes graduados de medicina?

R: En parte a la nueva apertura de programas de acceso para graduados permitiendo que los estudiantes con diplomados o con licenciatura en otras carreras obtuvieran un grado de cuatro años al igual que estaban capacitados para tener un buen sistema de enseñanza.

8.8. Graduados de medicina, 2015 (o año más cercano)



1. En Dinamarca el número se refiere nuevos médicos que reciben una licencia para ejercer, lo que puede resultar en una sobreestimación si se incluye a los médicos capacitados en el extranjero.

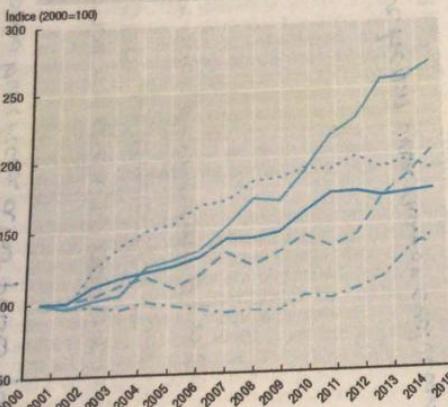
Fuente: *OECD Health Statistics 2017*.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604666>

8.9. Evolución del número de graduados de medicina, selección de países de la OCDE, 2000 y 2015 (o año más cercano)

Países por encima del promedio de la OCDE per cápita

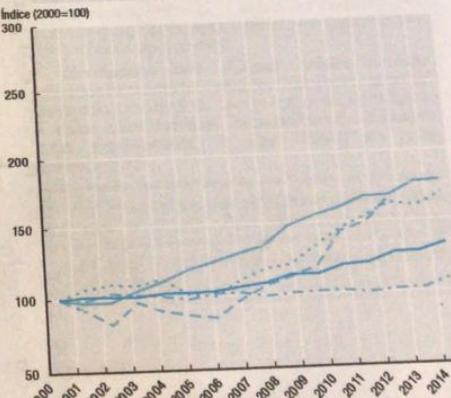
- Australia
- - - Irlanda
- - España
- Países Bajos



Fuente: *OECD Health Statistics 2017*.

Países por debajo del promedio de la OCDE per cápita

- Canadá
- - Francia
- - Japón
- - - Polonia
- Estados Unidos



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604685>

Acuedo Serrano Graciela Ximena 655 3/9/20

① De acuerdo con la primera gráfica y lo anterior visto como beneficia a los países que invierten en los egresados?

R: Irlanda es quien encabeza la lista con 25 personas de cada 10 000 que logran convertirse en médicos e Israel y Japón apenas y 5 de cada 10 000 se convierten. Todos los gobiernos deben apoyar esta implementación para evitar depender de maestros de más de 50 años y apostar por una juventud.

② De acuerdo con la gráfica dos, cuales son los países que tienen una mayor evolución en los egresados?

R: De los países por enésima de promedio tanto Australia y como países bajos son los que tienen un crecimiento bajo a través de los años mientras que España, Reino Unido tiene altas y bajas, se puede destacar que la evolución positiva en todos los años se debe a que el gobierno ha dejado presupuesto.

③ Cuál fue la consecuencia que en Estados Unidos tuvo después de implementar políticas numerosas

R: Un aumento en el número de matriculas en las escuelas de medicina, al igual que el número de graduados se ha demostrado el incremento de manera gradual en la última década incluyendo estudiantes estadounidenses estudiando afuera

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

3/4/20

El nivel de remuneración para diferentes categorías de médicos ha tenido impacto en el atractivo financiero de diferentes especialidades médicas. En muchos países los gobiernos tienen influencia sobre el nivel y estructura de la remuneración de los médicos al ser uno de sus principales empleadores o usuario de sus servicios, o bien regulando sus honorarios. Con la creciente movilidad internacional de los médicos (ver el indicador sobre migración de médicos y personal de enfermería) los niveles relativos de remuneración entre países pueden jugar un importante papel en influenciar estos movimientos.

La información sobre remuneración de médicos de la OCDE hace una diferencia entre médicos asalariados e independientes, aunque en algunos países esta distinción se desvanece gradualmente ya que algunos médicos asalariados pueden tener una práctica privada, y algunos independientes pueden recibir parte de su remuneración por un salario. También se hace una distinción entre **médicos generales y todas las especialidades médicas combinadas**, aun cuando puede haber grandes variaciones en el ingreso de diferentes especialidades.

En los países de la OCDE donde hay información disponible, la remuneración de los médicos (tanto generales como especialistas) es mucho mayor que la del trabajador promedio (Figura 8.I). En 2015, los **médicos generales independientes** en Austria, Canadá, Francia y el Reino Unido, ganaron alrededor de tres veces el salario promedio de sus países, mientras que en Alemania ganaron más de cuatro veces el salario promedio. En Australia, los médicos generales independientes ganaron alrededor de dos veces el salario promedio en 2015, pero debe notarse que es una subestimación, pues incluye la remuneración de médicos en capacitación.

En la mayoría de los países, los especialistas ganan mucho más que el trabajador promedio, y más que los médicos generales. La diferencia en el ingreso de médicos especialistas y generales fue particularmente alta en Australia, Bélgica y Luxemburgo, donde los especialistas independientes ganaron más del doble de la remuneración de los médicos generales. En comparación con el trabajador promedio, los especialistas en Bélgica y Luxemburgo ganaron seis veces el salario promedio, y en Francia y Alemania alrededor de cinco veces el salario promedio. Debe notarse que en Bélgica la remuneración incluye gastos profesionales, por lo que se trata de una sobreestimación.

En muchos países de la OCDE la diferencia en el ingreso de médicos generales y especialistas ha seguido creciendo en la última década, lo que reduce el atractivo financiero de la práctica de la medicina general (Figura 8.II). Desde 2005 la remuneración de los especialistas ha crecido más rápidamente que la de los médicos generales en Canadá, Finlandia, Francia, Hungría, Israel, Luxemburgo y México. Por otro lado, en Australia, Bélgica, Estonia y los Países Bajos la brecha se ha reducido ligeramente ya que el ingreso de los médicos generales creció más con mayor rapidez que el de los especialistas.

En algunos países de la OCDE la crisis económica de 2008-09 tuvo un impacto en la remuneración de los

médicos y otros profesionales dedicados a la salud. Varios países europeos afectados severamente por la recesión congelaron o redujeron los salarios y honorarios de los médicos en un esfuerzo por reducir costos mientras se protegía el acceso al servicio para la población. Este ha sido el caso de Estonia, Irlanda, Italia y Eslovenia, donde los médicos vieron su remuneración decrecer durante algunos años después de la crisis. Sin embargo, más recientemente, la remuneración de los médicos y otros profesionales dedicados a la salud ha empezado a recuperarse (OECD, 2016).

Definición y comparabilidad

La remuneración de médicos se refiere al ingreso anual bruto promedio, incluyendo contribuciones a la seguridad social e impuestos a pagar por el empleado. Normalmente debería excluir los gastos profesionales para médicos independientes.

Existen varias limitaciones en los datos que contribuyen a una subestimación de los niveles de remuneración en algunos países: 1) pagos por tiempo extra, bonos, otros ingresos supplementarios o contribuciones de la seguridad social se excluyen en algunos países (Austria para médicos generales, Irlanda e Italia para especialistas asalariados); 2) los ingresos por práctica privada de médicos asalariados no están incluidos en algunos países (p. ej., en la República Checa, Hungría, Islandia, Irlanda y Eslovenia); 3) pagos informales que pueden ser comunes en algunos países no están incluidos (p. ej., Grecia y Hungría); 4) las cifras corresponden únicamente a empleados del sector público, que tienden a ganar menos que quienes trabajan en el sector privado en Chile, Dinamarca, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Noruega, la República Eslovaca y el Reino Unido; y 5) los especialistas en capacitación están incluidos en Australia.

La información para algunos países incluye empleados de medio tiempo, mientras que en otros se refiere solo a médicos de tiempo completo. En Bélgica, los datos para médicos independientes incluyen gastos profesionales, lo que resulta en una sobreestimación.

El ingreso de los médicos se compara con el salario promedio de empleados de tiempo completo en todos los sectores en el país. Esta información se obtiene de la *OECD Employment Database*. Para el cálculo de tasas de crecimiento en términos reales, se utilizan deflactores del PIB.

Referencias

- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris,
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

① Cuál es la importancia que se le debe de dar a la remuneración de médicos tanto generales como especialistas?

R= Los salarios que reciben ambos médicos son mayores a los que un trabajador promedio recibe pero a pesar de esto la diferencia entre el ingreso de un médico general y un especialista es lo suficiente como para que la demanda de médicos generales sea mucho menor y como anteriormente vimos existe una deficiencia de este tipo.

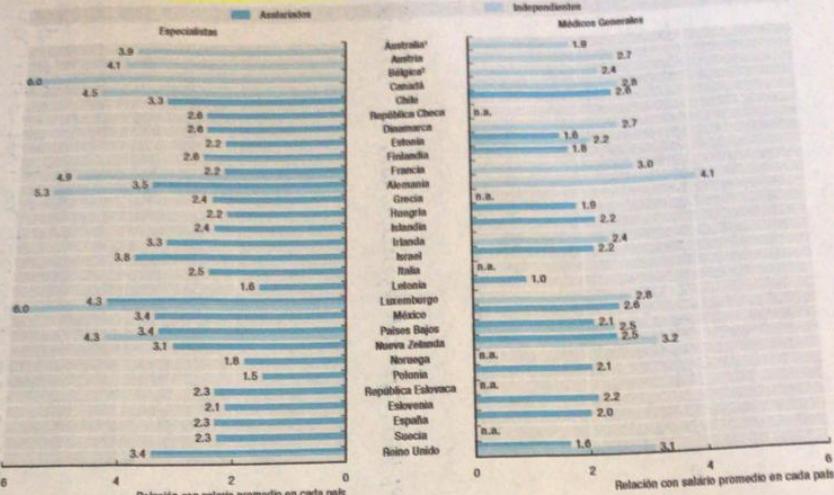
② A qué se refiere con remuneración y cuales son los aspectos a tomar en cuenta para diferenciar que más.

R= Se refiere al ingreso anual bruto promedio incluyendo contribuciones a la seguridad social e impuestos a pagar por el empleado, algunos datos que intervienen en la remuneración son pagos por tiempo extra, bonos, otros ingresos suplementarios o contribuciones de la seguridad social.

③ Cómo es la información de la OCDE en la remuneración de los médicos?

R= Es mucho mayor que la de "el trabajo promedio". En 2015 los médicos generales independientes en algunos países, ganaron alrededor de tres veces el salario mínimo promedio de sus países, mientras que Alemania ganaron 4 veces salario mínimo.

8.I. Remuneración de médicos, relación con salario promedio, 2015 (o año más cercano)



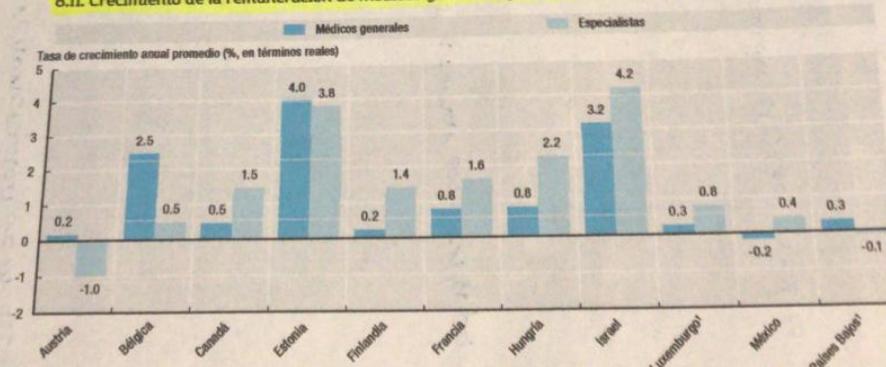
1. Incluye médicos en capacitación (lo que resulta en una subestimación).

2. Incluye gastos profesionales (lo que resulta en una sobreestimación).

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604704>

8.II. Crecimiento de la remuneración de médicos generales y especialistas, 2005-15 (o año más cercano)



1. La tasa de crecimiento para los Países Bajos y Luxemburgo es para médicos generales independientes y especialistas.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604723>

① De acuerdo con la primera gráfica cual es la diferencia que existe entre los estrados dichos?

R: La evidencia más notable es el salario que recibe un general y un especialista en donde hay países como República Checa, Indonesia y Noruega quienes no cuentan con datos o son inexistentes tomando en cuenta que la parte afectada son los médicos generales.

② De acuerdo con la segunda gráfica cual es la conclusión más notable entre las medidas?

R: En Estonia, Israel y Bélgica se presenta un crecimiento mayor o equiparable con los médicos especialistas concentrando en arriba del promedio en México la renumeración de un médico general tiene números negativos con respecto al especialista por lo que se reduce.

③ A qué países afectó la crisis económica de 2008-2009 y cuál fue su impacto en la renume

R: Fueron varios países europeos los que salieron afectados severamente por la recesión, congelaron o redujeron los salarios y los honorarios de los médicos en un esfuerzo por reducir costos mientras se protegió el acceso al servicio para la población.