

Agradecimientos

Para la investigación de este trabajo recibí la valiosa colaboración de muchas personas con quienes me encuentro en deuda, sin embargo a ninguna de ellas debo tanto como Roberto Olivares, que en todo momento me animó a seguir adelante y cuyo apoyo fue fundamental para concretar este trabajo.

Agradezco al Lic. José Antonio López Zarza por haberme apoyado en este proyecto y por aceptar ser Director de la Tesis. Este trabajo fue enriquecido gracias a las observaciones y comentarios que recibí a lo largo de la investigación por parte del Lic. Fernando Rodríguez Sánchez, quien me involucró directamente con los enfermos de Esclerosis Múltiple, el Dr. Raúl Vargas Saldaña, la Lic. Elizabeth Caro López, mis amigos Ana Lilia Martínez Valdez, Rosa Ma. García Torres, Ricardo Hernández Mendoza y Javier Rojas; a mis sinodales todo mi agradecimiento por el tiempo que invirtieron en leer y comentar esta investigación especialmente al licenciado Ángel Ávila Martínez y al Profesor Jorge Deschamps Góngora, gracias finalmente **a mi madre y mis hermanos que han sido mis soportes afectivos durante tantos años**; a mis compañeros de oficina Act. José Luis Suárez, Laura Arellano Aguayo y Santiago Suárez y a tantas otras personas que escapan de mi memoria y que me ayudaron directa o indirectamente a alcanzar mis metas.

Especial reconocimiento brindo a tres personas que sin conocerme me ayudaron vía Internet, a los doctores David Ezpeleta en España y Federico Ortiz-Moreno en Monterrey por el apoyo brindado para decidir el título de la investigación y por tomarse la molestia de analizar el cuarto capítulo del documento haciéndome las correcciones necesarias además de brindarme valiosa información. Gracias también al economista Dr. Arnaldo Daria Medina en Argentina, Coordinador General de la Revista, "Gestión en salud" quien me hizo el favor de enviarme información específica sobre economía de la salud.

Con cariño y admiración a dos individuos maravillosos, a la Dra. Zoila Trujillo quien sin conocerme se interesó en el tema, aportando comentarios, ideas, contactos y me regaló un poco de su tiempo, así como mi profesor del diplomado de Economía de la Salud, Lic. Víctor Paredes por su interés, por su tiempo, por sus valiosos y atinados comentarios y por prestarme sus libros.

Julio 2002

Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
-------------------	---

Capítulo I ECONOMÍA, SALUD Y GLOBALIZACIÓN

1.1. NACIMIENTO DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD.....	8
1.2. LA SALUD COMO BIEN ECONÓMICO.....	9
1.3. POSTURAS DE ORGANISMO FINANCIEROS INTERNACIONALES EN MATERIA DE SALUD	
1.3.1. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico(OCDE).....	12
1.3.2. Organización Mundial de Comercio (OMC).....	13
1.3.3. Fondo Monetario Internacional (FMI).....	14
1.3.4. Banco Mundial (BM).....	15
1.3.5. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).....	16
1.4. ORGANISMOS MUNDIALES AL CUIDADO DE LA SALUD	
1.4.1. Organización Mundial de la Salud (OMS).....	17
1.4.2. Organización Panamericana de la Salud (OPS).....	19
1.5. ORGANISMOS INTERNACIONALES VINCULADOS A SALUD Y DISCAPACIDAD	
1.5.1. Organización de las Naciones Unidas (ONU).....	20
1.5.2. Organización Internacional del Trabajo (OIT).....	21
1.5.3. Organización Mundial de Personas con Discapacidad.....	22
1.6. REUNIONES Y CONFERENCIAS INTERNACIONALES EN TORNO A ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS GENERADORAS DE DISCAPACIDAD (DEMENCIAS).....	23
1.7. COMPARACIONES INTERNACIONALES DE POBLACIÓN, SALUD Y DESARROLLO.....	25

Capítulo II EL MERCADO DE LA SALUD

2.1. QUE ES EL MERCADO DE LA SALUD Y PORQUE DEBE INTERVENIR EL ESTADO.....	32
2.2. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	
2.2.1. La política social.....	35
2.2.2. Marco jurídico.....	36
2.2.3. Historia reciente de la salud.....	37
2.3. EL SISTEMA DE SALUD Y ESTRUCTURA INSTITUCIONAL EN MÉXICO.....	40
2.3.1. Secretaría de Salubridad.....	48
2.3.2. Instituto Mexicano del Seguro Social.....	57
2.3.3. Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado.....	60
2.4. ASIGNACIONES DEL GASTO PROGRAMABLE	
2.4.1. Gasto público en salud.....	64
2.4.2. Evolución del Gasto Público.....	71

Capítulo III
EL PAPEL DE LA ECONOMÍA DEL BIENESTAR
DENTRO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

3.1. QUE ES LA ECONOMÍA DEL BIENESTAR Y CUAL ES SU RELACIÓN CON LA SALUD.....	74
3.2. LA FUNCIÓN DEL ESTADO	
3.2.1. Aportación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como órgano supervisor de los servicios sanitarios.....	76
3.2.2. Derechos generales de los usuarios de servicios sanitarios.....	79
3.3. RELEVANCIA DEL MÉDICO EN LA BÚSQUEDA DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y ACERTADO.....	80
3.4. CALIDAD Y EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	82
3.4.1 Encuesta de satisfacción de los servicios de salud 1994.....	83
3.4.2. Recomendaciones internacionales de calidad en salud.....	84

Capítulo IV
DESCRIPCIÓN DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
OBJETO DE ESTUDIO

Introducción al Sistema Nervioso.....	85
4.1. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	
4.1.1. En que consiste la Enfermedad de Alzheimer.....	88
4.1.2. Características de una demencia, Síntomas de la enfermedad y cómo diagnosticarla.....	89
4.1.3. Incidencia y prevalencia.....	90
4.2. ESCLEROSIS MÚLTIPLE	
4.2.1. La Esclerosis Múltiple.....	92
4.2.2. Síntomas de la enfermedad y cómo diagnosticarla.....	93
4.2.3. Incidencia y prevalencia.....	95
4.3. ENFERMEDAD DE PARKINSON	
4.3.1. La Enfermedad de Parkinson.....	96
4.3.2. Síntomas de la enfermedad y cómo diagnosticarla.....	97
4.3.3. Incidencia y prevalencia.....	98

Capítulo V
IMPACTO SOCIOECONÓMICO EN LOS AGENTES
“FAMILIA Y ESTADO”

5.1. EL PAPEL DE LA FAMILIA DENTRO DE LA ECONOMÍA Y EL ESTADO.....	100
5.2. DISCAPACIDAD EN MÉXICO.....	101
5.2.1. La posición del Gobierno Mexicano.....	103
5.3. EL CONCEPTO DE LA CALIDAD DE VIDA.....	106
5.4. REPERCUSIONES SOCIALES EN LA FAMILIA Y PAPEL DE LOS CUIDADORES.....	107
5.4.1. Costos económicos de la familia.....	113
5.5. COSTOS ECONÓMICOS QUE AFRONTA EL ESTADO.....	116
5.5.1. El reto del envejecimiento demográfico.....	118
5.5.2. Enfermedad y envejecimiento.....	121
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	122
BIBLIOGRAFÍA.....	133
GLOSARIO	138
DIRECTORIO DE ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG'S).....	143

Introducción

Han pasado más de 20 años desde que comenzó a desarrollarse el concepto de economía de la salud, sin embargo sigue siendo un tema no lo suficientemente explorado, por lo que la aplicación de la teoría económica orientada a los servicios sanitarios sigue siendo el objeto de importantes controversias entre economistas, abogados, antropólogos y sociólogos que coinciden en la importancia de estado de salud de los individuos y las implicaciones que ésta tiene dentro del desarrollo social y económico. Durante este período se han generado teorías que abarcan conceptos y categorías, aplicados al análisis de problemas específicos relacionados a la atención y prestación de los servicios médicos.

La provisión de los servicios de salud se ha tornado más compleja, por lo que se generan continuamente nuevos paradigmas dentro de la salud pública, en relación con el crecimiento de la población, el surgimiento de nuevas enfermedades y los cambios en la demografía debido a lo cual surge la necesidad de desarrollar e implementar diversos mecanismos para la prestación de los mismos.

La economía de la salud busca la eficiencia y equidad de los servicios sanitarios, por lo que los economistas afirman que constituye un tema importante replantear el papel los servicios públicos debido a que son actividades para las cuales no siempre hay competencia y que se encuentran sujetas a regulación gubernamental, y donde los servicios públicos a veces funcionan de mejor manera como monopolios regulados por el Estado con la finalidad de controlar tarifas y servicios.

El Estado tiene un rol muy particular dentro de la provisión de servicios sanitarios, ya que otorga los servicios bajo la forma de monopolio natural caracterizado por economías de escala (donde cuanto más aumenta la producción de un bien o servicio su costo va disminuyendo) o economías de alcance (que se presentan cuando hay bienes o servicios que son producidos más eficientemente por una sola empresa que por varias) que requieren de grandes inversiones y que representan costos hundidos. La intervención del Estado dentro de la salud surge cuando no se presenta un equilibrio general competitivo, es decir, cuando dentro del mercado se presentan externalidades, información asimétrica, competencia imperfecta o barreras a la entrada, que generalmente sucede con los bienes conocidos como bienes públicos que son aquellos bienes donde no es posible excluir a nadie de su beneficio y además no es práctica la exclusión por lo que el abastecimiento de estos bienes no se decide por el mercado. Las fallas de mercado aparecen cuando no se cuenta con información perfecta o no existe competencia o bien se presentan externalidades. Para mejorar las fallas de mercado e incrementar su eficiencia en la asignación de bienes y servicios se requiere de información completa (de vital importancia para consumidores) y de regulación, debido a que la regulación de la información corrige las asimetrías. Es importante destacar que el Estado también falla en la prestación de servicios sanitarios.

La **Hipótesis** de esta investigación es demostrar que debido a la falta de planeación estratégica en políticas de salud encaminadas a la atención de la Enfermedad de Alzheimer, Esclerosis Múltiple y Enfermedad de Parkinson el Estado y los individuos deben asumir un alto costo social y económico.

El **Objetivo** del presente estudio será estimar la magnitud e impacto de la atención a la salud, mediante la prestación de servicios médicos a pacientes afectados por enfermedades neurológicas. Para llevar a cabo este objetivo se recurrirá a la investigación de los siguientes objetivos particulares:

- a. El papel que juegan los organismos internacionales en la investigación, difusión y búsqueda de un estado de bienestar.
- b. La forma en que el Estado Mexicano presta servicios de atención a la salud y el gasto que destina para ello.
- c. La calidad de vida de los pacientes y sus familiares, así como los costos de los tratamientos necesarios para mantener la enfermedad bajo control.
- d. El reto del crecimiento poblacional y la transición demográfica como uno de los factores claves para formular una planeación estratégica de los servicios a este segmento poblacional.

Este trabajo **Justifica** su investigación debido a que en México no es fácil estimar la oferta y demanda de servicios médicos para la atención a la salud de las personas que sufren de alguna enfermedad generadora de discapacidad, así como el gasto invertido en estas patologías en virtud de la diversidad de instituciones que atienden a este grupo de personas y en parte también a que las publicaciones y estadísticas oficiales no existen o no viene especificado el gasto que por atención médica es destinado, otro argumento importante es que en México la población de 60 años y más ascendió en 1990 a casi 5 millones de personas, lo cual representa el 6.1% de la población total del país, que es el resultado de una tasa de crecimiento mediana anual de 3.1% superior a la registrada por la población total de los últimos 20 años, lo que incrementará la demanda de atención de personas de la tercera edad que incidirá en mayor gasto en salud.

La **metodología** empleada en la elaboración del presente trabajo se basa en los métodos analítico y deductivo, el tipo de investigación es tanto documental (libros, revistas, informes oficiales, artículos electrónicos y consultas de web site) como de campo (encuestas, estadísticas y visitas de campo).

Lo que busca establecer este documento es que mediante la promoción de la salud se puede estimular la capacidad de las personas y comunidades para alcanzar un estado de salud positivo, en el sentido de enfatizar los aspectos saludables y no los procesos de enfermedad, orientando esta promoción a la implementación de estrategias tanto individuales y colectivas encaminadas y dirigidas por la política social, preocupación que se manifiesta en la vida práctica de los hombres en el hecho de que procuran tener en su poder aquellas cosas de las que dependen la satisfacción de sus necesidades, para hacer frente a esta situación es necesario conocer los costos actuales de atención de las tres enfermedades neurológicas aquí tratadas incluyendo a las dos que se asocian con la edad (Enfermedad de Alzheimer y Enfermedad de Parkinson) lo anterior para realizar una proyección sobre la demanda esperada a corto y mediano plazo, estudiar como se manejan estas enfermedades en otros países y sobre todo buscar reformas al sistema de salud que incluyan cada vez más a las personas que sufren de alguna enfermedad que posteriormente traerá una discapacidad.

Bajo el total convencimiento de que la inversión en salud permite que las personas alcancen un nivel adecuado de calidad de vida contribuyendo así al crecimiento económico de país, esta investigación se presenta en cinco capítulos, con la siguiente temática.

Economía, salud y globalización. En este capítulo se puntualiza el concepto de salud, examinando las implicaciones que ésta tiene a escala mundial, para lo cual se introduce el concepto de globalización a efecto de estudiar las repercusiones sociales y económicas que causan el deterioro de la salud dentro del mundo unipolar, para tal efecto, se describen brevemente los principales organismos financieros internacionales, las políticas y programas que promueven para mejorar la

salud mundial; también se analizan los organismos mundiales al cuidado de la salud y otros organismos internacionales vinculados a promover estrategias y desarrollar programas para la prevención y cuidado de la salud de los individuos.

El mercado de la salud. En el capítulo segundo se examina el papel del Estado Mexicano en torno a la salud, la conformación del Sistema Nacional de Salud y su financiamiento haciendo énfasis de que la salud en México enfrenta grandes retos, entre los que destacan lograr una mayor cobertura, fortalecer el sistema primario de salud, desarrollar la investigación en enfermedades neurológicas y sobre todo mejorar la calidad de los servicios y de la atención que se ofrece.

El papel de la economía de bienestar dentro de la atención primaria a la salud. En este capítulo se estudia la relación de la economía del bienestar enfocada a los servicios sanitarios y la relevancia en la detección de las enfermedades dentro de la medicina de primer nivel, para lo cual se describe la importancia del diagnóstico temprano y acertado, así como el papel fundamental que juega el médico. Posteriormente se analiza la calidad y la eficiencia de los servicios de salud.

Descripción de enfermedades neurológicas. El cuarto capítulo se encarga de describir a la Enfermedad de Alzheimer, la Esclerosis Múltiple y la Enfermedad de Parkinson abundando en la forma de cómo se obtiene el diagnóstico, cuales son los síntomas, la evolución de la enfermedad y la incidencia aproximada de los casos que se tienen registrados en México, por lo que advierto anticipadamente, que se trata de cifras aproximadas debido que el Sistema Nacional de Salud y los Organismos no Gubernamentales no cuentan con un registro fidedigno sobre estas enfermedades.

Impacto socioeconómico en los agentes económicos “familia y Estado”. En el capítulo quinto se considera el impacto socioeconómico de los pacientes y sus familiares, para lo cual se advierte la importancia de tomar en cuenta la discapacidad, conjuntamente se introduce el concepto de calidad de vida encaminado a personas con enfermedades neurológicas y sus familiares. Además se analiza la demografía como factor de riesgo en el caso de la Enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad de Parkinson ya que la salud de la población envejecida es el resultado de la interacción de varios procesos que van desde al ámbito biológico y normal del envejecimiento hasta los culturales y socioeconómicos; en el país existen actualmente no menos de 6 millones de personas mayores de 60 años y se calcula una prevalencia de 400 mil casos por año. Finalmente se analizan los costos que debe asumir el Estado ante la presencia de estas enfermedades.

1. Economía, salud y globalización

1.1 NACIMIENTO DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD

El primer paso para entender el concepto de economía de la salud, es definir a la economía como ciencia. Tradicionalmente se ha definido a la economía como la ciencia que estudia la forma de asignar los recursos escasos, es decir, como la ciencia de la escasez, es una ciencia en virtud que utiliza una metodología¹ científica para poder llegar a resultados y conclusiones. Así la economía como ciencia social se dedica al estudio del comportamiento del hombre también llamado "agente económico."

La economía como ciencia utiliza dos tipos de proposiciones, las positivas y las normativas. El análisis positivo tiene el carácter de ser científico y se refiere a lo que ocurre, es decir, describe las cosas tal y como son confrontándolas con la realidad. El análisis normativo se refiere a lo que debería de ser para lo cual incorpora juicios de valor que no son contrastantes con los hechos.

El problema esencial de la economía es como satisfacer las necesidades de los individuos siendo los recursos escasos y como asignar de manera óptima estos recursos, es decir, como ser eficientes. Otro problema central es la distribución de la renta que engloba no sólo cuestiones económicas, sino éticas y morales que desembocan en problemas de equidad y justicia.

Surgimiento de la economía de la salud

Después de casi 20 años de investigación constante en problemas enfocados a la economía de la salud existen en la actualidad distintas controversias debido a que aún es mucho lo que no se sabe debatir respecto a corrientes y enfoques internos. Según **Federico Tovar**², la economía de la salud

¹ La metodología se refiere al uso de conceptos, teorías y principios básicos del razonamiento de un determinado campo del saber.

² Master en Economía (fundación Getulio Vargas – Brasil). Healt Economisc. Secretario de Ciencia y Técnica del Instituto Universitario Isalud. Coordinador del Programa de Investigación Aplicada y del Curso de Economía de la Salud por Internet

constituye en primer lugar un ámbito profesional de dedicación y preocupación y sólo en segundo lugar un área de conocimiento científico.

La economía de la salud es una de las ramas de la economía que se enfoca a estudiar la producción y distribución de la atención a la salud. Este concepto ha estado ligado a dos variables.

- Eficiencia
- Equidad

Estos conceptos han buscado contribuir a la economía de la salud proporcionando razonamientos relativos a cuales son las formas más eficientes y equitativas para captar y asignar recursos a la salud. Asimismo la economía de la salud ha contribuido en temas específicos durante los últimos 20 años. Uno de ellos es la evaluación económica para lo cual se ayuda de la formulación y el análisis económico aplicado en estudios epidemiológicos dirigidos a medir el impacto de la salud mediante distintas acciones, programas y tecnologías.

En lo que a costos de salud se refiere uno de los mayores impulsos surge de la propuesta del Informe de Desarrollo Humano del Banco Mundial (Invertir en salud) que ha estudiado el hecho de implementar canastas básicas de servicios utilizando la evaluación de carga de morbilidad a través de los Dalys o Avisa (en su versión castellana).

Entre los economistas de la salud se plantea constantemente la problemática de las fuentes de financiamiento, que se ha acentuado con el incremento de las transacciones globales. La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial han financiado estudios sobre alternativas de financiamiento en servicios de salud y sobre el impacto de la incorporación o el crecimiento de tasas o aranceles a los servicios. La única propuesta revolucionaria en el sentido de la implantación de nuevas fuentes de recaudación ha sido la denominada tasa Tobin en homenaje a la propuesta del Premio Nobel de Economía de 1981, **James Tobin**.

La búsqueda de un mejor financiamiento y asignación de recursos a servicios de salud (tema que ha sido una verdadera controversia desde 1970) se solucionó a partir de la creación de las Cuentas Nacionales que le mereció a **Simon Kuznets** el Premio Nobel de Economía en 1971. Es a partir de los años 90's que se inicia un equivalente metodológico del Sistema de Cuentas Nacionales aplicado a la salud y llevado a cabo en Europa por **Poulier**.

Cabe destacar que la OCDE ha impulsado el desarrollo de este sistema mediante el manual que editó y difundió entre todos los países interesados en desarrollar el Sistema de Cuentas Nacionales de salud, que ha sido una de las mayores contribuciones de la economía de la salud al replantear algunas preguntas que involucran el proceso de decisiones de las políticas de salud.

1.1 LA SALUD COMO BIEN ECONÓMICO

La salud como bien económico surge de las aportaciones a la teoría económica, donde según **Carl Menger**³ (1840-1921) los bienes podían distinguirse por lo que él llamaba cosas útiles, para que una cosa tuviera el carácter de bien tenía que satisfacer cuatro condiciones de manera simultánea:

1. Satisfacer una necesidad humana.
2. Tener cualidades para mantener una relación causal con la satisfacción de dichas necesidades.
3. Debería existir un reconocimiento de esta conexión causal.
4. Debería ser disponible para la satisfacción de la necesidad en cuestión.

³ "Economía y bienestar económico," www.eumed.net/cursecon/economistas/textos/menger-bienestar-lec064

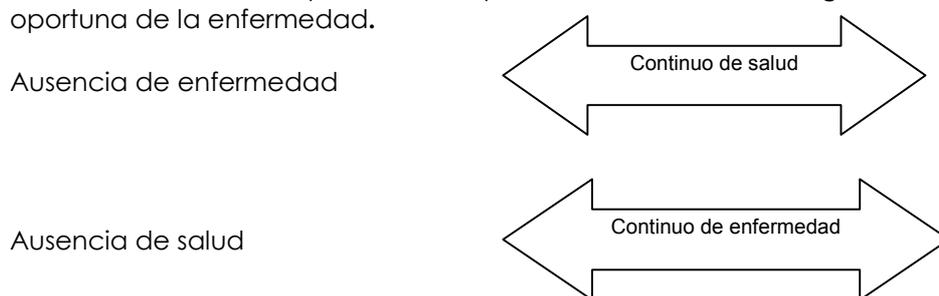
Menger distinguía los bienes según su orden, clasificándolos como bienes de primer orden y bienes de orden superior. Los primeros debían de ser capaces de satisfacer directamente necesidades humanas, en tanto que los segundos podían satisfacer necesidades humanas de forma indirecta, derivándose de su capacidad para producir bienes de orden inferior. Asimismo se encargó de subrayar una complementariedad e interdependencia básica de todos los bienes que consumimos, estableciendo las bases para la maximización de la utilidad, afirmando que <<ni siquiera la más completa satisfacción de una sola necesidad puede mantener nuestra vida y nuestro bienestar>>

Menger describió como los individuos conociendo la cantidad de oferta y demanda disponibles, pueden conseguir la mayor satisfacción posible, por lo que piensa que los orígenes de la economía humana coincidían con los orígenes de los bienes económicos, por lo que se dio a la tarea de definir a los bienes económicos como aquellos de los que existe una necesidad mayor que la oferta disponible de los mismos, en tanto que los bienes no económicos los clasifico como aquellos cuya oferta supera a las necesidades.⁴

Finalmente explica Menger que un bien tiene valor si los individuos pueden satisfacer sus necesidades, es decir, obtener beneficios por dicho bien, por lo que define a la utilidad como la capacidad de una cosa para satisfacer necesidades humanas y dando al valor de uso la característica exclusiva de bien económico.

De lo anterior podemos deducir que si un bien es todo aquello que satisface una necesidad humana, podemos considerar a los servicios de salud como bienes económicos de primer orden.

La salud es un estado completo de bienestar mental, físico y social y no sólo la ausencia de enfermedad.⁵ Los comportamientos para la salud se deben dirigir hacia la prevención o la detección oportuna de la enfermedad.



La salud es un objetivo esencial y al mismo tiempo un indicador clave del desarrollo humano, actualmente se acepta que el crecimiento económico no es el único indicador que mide el desarrollo económico de los pueblos. En años recientes ha habido casos en los cuales la concentración exclusiva en el crecimiento económico ha tenido efectos nocivos sobre la salud y las condiciones de vida de la población, en particular en los grupos más vulnerables como las mujeres, los niños y los ancianos. La salud, el crecimiento económico, el medio ambiente y toda una amplia gama de derechos y libertades de las personas están vinculadas entre sí por su influencia en el desarrollo humano.⁶

Es necesario fortalecer la capacidad de los países para analizar y formular políticas y planes de salud que sean congruentes con las estrategias nacionales para el desarrollo humano, es por ello que la reforma del sector salud es esencial para que se establezca y mantenga una función en el proceso y desarrollo de las naciones. La reforma social debe tener lugar en un ámbito de pluralismo y donde el Estado se comprometa a cumplir con funciones normativas.

⁴ Un ejemplo de este tipo de bienes son el aire y el agua.

⁵ Definición de la Organización Mundial de la Salud.

⁶ Organización Panamericana de Salud, www.paho.org

La investigación en servicios de salud deberá abocarse al análisis de calidad, equidad, costos y productividad que los servicios que ofertan, ya que esta búsqueda derivará en producir información valiosa para la toma de decisiones. Muchos de los factores asociados (directa o indirectamente) con los problemas que aquí se plantean tienen que ver con estilos de vida, conceptos culturales y sobre todo la actitud hacia la salud y a la enfermedad, en virtud de lo cual la mejor manera de hacer frente a estas situaciones es mediante la puesta en práctica de actividades de promoción e información de estas enfermedades con miras a reintegrar a estas personas tan valiosas a la sociedad.

Para lograr lo anterior es preciso preparar programas generales de información y de educación destinados a difundir entre el público conocimientos sobre la salud, poniendo de relieve los aspectos relacionados específicamente con los perfiles nacionales de salud, prestando atención especial a enfermedades discapacitantes del sistema nervioso central.

En lo que se refiere a fuentes internacionales de recursos, las más importantes son el BID, desde principios de los 70's y el Banco Mundial desde finales de los 70's, a lo largo de este periodo ambos bancos han modificado varias veces sus políticas de financiamiento.⁷

Las grandes tendencias macroeconómicas que operan en el entorno generan cambios que crean necesidades de investigación, no sólo de problemas de enfermedad, sino de la organización de los servicios de salud y de las estrategias para acercar estos servicios a la población más necesitada.⁸

La importancia de la salud

La salud refleja los cambios que se experimentan en cualquier país. Conforme una nación se va transformando su sistema de salud debe irse adecuando a las necesidades que surgen de esa transformación. Además de su valor intrínseco es un medio para la realización personal y colectiva, por lo que constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus sectores en la búsqueda del bienestar que es a fin de cuentas el sentido último del desarrollo.

Ante la importancia de mantener y cuidar la salud, la OMS recomienda el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que se define como un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con los criterios establecidos.

Debido a lo anterior una clasificación estadística de enfermedades debe abarcar toda la gama de estados morbosos dentro de un número de categorías.

Aunado a esto, las declaraciones internacionales han recogido el derecho a la protección a la salud, de tal forma que la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure a él y a su familia, la salud y el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.⁹

Asimismo la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre señala que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Cabe destacar la importancia de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud que se centra menos en los indicadores del estado de salud y más en los componentes de la atención médica de un sistema de salud que reúna las normas mínimas de los aspectos de atención a la salud.

⁷ Hoy todos los proyectos aprobados suelen incluir un componente de estudios y/o investigaciones operacionales por lo que puede hablarse de un apoyo indirecto a la investigación en el área de salud, que culmina con la ejecución de los proyectos, las instituciones financiadoras verifican si los recursos otorgados se utilizan efectivamente en actividades de investigación.

⁸ "La ciencia y tecnología en América Latina", www.idrc.ca/lacro/publicaciones

⁹ MOCTEZUMA, Barragán, Javier, "Derechos de los usuarios de los servicios de salud" Cámara de Diputados, LVIII Legislatura, UNAM 2000.

A lo largo de los últimos 15 años se han producido importantes cambios en las reformas a la salud y a la seguridad social alrededor del mundo, debido a lo cual la globalización económica hace necesaria la necesidad de reflexionar los marcos regulatorios que son aplicados a la salud con el propósito de introducir elementos que contribuyan con eficiencia y equidad al acceso universal de los servicios de salud.

La globalización

La globalización se define como el ordenamiento internacional en el marco de un mundo unipolar, es decir, como un proceso en el que se presentan bloques comerciales que buscan mantener posiciones en el mercado para controlar los mecanismos de creación y apropiación del excedente económico.¹⁰

1.3. POSTURAS DE ORGANISMOS FINANCIEROS INTERNACIONALES EN MATERIA DE SALUD

Bajo el mismo tenor de ideas apunto que existen diversos organismos de globalización económica a nivel mundial que se encargan de examinar la economía internacional y sobre estas bases de reglamentar el comercio en todos los países que tengan economías de mercado, ya que con el fin de agilizar y facilitar el comercio internacional se aplica de forma internacional un sistema comercial generalizado que es manejado y administrado por organismos como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización Mundial de Comercio (OMC)¹¹. Desde que las naciones latinoamericanas ingresaron a este sistema, se encuentran sujetas a sus reglamentaciones. Los cambios en la situación económica, política y social de América Latina han creado un nuevo contexto para la orientación de la ciencia y la tecnología de la región, debido a que día a día aumenta la demanda por parte de los gobiernos, sobre la información de los modelos y las tecnologías que han resultado exitosas en otros países.

Una vez dicho lo anterior describiré la constitución, función y relación de diversos organismos financieros internacionales encaminados al cuidado y mejoramiento de la salud.

1.3.1. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico¹² (OCDE)



Este organismo fue creado en 1960 con la finalidad de expandir la economía y el empleo, promoviendo el bienestar económico y social mediante la coordinación de las políticas económicas y sociales de sus Estados miembros, para estimular y armonizar los esfuerzos a favor de los países en desarrollo.¹³

La OCDE reúne a 27 naciones, cuya labor más importante reside en la oportunidad que ofrece a los gobiernos para que discutan entre ellos sus políticas económicas y sociales. Dichos países comparan experiencias, buscan soluciones a problemas comunes y trabajan para coordinar políticas nacionales que en el mundo actual deben integrar una red de procedimientos uniformes dentro de cada país.

Con la finalidad de mejorar la salud en el mundo la OCDE trabaja en un proyecto para la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud con el objetivo de poder comparar los datos a través del tiempo, sugiriendo vínculos básicos con indicadores no monetarios entre diversos países.

¹⁰ OROZCO, Alvarado, Javier, et. al "Globalización e integración económica mundial", Guadalajara, Jalisco 1998.

¹¹ Antes GATT

¹² Información obtenida de su página web, <http://www.rtn.mx.ocde/>

¹³ BLANCO, Mendoza, Herminio, "Las negociaciones comerciales de México con el mundo". México; FCE, 1994

1.3.2. Organización Mundial del Comercio¹⁴ (OMC)



La armonización de las normas de comercio es un proceso que comenzó con el GATT (General Agreement on Tariffs and Trade) en 1947 y que termina sus ciclos de negociaciones con la Ronda de Uruguay en 1994. Aquí se crea la Organización Mundial del Comercio (OMC) la que actualmente tiene como miembros a 134 países. Uno de los principales resultados en materia de salud de la Ronda de Uruguay es el Acuerdo sobre los Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC) relacionados al comercio donde se incluyen las patentes.¹⁵

La Organización Mundial del Comercio nació en 1995, lo que la convierte en una de las organizaciones internacionales más jóvenes. La OMC es la sucesora del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), establecido tras la segunda guerra mundial.

La Organización Mundial del Comercio (OMC) es la única organización internacional que se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países. Los pilares sobre los que descansa son los Acuerdos del GATT, que han sido negociados y firmados por la gran mayoría de los países que participan en el comercio mundial y ratificados por sus respectivos parlamentos. El objetivo es ayudar a los productores de bienes y servicios, los exportadores y los importadores a llevar adelante sus actividades.

En la OMC las decisiones suelen adoptarse por consenso entre todos los países Miembros para después ser ratificadas por los respectivos parlamentos. Las fricciones comerciales se canalizan a través del mecanismo de solución de diferencias de la OMC, centrado en la interpretación de los acuerdos y compromisos, que tiene por objeto garantizar que las políticas comerciales de los distintos países se ajusten a éstos. De ese modo, se reduce el riesgo de que las controversias desemboquen en conflictos políticos o militares. Mediante la reducción de los obstáculos al comercio, el sistema de la OMC también contribuye a eliminar otro tipo de barreras que se interponen entre los pueblos y las naciones.

Con el objeto de mejorar el bienestar de la población de los países Miembros, en uno de los mensajes del director general de la OMC, expresa que la organización esta cambiando la salud de las personas, ya que la mayor libertad de comercio es sólo un medio para llegar a un fin siendo que el objetivo final de la OMC es mejorar el bienestar de las personas.¹⁶

Un medio por el cual la Organización Mundial del Comercio contribuye a que el mundo sea un lugar más sano es un tratado de propiedad intelectual, conocido como acuerdo sobre ADPIC¹⁷ donde uno de los mayores retos para el desarrollo mundial es mejorar la salud del mundo entero, facilitando el acceso de los países pobres a los medicamentos existentes sin poner en peligro el incentivo para que las empresas farmacéuticas elaboren nuevos medicamentos, ya que si no existiera un sistema de patentes que recompensara a las empresas por arriesgar millones de dólares en investigación, no se comercializarían los medicamentos. El acceso universal a los medicamentos necesarios es un objetivo estratégico de toda política de medicamentos y los gobiernos tienen que crear mecanismos para que esto se lleve a cabo, frente al nuevo acuerdo de derechos de propiedad intelectual (ADPIC) la OMC ha confirmado el criterio de que los intereses de la salud pública son privilegiados dentro de las políticas de salud y medicamentos. Los acuerdos comerciales administrados por la OMC y específicamente los que establecen el derecho de la propiedad intelectual a través de patentes

¹⁴ Información obtenida de su página web, <http://www.wto.org/index/sp.htm>

¹⁵ Hasta entonces los acuerdos sobre propiedad intelectual estaban regidos por la Convención de París (patentes) y la Convención de Berna (copyright) ambas administradas por la Organización Mundial sobre la Propiedad Intelectual, afiliada a las Naciones Unidas.

¹⁶ Asimismo indica que la mayor contribución de la OMC a mejorar la salud se deriva del estímulo que da al crecimiento económico la mayor libertad del comercio.

¹⁷ Es la formulación o enmienda de las leyes y regulaciones nacionales, para que los países puedan adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública y la nutrición, para incrementar el interés público en sectores de vital importancia para su desarrollo socio – económico y tecnológico, considerando que tales medidas son consistentes con las disposiciones de este acuerdo.

deben ser examinados bajo la lupa de la salud pública ante lo cual los gobiernos deben buscar caminos más lícitos para que los medicamentos básicos puedan acercarse a las poblaciones más necesitadas.

Las normas de la OMC también protegen la salud de las personas en los raros casos que el comercio sin trabas podría amenazarla. Las normas permiten que los gobiernos impongan cualquier medida necesaria para proteger la salud de las personas siempre que no discriminen de manera injusta los productos extranjeros y que no constituyan una fórmula disimulada de proteccionismo.¹⁸ Lo anterior se fundamenta bajo la idea de que el libre comercio al impulsar el crecimiento económico, reduciendo los precios y aumentando la oferta contribuye a mejorar la calidad humana.

A partir de 1994 todos los países miembros de la OMC quedaron obligados a proteger las invenciones por un período de 20 años, con un nuevo estándar de patente como parte de la estrategia de las compañías transnacionales de mantener y controlar importantes mercados.¹⁹

El liderazgo político es crucial para asegurar que la investigación y el desarrollo no solamente atiendan a las necesidades de los ricos. En atención a este problema el año pasado la Asociación Internacional Médicos Sin Fronteras (MSF)²⁰ organizó un grupo de trabajo independiente denominado "Medicamentos para las enfermedades abandonadas" a fin de identificar y proponer el desarrollo de medicamentos nuevos, efectivos, seguros, accesibles y fáciles de usar, en relación con este tema el organismo denominado <<Acción Internacional para la Salud>> señala que el tamaño del mercado está estrechamente ligado al tamaño de la inversión en investigación y desarrollo y que con el objeto de incrementar sus ganancias las compañías farmacéuticas gastan miles de millones en investigación y desarrollo de medicamentos para las enfermedades que conciernen a países industrializados.

1.3.3. Fondo Monetario Internacional²¹ (FMI)



Facilita la cooperación monetaria internacional y la estabilidad financiera y sirve de foro permanente para la celebración de consultas, el asesoramiento y la asistencia sobre cuestiones financieras.

El Fondo Monetario Internacional (FMI) inició oficialmente su existencia el 27 de diciembre de 1945 al firmar 29 países el Convenio Constitutivo del FMI (la carta orgánica de la institución); el FMI se creó en una conferencia celebrada del 1 al 22 de julio de 1944 en Bretton Woods, New Hampshire, Estados Unidos; sus operaciones financieras se iniciaron el 1 de marzo de 1947. Número actual de países miembros: 183. Total de cuotas: DEG 210.000 millones (casi US\$300.000 millones), después de un aumento de cuotas del 45% que entró en vigencia el 22 de enero de 1999. Órganos directivos: Junta de Gobernadores, Comité Monetario y Financiero Internacional, Directorio Ejecutivo. Director Gerente: Horst Köhler, ciudadano alemán. Personal: Aproximadamente 2.700 funcionarios procedentes de 123 países. Unidad de cuenta: Derecho especial de giro (DEG). Una de las principales funciones del FMI es suministrar préstamos a los países afectados por problemas de balanza de pagos a fin de que puedan restablecer las condiciones necesarias para un crecimiento económico sostenible. El FMI obtiene sus recursos de los países miembros. Cada país aporta una suscripción (cuota) que se determina en función de su participación en la economía mundial. Al incorporarse al FMI cada país debe pagar el 25% de su cuota en monedas extranjeras de amplia aceptación o en DEG, y el 75% restante en su propia moneda.

¹⁸ Recientemente la OMC confirmó el derecho de Francia a prohibir el amianto blanco después de que Canadá se quejará de que esta prohibición perjudicaba sus exportaciones.

¹⁹ Desde 1986 Estados Unidos había presionado a muchos países en desarrollo para que modificaran sus leyes de patentes. Luego las presiones tomaron otros rumbos y se han dirigido a los países miembros de la OMC para que adopten legislaciones más restrictivas. Mediante el ADPIC

²⁰ Discurso ofrecido por el Dr. Bernard Pecoul de Médicos Sin Fronteras en la ciudad de Okinawa, Japón en diciembre del año 2000.

²¹ Información Obtenida de su página web, <http://www.imf.org/external/spa>

El cometido del FMI es la promoción de la cooperación monetaria internacional, el crecimiento equilibrado del comercio internacional y la estabilidad del sistema de los tipos de cambio. El cumplimiento de este cometido es la principal contribución del FMI para lograr un desarrollo económico y humano sostenible. Sin embargo, el FMI reconoce asimismo que la viabilidad macroeconómica debe incluir medidas de política que se ocupen directamente de los problemas sociales y de pobreza.

El FMI permite identificar esferas clave en las que es preciso mantener el gasto público o incluso incrementarlo, si fuera necesario, así como gastos improductivos, incluido el gasto militar, que pueden reducirse para no desplazar las inversiones en capital humano, como la atención básica de salud y la educación primaria.

Es alentador señalar que la reciente reducción mundial del gasto militar ha coincidido con un aumento del gasto social en varios países. Entre 1993 y 1997, el gasto militar se redujo en un 0,4% del PIB mundial, mientras que el gasto en salud y educación aumentó en un 0,2%. Esta tendencia fue algo más pronunciada en los países más pobres. Sin embargo, todavía es menester seguir desplegando esfuerzos en muchas regiones para reducir este gasto improductivo.

Mediante discusiones de política económica y asistencia técnica, el FMI contribuye a mejorar la transparencia en el proceso de toma de decisiones de los gobiernos y a acrecentar su capacidad para realizar un seguimiento de la situación social. Como parte de este esfuerzo, el FMI también centra su atención en el gasto del país en el sector social, especialmente en salud y educación, dentro de las actividades del programa. Esto refleja la convicción de que hay un vínculo crucial entre el nivel y la eficiencia del gasto en salud y educación y el crecimiento económico. Una revisión reciente del gasto social en una muestra representativa de 32 países de bajo ingreso que recibieron respaldo del FMI en 1985-98 indica que los mismos lograron aumentar el gasto social del sector público y mejorar los indicadores sociales. Sin embargo, este progreso global oculta una considerable desigualdad en lo que respecta a las experiencias vividas por los distintos países.

1.3.4. Banco Mundial²² (BM)

Un Mundo Sin Pobreza



Fundado en 1944, el Grupo del Banco Mundial se compone de cinco instituciones afiliadas. Su objetivo es combatir la pobreza suministrando recursos, entregando conocimientos, creando

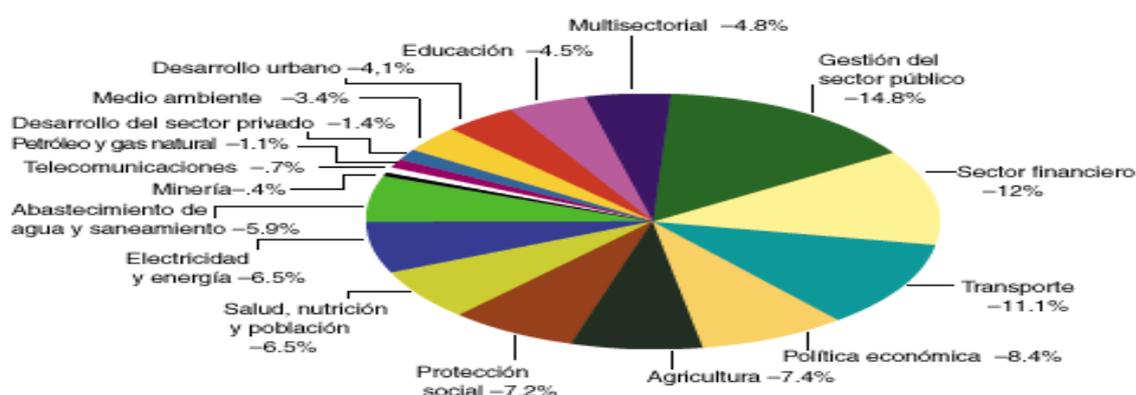
capacidad y forjando asociaciones en los sectores público y privado.

El Banco Mundial está integrado por más de 181 países miembros que están representados por una Junta de Gobernadores y por un Directorio con sede en la ciudad de Washington, tiene oficinas en 100 países, y cuenta con aproximadamente 10,600 empleados. James D. Wolfensohn es el Presidente de las cinco instituciones del Grupo del Banco Mundial. El Grupo del Banco Mundial es el principal proveedor de asistencia para el desarrollo. En el ejercicio de 2000 la institución concedió más de 15,300 mil millones de dólares en préstamos a diferentes países en desarrollo con la finalidad de ayudar a combatir la pobreza. El Banco subraya la necesidad de invertir en las personas especialmente a través de los servicios básicos de salud y educación.

²² Información obtenida de su página web, <http://www.bancomundial.org>

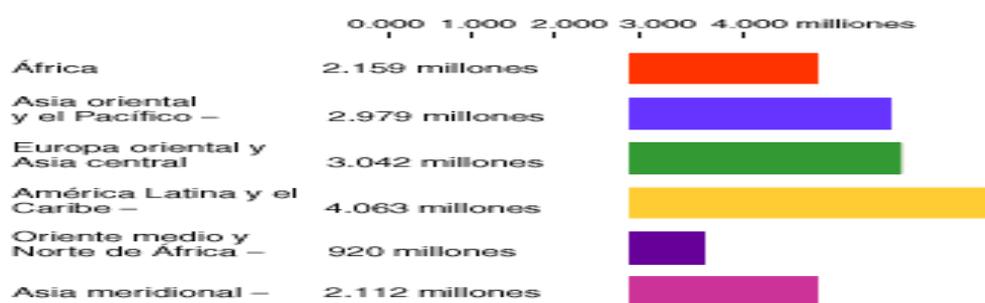
Financiamiento por sector, ejercicio de 2000

Total = US\$15.300 millones



Financiamiento por región, ejercicio de 2000

Total = US\$15.300 millones



El ejercicio económico del Banco Mundial se extiende del 1 de julio al 30 de junio

El BM piensa que proporcionar servicios básicos de salud y nutrición a las personas pobres es un elemento clave para reducir la pobreza y promover el crecimiento económico, de tal manera que el Banco Mundial compromete en promedio unos 1,300 millones de dólares cada año en financiamiento para proyectos de salud, nutrición y población en el mundo en desarrollo. Actualmente, los fondos proporcionados por el Banco ayudan a combatir el paludismo en 46 países y la tuberculosis en otros 25. En Malí, un proyecto de salud financiado por el Banco ayudó a establecer 300 nuevos centros de salud comunitarios.

1.3.5. Banco Interamericano de Desarrollo²³ (BID)

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) es la principal fuente de financiamiento multilateral para programas y proyectos de desarrollo económico, social e institucional de América Latina y el Caribe, incluidas las reformas de políticas y sectores y la promoción de inversiones públicas y privadas.

En esa labor da préstamos y asistencia técnica usando los recursos aportados por todos sus países miembros y los que obtiene en los mercados mundiales mediante la emisión de bonos. El Banco también promueve y participa en importantes acuerdos de cofinanciamientos multilaterales, bilaterales y privados.

²³ Información obtenida de su página web, <http://www.iadb.org>

Los dos objetivos principales del BID, establecidos en su estrategia institucional, son (i) la equidad social y la reducción de la pobreza y (ii) el crecimiento ambientalmente sostenible. El Banco trabaja en cuatro áreas prioritarias:

- a. Competitividad, mediante el respaldo a políticas y programas que incrementan el potencial de cada país para el desarrollo en un entorno de comercio internacional abierto
- b. Modernización del Estado, a través del fortalecimiento de la eficiencia y la transparencia en las instituciones públicas.
- c. Programas sociales, por medio de inversiones que amplían las oportunidades para los pobres.
- d. Integración regional, facilitando vínculos entre países que desarrollen mercados regionales de bienes y servicios

El Banco sólo financia proyectos en los países de América Latina y el Caribe que son miembros de la institución. Pueden recibir financiamiento directo del BID gobiernos nacionales, provinciales o estatales y municipales, organismos públicos autónomos y entidades de la sociedad civil que cuenten con aval gubernamental. Hasta 5% de la cartera puede canalizarse directamente a empresas privadas sin garantía gubernamental.

La salud es un componente importante del desarrollo socioeconómico a largo plazo. El mejoramiento de la salud como actividad social tiene un valor humano intrínseco, independientemente de otras consideraciones políticas y económicas. La relación entre el mejoramiento del sector salud y la productividad económica es evidente. El BID apoya programas de Salud en la región que contribuyen a la formación y preservación del capital humano.

El BID apoya la Salud Pública con el fin de promover una mejora sustancial en la situación de salud y estimular una mejor utilización de los recursos, en el contexto de los procesos de reforma del sector salud. Con ese propósito y con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se ha iniciado una iniciativa llamada "Vida Sana es más Vida".

"Vida Sana es más Vida" busca que los países, partiendo de su perfil epidemiológico:

- Definan sus problemas prioritarios de salud.
- Establezcan metas a alcanzar en un plazo definido.
- Desarrollen sistemas de información e indicadores para medir los logros en esas áreas prioritarias.
- Elaboren estrategias y acciones de base local, regional y nacional para alcanzar las metas.
- Involucren activamente a la población y al sector privado; logrando una fuerte coordinación intersectorial.

1.4. ORGANISMOS MUNDIALES AL CUIDADO DE LA SALUD

1.4.1. Organización Mundial de la Salud²⁴ (OMS)



En 1946, en la 49 Asamblea Mundial de la Salud (AMS) se inició el debate acerca de las probables consecuencias de los nuevos acuerdos comerciales por lo que se pidió al Director General de la OMC un informe sobre las repercusiones de la labor de esa Organización respecto a las políticas farmacéuticas nacionales y de medicamentos esenciales, ante lo cual la 52 Asamblea Mundial de Salud (1999) aprobó una resolución que enfatiza que los intereses de la salud pública son preeminentes en las políticas de salud y medicamentos.²⁵ La

²⁴ Información obtenida de su página web, <http://www.who.int>

OMC debe desarrollar mecanismos para que los países miembros puedan utilizar sin restricciones las disposiciones existentes en el ADPIC, con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud y medicamentos, sin embargo se debe estimular la investigación y desarrollo de tratamientos para enfermedades tropicales y descuidadas.

La Organización Mundial de la Salud tiene como mandato velar por la salud pública, prestando apoyo y asistencia técnica a sus Estados Miembros. En el contexto de la globalización se hacen más claras las implicaciones que pueden tener sobre la salud, las decisiones que se tomen en otros campos especialmente en lo que se refiere a la armonización de legislaciones que norman a la economía mundial, el comercio y la producción.

La Organización Mundial de la Salud coordina programas encaminados a solucionar problemas sanitarios y a lograr los más altos niveles de salud posibles para todos los pueblos. Entre otras cosas, se ocupa de la inmunización, la educación sanitaria y el suministro de medicamentos esenciales.

La OMS organiza anualmente el Día Mundial de la Salud,²⁶ donde cada año es seleccionado un tema con la finalidad de resaltar aspectos de salud pública de interés mundial. Cada año la Organización Mundial de la Salud emite mensajes en el día mundial del Alzheimer²⁷, en el año 2000, el mensaje versa sobre que "nadie puede ignorar el problema del envejecimiento y el creciente número de personas con demencia que acompaña al proceso de envejecimiento de las poblaciones. La OMS reconoce que la Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia representan un grave problema de salud en todos los países. Se estima que en todo el mundo existen 18 millones de personas con demencia. En el día mundial de Alzheimer la Directora General de esta organización, Gro Harlem Brundtland, felicitó a estas organizaciones alrededor del mundo y expresó que dentro de esta enfermedad se dan condiciones donde los miembros de la familia tienen la principal responsabilidad como cuidadores directos, sin embargo cuidar a personas con demencia generalmente involucra a otras personas debido a lo cual la vida de un gran número de personas se va afectada tanto directa o indirectamente ante lo cual los gobiernos en todos los países necesitan reconocer el papel que juegan los cuidadores y deben hacer esfuerzos para mejorar tanto los servicios a los países como proveer apoyo financiero y de otro tipo para ayudar a los cuidadores en su tarea.

Con relación a la discapacidad y la salud la OMS emitió de una nueva publicación en la que se clasifica el funcionamiento, la salud y la discapacidad de las personas en el ámbito mundial cuestionan nuestra manera tradicional de entender la salud y la discapacidad. La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), ha sido aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad. Usando el marco propuesto por la CIF, la OMS estima que cada año se pierden nada menos que unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud. Ello representa más de la mitad de los años perdidos anualmente por defunciones prematuras. La CIF proporciona un instrumento común para cuantificar este inmenso problema.

La OMS considera que hay 181 tipos de discapacidades, dentro de los que se encuentra: La física, sensorial e intelectual, las primeras son básicamente problemas motores, la amputación de un miembro inferior o superior, secuelas de polio y lesión de la médula ósea que impidan desplazarse. Sensorial, cuando no se cuenta con el sentido de la vista o del oído y personas con problemas en la comunicación y el lenguaje. Intelectual, cuando se ve afectado o disminuido el aprendizaje, razonamiento síndrome de Down y autismo.

²⁵ El Grupo de Trabajo de Acceso a Medicamentos, deberá trabajar en el seno de OMC para evaluar el impacto de las políticas comerciales en los habitantes de países en vías de desarrollo y proporcionar un marco de interpretación de los acuerdos de la OMC que tengan en cuenta la salud pública.

²⁶ Sobre el día mundial de la salud, www.who.int

²⁷ El 21 de septiembre las Asociaciones Nacionales de Alzheimer alrededor del mundo organizan actividades para atraer la atención de los gobiernos y del público en general a este problema.

1.4.2. Organización Panamericana de la Salud ²⁸ (OPS)



La OPS es un organismo internacional de salud pública con más de 90 años de experiencia que trabaja para mejorar la salud y en nivel de vida de los países de América, actúa como oficina regional para América de la Organización Mundial de Salud por lo que forma parte de las Naciones Unidas. La OPS está ubicada en Washington, D.C., donde autoridades de salud de 38 gobiernos Miembros de la Organización se reúnen para fijar las políticas técnicas y administrativas a través de los cuerpos directivos, asimismo se encarga de colaborar con los ministerios de salud, agencias de seguro social, diversas asociaciones gubernamentales y no gubernamentales, universidades y otros sectores para fortalecer los sistemas de salud de América.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr para todos los pueblos es el objetivo declarado de la Organización Mundial de Salud en tanto que los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud es la promoción y coordinación de los países del hemisferio occidental con el objetivo de combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.

Esta organización se encarga de ayudar a los países a trabajar en conjunto para alcanzar metas comunes en materia de salud mediante la difusión de información técnica y científica por medio de su programa de publicaciones y una vasta red de bibliotecas académicas, centros de documentación y bibliotecas locales especializadas en atención de salud.

Se encarga de prestar cooperación técnica en diversos campos especializados en salud pública y organiza los preparativos en situaciones de emergencia coordinando el apoyo en casos de desastre, mediante proyectos desarrollados para otros Organismos de las Naciones Unidas, para organizaciones internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, entidades oficiales de cooperación y fundaciones filantrópicas se encarga de fortalecer la capacidad del sector sanitario para llevar a cabo programas prioritarios mediante acciones sectoriales encaminadas a la promoción de los problemas de salud.

Las metas regionales de la OPS son:

- a. Aumentar la duración de la vida saludable de todas las personas, de tal manera que se reduzcan las disparidades de salud entre los grupos sociales.
- b. Asegurar el acceso de toda la población a un conjunto determinado de servicios básicos de calidad aceptable, destacando los elementos esenciales de la atención primaria.
- c. Garantizar el desarrollo de las poblaciones saludables.
- d. Procurar que todas las personas adopten y mantengan estilos de vida y comportamientos saludables.

La OPS reconoce la función de los sectores privados con o sin fines de lucro en la prestación de servicios, favoreciendo el diálogo y la coparticipación entre ellos para lo cual busca financiamiento externo, ya que además de su presupuesto ordinario financiado por las contribuciones de los Gobiernos Miembros, ayuda a ejecutar programas e iniciativas especiales en respuesta a necesidades vitales de salud.

Como resultado de la disminución de la fecundidad, se ha producido un descenso de la tasa de crecimiento moderado, por lo que se calcula que si se mantiene la tasa actual de crecimiento la población de la región pasará de 774 millones en 1995 a 1,062 millones en el año 2025, lo cual creará una mayor demanda de servicios de salud. A medida que ha declinado la mortalidad por enfermedades transmisibles en los primeros años de vida, se ha producido un aumento proporcional

²⁸ Información obtenida de su página web, <http://www.paho.org>

de las enfermedades crónicas y degenerativas. Dentro de las líneas de acción para la promoción y protección de la salud de la OPS, se encuentran:

- a. Fomentar el desarrollo social basado en los principios de equidad y el derecho de todas las personas a la salud y el bienestar mediante la aplicación de políticas orientadas a la salud.
- b. Promover la creación de una cultura de la salud basada en un entorno saludable y en la adopción de estilos de vida que favorezcan la salud de la población.
- c. Apoyar el fortalecimiento de la salud para identificar procesos intersectoriales que promuevan y protejan la salud física y mental.
- d. Promover la elaboración de políticas y programas relacionados con los aspectos de población y promoción de la salud.

La OPS busca la necesidad de adoptar objetivos dirigidos a velar por que todos los seres humanos tengan el derecho a gozar del grado máximo de salud posible mediante el compromiso de los gobiernos internacionales, la comunidad internacional, la asignación de recursos humanos y financieros será posible lograr un grado de salud aceptable para los países dentro de un modelo de desarrollo que asigne prioridad al logro de la equidad en materia de salud, para lo cual los países deben mejorar su capacidad de negociación en la obtención de apoyo para las prioridades nacionales con los organismos de cooperación técnica y de crédito, con el objetivo de invertir los recursos nacionales del sector salud de la manera más eficaz para obtener resultados que permitan lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud.

1.5. OTROS ORGANISMOS INTERNACIONALES VINCULADOS A SALUD Y DISCAPACIDAD

1.5.1. Organización de las Naciones Unidas²⁹ (ONU)



El 24 de octubre de 1945, 51 países resueltos a preservar la paz mediante la cooperación internacional y la seguridad colectiva establecieron las Naciones Unidas. Actualmente, casi todas las naciones del mundo pertenecen a las Naciones Unidas: en total, 188 países.

Las Naciones Unidas constituyen un centro para dar solución a los problemas a que se enfrenta toda la humanidad. Más de 30 organizaciones afiliadas, que se conocen en su conjunto como el Sistema de las Naciones Unidas, colaboran en este esfuerzo. Día tras día, las Naciones Unidas y su sistema de organizaciones trabajan con miras a promover el respeto de los derechos humanos, proteger el medio ambiente, luchar contra las enfermedades, fomentar el desarrollo y disminuir la pobreza. Los organismos de las Naciones Unidas determinan las normas de seguridad y eficiencia del transporte aéreo y marítimo, contribuyen a mejorar las telecomunicaciones y perfeccionan la protección al consumidor, procuran garantizar el respeto a los derechos de la propiedad intelectual y coordinan la distribución de las frecuencias de radio. Las Naciones Unidas encabezan también las campañas internacionales contra el tráfico de drogas y el terrorismo. En todo el mundo, las Naciones Unidas y sus organizaciones prestan asistencia a los refugiados y establecen programas para la remoción de minas terrestres, contribuyen a mejorar la calidad del agua potable y a aumentar la producción de alimentos, otorgan empréstitos a los países en desarrollo y contribuyen a estabilizar los mercados financieros.

Cuando los Estados pasan a ser Miembros de las Naciones Unidas, convienen en aceptar las obligaciones de la Carta de las Naciones Unidas, que es un tratado internacional en el que se establecen principios fundamentales en materia de relaciones que son: mantener la paz y la seguridad internacionales, fomentar entre las naciones relaciones de amistad, realizar la cooperación

²⁹ Información obtenida de su página web, www.un.org/spanish/aboutun

internacional en la solución de problemas internacionales y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos, y servir de centro que armonice los esfuerzos de las naciones.

Los derechos de las personas con discapacidad han sido estudiados y atendidos tanto por las Naciones Unidas como por diferentes organismos internacionales. En 1981 la ONU implantó un Programa de Acción Mundial para los Impedidos que tenía la finalidad de subrayar el derecho de las personas con discapacidad a disfrutar de las mejoras en sus condiciones de vida resultantes del desarrollo económico y social alcanzado por los pueblos. Es aquí donde por primera vez se define la discapacidad como función de la relación entre las personas con discapacidad y su entorno.

En 1993 la ONU aprobó las Normas Uniformes sobre La Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. La finalidad de estas normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de la sociedad puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás.³⁰

Aunque estas normas no son de cumplimiento obligatorio, pueden convertirse en Normas internacionales en el momento en que se apliquen en un mayor número de Estados con la intención de respetar una norma de derecho internacional. En estas Normas se señalan importantes principios de responsabilidad, acción y cooperación. La vulnerabilidad de este segmento poblacional es ocasionada precisamente por la discriminación de que son objeto por parte de las personas convencionales. Si no hubiera desigualdades, si las oportunidades de empleo, de educación de acceso a los servicios de salud fueran iguales para todos –con discapacidad o no–, entonces no hubiese vulnerabilidad. Las garantías, los derechos y las obligaciones de la población deseablemente debieran ser iguales para todos en su observancia, aunque las necesidades, las modalidades de atención y la protección pudieran ser distintas en razón de variables simples como la edad; así, los niños, jóvenes y personas adultas mayores –con alguna discapacidad o sin ella; debieran tener los mismos derechos y oportunidades que el resto de los mexicanos. En tanto accedemos a esa etapa, es menester legislar en diferentes campos para garantizar mejor atención, protección y propiciar las condiciones de integración social para las personas con discapacidad.

En virtud de que el logro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad constituye una contribución básica al esfuerzo mundial de los derechos del hombre, es importante que se tomen en cuenta estas Normas y que se apliquen por lo menos en los Estados miembros de la ONU.

1.5.2. Organización Internacional del Trabajo³¹ (OIT)

La Organización Internacional del Trabajo fue creada en 1919, al término de la Primera Guerra Mundial, cuando se reunió la Conferencia de la Paz, primero en París y luego en Versalles. Ya en el siglo XIX dos industriales, el galés Robert Owen (1771-1853) y el francés Daniel Legrand (1783-1859), habían abogado por la creación de una organización de este tipo.

Las ideas que éstos formularon, tras haber sido puestas a prueba en la Asociación Internacional para la Protección Legal de los Trabajadores, fundada en Basilea en 1901, se incorporaron en la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, adoptada por la Conferencia de la Paz en abril de 1919.

Su fundación respondía, en primer lugar, a una preocupación humanitaria. La situación de los trabajadores, a los que se explotaba sin consideración alguna por su salud, su vida familiar y su progreso profesional y social, resultaba cada vez menos aceptable. Esta preocupación queda claramente reflejada en el Preámbulo de la Constitución de la OIT, en el que se afirma que «existen

³⁰ Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, ONU, Secretaría de Desarrollo Social, D.F. México 1999, 55 pp.

³¹ Información obtenida de su página web, <http://www.ilo.org/public/spanish>

condiciones de trabajo que entrañan... injusticia, miseria y privaciones para gran número de seres humanos»).

La OIT puso en vigor en 1983 el Convenio 159 "Sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas invalidas" con el fin de establecer los derechos mínimos con que deben contar las personas con discapacidad. Hasta 1999, 63 países han ratificado dicho Convenio, sin embargo México no lo ha hecho. Solamente con la difusión de este documento, las personas, familias y organizaciones podrán impulsar que este convenio sea ratificado en nuestro país.³²

En este Convenio se entiende por persona inválida a toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida.³³

La importancia de este Convenio en el presente documento es demostrar que las personas con discapacidad tienen derechos en materia de empleo y que estos se deben tomar en cuenta. Para la presente investigación las personas con EM son las más afectadas en materia de empleo, ya que al presentarse la enfermedad en la edad más productiva de la vida (entre los 20 y los 40 años) es a quien más afecta la falta de empleo y de ingresos.

Hay que considerar que la adaptación y la readaptación de estas personas son imprescindibles para que puedan recuperar al máximo su capacidad física y mental con la finalidad de reintegrarse socialmente. El Convenio expresa que se debe de poner a disposición de todos los inválidos medios de adaptación y readaptación profesional, no importando el origen y la naturaleza de su invalidez y cualquiera que sea su edad, siempre que puedan ser preparados para ejercer un empleo adecuado y tengan perspectivas razonables de obtener y conservar tal empleo.

Para lo cual se deben adoptar todas las medidas necesarias y factibles para crear o desarrollar servicios especializados de orientación profesional destinados a los inválidos que necesiten ayuda para elegir o cambiar de profesión. Asimismo el Convenio propone medidas para aumentar las oportunidades de empleo de los inválidos, entre las que destacan:

- a. Establecer colaboración estrecha con organizaciones y agencias de empleos para aumentar las oportunidades de empleo de las personas inválidas.
- b. Los inválidos deben tener la misma posibilidad que los trabajadores no inválidos de ingresar en los empleos para los cuales estén calificados.
- c. Deben tener la oportunidad de aceptar el empleo que les convenga.
- d. Se debe hacer hincapié en las aptitudes y conocimientos de las personas y no en su invalidez.

1.5.3. Organización Mundial de Personas con Discapacidad

La Organización Mundial de Personas con Discapacidad (OMPD) fue fundada en 1981 como un organismo internacional regido por el siguiente mandato:

Constituir una red de organizaciones nacionales o asambleas de personas con discapacidad, con el fin de promover los derechos humanos de estas personas a través de una plena participación social con igualdad de oportunidades y posibilidades de desarrollo.

Esta organización se conformada por más de 120 países, agrupados en 5 regiones, la OMPD celebra cada 4 años su asamblea mundial. Durante la última reunión, realizada en Sydney, Australia en 1994,

³² Cabe mencionar que esta información fue obtenida de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, en el año 2000. Quiero agradecer a la Mtra. Elizabet Caro por involucrarme en la difusión de los documentos de la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.

³³ Parte I. Definiciones y campo de aplicación, Artículo 1°, Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo, México 1999, pp.45

México obtuvo la sede para la llevar a cabo la quinta Asamblea Mundial de la organización. Los integrantes de la OMPD se volverán a reunir en el año 2002 en Sapporo, Japón.

Algunos de los éxitos en el ámbito internacional son los siguientes:

- i. En 1981, tuvo su primer congreso mundial en Singapur, en donde se adoptó una constitución y un manifiesto.
- ii. Tiene el mayor rango consultivo en la ONU (UNESCO, UN-ECOSOC, OIT, OMS).
- iii. La filosofía de la OMPD constituyó la base para El Programa de Acción Mundial de las Naciones Unidas: 1983-1992
- iv. En 1987, recibió de parte del Secretario General de la ONU un homenaje por Servicio Dedicado.
- v. Jugó un papel activo en la ONU para llevar a cabo la década de las personas con discapacidad 1983-1992
- vi. En 1984, conjuntamente con ONG's, tuvo gran éxito en lograr la aprobación por parte de la OIT de una convención sobre empleo y rehabilitación.

1.6. REUNIONES Y CONFERENCIAS INTERNACIONALES EN TORNO A ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS GENERADORAS DE DISCAPACIDAD (DEMENCIAS)

En 1998 se celebró la tercera Reunión latinoamericana de Alzheimer³⁴ con sede en la Habana Cuba. A esta reunión acudieron representantes de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Costa Rica, Chile, Guatemala, El Salvador, México, Perú, República Dominicana, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela, además de destacados médicos y profesionistas de Estados Unidos, Canadá, España, Inglaterra y Escocia. El evento sirvió también de espacio para el II Foro de envejecimiento cerebral y III Taller Nacional de la Sección Cubana de Enfermedad de Alzheimer (Scual), contó con la presencia de la Dra. Nory Graham, presidenta de la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI) y de Elizabeth Rimmer, directora ejecutiva de esta misma asociación.

En esta reunión se estableció que cada vez existen en el mundo un mayor número de casos con algún tipo de demencia y el más característico de ellos es la enfermedad de Alzheimer. De acuerdo a los datos vistos durante la conferencia mundial de Alzheimer en septiembre del año pasado y confirmados durante esta III Reunión Latinoamericana, se estima que el número de personas con algún tipo de demencia sufrirá un drástico crecimiento en los próximos 25 años, por lo que no sólo debemos estar preparados para ello, sino también ir creando conciencia desde ahora acerca de este grave problema que se avecina. Esta toma de conciencia no solamente debe darse en las familias o cuidadores, sino que debe ir más allá. Por ello, la labor de las asociaciones de Alzheimer debe ser crear conciencia en la comunidad, en las autoridades, el Gobierno y las instituciones acerca de todo ello a través de programas de difusión, pláticas, conferencias y reuniones, a la vez que estudios y programas que involucren personal multidisciplinario.

La necesidad de un equipo multidisciplinario

La demencia es un problema frecuente, clínico y social de abordaje complejo, en el que se precisa siempre de la participación conjunta de varios profesionistas. Por ello, el trabajo en equipo es fundamental para poder ayudar mejor a la gente y entender el problema. Así, en todo este proceso que implica el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y acompañamiento, se precisa que participen como mínimo: el médico de familia, el especialista en demencia (ya sea un neurólogo, un psiquiatra y/o geriatra), el neuropsicólogo, y el trabajador social.³⁵

³⁴ Del 28 al 31 de Marzo del año 2000

³⁵ Señalamientos hechos por el Dr. Miguel Aguilar Barberá de España

“Concientizar a la población acerca de lo que es la enfermedad, brindar servicios de apoyo a los cuidadores y proporcionar información a la gente sobre lo que es el Alzheimer son tres de los objetivos fundamentales en todas las asociaciones de Alzheimer en el mundo”, señaló Elizabeth Rimmer, Directora Ejecutiva de la ADI (Alzheimer Disease International), durante el encuentro realizado en La Habana, Cuba.

Las asociaciones tienen metas y objetivos comunes para ayudar a la gente con demencia y sus cuidadores. Para esto se requiere de un plan definido con buenas estrategias de crecimiento. En muchos países, sobre todo aquellos en vías de desarrollo, existe poca información y servicios para brindar ayuda. Es por ello que se necesita que las asociaciones tengan objetivos claramente definidos para lograr lo que se quiere.

Día mundial de Alzheimer

Este 21 de septiembre, por séptimo año consecutivo se celebra en todo el mundo, el "Día Mundial del Alzheimer", una forma de que la gente tome conciencia acerca de lo que es la enfermedad, y de todo aquello que enfrentan las familias³⁶

*El mundo desarrollado fue enriqueciéndose antes de envejecer... En tanto que el mundo en vías de desarrollo envejece, pero no llega a enriquecerse.*³⁷

En el año 2000 se estima que existen alrededor de 18 millones de personas con demencia en todo el mundo, por lo que el impacto social es alarmante ya que para cada uno de ellos hay al menos un cuidador por lo que la vida de un gran número de personas se verá de alguna forma afectada por esta cuestión. Los gobiernos de cada país deben reconocer la importancia de los cuidadores y proporcionar servicios de apoyo y ayuda financiera para asistirlos en esta labor. El crecimiento del número de personas con demencia es consecuencia inevitable del envejecimiento de las poblaciones por lo que ningún gobierno puede ni debe ignorar este problema. Se estima que el número de personas con demencia aumentará drásticamente en los próximos 25 años, este crecimiento será más pronunciado en China, India y América Latina,³⁸ la mayoría de personas con demencia vive de hecho en países en vías de desarrollo. Se estima que para el año 2025 más del 70% de la gente con demencia vivirá en países en vías de desarrollo.

Cuadro No.1

Estimación del crecimiento mundial de personas con demencial para el año 2025

Año	Total de todos los países
2000	18 millones
2025	34 millones
Asociación Internacional de Alzheimer, ADI	

En la actualidad los países desarrollados tienen un promedio de 7 millones de personas sufriendo alguna demencia y se calcula que para el año 2025 se presentara un incremento de 3 millones de personas, lo que representa un aumento de 120,000 personas por año; en tanto que en los países en vías de desarrollo se tienen registrados hasta el momento un promedio de 11 millones de personas con alguna demencia y se estima que para el año 2025 se incremente en 13 millones de personas lo que significa un crecimiento anual de 720,000 personas que representa seis veces más en comparación con los países más desarrollados.

³⁶ Instituido por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Alzheimer, la ADI, es no solo un reto, sino un compromiso de la sociedad para enterarnos y conocer más de cerca lo que es el Alzheimer. Una enfermedad que no sólo ataca a aquella persona que la padece, sino a todos aquellos que cuidan a sus familiares. El desarrollo económico de los países afecta el grado de reconocimiento de la enfermedad.

³⁷ Princesa Yasmin Aga Khan, Presidenta de la Asociación Internacional de Alzheimer.

³⁸ Boletín del Día Mundial del Alzheimer, 21 de septiembre de 1999

Los estilos de vida varían drásticamente en todo el mundo, por lo que suelen estar culturalmente arraigados como el caso de China y Japón donde existe un respeto ancestral por los ancianos, en otros países es frecuente que las personas de edad avanzada vivan solas (35% en el Reino Unido) o con sus esposos (40% Reino Unido).

La importancia de las asociaciones de Alzheimer radica en que son ellas las que se dedican a proporcionar apoyo a todas aquellas personas con demencia y sus familiares mediante: Apoyo práctico y moral a través de grupos de apoyo, asesoramiento a los gobiernos, cursos de formación para cuidadores y profesionales.

Los gobiernos deben ser conscientes del desafío que supone el envejecimiento y por ende proporcionar mejores servicios de apoyo a personas enfermas y a los cuidadores de las mismas, a pesar de que muchos países cuentan con políticas de apoyo para el anciano, estas políticas varían en cada país, incluso dentro de una misma región de Europa. En algunos países Escandinavos es el propio Estado quien se responsabiliza por ley de proporcionar apoyo global para el cuidado de todo anciano que lo necesite.

Cuadro No.2
Políticas de los Gobiernos

Políticas de los Gobiernos	Países
Total responsabilidad del Estado.	Países Escandinavos.
Responsabilidad mixta	Reino Unido, Canadá y EE.UU
Sistemas de incentivos	Hong Kong, Singapur y Japón
Fuente: Asociación Internacional de Alzheimer, ADI	

En el otro extremo, como es el caso de países como España, Grecia y China, la familia es obligada por Ley a tomar la total responsabilidad del cuidado y apoyo financiero. La mayoría de los países cuentan con políticas que se sitúan entre alguno de estos dos extremos. En otros países el Estado facilita y promueve mediante sistemas de incentivos (reducción de impuestos) a la familia para que tome la responsabilidad. En Estados Unidos el 19% de las personas entre 75 y 84 años tienen la EA y el mal afecta a cerca de la mitad de los mayores de 85 años.³⁹

1.7 COMPARACIONES INTERNACIONALES DE POBLACIÓN, SALUD Y DESARROLLO

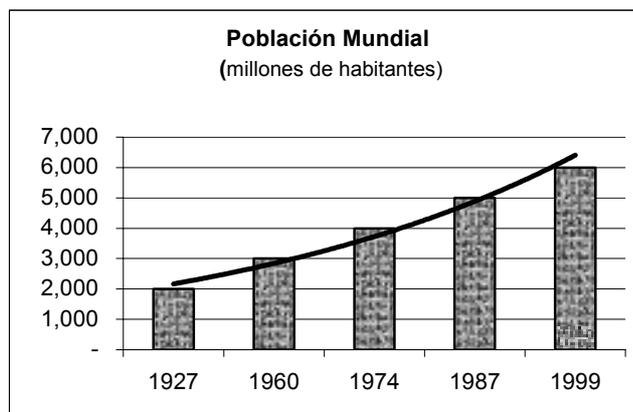
La población mundial

Los diversos organismos internacionales y en especial el Fondo de Población de las Naciones Unidas consideran que el problema de explosión demográfica no es la única causa del subdesarrollo y que esta tiene una importancia clave que agrava todos los demás problemas por lo que se deben de generar estrategias y programas con objetivos demográficos, debido a que no es posible que el desarrollo económico crezca a la par de la población.

La población mundial superó a fines de 1999 los 6000 millones (el doble de lo que era en 1960). Según datos del Consejo Nacional de Población el incremento de la población mundial ha tenido siguiente tendencia. (gráfica 1)

³⁹ Revista Newsweek en Español, 8 de marzo del 2000, Vol. 5 No. 10, páginas 42 - 47

Gráfica No. 1
Población Mundial



Se estima que el crecimiento de la población mundial para el 2025 será de 7800 millones de personas aproximadamente; y para 2050 la población total irá de 8900 millones de personas aproximadamente (proyección baja) hasta 10,700 millones de personas (proyección alta), dependiendo del comportamiento de las futuras tasas de fecundidad.⁴⁰

Para 1999 la población mundial aumenta a razón de 78 millones de personas por año, entre 2020 y 2025, disminuirá gradualmente hasta 64 millones por año y entre 2045 y 2050, seguirá decreciendo hasta 33 millones de personas por año.

Actualmente, a final de 1999, la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, de los cuales hay más de 1000 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años. La mayor parte del crecimiento de la población está ocurriendo en los países más pobres del mundo. Las regiones donde el crecimiento es más acelerado son las de África, al sur del Sahara y partes del Asia meridional y occidental. En contraste, en donde el crecimiento es más lento o se ha detenido es en Europa, América del Norte y el Japón. Se estima que cerca de 4800 millones de personas residen en los llamados países en desarrollo.

Cuadro No. 3
Población Mundial por Región

Región	Población Total por Región 1999 (millones)	Población Total por Región (proyección al 2025)
Total Mundial	5978,4	7823,7
África	766,6	1298,3
Asia	3634,3	4723,1
Europa	728,9	702,3
América Latina y Caribe	511,3	696,7
América del Norte	307,2	363,6
Oceanía	30,0	39,6

Fuente: Consejo Nacional de Población 2001

Cuadro No. 4
México y los 10 Países más poblados del mundo

⁴⁰ Proyecciones de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU para los próximos 50 años.

País	Población Total 1999 (millones)	Población Total proyección a 2025)
China	1266,8	1480,4
India	998,1	1330,4
U.S.A.	276,2	325,6
Indonesia	209,3	273,4
Brasil	168,0	217,9
Pakistán	152,3	263,0
Federación de Rusia	147,2	137,9
Bangladesh	126,9	178,8
Japón	126,5	121,2
Nigeria	108,9	183,0
México	97,4	130,2

Fuente: Consejo Nacional de Población

Cuadro No. 5
México y los 10 países más poblados en América Latina

País	Población Total 1999 (millones)	Población Total (proyección a 2025)
Brasil	168,0	217,9
México	97,4	130,2
Colombia	41,6	59,8
Argentina	36,6	47,2
Perú	25,2	35,5
Venezuela	23,7	34,8
Chile	15,0	19,5
Ecuador	12,4	17,8
Cuba	11,2	11,8
Guatemala	11,1	19,8
República Dominicana	8,4	11,2

Fuente: Del apartado "La Población Mundial": Fondo de Población de las Naciones Unidas

En el quinquenio 1995 – 2000, la población mundial ha crecido a una tasa anual de 1.4%, sin embargo este crecimiento ha sido muy desigual debido a que la población de las regiones más desarrolladas aumentó en 0.3% mientras que en los países menos desarrollados la tasa media de crecimiento fue de 2.6%.

Desarrollo económico

El Producto Interno Bruto (PIB) de cada país influye enormemente en el gasto que se destina a los servicios de salud, por lo que a continuación se presenta el PIB de algunos países seleccionados, para de esta forma poder comprender el lugar que ocupa México.

Cuadro No. 6
Producto Interno Bruto a nivel mundial

País	1995	1996	1997	1998
Alemania	27 510	28 870	28 280	25 570
Arabia Saudita	7 040	ND ⁴¹	7 150	6 910
Argentina	8 030	8 380	8 950	8 030
Australia	18 720	20 090	20 650	20 640
Brasil	3 640	4 400	4 790	4 630
Canadá	19 380	19 020	19 640	19 170
Corea del Sur	9 700	10 610	10 550	8 600
Costa Rica	2 610	2 640	2 680	2 770
Chile	4 160	4 860	4 820	4 990
China	620	750	860	750
España	13 580	14 350	14 490	14 100
Estados Unidos	26 980	28 020	29 080	29 240
Federación Rusa	2 240	2 410	2 680	2 260
Francia	24 990	26 270	26 300	24 210
Holanda	24 000	25 940	25 830	24 780
Israel	15 920	15 870	16 180	16 180
Italia	19 020	19 880	20 170	20 090
Japón	39 640	40 940	38 160	32 350
México	3 320	3 670	3 700	3 840
Nigeria	220	200	200	300
Noruega	31 250	34 510	36 100	34 310
Nueva Zelanda	14 340	15 720	15 830	14 600
Reino Unido	18 700	19 600	20 870	21 410
Singapur	26 730	30 550	32 810	30 170
Sudáfrica	3 160	3 520	3 210	3 310
Suiza	40 630	44 350	43 060	39 980
Venezuela	3 020	3 020	3 480	3 530
Fuente: INEGI, www.inegi.gob.mx				

En el año 2000 Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática (INEGI) publicó que para ese año México contaba por cada 100,000 habitantes con 120 médicos, 191 enfermeras y 77.5 camas hospitalarias. En el siguiente cuadro podemos observar el lugar que ocupa México en el ámbito mundial en cuanto a médicos por cada 100,000 habitantes.

Cuadro No. 7
Médicos por cada 100 mil habitantes según países seleccionados.

⁴¹ ND = No disponible

Información del último año disponible en cada país.

PAÍS	AÑO	NÚMERO DE MÉDICOS
Alemania	1998	3.5
Arabia Saudita	1997	1.7
Argentina	1992	2.7
Australia	1998	2.4
Brasil	1996	1.3
Canadá	1995	2.3
Corea del Sur	1997	1.4
Costa Rica	1997	1.4
Chile	1994	1.1
China	1998	1.6
España	1997	4.2
Estados Unidos de América	1995	2.8
Federación Rusa	1998	4.2
Francia	1997	3.0
Holanda (Países Bajos)	1990	2.5
Israel	1998	3.9
Italia	1997	5.5
Japón	1996	1.9
Libia	1997	1.3
México	1999	1.2
Nigeria	1992	0.2
Nueva Zelandia	1998	4.1
Reino Unido	1997	2.2
Singapur	1993	1.6
Sudáfrica	1998	0.6
Suiza	1998	3.2
Venezuela	1997	2.4

Fuente: Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática
www.inegi.gob.mx/estadistica/espanol/sociodem.../inf_05.htm

El cuadro anterior nos demuestra que estamos por encima de Nigeria, Sudáfrica y Chile, más o menos a la par de Libia, Brasil, Corea del Sur Y Costa Rica, pero muy por debajo de países como Alemania, España, Federación Rusa, Holanda, Israel, Italia, Noruega, Suiza y asombrosamente Venezuela que tiene el doble de médicos que México por cada 100,000 habitantes.

Cuadro No. 8

Inversión en Salud respecto al PIB dentro de Latinoamérica

Uno de los problemas en la asignación de recursos es la baja recaudación fiscal de nuestro sistema, ya que México se encuentra entre los países que menos recaudan impuestos, lo que se puede ver a través del siguiente cuadro:

Inversión en salud respecto al PIB	
Países	Porcentaje
México	5.6
Bolivia	5.8
Costa Rica	8.7
Colombia	9.3
Uruguay	10.0
Promedio Latinoamericano	6.1

Fuente: Julio Frenk "Desempeño del Sistema Nacional de Salud" Nota. Cifras de 1998

Cuadro No. 9

Recaudación Fiscal a escala mundial

En la actualidad se está discutiendo la Nueva Reforma Fiscal Distributiva con el objeto de captar más recursos y poder orientarlos hacia desarrollo social.

La experiencia internacional pone de manifiesto que no existe un patrón uniforme en cuanto a tasas, coberturas y exenciones, ya que países industrializados con una amplia red de protección social- con coberturas y gastos sociales muy extendidos- exentan del IVA o aplican bajas tasas a una serie de productos sensibles como son: alimentos, medicamentos, servicios médicos y asistenciales, entre otros. Este tratamiento especial se aplica en muchos países, a sabiendas de que generan distorsiones, pero es una alternativa para propiciar mayor equidad social en las cargas fiscales.

No es por lo tanto un caso singular el que México tenga un conjunto de bienes y servicios que no pagan el IVA, ya que también existen en el Reino Unido, Corea, Suecia, Francia, Canadá, Finlandia y Alemania, entre otros. No obstante estas similitudes en cuanto a consumos exentos, o con tasa cero o reducida, México tiene una reducida productividad tributaria (recaudación del consumo por cada punto porcentual de la tasa general) que alcanza apenas a recaudar el 32 por ciento del consumo, mientras que el Reino Unido, Turquía, España y Venezuela recaudan entre el 40 y el 70 por ciento del consumo por cada punto porcentual de la tasa general. Por lo que habría que analizar si esa deficiencia relativa de México para recabar el IVA se debe al deterioro de su base o a la ineficiencia administrativa de las autoridades hacendarias. Un ejemplo de ello es el siguiente cuadro.

Recaudación Fiscal	
Países	Porcentaje
Holanda	43.0
Canadá	28.2
Estados Unidos	19.8
España	19.7
Chile	18.9
Brasil	17.8
Promedio de Sudamérica	13.2
México	10.5
Promedio de la OCDE	26.3

Fuente: Julio Frenk, "Desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Cuadro No. 10
Recaudación del IVA a nivel mundial

País	Recaudación del IVA (porcentaje del PIB)	Tasa general %	Productividad Porcentaje
Brasil (1997)	1.9	15.0	21.3
Nicaragua (1997)	3.9	15.0	29.5
México (1999) ³	3.3	15.0	32.0
Colombia (1997)	3.7	16.0	35.6
Argentina (1997)	6.1	21.0	40.5
Paraguay (1993)	3.4	10.0	42.1
Guatemala (1998)	4.4	10.0	50.4
Perú (1998)	6.5	18.0	50.8
Ecuador (1997)	3.8	10.0	55.3
Venezuela (1998)	5.3	12.5	59.2
Bolivia (1998)	7.0	13.0	71.4
Chile (1998)	8.5	18.0	71.7
Costa Rica (1997)	6.6	15.0	73.7
Panamá (1997)	2.3	5.0	84.7
Promedio OCDE (1996)	6.7	16.9	71.6
Promedio G-7 (1996) ⁴	5.2	13.7	67.7
Promedio UE (1996) ⁴	7.5	19.5	68.8

Fuente: Una Propuesta de Reforma Tributaria para México, Centro de Análisis y Difusión Económica (CADE)

La equidad

Uno de los retos más importantes es el de la equidad, que consiste en abatir las desigualdades en cuanto a salud. El propósito primordial es vincular a la salud con el objetivo económico y social con la finalidad de crear políticas de salud acordes al momento histórico que se está viviendo.

La calidad

La calidad debe entenderse como el mejoramiento constante en servicios e infraestructura, donde la parte medular debe ser la capacitación técnica del personal y la atención que los encargados de la salud ofrecen a la sociedad.⁴²

El financiamiento

Este es uno de los puntos más importantes, ya que a través de una mayor canalización de recursos se puede invertir en mejor infraestructura y capacitación constante al personal médico.

⁴² El 22 de enero del 2001, se puso en marcha por parte del Presidente de la República, la cruzada nacional por los servicios de salud.

2. El mercado de la salud

2.1. QUÉ ES EL MERCADO DE LA SALUD Y PORQUÉ DEBE INTERVENIR EL ESTADO

La teoría económica sobre el mercado de la salud se dedica al análisis de las fallas más importantes de mercado que justifican la intervención pública.

Como se comentó en el capítulo anterior, constantemente se discute el objetivo de aplicar el análisis económico a los temas relacionados con la salud, donde el principal argumento que descalifica esta relación se basa en que la salud no tiene precio, si bien es cierto que la salud no tiene precio, también es cierto que económicamente podemos clasificar a la salud como un bien, en virtud de que un bien es todo aquello que satisface una necesidad.

Así la prestación de los servicios de salud se desenvuelve en un marco de recursos económicos escasos, no importando que se incremente continuamente el porcentaje del Producto Interno Bruto asignado a este renglón, un volumen importante de necesidades de atención y asistencia médica no es satisfecha de acuerdo a las expectativas de los ciudadanos. Lo que trata de establecer la economía de la salud, es que en la medida que los recursos económicos utilizados y asignados por el Estado se gestionen de forma eficiente, el nivel de salud y bienestar de los individuos será cada vez más elevado.

Uno de los principales intereses de la economía de la salud es cuanto debe asignarse al gasto destinado a salud, por lo que en 1976 **Preston** asumió que los recursos adicionales al sector salud debían ser proporcionales al tamaño del Producto Bruto Doméstico, por lo que consideró que cada país debería gastar en salud de acuerdo a sus posibilidades. Además estudió que como la economía es proporcional al tamaño de la población lo más adecuado era considerar el ingreso per cápita como una variable independiente y el gasto en salud per capita como variable dependiente. Este estudio concluyó que no podía compararse dentro del mismo renglón a países desarrollados y en vías de desarrollo.

El análisis económico centra su atención en los bienes que se encuentran disponibles en cantidades inferiores al volumen que se requeriría para cubrir todas las necesidades que se podrían satisfacer, este tipo de bienes son llamados escasos y entran dentro de la categoría de bienes económicos. Los servicios de salud como unidades de producción combinan diferentes cantidades de recursos para obtener un determinado volumen de productos (servicios médicos) intermedios, ya que no constituyen el fin último de la actividad sanitaria, sino un paso para mejorar el estado de salud y bienestar de los individuos.

El modelo de mercado en competencia perfecta concibe a la sociedad como un conjunto de unidades individuales, es decir, productores por un lado y consumidores por el otro, bajo el supuesto de que se comportan de manera racional. Los defensores de la economía de mercado como mecanismo de asignación de recursos argumentan, que el mercado de competencia perfecta asigna los bienes de la forma más eficiente posible, ya que al ser la oferta y la demanda la expresión de las unidades económicas, el equilibrio queda establecido en una combinación de precios y cantidades que maximizan las preferencias de los sujetos, sin embargo para que el mercado de competencia perfecta funcione se requiere de las siguientes condiciones:

1. Información perfecta por parte de los consumidores y productores.
2. Inexistencia de barreras a la entrada.
3. Flexibilidad de los precios.
4. Ausencia de externalidades.

Es aquí cuando destaca la importancia del Equilibrio General, introducido por **Vilfredo Pareto** (1848-1923) a través del estudio de la corriente marginalista; que establece el término de eficiencia en el sentido de que "las asignaciones de los recursos que tienen la propiedad de no poder mejorar el bienestar de ninguna persona sin empeorar el de otra" se denominan asignaciones eficientes en el sentido de Pareto.

Con la intención de establecer cual es el óptimo de Pareto en la asignación de los recursos a la salud, surge la contribución de la economía del bienestar que impacta directamente sobre las decisiones de cuanto asignar. Los teoremas del bienestar son los siguientes:

1. Toda asignación que cumple o satisface las condiciones de equilibrio general competitivo, son asignaciones eficientes en el sentido de Pareto.
2. Toda asignación eficiente en el sentido de Pareto es posible de obtener a través de un conjunto de precios de equilibrio general competitivo.

Estos dos principios impactan directamente sobre la decisión de cuanto asignar porque:

1. La noción de lo que se gasta en salud se deja de gastar en otros bienes o servicios que pueden generar iguales o mayores niveles de bienestar a la sociedad.
2. El mercado es capaz de alcanzar sin necesidad de la intervención pública una situación de óptimo de Pareto siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos.
 - a) Se establezca el modelo de competencia perfecta (donde concurran un gran número de agentes sin poder para influir en los precios).
 - b) Ausencia de restricciones a la entrada.
 - c) Inexistencia de rendimientos crecientes a escala.
 - d) Información perfecta entre los agentes del mercado.
 - e) Mercados completos.

Cuando no se cumplen estos teoremas, junto con los de economía competitiva (la economía competitiva plantea que el Estado no debe intervenir en la economía sin embargo existen fallas de mercado que hacen necesaria su intervención) se presentan fallas de mercado.

En este sentido la aportación de **Kennet Arrow** (Premio Nobel de Economía 1972) con uno de sus trabajos más clásicos publicado en 1963, llamado "La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas" sentó las bases dentro de la economía de la salud, ya que muestra las particularidades del mercado de salud donde destaca lo siguiente.

- **No hay previsión de consumo.** La epidemiología permite estimar demanda de grupos poblacionales, sin embargo desde el punto de vista del individuo, la demanda de servicios de salud es irregular e impredecible.
- **No hay elección racional.** La demanda de atención a la salud sucede en una circunstancia anormal, que puede comprometer la racionalidad de decisión del consumidor.
- **No hay aprendizaje.** El consumo de servicios de salud no sólo involucra riesgos para el paciente sino también para el mercado, debido a que el paciente no puede utilizar experiencias anteriores suyas o de terceros para poder eliminar el riesgo
- **Ética anticompetitiva.** La ética médica condena la propaganda y la competencia abierta entre los médicos, por lo que estas restricciones limitan el volumen de información para que el consumidor tome sus decisiones
- **Barreras al ingreso.** La entrada de profesionales al mercado esta limitada por diversos requisitos, como: especializaciones, residencias, etc.
- **No hay estructura de precios relativos.** El mercado de atención médica está caracterizado por la discriminación de precios, esto es por el cobro diferenciado de precios para un mismo tipo de servicio, por lo tanto para un mismo costo.
- **Información asimétrica.** La relación médico paciente se basa en el acuerdo tácito de que el médico sabe más que el paciente sobre la salud de este último.

Según **James Buchanan** (Nobel de Economía 1986) el instrumento más poderosos del Estado para influir sobre la actividad económica es su poder coactivo y reglamentario, debido a que el Estado se encarga directamente de la producción de bienes de interés estratégico o de los bienes públicos, es decir, de aquellos bienes que no se pueden excluir del uso a las personas que no paguen por ellos o que no son ofrecidos en cantidad suficiente por la iniciativa privada.

Una vez descrito el funcionamiento del mercado de la salud, a continuación se presenta un esbozo de la política social y la salud pública en México, destacando el marco jurídico, desarrollo histórico y descripción de la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, así como el análisis del gasto público destinado a la salud durante los últimos 5 años.

Antes de adentrarnos en el papel de la **seguridad social** conviene definir primero los conceptos de Estado, nación y gobierno.

El **Estado** es un conjunto de entidades - Secretarías, Instituciones, Empresas descentralizadas y desconcentradas y empresas públicas – con atribuciones y facultades que inciden en la economía, en el ámbito político y social.

El **gobierno** se define como el orden de regir y gobernar una nación, es decir es el conjunto de personas revestidas de poder y autoridad para expresar la voluntad popular y hacer que se cumpla.

La definición de **nación** es un conjunto o agrupación de personas ligadas por una comunidad étnica, histórica y cultural, donde comparten costumbres, fines sociales y políticas además de que se encuentran establecidas en un determinado territorio.

Ya que se han definido estos conceptos se describirán las funciones del Estado que son: asignación, distribución, estabilización y coordinación.

El Estado se ocupa de la **asignación** mediante la utilización eficiente de los bienes públicos contribuyendo a mejorar la asignación de los recursos mediante el presupuesto que interviene para

disminuir la desigualdad del ingreso de la familia a través de una mejor **distribución** de los recursos, asimismo se encarga de manipular la política fiscal y monetaria a fin de **estabilizar** la economía por medio de las implicaciones del nivel de precios, cuentas del exterior, crecimiento y desarrollo económico y por último se encarga de **coordinar** que las tres funciones anteriores sean satisfechas de manera simultánea.

El Estado actúa a través de distintas políticas económicas que sirven como instrumentos para llevar a cabo objetivos específicos, uno de esos instrumentos es la política social.

2.2. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

La seguridad social ha desempeñado un papel muy importante en las sociedades modernas, debido a que sus consecuencias económicas se extienden en el ámbito social y económico; el tiempo de desarrollo se asocia al proceso de industrialización, urbanización y modernización de la sociedad que ha conducido a la erosión de las maneras tradicionales de protección social.⁴³

En América Latina, los programas de seguridad social empezaron a aparecer a principios del siglo XX, primero como leyes contra accidentes de trabajo y posteriormente como programas de pensiones principalmente en Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay generalizándose después a otros países.

La seguridad social se puede definir como la inclusión de un conjunto de programas creados y administrados por el Estado con la finalidad de otorgar beneficios económicos y servicios que permitan compensar en parte, la pérdida del ingreso de un individuo proveniente de la inseguridad económica o de los insuficientes ingresos. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo la seguridad social puede interpretarse como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales.

Mejorar las condiciones de salud de la población depende de un conjunto de políticas que no se limitan al sector salud, sino que abarcan los ámbitos del quehacer económico, político, cultural, científico y tecnológico.⁴⁴ Como resultado de la transformación que ha vivido México, hoy nos enfrentamos a grandes desafíos en materia de salud, de mayor complejidad que en el pasado, debido a que atravesamos por una transición epidemiológica que muestra grandes cambios y rápidos contrastes en las necesidades de la población.

2.2.1. La política social

La provisión de los servicios de salud en México no está determinada solamente por el mercado ni por el compromiso ideológico del Estado de mejorar el nivel de vida de la población, sino también por criterios políticos que tienen como objetivo prevenir los conflictos, mantener la estabilidad del régimen y reforzar la legitimación del gobierno, convirtiendo a la salud en un área de intercambio entre el Estado y la sociedad.⁴⁵

La política social en México se ha caracterizado por su estrecha relación con el desarrollo económico y el proceso político del país lo cual ha dado lugar a la creación de múltiples instituciones públicas de servicios sociales relacionadas con la salud.⁴⁶ Como se mencionó anteriormente la capacidad de la población para acceder a más y mejores servicios de salud dependen en gran medida del nivel y distribución del ingreso, del tipo de estrato social y de los niveles de organización política tanto a nivel de la comunidad como en niveles de mayor agregación.

⁴³ SOLIS, Soberón, Fernando, et.al. "La economía de la seguridad social" FCE, México 1996

⁴⁴ FRENK, Julio, et.al, "La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma" FCE, México 1996

⁴⁵ Funsalud, "La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud"

⁴⁶ ídem

Como parte del esfuerzo del Estado moderno mexicano y de la expansión de su intervención en varios aspectos de la esfera pública, el gobierno fundó lo que llegaría a ser el actual sistema nacional de salud.⁴⁷

2.2.2. Marco jurídico en el cual se establece el derecho a la salud

Como derecho podemos entender el conjunto de normas que regulan la conducta humana en la sociedad y que son impuestas coactivamente a efecto de reconocer sus derechos y señalar sus obligaciones. Los derechos más importantes del hombre son los derechos humanos que están integrados por el conjunto de prerrogativas y facultades inherentes al hombre y que dada su importancia son indispensables para su existencia.

Expuesto lo anterior es importante mencionar que a pesar de que en México " se ha incorporado a la Constitución la creación de un sistema de protección no jurisdiccional de los derechos fundamentales, aun no se ha arraigado una práctica de respecto pleno a los derechos humanos ".⁴⁸

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece dentro de las garantías individuales el derecho de igualdad, libertad y seguridad jurídica a todos los individuos, que no podrá restringirse ni suspenderse sino en los casos y en las condiciones que ella misma establece.

El artículo 123 establece que " toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil, al efecto se promoverá la creación de empleos y la organización social para el trabajo conforme a la ley".⁴⁹

El derecho social es el conjunto de normas jurídicas que establecen principios y procedimientos protectores a favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos desfavorecidos económicamente, con el fin de lograr una convivencia armónica con las diferentes clases sociales. Por lo que el derecho a la salud se encuentra ubicado dentro del derecho social.⁵⁰

El mejoramiento de la salud es uno de los retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan la justicia social.⁵¹

Desde la Constitución de 1917, el mejoramiento de salud de los mexicanos ha sido un propósito central de la acción del Estado, en ese año se creó el Departamento de Salubridad Pública con la misión de coadyuvar a la salud pública a través de la prevención de las enfermedades transmisibles.⁵²

En 1943 se fusionaron las actividades sanitarias y asistenciales bajo un solo mando administrativo para dar lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Es en 1983 cuando se eleva en el ámbito constitucional el derecho a la protección a la salud, mediante una adición al artículo 4º de la carta magna, que establece:

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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

⁴⁷ Ídem

⁴⁸ Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000

⁴⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México 1999

⁵⁰ MOCTEZUMA, Barragán, Gonzalo, " Derechos de los usuarios de los servicios de salud", Cámara de Diputados LVIII Legislatura, UNAM 2000.

⁵¹ PALACIOS, Alcocer, Mariano "El régimen de garantías sociales en el constitucionalismo mexicano", México, UNAM, 1993.

⁵² SEPÚLVEDA, Amor, Jaime, "La salud de la salud en México" Funsalud, 1994

Existe una vinculación entre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el empleo, el disfrute del tiempo libre, el incremento de la productividad y de la producción por lo que el mejoramiento de la atención a la salud es uno de los retos a los que se enfrenta la sociedad que persiguen igualdad.

2.2.3. Historia reciente de la salud en México

En 1943 se creó la Secretaría de Asistencia Pública y los servicios médicos rurales cooperativos⁵³, elaborando los primeros proyectos para la ley de seguridad social, lo que permitía al Estado reforzar su presencia en el área de salud con el propósito de dotar de servicios básicos a la mayor parte de la población, estableciéndose como un mediador entre los prestadores de servicios de salud y los beneficiarios, de tal manera que las políticas sociales eran vistas como una inversión en capital humano, es decir, como un medio para alcanzar el avance económico deseado.

Entre 1943 y 1958 se fortalecieron los principales aspectos políticos y administrativos del actual Sistema Nacional de Salud, en el periodo de Manuel Ávila Camacho se integró la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad con lo que se impulsó la política de expansión de los servicios de asistencia, en ese lapso de tiempo se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital Infantil de México.

Al establecerse el sistema abierto de asistencia pública y el sistema cerrado de seguridad social, quedaron sentadas las bases de dos modelos paralelos de atención a la salud, uno destinado a la población en general y otro a los trabajadores formales.

La creación del IMSS respondió a la política de promoción de la industrialización del país, ya que se consideraba una agencia capaz de aumentar el consumo de ciertos productos hechos en México, por lo que su sistema de financiamiento se convirtió en una fuente importante de recursos de capital que más tarde serían usados para la ampliación de su propia infraestructura.

La política de expansión de los servicios de salud para la población no se limitó al IMSS, ya que a la par se dio un impulso a los centros de investigación otorgándoles apoyo legal y financiero e incluso cierta autonomía frente al Estado. Entre 1943 y 1946 se creó el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Infantil de México y el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición entre otros.

En 1960 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) como parte de la respuesta a las presiones de los sindicatos de la burocracia. Ese momento constituyó el inicio de la consolidación de la seguridad social como la forma más importante de participación del Estado en la producción de los servicios de atención médica.

A partir de 1967 el sistema de salud fue decreciendo debido a que la inversión en infraestructura disminuyó drásticamente tanto en las instituciones de seguridad social como en la SSA, por lo que el Estado se vio forzado a buscar nuevos y menos costosos mecanismos para atender a las demandas por servicios médicos e incluir a otros sectores de la población que seguían sin ser atendidos.

En 1968 el sector salud elaboró un Plan Nacional de Salud destinado a dar congruencia a las estrategias de acción de los diferentes actores que lo integraban.

En 1973 fue reformada la Ley del Seguro Social, ya que ante la imposibilidad económica de seguir expandiendo la seguridad social a otros grupos de la población bajo el régimen ordinario, se instauraron regímenes especiales para dar cabida a grupos excluidos.

⁵³ El sistema de prepago de estos servicios constituyó el primer antecedente de lo que más tarde sería el régimen tripartita del seguro social.

A fines de 1978 se estableció un convenio entre el IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) mediante el cual se amplió el Programa de Seguridad Social cambiando su nombre por el de IMSS – COPLAMAR.

Una de las razones para favorecer al IMSS frente a la SSA, era que el Instituto y su burocracia se habían convertido en un grupo de interés guiado por la lógica de incrementar recursos, infraestructura y población objetivo. El programa IMSS – COPLAMAR, como el resto de las políticas presupuestales bajo el esquema de desarrollo social, permitió hacer llegar recursos públicos a grupos sociales seleccionados en gran medida bajo un criterio político.

Durante el periodo presidencial de Miguel de La Madrid (1982 – 1988) se definió el proyecto de reforma del sistema de salud, ya que las bases políticas e ideológicas se elevaron a rango constitucional mediante la modificación al artículo 4º que estableció el derecho a la protección de la salud; asimismo se determinaron cinco estrategias en el Programa Nacional de Salud que delinearon la conformación del Sistema Nacional de Salud.

Entre 1988 y 1994 bajo el régimen de Carlos Salinas de Gortari, se estableció el Programa de Solidaridad, abarcando todas las áreas de desarrollo social y brincando los viejos usos y estructuras, con la finalidad de llegar a la población a través de pactos que tuvieran apoyo político para el Estado a cambio de bienes y servicios públicos. El viejo programa IMSS – COPLAMAR cambió su nombre por el Programa IMSS – Solidaridad.

El IMSS ha sido capaz de mantener sus políticas y su patrimonio, por que cuenta con fuentes de recursos independientes del erario público, además de que ha creado una base de apoyo amplio y articulado con grupos cuyos intereses quedarían afectados si la Institución se reformara.

Actualmente el sistema de salud es por una parte producto de los principios constitucionales de igualdad y justicia que inspiraron el proyecto de los gobiernos posrevolucionarios y por otra es el resultado de la estructura corporativa que adoptó el sistema político mexicano en las relaciones Estado – sociedad. El gobierno se esta replanteando el uso que se le ha dado a la política social como un instrumento de adhesión de los grupos clave para afianzar la cohesión de la coalición.

La política social procura atender a la población en general así como a la que se encuentra en condiciones de pobreza extrema. El Gobierno Federal tiene una estrategia que cuenta con dos vertientes para atender problemas de política social, estas son:

- a. Acciones amplias (Población en general)
 - Seguridad Social, Educación, Salud, Capacitación Laboral y Vivienda
- b. Acciones dirigidas (Población en pobreza extrema)
 - Desarrollo de Capital Humano (salud, nutrición, educación y seguridad social)
 - Desarrollo de Capital Físico (infraestructura social básica)
 - Oportunidades de ingreso (empleo y proyectos productivos)

La principal acción de política social en el periodo 1995 – 2000 es la Reforma a la Seguridad Social, que permitió fortalecer financieramente al IMSS y establecer un esquema para cubrir las pensiones de la población trabajadora. Como se muestra en el siguiente cuadro las pensiones promedio del IMSS aumentaron más del 50% entre 1995 y 2000 en tanto que el promedio anual de cada pensionista del ISSSTE aumentó más del 60% en el mismo periodo.

Cuadro No. 1
Montos de las pensiones otorgadas por las instituciones de seguridad social
(pesos a precios corrientes)

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Importe de la cuantía mínima mensual						
IMSS	612.89	687.41	804.52	1 047.85	1 152.79	1 268.06
ISSSTE	700.80	889.80	939.50	1 17.50	1 205.80	1 309.30
Pensiones promedio anual por pensionista						
IMSS	6 472.10	8 140.6	9 889.7	11 594.0	13 641.5	14 838.9
ISSSTE	18 352.7	22 230.4	22 812.4	35 198.6	39 900.4	45 269.7

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social de los Trabajadores del Estado.

En el transcurso de la administración zedillista tanto el IMSS como el ISSSTE adoptaron diversas medidas orientadas a incrementar las percepciones de los pensionistas. Lo que llevó a que el IMSS elevará el importe de la cuantía mínima mensual de 612.89 en 1995 a 1,268.06 en el 2000. En tanto que el ISSSTE elevó sus pensiones de 700.80 a 1,309.30 en el mismo periodo.

Cuadro No 2
Monto ejercido en pensiones por las Instituciones de seguridad social
(Miles de pesos a precios corrientes)

De 1994 al 2000 el monto total erogado en pensiones por las instituciones de seguridad social creció en un 33.7% en términos reales. Correspondiendo al IMSS un incremento de 29.4% y al ISSSTE de 41.5% en términos reales.

AÑOS	IMSS	ISSSTE	TOTAL
1995	9 768 305	5 120 527	14 888 832
1996	13 182 198	6 565 595	19 747 793
1997	16 578 509	9 058 332	25 636 841
1998	19 666 296	11 719 369	31 385 665
1999	23 668 163	14 416 828	38 084 991
2000	29 075 000	17 290 761	46 365 761

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social de los Trabajadores del Estado.

En materia de salud se extendió la cobertura incorporando a 15.5 millones de personas a los servicios básicos lo que permitió que se alcanzará una cobertura de 99.3% para el año 2000.⁵⁴

Los recursos que el Gobierno Federal canaliza al IMSS en el marco de la nueva Ley son superiores en 1.1% del PIB, respecto a la Ley anterior. Ahora el 58.9% de los recursos se destinan a prestaciones económicas que incluyen las pensiones y las aportaciones al sistema de cuentas individuales a favor de los trabajadores afiliados.

⁵⁴ "El Presupuesto de Egresos de la Federación 1995 – 2000", SHCP, Subsecretaria de Egresos, Septiembre 2000.

2.3. EL SISTEMA DE SALUD Y ESTRUCTURA INSTITUCIONAL EN MÉXICO

La atención de la salud en México se realiza a través de dos grandes sectores: el público y el privado, conformados de la siguiente manera:

Sector Público⁵⁵:

- Secretaría de Salud (SSA)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Secretaría de la Defensa Nacional (SDN)
- Secretaría de Marina (SM)
- Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Sector Privado: Lo integran todos los establecimientos particulares que prestan servicios de atención a la salud de la población que va desde pequeñas clínicas hasta modernos hospitales.

La estimación de la necesidad de atención a la salud en el sector público presenta múltiples dificultades en personas discapacitadas y en personas que sufren de enfermedades crónico – degenerativas, esto se debe en buena medida a que los sistemas de salud no están organizados para dar atención a los problemas de salud de este tipo y a que la información respecto a estas enfermedades no es ni la suficiente ni la adecuada.

El enfoque de la salud

La salud es vista a menudo como la ausencia de la enfermedad, como la ausencia de dolor o malestar con buena capacidad física o alta capacidad de movimiento, como bienestar mental y físico o como la capacidad de desarrollar plenamente nuestras actividades.⁵⁶ El modelo social considera más variables y es más integral y complejo que el modelo médico. Mientras el modelo médico de salud propone que es saludable quien no padece una enfermedad, el modelo social subraya que la salud tiene una significación positiva y es un concepto multidimensional.

Dos de los indicadores de salud más usados son la morbilidad y la mortalidad, lo que refleja la perspectiva biomédica de la medicina contemporánea. Los indicadores de morbilidad estiman la incidencia de enfermedades, y por lo tanto son indicadores de ausencia de salud y que son medidos a través de encuestas o registros médicos existentes que muestran sólo la demanda efectiva cuya magnitud y características dependen del patrón de distribución de la oferta de los servicios. En tanto que los indicadores de mortalidad ofrecen información de los riesgos de muerte por una causa específica a una edad determinada. Una de las limitaciones más importantes de la mortalidad como medida de salud es que sólo considera los casos fatales (las defunciones) en un grupo de población, pero ignora otros casos de enfermedad que no culminan necesariamente en la muerte que generan discapacidad.

La medicina no considera como punto primordial sino las manifestaciones de la enfermedad y mantiene un énfasis mayor en la curación que en la prevención. La salud y la enfermedad no tienen un significado absoluto y son relativas a las condiciones de su contexto sociocultural.

⁵⁵ Llamado también Sistema Nacional de Salud

⁵⁶ GARROCHO, Carlos, "Análisis socioespacial de los servicios de salud", Colegio Mexiquense

Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

1. Atención Médica
2. Salud Pública
3. Asistencia Social

Con el fin de evitar duplicidades y omisiones y mejorar la calidad básica de los servicios, la Ley establece que estos deben estructurarse conforme a criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de servicios.

La atención médica

La atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Sus objetivos son:

- a. Crear acciones preventivas que incluyan la promoción general y la protección específica.
- b. Crear acciones curativas con el fin de efectuar un **diagnóstico temprano** y proporcionar **tratamiento oportuno**.
- c. Fomentar la rehabilitación con acciones que incluyan corregir la invalidez física o mental.

La asistencia social

La asistencia social es el conjunto de acciones tendentes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Para efectos del derecho de la protección a la salud se consideran además de los servicios básicos de salud, la atención médica y la asistencia social, de tal manera que la salud pública se relaciona con la salud de toda la población referente a:

- a. Educación para la salud.
- b. Prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria.
- c. La atención materno – infantil.
- d. La planificación familiar.
- e. La salud mental.
- f. Prevención y control de enfermedades bucodentales.
- g. Disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales para la salud.
- h. Promoción del mejoramiento de la nutrición.

Los fenómenos de la salud se pueden dividir en áreas básicas⁵⁷:

- a. Las condiciones de salud representan la transición epidemiológica que se refiere a los cambios en el largo plazo de las condiciones de salud de una sociedad.
- b. La respuesta social organizada a tales condiciones, representa los paradigmas que gobiernan la respuesta del sistema de salud.

El sistema de salud se define como una agrupación de diferentes organizaciones de personas, que participan en la producción de servicios de salud, asimismo representan una fuente de diferencias

⁵⁷ FRENK, Julio, "Innovaciones a los sistemas de salud"

institucionales dentro de la sociedad, de tal manera que el sistema de salud implica la interacción entre un conjunto de prestadores y una población.

El mercado de los servicios de salud puede identificarse como un mercado perfectamente imperfecto, debido en buena parte a las asimetrías de información entre productores y consumidores, debido a que:

- La información es el producto de las entrevistas de atención médica, ya que los pacientes visitan al profesional de la salud con el objeto de obtener información especializada sobre su propia condición.
- Muchas necesidades de salud surgen con poca frecuencia y constituyen una amenaza seria a la salud como para que resulte viable obtener información que pueda guiar las decisiones de la compra.
- La ignorancia acerca de los aspectos técnicos de la atención a la salud deja la mayor parte de las decisiones de manejo en manos del proveedor, lo que da lugar a una demanda inducida.

El Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se constituye con la finalidad de cumplir con los propósitos del derecho a la protección de la salud garantizado por la constitución. Se integra por dependencias y entidades de la administración pública federal y local, así como por personas físicas y morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud. Este sistema agrupa a las siguientes instituciones:

- ❖ Secretaría de Salud (SSA)
- ❖ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- ❖ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- ❖ Secretaría de la Defensa Nacional (SDN)
- ❖ Secretaría de Marina (SM)
- ❖ Petróleos Mexicanos (PEMEX)

En el estudio e investigación de este apartado, solo se toman en cuenta a las instituciones que agrupan al mayor número de derechohabientes (IMSS e ISSSTE) y a la Secretaría de Salud como cabeza del Sector.

El Sistema Nacional de Salud se regula por la **Ley de Planeación**, que pretende armonizar los programas de servicios de salud que realiza el gobierno federal con lo que llevan a cabo los gobiernos de las entidades federativas, así como los sectores social y privado que prestan sus servicios con la finalidad de dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud.

La coordinación del SNS⁵⁸ está a cargo de la secretaría del ramo y su organización y funcionamiento se rige por la **Ley General de Salud**.

La Ley General de Salud establece 27 rubros en materia de salubridad general, con el objetivo de distribuir las obligaciones de las autoridades sanitarias dentro de la planeación, regulación, organización y funcionamiento del SNS.

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.⁵⁹

⁵⁸ Sistema Nacional de Salud

⁵⁹ Artículo 5°, Capítulo I, Título Segundo de la Ley General de Salud, <http://www.ssa.gob.mx>

Los objetivos del Sistema Nacional de Salud son:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- II. Contribuir al desarrollo demográfico y armónico del país.
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
- VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.
- VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.⁶⁰

Población según condiciones de derechohabencia⁶¹

- 57% no derechohabientes
- 32.3% IMSS
- 5.9% ISSSTE
- 2.9% no específico
- 1.1% otra institución
- 1.1% PEMEX, defensa o marina

En el año 2000 Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática (INEGI) publicó dentro de las estadísticas sociodemográficas la población derechohabiente del Sistema Nacional de Salud por institución, de dicha información se desprende del siguiente cuadro.

Cuadro No. 3
Población Derechohabiente al Sistema Nacional de Salud, 2000

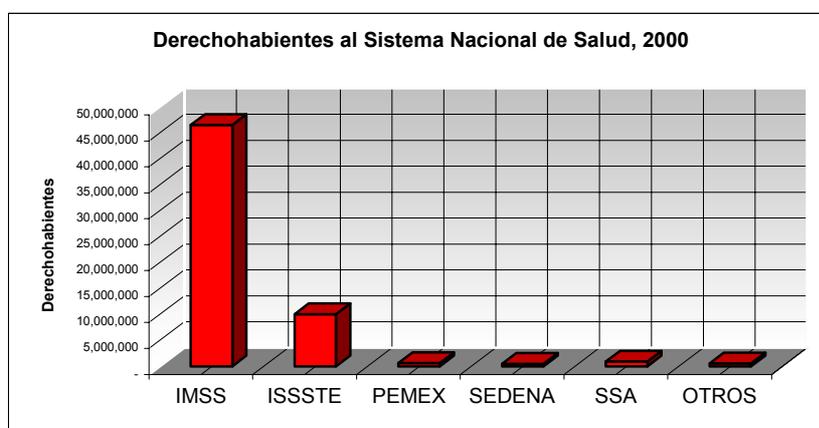
Institución	Derechohabientes año 2000	Derechohabientes año 1999
IMSS	46' 533, 924	44 557 157
ISSSTE	10' 065, 861	9 896 695
SSA	925, 315	975,241
PEMEX	647, 036	603 879
SEDENA	489, 821	489 477
OTROS	569, 373	232 528
TOTAL	59' 231, 330	57 033 072

Fuente: Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática
www.inegi.gob.mx/estadisticas/espanol/sociodem.../sal01.htm

⁶⁰ Artículo 6°, Capítulo I, Título Segundo de la Ley General de salud.

⁶¹ La suma de los porcentajes supera el 100% debido a que algunas personas son derechohabientes de más de una institución.

Gráfica No.1
Población Derechohabiente al Sistema Nacional de Salud, 2000



Cuadro No. 4
Población derechohabiente de las instituciones de seguridad social

AÑOS	IMSS	ISSSTE	TOTAL
1995	34 324	9 246	43 570
1996	37 261	9 311	46 572
1997	39 462	9 472	48 934
1998	41 942	9 724	51 666
1999	44 557	9 897	54 454
2000	47 100	10 141	57 241

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social de los Trabajadores del Estado y Instituto Mexicano del Seguro Social

Con la finalidad de ampliar la cobertura de los servicios bajo el nuevo modelo de seguridad social adoptado en 1997 para el IMSS, se promovieron nuevas opciones de afiliación, favoreciendo la incorporación de los trabajadores temporales del campo.

Cuadro No. 5
Infraestructura Física por Institución

Institución	Total de Unidades
Total	18, 335
Población Abierta	14, 421
SSA 1/	10, 493
IMSS – Sol.	3, 609
Universitarios	10
Cruz Roja	308
INI	1
Población derechohabiente	3, 914
IMSS	1,784
ISSTE	1,232
PEMEX	219
Sedena	357
Secretaría de Marina	126
Estatat 2/	196

1/ Incluye información del DF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud
2 / Incluye información del Sistema de Transporte Colectivo (Metro)
Fuente: Secretaría de Salud, www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/sns/sector/sisnal.htm

Cuadro No. 6
Personal médico por tipo de Institución de Salud, 1999

Institución	Médicos
Total	135, 159
Población Abierta	59, 200
SSA 1/	50, 309
IMSS – Sol.	5, 541
Universitarios	1, 611
Cruz Roja	1, 719
INI	20
Población derechohabiente	75, 959
IMSS 2/	50,764
ISSTE	17,309
PEMEX	2, 355
Sedena	1, 873
Secretaría de Marina	806
Estatad 3/	2, 852
1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud	
2 / No incluye 168 médicos que laboran en las oficinas del IMSS	
3/ Incluye información del sistema de Transporte Colectivo (Metro)	
Fuente: Secretaría de Salud, www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/sns/sector/sisnal3.htm	

En 1996 el Sistema Nacional de Salud emprendió una profunda reforma estructural y organizativa de las instituciones, sustentada en el nuevo marco del federalismo, con la finalidad de conformar sistemas estatales de salud que tengan mayor capacidad para responder con calidad y eficiencia.⁶²

Cuadro No. 7
Indicadores de eficiencia del Sistema Nacional de Salud

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Recursos por cada 100,000 habitantes						
Humanos						
Médicos	120.5	122.0	127.5	131.1	131.4	131.0
Enfermeras	169.9	170.9	172.5	178.8	181.5	180.4
Físicos						
Consultorios	45.4	45.7	47.9	48.5	48.9	49.6
Camas	73.4	72.7	74.0	75.4	75.1	75.9
Quirófanos	2.4	2.4	2.5	2.6	2.6	2.7
Gabinetes de radiología	2.4	2.5	2.5	2.6	2.6	2.6
Laboratorios	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.8
Fuente: Secretaría de Salud						

⁶² SHCP, "Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1996" México 1997

Cuadro No. 8
Infraestructura médica del Sistema Nacional de Salud

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total de unidades médicas⁶³	15,172	15,653	16,477	14,135	17,822	18,557
Población Abierta	11,645	12,063	12,814	13,439	14,102	14,796
Población Der.	3,527	3,590	3,663	3,696	3,720	3,761
De consulta externa	14,378	14,859	15,632	16,246	16,900	17,590
Población Abierta	11,921	11,701	12,405	12,995	13,628	14,296
Población Der.	3,087	3,158	3,227	3,251	3,272	3,294
De hospitalización	794	794	845	889	922	967
Población Abierta	354	362	409	444	474	500
Población Der.	440	432	436	445	448	467
De especialidad	133	140	149	155	157	160
Población Abierta	70	77	86	92	95	96
Población Der.	63	63	63	63	62	64

Fuente: Secretaría de Salud

En el año 2000 las Instituciones del Sistema Nacional de Salud que cubren a la población asegurada y a la población abierta, proporcionaron 238.9 millones de consultas generales, de especialidad, de urgencias y odontológicas superiores en 71.6 millones de consultas y 42.8% a las presentadas en 1994.

Cuadro No. 9
Consultas Externas otorgadas por el Sistema Nacional de Salud
(millones)

AÑOS	Población Derechohabiente	Población Abierta	TOTAL
1995	125.1	55.8	180.9
1996	131.9	58.0	189.9
1997	135.6	66.4	202.0
1998	136.9	74.0	211.0
1999	140.0	85.7	225.7
2000	146.8	92.0	238.8

Fuente: Secretaría de Salud

Las instituciones de salud en México fueron diseñadas para ofrecer atención curativa aguda y no crónica o preventiva, aunque estas últimas constituyen el tipo de atención que se demandará en el futuro y que es el objeto de investigación de este documento. Muestra de lo anterior es que entre 1995 y 1996 la atención curativa que se proporcionó tanto a población asegurada como a población abierta, es la siguiente.

⁶³ Incluye las unidades de consulta externa y hospitalización.

Cuadro No. 10
Atención curativa

INSTITUCIÓN	1995 METAS ALCANZADAS	1996 METAS ALCANZADAS
Consulta externa general y especializada /¹	126, 335	127, 736
SSA	24, 178	27, 342
IMSS	83, 358	80, 408
ISSSTE	18, 799	19, 986
Hospitalización general /²	3, 327	3, 390
SSA	1, 033	1, 157
IMSS	1, 954	1, 880
ISSSTE	340.0	353.0
Atención de rehabilitación /¹	6, 626	6, 816
SSA	762.0	915.0
IMSS	4, 909	4, 911
ISSSTE	955.0	990.0
/1 Consulta en miles. /2 Egreso en miles. Fuente: Elaboración propia con datos de la S.H.C.P. "Cuenta pública 1996"		

Financiamiento de las instituciones de seguridad social

Los recursos de las instituciones de seguridad social proceden de cinco diferentes fuentes⁶⁴:

- La aportación de su propio fondo al gasto institucional por medio del presupuesto.
- Convenios de subrogación de servicios establecidos con otras instituciones de seguridad social.
- Convenios establecidos con los fondos de instituciones para la atención a la población no asegurada.
- Convenios celebrados con los fondos de la seguridad médica privada.
- Pagos de empresas por servicios adicionales de la seguridad social.

Los recursos que llegan a las instituciones que prestan servicios de seguridad social se emplean en el pago de los trabajadores y en diversos insumos para la operación de los programas que cada institución desarrolla.

El siguiente apartado busca describir el quehacer de las principales instituciones públicas prestadoras de servicios médicos, así como la capacidad de atención que prestan y la forma en la que lo realizan.

⁶⁴ El sistema de cuentas nacionales de salud en México, Cuadernos de Economía y Salud No. 8, Funsalud, México 1997, pp.95

2.3.1. Secretaría de Salud

A la Secretaría de Salud como coordinadora del SNS le corresponden entre otras las siguientes facultades:

- a. *Dictar las normas oficiales mexicanas* a que se sujeta la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y verificar su cumplimiento.
- b. *Coordinar, evaluar* y llevar el seguimiento de los servicios de salud.
- c. *Realizar la evaluación general* de la prestación de los servicios de salubridad general en todo el territorio nacional.
- d. *Promover, orientar, fomentar* y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas.
- e. *Promover y programar* el alcance de las modalidades del SNS y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento.

La Secretaría de Salud, como dependencia del Poder Ejecutivo Federal, tiene a su cargo el desempeño de las atribuciones y facultades que le confieren la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República.⁶⁵

Consejo de Salubridad General

La Ley general de Salud considera al Consejo de Salubridad General como autoridad sanitaria y por tanto integrante del sistema de salud. La competencia del Consejo de Salubridad General se circunscribe a la asesoría y opinión del más alto nivel en la ejecución de las políticas públicas en materia de salud y cuenta con las siguientes facultades:

- a. Adicionar la lista de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes.
- b. Elaborar el cuadro básico de insumos del Sector Salud.

Corresponde a la Secretaría de Salud coordinar el Sector Salud que agrupa a:

- ✓ Dos hospitales generales
- ✓ Un hospital infantil
- ✓ Diez institutos nacionales
- ✓ Un Centro de Integración Juvenil
- ✓ Un laboratorio biológico y de reactivos
- ✓ El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia (DIF)

El Sector Salud persigue diez objetivos básicos entre los cuales se encuentran:

1. Integrar un sector de la administración pública federal tradicionalmente disperso.
2. Consolidar un sector administrativo fundamental para la concertación e inducción de acciones con los sectores social y privado.
3. Organizar al Sector Salud como un subsistema del Sistema Nacional de Planeación Democrática.
4. Posibilitar la programación integral y el desarrollo del programa – presupuesto dentro del sector.
5. desarrollar la infraestructura que permita la programación intersectorial y regional para la salud.

⁶⁵ Artículo 1°, Capítulo I, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Dentro de las funciones en la aplicación de las Políticas de Salud, destacan:⁶⁶

- a. Estudiar y diseñar las políticas y estrategias organizativas y financieras, en el área de sistemas de salud, que contribuyan a la reforma y desarrollo del sector.
- b. Proponer y promover las políticas, procedimientos, contenidos y normas para el desarrollo de acuerdos de gestión entre los organismos descentralizados y las unidades médicas, y otros prestadores, en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
- c. Formular recomendaciones y proponer políticas, estrategias y programas en materia de salud, derivados del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, así como apoyar la elaboración de los programas de salud de las entidades federativas, sin perjuicio de la participación que corresponda a otras unidades administrativas.
- d. Presentar y promover, en coordinación con las unidades administrativas correspondientes, criterios de asignación equitativa de recursos, optimización de recursos financieros y sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud.
- e. Estudiar y diseñar estrategias y planes de aseguramiento para la cobertura universal de servicios de salud para la población mexicana, en coordinación con la Dirección General de Protección Financiera en Salud.

En la actualidad la Secretaría de Salud publica el catálogo de medicamentos que se tienen para padecimientos neurológicos, además pública los medicamentos aceptados para el 1er nivel de atención entre los que se encuentran: Carbamazepina (suspensión y tabletas) Diazepam (solución inyectable y tabletas) Ergotamina y cafeína, Fenitoína (suspensión, tabletas y cápsulas) Fernobarbital (elixir y tabletas) y finalmente Valproato de magnesio (tabletas con cubierta entérica y solución oral).

El presupuesto en salud destinado a la **población abierta**⁶⁷ modificó su participación de 21.7% en 1995 a 29.3% en el año 2000. El gasto para atender a este sector de la población experimentó un aumento real de 81.1% en el mismo periodo, superior al 33.8% en que lo hizo el gasto total en salud. El gasto asignado a la SSA (población abierta aparece en las siguientes gráficas).

Gráfica No. 2

Gasto asignado a la SSA como porcentaje del gasto programable 1995 – 2000
(miles de millones de pesos)



⁶⁶ Artículo 33°, Capítulo VIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

⁶⁷ La población abierta, es aquella que no tiene acceso a las instituciones de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE.

Cuadro No. 11
Indicadores de servicios

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Promedio diario de consultas por médico	11.56	11.14	11.87	13.36	14.22	14.71
% de nacimientos por cesárea	21.77	23.16	24.19	24.42	25.41	25.00
% de ocupación hospitalaria	62.93	64.33	67.72	67.06	68.79	70.00
Promedio de días de estancia	3.28	3.37	3.38	3.25	3.16	3.00
Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano	2.21	2.25	2.25	2.34	2.58	2.40
Fuente: Secretaría de Salud						

Los Institutos Nacionales

En estos Institutos se ofrece asistencia médica del más alto nivel en su campo, se forman especialistas y profesores en casi todas las materias médicas y se realizan actividades de investigación biomédica, clínica y sociomédica. Como instituciones médicas de tercer nivel que son, los Institutos Nacionales de Salud realizan actividades de restauración y rehabilitación de la salud en pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.

En 1983 se agrupó en el Subsector de los Institutos Nacionales de Salud a las siguientes instituciones:

1. Hospital Infantil de México Federico Gómez
2. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
3. Instituto Nacional de Cancerología
4. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
5. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
6. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
7. Instituto Nacional de Pediatría
8. Instituto Nacional de Perinatología
9. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente

Coordinación de los Institutos Nacionales

Originalmente la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud tenía el nombre de Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, la cual se creó mediante el Acuerdo No. 86 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de agosto de 1989, con la finalidad de contar con un órgano que continuara y fortaleciera la vinculación entre los Institutos, las unidades administrativas de la Secretaría de Salud y los órganos externos dependientes de la Administración Pública Federal.

Los institutos nacionales son coordinados a través de la Coordinación General de los INS Salud que se encarga de regular las actividades de los Institutos en las áreas de investigación, enseñanza, atención médica, desarrollo tecnológico y administración, a través de políticas, sistemas y

procedimientos que favorezcan la optimización de los recursos y la satisfacción de las necesidades de salud a la población usuaria.⁶⁸

El objetivo de los INSalud es establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios en los INSalud, de acuerdo con el programa de Reforma del Sector Salud que busca transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente, para enfrentar los retos epidemiológicos y demográficos del país.

A. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez⁶⁹



El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "M.V.S." fue fundado por el maestro emérito de la Universidad Dr. Manuel Velasco Suárez en 1964, es un centro de asistencia, docencia e investigación de las neurociencias.

El I.N.N.N. a través de su departamento de consulta externa realiza las actividades asistenciales necesarias para brindar servicio médico neurológico a la población mexicana. La consulta externa reúne a neurólogos, neurocirujanos, psiquiatras, y otros especialistas de las neurociencias, con la única finalidad de brindar un servicio asistencial a los pacientes que acuden a éste Instituto.

El departamento de consulta externa cuenta con un sistema de evaluación (preconsulta), bajo la supervisión de especialistas en neurología, con el objeto de determinar el Ingreso al Instituto de aquellos pacientes que por la enfermedad que presenten, requieran estudio y/o tratamiento.

En el departamento de consulta externa existen clínicas de subespecialidad (Clínica de Epilepsia, Clínica de Cefalea, Clínica de Neurocisticercosis, etc.), así como programas institucionales de investigación, con el objeto de mantener los más altos niveles del conocimiento en neurociencias.

B. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán⁷⁰



El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es uno de los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la Secretaría de Salud. Es una de las instituciones médicas de mayor prestigio asistencial y científico de México.

Se inauguró el 12 de octubre de 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Al extenderse sus funciones hacia otros campos, en 1978 se le cambió el nombre por el de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán que se utilizó hasta junio de 2000, fecha en que se le dió el nombre actual. Su fundador y primer Director fue el Dr. Salvador Zubirán quien dirigió la institución hasta 1980. El Director actual es el Dr. Donato Alarcón Segovia.

Desde sus inicios, el Instituto se planeó como una institución médica modelo en que las actividades asistenciales sirvieran como sustento de las educativas y de investigación, pensando que sólo se puede dar buena asistencia en un ambiente académico que propicie la enseñanza e investigación científica.

Los objetivos iniciales fueron cumplidos con amplitud y en sus más de 50 años de existencia el número de departamentos médicos creció de 3 a más de 40 abarcando casi todas las especialidades de la medicina. Desde el punto de vista asistencial, se dispone de 167 camas para internación de enfermos y una amplia consulta externa que da servicio a 135,000 pacientes al año. Se atienden pacientes con una gran gama de padecimientos y se dispone del equipo de laboratorio y gabinete más moderno

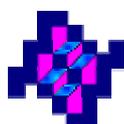
⁶⁸ Información obtenida de su página web, www.ssa.gob.mx

⁶⁹ Información obtenida de su página web, www.innn.edu.mx

⁷⁰ Información obtenida de su página web, www.innz.mx

como auxiliares diagnósticos. Su personal médico es de 176 especialistas, todos con varios años de entrenamiento en el país o en el extranjero.

C. Instituto Nacional de Salud Pública⁷¹



El 27 de enero de 1987, se firmó el Decreto presidencial que dicta la creación del INSP, con sede en la ciudad de Cuernavaca, Morelos

Esta Institución es una de las de más reciente creación de las once que forman parte del Sistema de Investigación de la Secretaría de Salud, la diferencia con éstas es que no ofrece servicios de atención médica. Actualmente se le considera como una institución de educación superior y su personal académico ha quedado nombrado ahora como profesor-investigador, con la responsabilidad de dedicarse fundamentalmente a la investigación, a la docencia y a la formación de recursos humanos en el ámbito de maestría y doctorado.

Objetivos: Contribuir a elevar los niveles de salud de la población a través de la producción, reproducción, difusión y utilización del conocimiento científico. Planear, organizar y realizar programas de formación y desarrollo de recursos humanos a nivel superior así como de educación continua en los campos de la salud pública y la infectología. Promover el desarrollo de la investigación y contribuir a la difusión y utilización de sus resultados.

D. Instituto Nacional de Pediatría⁷²



El Instituto Nacional de Pediatría es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, coordinado sectorialmente por la Secretaría de Salud, y se rige conforme a las disposiciones del Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación en 1 de agosto de 1988.

Es uno de los principales centros de atención médica especializada para población abierta, cuyo ámbito de acción es la población infantil mexicana.

Misión: Contribuir al desarrollo científico y tecnológico con el objeto de aportar nuevos conocimientos en las áreas que conforman la pediatría, formar recursos humanos que se dediquen al cuidado de la salud de la niñez mexicana, y brindar atención médico-quirúrgica de elevada complejidad.

Objetivos

- a. Coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud.
- b. Prestar servicios de salud de atención médica pediátrica especializada, con criterios de gratuidad.
- c. Realizar investigación científica para la salud en las distintas disciplinas de la Pediatría.
- d. Formar recursos humanos especializados en las diferentes disciplinas de la Pediatría.
- e. Capacitar y actualizar al personal profesional, técnico y auxiliar.
- f. Difundir información técnica y científica en materia de Pediatría.
- g. Participar en acciones de asistencia social en beneficio de enfermos de escasos recursos económicos.
- h. Realizar actividades de promoción de la salud y apoyar programas de salud pública.

⁷¹ Información obtenida e su página web, www.insp.mx

⁷² Información obtenida de su página web, www.facmed.unam.mx

E. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias⁷³

INER



Hasta 1982, funcionó como Unidad desconcentrada de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y, conforme al decreto Presidencial publicado el 14 de Enero de ese año, se crea el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, como organismo descentralizado del Gobierno Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Objetivos

- Desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.
- Impartir enseñanza de postgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación del personal de enfermería, de técnicos y auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.
- Proporcionar consulta externa y hospitalaria a pacientes que ameriten tratamiento especializado en materia de enfermedades respiratorias.
- Asesorar a unidades médicas y centros de enseñanza para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias.
- Realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencia y difundir los avances que logren en su área de acción.

F. Instituto Nacional de Cardiología⁷⁴



El Instituto desea ofrecer atención en Cardiología y especialidades afines con alto nivel de calidad, moderna y eficiente, cuidando siempre la dignidad, el bienestar y la calidez del enfermo durante todo el proceso de atención; esta atención está enfocada a la población abierta económicamente débil, cuya necesidad de atención requiera de recursos humanos y materiales altamente especializados. Este objetivo ha sido logrado gracias al excelente personal médico y de enfermería quienes han compartido intensamente la vida del Instituto y han contribuido a conformar el prestigio de la atención integral que se ofrece a los pacientes.

Los objetivos del Instituto Nacional de Cardiología se basan en los principios de asistencia, investigación y educación delineados desde sus inicios por el Dr. Ignacio Chávez, mismos que han servido como modelo a numerosos Institutos en el mundo.

G. Instituto Nacional de Cancerología⁷⁵



El Instituto Nacional de Cancerología es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud; que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo además un Centro de referencia y órganos rector de cáncer en México. Sus acciones están encaminadas a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país y tienen como

⁷³ Información obtenida de su página web, www.iner.gob.mx

⁷⁴ Información obtenida de su página web, www.cardiologia.org.mx

⁷⁵ Información obtenida de su página web, www.incan.edu.mx

política, el otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en proceso diagnóstico - tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales es centro de enseñanza médica e investigación.

En 1980 el Instituto Nacional de Cancerología cambió sus instalaciones, actualmente ocupa en Av. San Fernando No. 22, Tlalpan. Durante ese tiempo cobraron importancia la naciente Investigación básica y clínica. Desde el punto de vista del equipamiento, el instituto se coloca entre las mejores unidades oncológicas del país ya que cuenta con la bomba de cobalto, acelerador lineal, tomografía axial computarizada, medicina nuclear, laboratorio clínico, etc. En 1986 se crea la Subdirección General de Investigación y Enseñanza. Gracias a esta última se desarrollan los programas educativos en más de 10 especialidades.

H. Instituto Nacional de Perinatología⁷⁶



El Instituto busca fomentar y desarrollar el conocimiento en el campo de la salud reproductiva y neonatal, a través del desarrollo de investigaciones, con el fin de brindar a los profesionales de la salud herramientas metodológicas y conceptuales, así como el fundamento científico a las acciones asistenciales, para ofrecer servicios de elevada calidad y eficiencia, así como formar y capacitar recursos humanos de alto nivel profesional.

Para el cumplimiento de sus objetivos el Instituto cuenta con tres ámbitos de acción, en los cuales se llevan a cabo sus funciones:

- a. Asistencia médica
- b. investigación y enseñanza, enmarcadas por el apoyo administrativo, jurídico, organizacional y de control interno.

El objetivo de este Instituto es alcanzar servicios de alta calidad en la resolución óptima de problemas de riesgo materno y perinatal, y de la reproducción humana.

I. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente⁷⁷



El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente se creó como Instituto Mexicano de Psiquiatría por decreto presidencial el 26 de diciembre de 1979. Fundado por el doctor Ramón de la Fuente. A partir del 7 de septiembre de 1988, un nuevo decreto definió con mayor precisión su papel, amplió sus funciones y redefinió sus órganos de gobierno y administración.

El Instituto Nacional de Psiquiatría es uno de los Institutos Nacionales de Salud coordinados por la Secretaría de Salud; es un organismo de carácter público, descentralizado, con presupuesto y gobierno propios.

Se localiza al sur de la ciudad de México, en la Delegación Tlalpan. Cuenta con instalaciones destinadas a la investigación, la enseñanza y la capacitación, a los servicios clínicos y al área de gobierno y administración.

⁷⁶ Información obtenida de su página web, www.inper.edu.mx

⁷⁷ Información obtenida de su página web, www.impcdsm.edu.mx

Misión: Desde que inició sus actividades se ha incorporado, mediante las investigaciones científicas que lleva a cabo, a las corrientes actuales de la psiquiatría y la salud mental y contribuye al avance del conocimiento.

Objetivos

- a. ámbito de Realizar investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental.
- b. Formar al personal capaz de llevarlas a cabo.
- c. Adiestrar a profesionales y técnicos.
- d. Hacer un estudio integral de los enfermos psiquiátricos.
- e. Fungir como asesor de otros organismos públicos y privados en el su competencia.

J. Hospital Infantil de México⁷⁸



Esta Institución fue creada como un organismo descentralizado dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, mediante ley expedida por el Congreso de la Unión el 23 de junio de 1943 con el objeto social de cumplir tres acciones:

1. Proporcionar la atención médica necesaria a los niños que lo requieran.
2. Fortalecer la enseñanza de la pediatría a través de los medios y canales adecuados.
3. Iniciar la investigación científica de problemas médico sociales de la niñez mexicana.

El Hospital, de acuerdo con la Ley Orgánica que lo rige, debe ser administrado y regido por un Patronato, el cual tiene como misión conservar e incrementar los recursos humanos y materiales del hospital para mejorar la calidad de los servicios que presta. Entre sus objetivos se encuentran:

- a. Mantenerse como un centro generador de conocimientos mediante la investigación biomédica para impulsar el avance de la pediatría.
- b. Formar recursos humanos de alta calidad.
- c. Proporcionar atención médica de alta especialidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la población infantil del país, sin seguridad social y por lo tanto con los más bajos recursos socioeconómicos.

La institución se ha empeñado en establecer una estructura sólida para la investigación; de esta manera, en los últimos cinco años, se han entrenado 22 médicos investigadores y una enfermera en centros de excelencia del extranjero, se encuentran funcionando veinte laboratorios de investigación y existen convenios para la investigación con diversas universidades e instituciones de investigación del país y del extranjero. Tiene 34 subespecialidades pediátricas divididas en departamentos, 18 laboratorios de investigación, 17 servicios ambulatorios y 25 clínicas multidisciplinarias de atención a los niños.

Otros Centros Nacionales

Centro Nacional de Rehabilitación⁷⁹

El Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), es una Institución que tiene por misión abatir la incidencia de la discapacidad y de las secuelas discapacitantes.

⁷⁸ Información obtenida de su página web, www.facmed.unam.mx/infantil/index.htm

⁷⁹ Información obtenida de su página web, <http://www.cnr.gob.mx>

El Centro Nacional de Rehabilitación, es la culminación del esfuerzo, que desde 1973, inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: “*Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas*”.

Objetivos

- a. Apoyar las acciones de asistencia social que coordina la Oficina de la Presidencia de la República, con el vigoroso beneficio de la medicina avanzada en la lucha contra la discapacidad.
- b. Formar los recursos humanos médicos y técnicos de su competencia.
- c. Asegurar permanentemente la atención médica de excelencia al Sistema Nacional de Rehabilitación, a través de la educación continua programada con los recursos de tele-enseñanza.
- d. Establecer contacto con las Instituciones médicas y de educación superior nacionales e internacionales que realizan investigación científica y tecnológica en materia de discapacidad, a través de la implantación de la tele-medicina.

El Centro cuenta con servicios para las enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central, entre las que destacan: Atrofia cerebral difusa, demencia senil. Enfermedades de **Alzheimer**, Pick, Huntigton, **Parkinson**, Degeneración Espinocerebelosa, **Esclerosis Múltiple** y Esclerosis Lateral Amiotrófica.

Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades

El Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) es el centro nacional de referencia para promover y vigilar el uso correcto de la Clasificación Internacional de Enfermedades y de sus clasificaciones en México. Con ello el Centro contribuye al mejoramiento de la calidad de las estadísticas de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina en el país.⁸⁰

El Centro está agregado a la Secretaría de Salud, como órgano colegiado. En él participan representantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), como asesores, bajo la coordinación de la propia Secretaría.

Objetivos

- a. Capacitación, para la formación, actualización y certificación de codificadores médicos e instructores de codificadores, que usan la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o alguna otra clasificación de su familia.
- b. Asesoría, a codificadores y otros usuarios de las clasificaciones de enfermedades y de alguna otra clasificación de su familia.
- c. Investigación, acerca de la calidad de la codificación y de las estadísticas que usan estas clasificaciones.
- d. Coordinación, con las instituciones públicas y privadas para promover, asesorar y vigilar el uso correcto de la CIE y de su familia de clasificaciones y con otros centros regionales de la CIE y la OMS para la solución de problemas relacionados con el uso de estas clasificaciones.

Las tendencias permiten pronosticar que el sistema de salud deberá enfrentarse a una creciente población de ancianos y discapacitados, con patologías que hasta el momento se combaten con

⁸⁰ www.ssa.gob.mx

tecnología de alto costo y recursos humanos muy especializados. En consecuencia las transiciones demográficas y epidemiológicas generan transiciones institucionales.⁸¹

2.3.2 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS.)



El Instituto Mexicano del Seguro Social nace en 1943 en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora. Actualmente, la Ley señala que la seguridad social tiene como finalidades el 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 cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

El IMSS es un sistema de salud con tres niveles de atención, dentro del primer nivel se proporcionan servicios de atención primaria a través de 1,545 unidades de medicina familiar con la ayuda de 13,503 médicos familiares. El segundo nivel se conforma por una red de 217 hospitales y el tercer nivel comprende 31 hospitales y 10 centros médicos de alta especialidad.

El Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Estos son: Enfermedades y maternidad, Riesgos de trabajo; Invalidez y vida, Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y Guarderías y prestaciones sociales.

En 1995 se realizó un profundo proceso de auto-examen, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo. De este proceso surgió la iniciativa de una Nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial en diciembre de 1996. La Nueva Ley entre otras cosas modifica radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos.⁸²

En la actualidad en IMSS atiende a casi el 60% de la población del país, motivo por el cual surge la preocupación sobre la asignación de recursos a este Instituto. Cabe mencionar que la población se está volviendo más crítica y exigente con los servicios que recibe lo que implica una relación diferente entre los derechohabientes y el Instituto.

Resalta el hecho de que el sistema médico de primer nivel del IMSS es la piedra angular de sus servicios, por lo que en la actualidad se plantea un nuevo modelo de medicina familiar ya que anteriormente los servicios estuvieron orientados a la satisfacción de la demanda y a los altos costos de las enfermedades más que a la provisión de servicios de salud efectivos basados en las necesidades reales de la población.

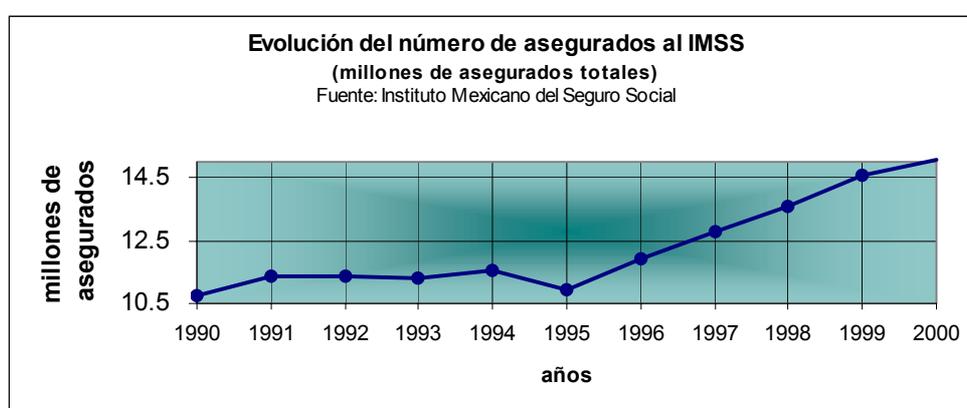
El número de trabajadores afiliados al IMSS se incrementó en 21.8% a partir de la reforma a la Ley del Seguro Social, debido a que la reforma disminuye los costos laborales de las empresas lo que permite expandir los niveles de operación, generando mayores empleos en el sector formal de la economía.

⁸¹ Debido a que los perfiles de las instituciones, caracterizadas por sus programas, estrategias y prácticas están delineados por tres tipos de factores: los económicos y sociales, los epidemiológicos y la disponibilidad de recursos.

⁸² Instituto Mexicano del Seguro Social, www.imss.gob.mx

Gráfica No. 3

Evolución del número de asegurados al IMSS 1990 – 2000



Existe una tendencia referente al crecimiento económico que ha experimentado el país entre 1995 – 2000, que implica que la población ocupada y particularmente la población asalariada se incorpore formalmente a la economía y por lo tanto al IMSS.

Cuadro No. 12

Porcentaje de la distribución relativa de los asegurados permanentes del IMSS por grupos de edad 1996 – 2000

Edades	1996	1997	1998	1999	2000
15 – 19	12.61	13.76	12.18	9.69	7.93
20 – 24	20.10	20.94	21.80	21.86	16.90
25 – 29	17.98	19.36	18.28	17.90	17.40
30 – 34	14.28	13.65	13.58	13.56	24.55
35 – 39	10.87	10.36	10.69	10.67	10.67
40 – 44	7.97	7.70	7.97	7.87	8.07
45 – 49	5.49	5.30	5.54	5.58	5.72
50 – 54	3.79	3.66	3.80	3.79	3.83
55 – 59	2.64	2.59	2.63	2.59	2.53
60 – 64	1.63	1.41	1.30	1.27	1.24
65 – 69	1.00	0.81	0.68	0.90	0.55
70 – 74	0.64	0.53	0.40	0.71	0.29

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de su página web, www.imss.gob-mx/nr/memoria-2001

Cuadro No. 13

Costos de la seguridad social en el IMSS⁸³ de 1994 a 1996
(millones de pesos a precios corrientes)

Concepto	1994	1995	1996
Prestaciones en especie ⁸⁴	17 883.5	21 864.3	26 656.9
Prestaciones económicas	10 844.7	13 993.3	18 257.7
Administración	7 105.9	7 859.5	9 038.7
Otros ⁸⁵	3 957.9	3 473.5	4 032.9
Total	39 792.0	47 190.6	60 986.2

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social

Cuadro No. 14

Costos de la seguridad social en el IMSS⁸⁶ de 1997 al 2000
(millones de pesos a precios corrientes)

Concepto	1997	1998	1999	2000
Servicios de personal	33 027	38 916	48 887	52 919
Consumos	8 522	10 766	13 849	14 099
Mantenimiento	762	1 129	1 577	1 338
Servicios generales	2 812	3 117	3 809	3 778
Uso de bienes	2 936	5 867	7 445	7 421
Prestaciones económicas	15 333	15 189	18 955	22 175
Provisión para obligaciones laborales	2 266	4 729	6 030	5 218
Otros	3 768	2 381	3 484	4 187
Total	69 426	82 094	104 036	111 135

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social

⁸³ Como resultado de la entrada en vigor en julio de 1997 de la Nueva Ley del Seguro Social, se modificó la composición del costo de la seguridad social, presentándose esta desagregación hasta 1996.

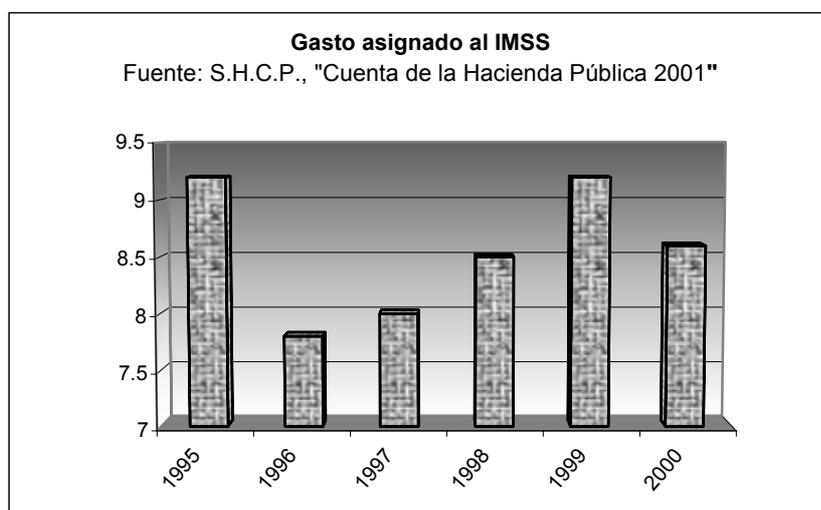
⁸⁴ Las prestaciones en especie son las pensiones, subsidios, finiquitos e indemnizaciones, así como ayudas para gastos de funeral matrimonios.

⁸⁵ Comprende gastos en provisiones, incobrabilidades, depreciaciones e intereses actuariales así como ajustes a resultados de ejercicios anteriores.

⁸⁶ Derivado de la Nueva Ley del Seguro Social, a partir de 1997 la contabilidad institucional cambia conceptos acordes a sus necesidades.

Gráfica No. 4

Gasto asignado al IMSS como porcentaje del gasto programable 1995 - 2000



Año	%
1995	9.2
1996	7.8
1997	8
1998	8.5
1999	9.2
2000	8.6

En 1998 el IMSS, en el ejercicio de su presupuesto requirió de ampliaciones por 1,732.7 millones de pesos. Ello fue resultado de la evolución observada en los rubros de materiales y suministros y servicios personales.⁸⁷

2.3.3. Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE.)



El 30 de diciembre de 1959 por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de los Estados, como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios. Con la finalidad de administrar los seguros, prestaciones y servicios que la misma contiene.

Posteriormente la Ley del ISSSTE publicada en el Diario Oficial de la Federación del 27 de diciembre de 1983, considero como órganos de Gobierno además de la Junta Directiva y al Director General, al Fondo de la Vivienda y a la Comisión de Vigilancia.

El ISSSTE se organiza y opera por niveles de atención, a través de 35 Delegaciones Regionales y Estatales distribuidas a nivel nacional y su funcionamiento se encuentra establecido de acuerdo a su infraestructura, capacidad física instalada y sus recursos humanos.

El marco general para la clasificación de las unidades medicas del Instituto, esta representado por el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estructurar los servicios en tres niveles de atención.

- a. Consultorios Auxiliares
- b. Unidades de Medicina Familiar
- c. Clínicas de Medicina Familiar

Para la prestación de los servicios médicos, el ISSSTE cuenta con 1,213 unidades conformadas por: Centro Médico Nacional, Hospitales Regionales, Hospitales Generales, Clínicas Hospitalares, Clínicas de Especialidades, Clínicas de Medicina Familiar, Unidades de Medicina Familiar y Consultorios Auxiliares.

⁸⁷ SHCP, "Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1998", México 1998

Cuadro No. 15
Infraestructura Física del ISSSTE

Tipo de Unidad Médica	Número de Unidades
C.M.N. "20 de Noviembre"	1
Hospital Regional	10
Hospital General	22
Clínica Hospital	66
Clínica de Especialidad	10
Clínica de Medicina Familiar	61
Unidades de Medicina Familiar	61
Unidades de Medicina Familiar	898
Consultorios Auxiliares	145
Total	1,213
Fuente: ISSSTE	

Cuadro No. 16
Recursos Humanos del ISSSTE

Descripción	Número de Personal
Médicos	15,945
Enfermeras	18,203
Técnicos	4,619
Administrativos	10,858
Médicos Residentes	62,787
Médicos Internos	2,508
Total	65,295
Fuente: Boletín de Información Estadística 1997 SSA	

Cuadro No. 17
Recursos Humanos por 100, 000 derechohabientes

Descripción	Indicador	Índice Nacional
Médicos	171.9	120.4
Enfermeras	195.5	183.7
Trabajadores de Salud	673.1	528.9
Fuente: Boletín de Información Estadística 1997 SSA		

Cuadro No. 18
Capacidad instalada por 100,000 derechohabientes

Descripción	Indicador	Índice Nacional
Consultorios	53.8	43.3
Camas Censables	72.6	85.1
Quirófanos	3.0	2.9
Salas de Expulsión	1.6	1.6
Equipo de Rayos "X"	4.3	2.4
Bancos de Sangre	0.7	0.03

Fuente: Boletín de Información Estadística 1997 SSA

Cuadro No. 19
Servicios por 1,000 derechohabientes

Descripción	Indicador	Índice Nacional
Consultas Generales	1,727.7	1,414.6
Egresos	37.5	46.6
Urgencias	122.8	235.5
Estudios de Laboratorio	1,876.0	1,577.9
Estudios de Rayos "X"	196.7	168.9

Fuente: Boletín de Información Estadística 1997 SSA

En 1996 el ISSSTE emprendió el Programa de Fortalecimiento de las Clínicas de Primer Nivel de Atención, cuya etapa inicial abarcó la Zona Metropolitana, con lo que avanzó en la actualización del Manual de Organización de las Clínicas de Medicina Familiar iniciando la operación de sistemas automatizados para la programación de consultas.⁸⁸

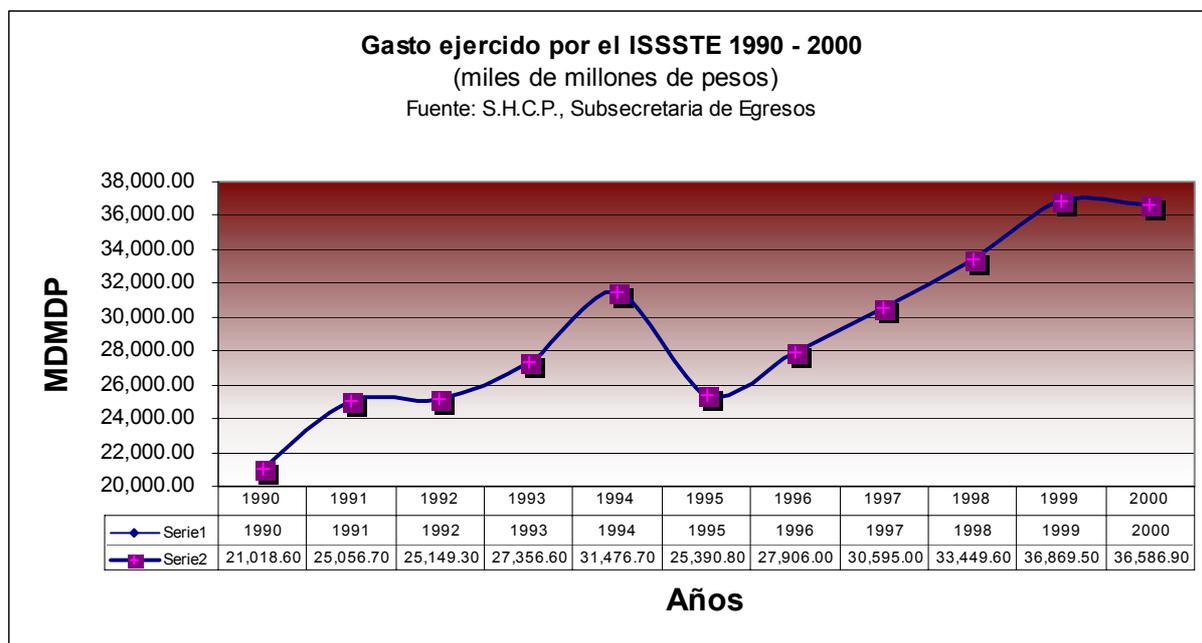
Gasto del ISSSTE

En el año 2000 el gasto del ISSSTE fue de 63 mil 586.9 millones de pesos, cifra superior en 16.2% respecto de 1994, uno de los niveles más altos de los últimos 11 años.

⁸⁸ SHCP, "Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1996" México 1997

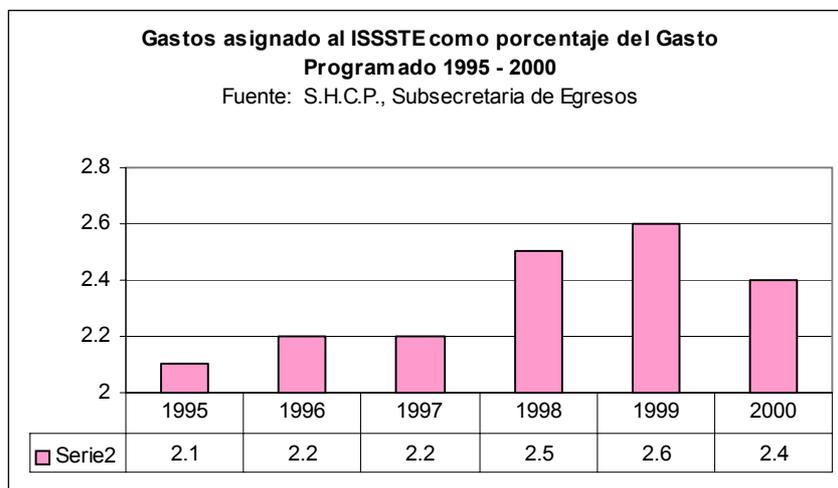
Gráfica No. 5

Gasto ejercido por el ISSSTE 1990 – 2000
(miles de millones de pesos)



Gráfica No. 6

Gasto asignado al ISSSTE como porcentaje del gasto programable 1995 – 2000
(miles de millones de pesos)



Para 1998, en el ISSSTE los egresos superaron la meta en 1,020.8 mdp,⁸⁹ recursos que se destinaron primordialmente a los capítulos de otras erogaciones, materiales y suministros.⁹⁰

⁸⁹ Millones de pesos

⁹⁰ SHCP, "Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1998", México 1998

2.3. ASIGNACIONES DEL GASTO PROGRAMABLE

Definición y función del gasto

Según la definición del clasificador por objeto del gasto se puede concebir a este como el agrupamiento ordenado, homogéneo y coherente de bienes, servicios y erogaciones que las dependencias, órganos desconcentrados y entidades de la administración pública requieren para desarrollar sus acciones, en general se puede decir que son las erogaciones que se realizan a tendiendo a fin determinado. Su función consiste en identificar con claridad la demanda gubernamental de todos los recursos: humanos, materiales, financieros y de servicios y determinar el tipo de gasto que en cada programa se necesita para el cumplimiento de los objetivos y ordena e identifica sistemáticamente el uso que se le dará al presupuesto asignada a cada programa o actividad.

El destino del presupuesto de estas instituciones se reporta según la clasificación programática y por objeto del gasto de la S.H.C.P. La clasificación se divide por capítulos y estos a su vez se dividen en partidas, los capítulos del gasto son⁹¹:

Cuadro No. 20

Clasificación Programática y por Objeto del Gasto

Capitulo	Descripción
1000	Servicios personales
2000	Materiales y suministros
3000	Servicios generales
4000	Ayudas subsidios y transferencias
5000	Bienes muebles e inmuebles
6000	Obras públicas
7000	Inversión financiera y otras erogaciones
9000	Deuda pública

La necesidad de apoyar la planeación del gasto en salud se refleja también en la dinámica de los precios con mayor crecimiento para los bienes y servicios del sector, dada la prioridad social que tiene su consumo.

2.4.1. GASTO PÚBLICO EN SALUD

El gasto en salud, es aquel que incluye los gastos para el consumo o la producción de bienes y servicios, ya sean personales o no personales que buscan conservar o elevar el nivel de salud de los individuos.

El gasto en salud que realizan las instituciones públicas para asegurados y población abierta, se recoge de los anuarios e informes oficiales de cada institución de acuerdo a su asignación final o al presupuesto ejercido.

La importancia creciente del sistema de salud en la economía se expresa a través del dinamismo que se genera en otras ramas productivas, un ejemplo de ello es la tecnología y los insumos requeridos en diversos procesos. Las grandes instituciones que captan el monto total de los recursos son el IMSS dentro de las instituciones de seguridad y la SSA en los servicios públicos para la población no

⁹¹ Notas tomadas de la Clase de Presupuesto por Programas del Lic. Pablo Trejo

asegurada. El presupuesto asignado a instituciones para no derechohabientes es tan bajo, que resulta imperante analizar la capacidad real de cobertura y de calidad de servicios.

El Gasto programable del Sector Público se divide en tres rubros, que a la vez se subdividen de la siguiente manera:

- a. *Funciones de gestión gubernamental:* Gobierno, Soberanía del territorio nacional, Medio ambiente y recursos naturales, Impartición de justicia, Organización de los procesos electorales, Procuración de justicia, Legislación .
- b. *Funciones de desarrollo social:* Educación, Seguridad social, Desarrollo regional y urbano, Abasto y asistencia social, Laboral.
- c. *Funciones productivas:* Energía, Desarrollo agropecuario, Comunicaciones y transportes, Otros servicios y actividades económicas.

El promedio de gasto programable ejercido entre 1990 – 2000 para las funciones de desarrollo social, fue de 214 mil 698.02 millones de pesos donde el máximo histórico asignado a este apartado se da en el año 2000.

Cuadro No. 21
Gasto Programable de los Ramos Administrativos 1995 – 2000

Gasto Programable de los Ramos Administrativos 1995 - 2000				
(millones de pesos)				
Ramos Administrativos	1995	%	2000	%
Presidencia de la República	430.60	0.42%	1,547.00	1%
Gobernación	2,531.20	0.48%	9,330.30	4%
Relaciones Exteriores	1,407.40	1.38%	3,137.70	1%
Hacienda y Crédito Público	10,197.00	9.98%	19,558.80	8%
Defensa Nacional	7,860.10	7.69%	20,375.30	9%
Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural	15,128.40	14.81%	24,849.30	11%
Comunicaciones y Transportes	10,078.20	9.87%	17,092.60	7%
Comercio y Fomento Industrial	1,192.60	1.17%	2,771.30	1%
Educación Pública	34,600.60	33.87%	83,436.20	36%
Salud	7,703.60	7.54%	18,321.70	8%
Marina	2,507.70	2.46%	7,559.20	3%
Trabajo y Previsión Social	662.00	0.65%	3,344.40	1%
Reforma Agraria	1,368.70	1.34%	1,657.10	1%
Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca	4,806.10	4.71%	14,269.50	6%
Procuraduría General de la República	1,671.40	1.64%	4,875.00	2%
TOTAL⁹²	102,145.60	100%	232,125.40	100%

⁹² Los datos son tomados de la S.H.C.P., del reporte de la Cuenta Pública

Aunque en los últimos 50 años se ha avanzado en materia de salud, persisten grandes retos a superar, estos son:

- a. Equidad
- b. Calidad
- c. Financiamiento

En relación con el tamaño de la economía mexicana la inversión en salud es insuficiente, ya que se ubica por debajo del promedio latinoamericano, así como por debajo de países con niveles de menor desarrollo.

Cuadro No. 22
Gasto Programable en Clasificación funcional 1999

Gasto Programable en Clasificación Funcional 1999	mdp	% del PIB
Total	711,228.20	15.39
Funciones de Desarrollo Social	433,375.10	9.37
Educación	175,668.60	3.80
Salud	110,120.90	2.38
Seguridad Social	95,014.60	2.06
Desarrollo Regional y Urbano	40,195.80	0.87
Abasto y Asistencia Social	10,097.90	0.22
Laboral	2,277.30	0.05
Funciones Productivas	192,848.80	4.17
Energía	138,261.00	2.99
Desarrollo Agropecuario	26,644.40	0.58
Comunicaciones y Transportes	24,036.50	0.52
Otros Servicios y Actividades Económicas	3,906.90	0.08
Funciones de Gestión Gubernamental	85,000.40	1.84
Gobierno	34,351.80	0.74
Soberanía del Territorio Nacional	22,908.20	0.50
Medio Ambiente y Recursos Naturales	9,254.90	0.20
Impartición de Justicia	7,675.30	0.17
Organización de los Procesos Electorales	3,512.80	0.08
Procuración de Justicia	4,064.80	0.09
Legislación	3,236.80	0.07

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1999.

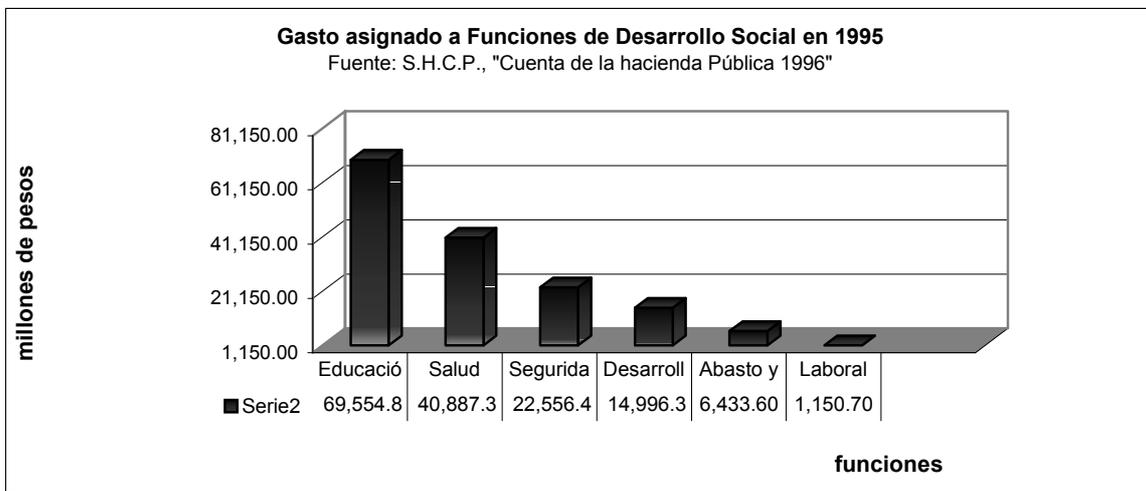
En el cuadro anterior se puede observar la clasificación funcional del gasto federal programable. El gasto programable total en 1999 ascendió a 15.39 puntos porcentuales del producto, de los cuales cerca de 90% se destinó a funciones productivas y de desarrollo social. El gasto federal destinado a las actividades productivas y a funciones sociales es el que se distribuirá entre las familias.

Distribución del Gasto en Funciones Sociales

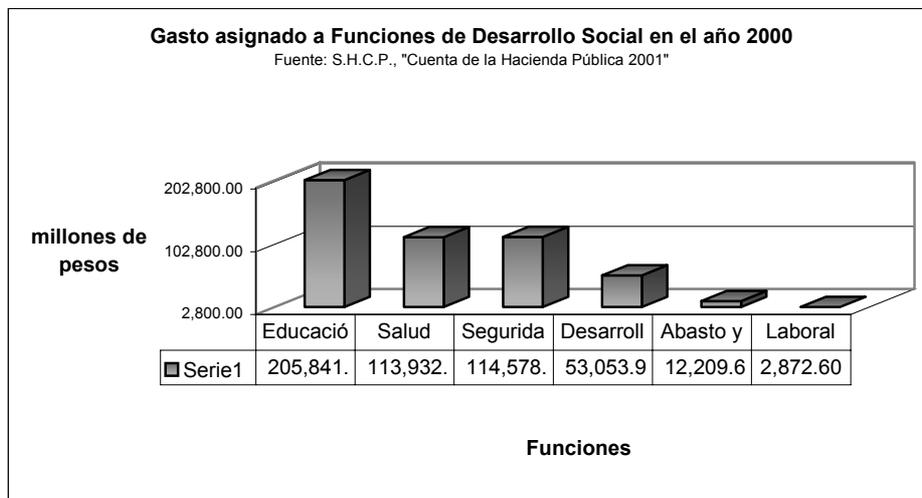
De acuerdo con la Secretaría de Salud, en 1999 se realizaron poco más de 220 millones de consultas en las instituciones de salud donde los institutos de seguridad social proporcionaron poco más del 65% de las consultas mientras que los servicios a la población abierta proporcionaron el restante 35%.

Del total de consultas en 1999, aproximadamente 93% fueron otorgadas en instituciones públicas y el restante 7% en instituciones privadas. Asumiendo que estas proporciones reflejan la distribución de la población que utiliza los servicios públicos y privados de salud, 20.6 millones de familias acceden a los servicios públicos de salud y 1.5 millones de familias a los servicios privados.

Gráfica No.7
Gasto Destinado a Funciones de Desarrollo Social en 1995
(millones de pesos)



Gráfica No. 8
Gasto Destinado a Funciones de Desarrollo Social en 2000
(millones de pesos)



Gasto en Seguridad Social

El gasto en seguridad social se encuentra dirigido hacia la población trabajadora y hacia los pensionados. Se divide en dos vertientes, por una parte, las prestaciones económicas que comprenden el gasto en pensiones y jubilaciones, subsidios, ayudas e indemnizaciones y las prestaciones sociales como guarderías, servicios funerarios y turísticos, entre otros. La población derechohabiente perteneciente al IMSS y al ISSSTE está conformada por asegurados permanentes y eventuales, familiares de asegurados, pensionados y familiares de pensionados.

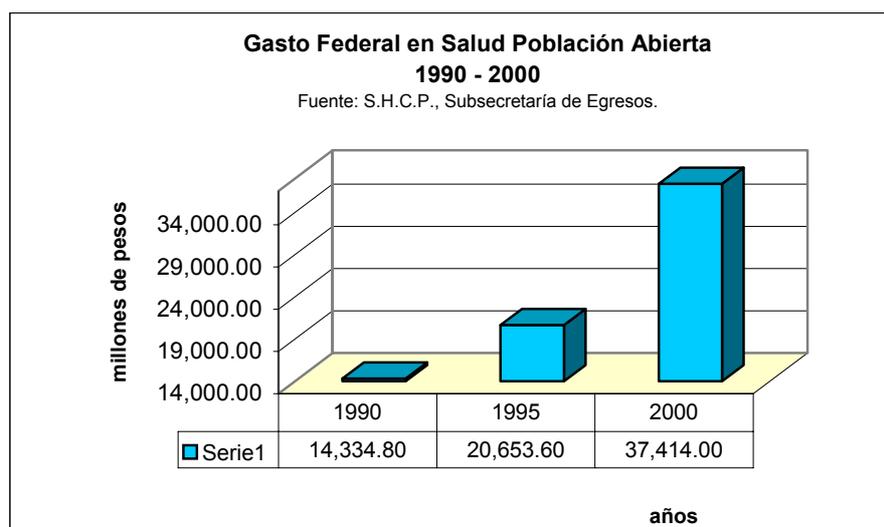
La evolución de este sector de la población y sus necesidades han presentado un comportamiento dinámico en los últimos años, durante 1999 la población derechohabiente del IMSS se incrementó en 22.8% respecto a 1994. Destacando el crecimiento, sin precedentes, del número de asegurados permanentes y eventuales, al incorporarse formalmente más de 3 millones de trabajadores eventuales de la industria de la construcción y de otras actividades temporales. Por el lado de las pensiones se estiman efectos importantes derivados de cambios en la estructura poblacional y el aumento en la esperanza de vida. La tasa de dependencia de la gente mayor de 65 años se espera que aumente de 7% en 1995 a 14.8% en 2030, según CONAPO.

Por las distintas dinámicas de crecimiento que presentan la población trabajadora y la población de pensionados, para efectos de la realización del estudio, se consideró medir la distribución del gasto en este rubro separando ambos tipos de poblaciones. Del gasto programable ejercido en Seguridad Social durante 1999, de 94,965 millones de pesos, 49.7% corresponde a pensiones y 50.2% al resto. Del total de la población derechohabiente 4.01% son pensionados y el 95.99% son asegurados, permanentes y eventuales, y sus familiares.

Destino del gasto

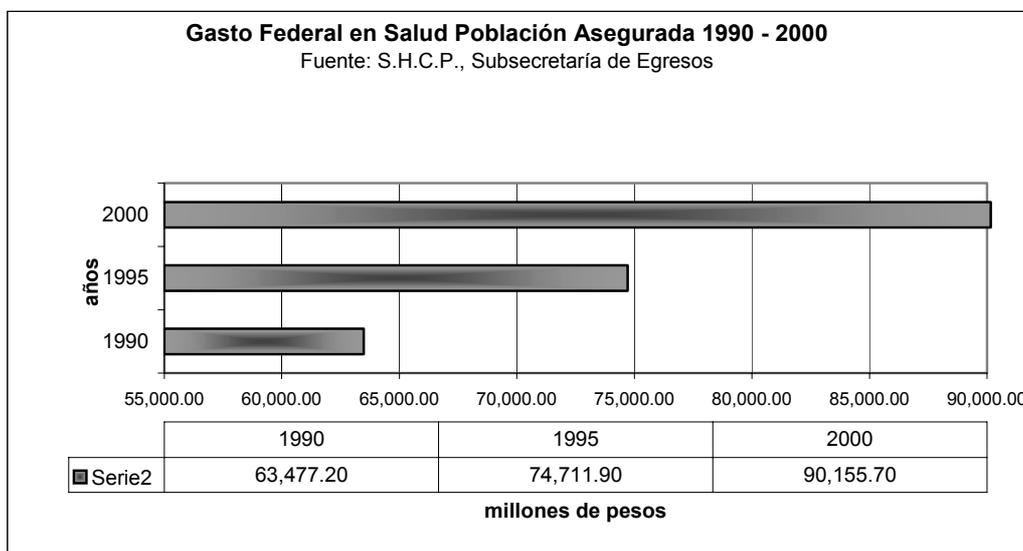
La distribución del gasto que realiza cada institución es registrada de acuerdo con la orientación programática de cada una de ellas. Dentro del sector público la prestación de servicios se organiza por programas.⁹³

Gráfica No. 9
Gasto Federal en salud a Población Abierta 1990 - 2000
(millones de pesos)



⁹³ Actualmente se carece de información desglosada según el gasto de cada programa, lo cual impide analizar la eficiencia y desempeño institucional de los mismos.

Gráfica No. 10
 Gasto Federal en salud de Población Asegurada 1990 – 2000
 (millones de pesos)



Clasificación del gasto público

En el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) se establecen las asignaciones de gasto a cada una de las instituciones del Gobierno Federal, para lo cual se identifican las dos grandes agrupaciones institucionales: una compuesta por el conjunto de Ramos Administrativos y Generales y otra por la Administración Pública Paraestatal.

El artículo 1º de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, establece que la Administración Pública Paraestatal está compuesta por organismos descentralizados, empresas de participación estatal, instituciones nacionales de crédito, organizaciones auxiliares nacionales de crédito, instituciones nacionales de seguros y fianzas y fideicomisos. Para efectos del PEF estos se clasifican en entidades de control presupuestario directo y entidades de control de presupuesto indirecto.

Las entidades de control de presupuesto directo son aquellas que tienen una relevancia estratégica, y cuyo nivel de ingreso y gasto se autorizan de manera específica dentro de la Ley de Ingresos de la Federación y en el decreto Aprobatorio del Presupuesto de Egresos de la Federación respectivamente.

Dentro de la Administración Pública Paraestatal, entre las entidades de control de presupuesto directo que son objeto de esta investigación se encuentran.

- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado, ISSSTE

En 1996 el Sistema Nacional de Salud emprendió una reforma estructural de las instituciones, sustentada en el marco del nuevo federalismo, con la finalidad de conformar sistemas estatales de salud con mayor capacidad para responder a las necesidades de cada región. El Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000 planteó las siguientes líneas de acción:

- Impulsar el federalismo a través de la descentralización de recursos y servicios a la población abierta.
- Reestructurar y modernizar las instituciones.
- Fortalecer los mecanismos de coordinación.

En 1998 la política de gasto público se constituyó como un instrumento determinante para enfrentar los efectos de los choques externos, al ajustar el nivel de las erogaciones a la disponibilidad de recursos.

Cuadro No. 20

Distribución de los subsidios y transferencias a las entidades de control presupuestario indirecto.

Función / Entidad	Participación.
Institutos de salud especializados	22.7
Hospital General de México	9.0
Hospital Infantil de México	3.9
Hospital General Dr. Manuel Gea González	2.7
Otras	61.7
Total de Salud	100.0

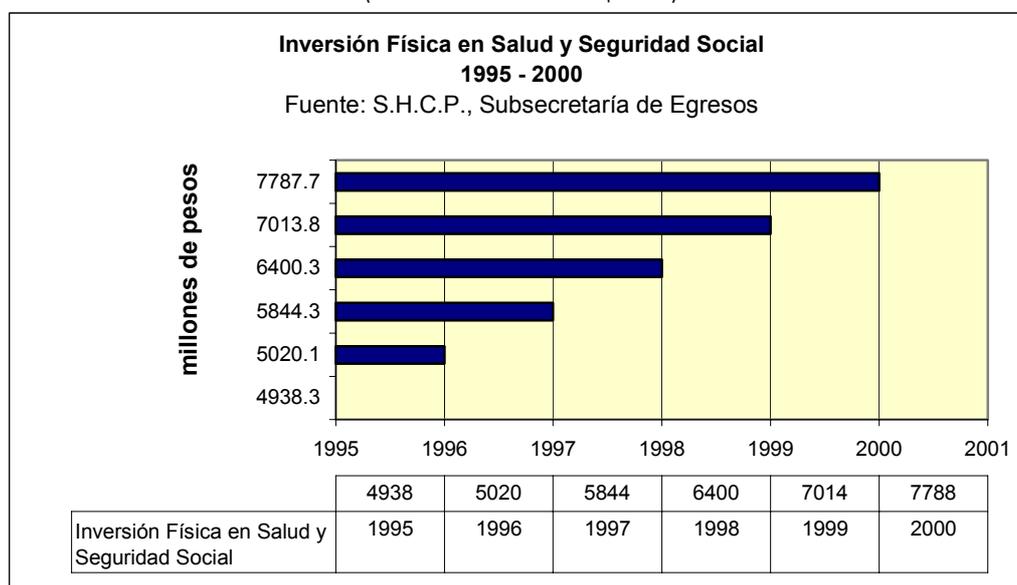
Fuente: S.H.C.P., Subsecretaría de Egresos

En 1998 la Secretaría de Salud presentó un egreso por abajo del presupuesto de salida en 3 mil 296.9 millones de pesos; dicha disminución obedeció a la transferencia de recursos al Ramo 33⁹⁴

Para el año 2000 el nivel de recursos destinados a la inversión física en educación, salud y seguridad social fue 19 mil 583.4 millones de pesos, cifra superior en 15.8 % a lo erogado en 1994.

Gráfica No. 11

Inversión Física en Salud y Seguridad Social 1995 – 2000
(Miles de millones de pesos)



Cabe mencionar que la inversión física en el 2000 en sector salud fue de 7 mil 787.7 millones de pesos, de los cuales 65.1% corresponden a recursos asignados al IMSS. Durante el periodo 1994 – 2000 la inversión en este sector creció 10.6% real; la del IMSS aumentó 30.3% lo que representa 2.9% más que

⁹⁴ El Ramo 33 establece las aportaciones federales para entidades federativas y municipios.

el total en igual periodo. En el 2000 el gasto social como porcentaje del PIB es de 9.6% lo que representa un máximo histórico, que se puede observar en el cuadro anterior:

2.4.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO

Entre 1995 – 2000 se trató de mantener una correspondencia entre el nivel de gasto público y la disponibilidad de recursos. El gasto programable sufrió periodos de austeridad entre 1994 y 1995 debido a la crisis económica por la que atravesó el país, lo que redujo el gasto en 1.8 puntos del PIB, para 1998 como consecuencia de los ingresos públicos por la caída del precio del petróleo el gasto disminuyó en 1.0 puntos de PIB en comparación con 1997. Se observa que entre 1995 – 2000 el nivel promedio del gasto programable es el más bajo de los últimos 21 años.⁹⁵

Cuadro No. 21

Gasto Social como Porcentaje del PIB 1990 – 2000

GASTO SOCIAL CON RELACIÓN AL PIB	
Año	Porcentaje
1990	6.1
1991	7.0
1992	7.7
1993	8.5
1994	9.3
1995	8.5
1996	8.4
1997	8.7
1998	9.0
1999	9.4
2000	9.6

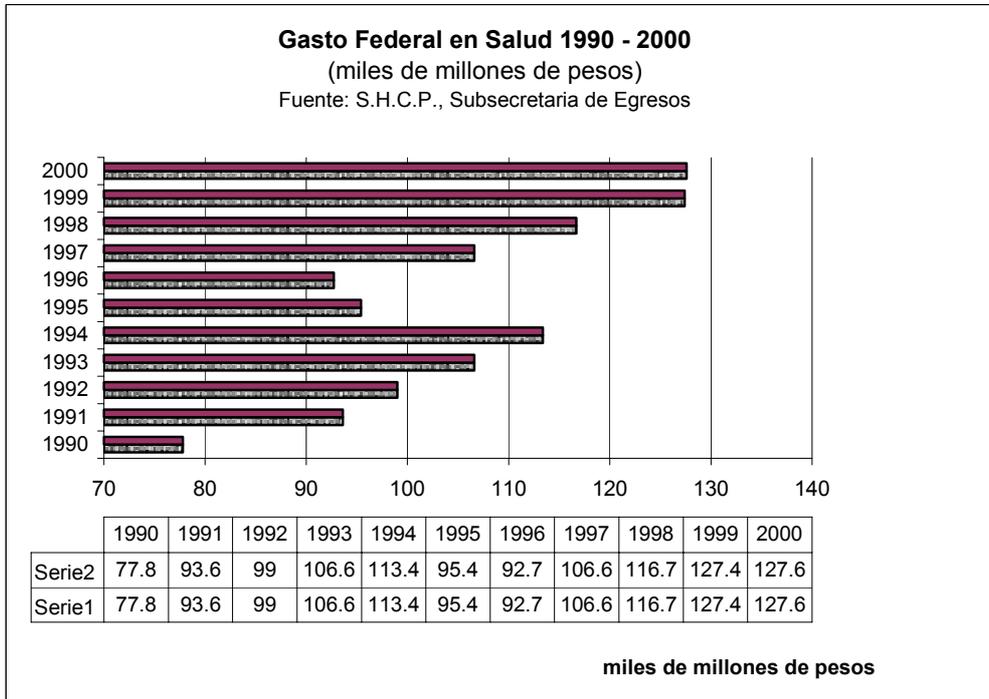
El presupuesto de salud para el año 2000 representó un crecimiento real de 12.5% respecto del ejercicio de 1994. Alcanzando el nivel más alto.

Gráfica No. 12

Gasto Federal en Salud 1990 - 2000

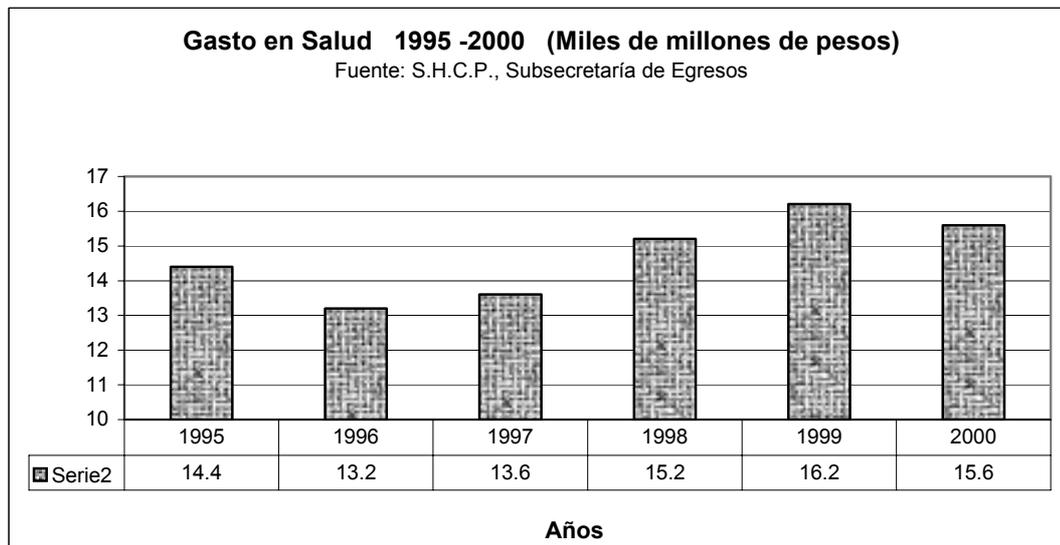
⁹⁵ "Presupuesto de la Federación 1995 – 2000", SHCP, Subsecretaría de Egresos

La participación del gasto en salud dentro del gasto programable ascendió a 15.6% comparablemente con el registrado en 1994 que fue de 14.5%



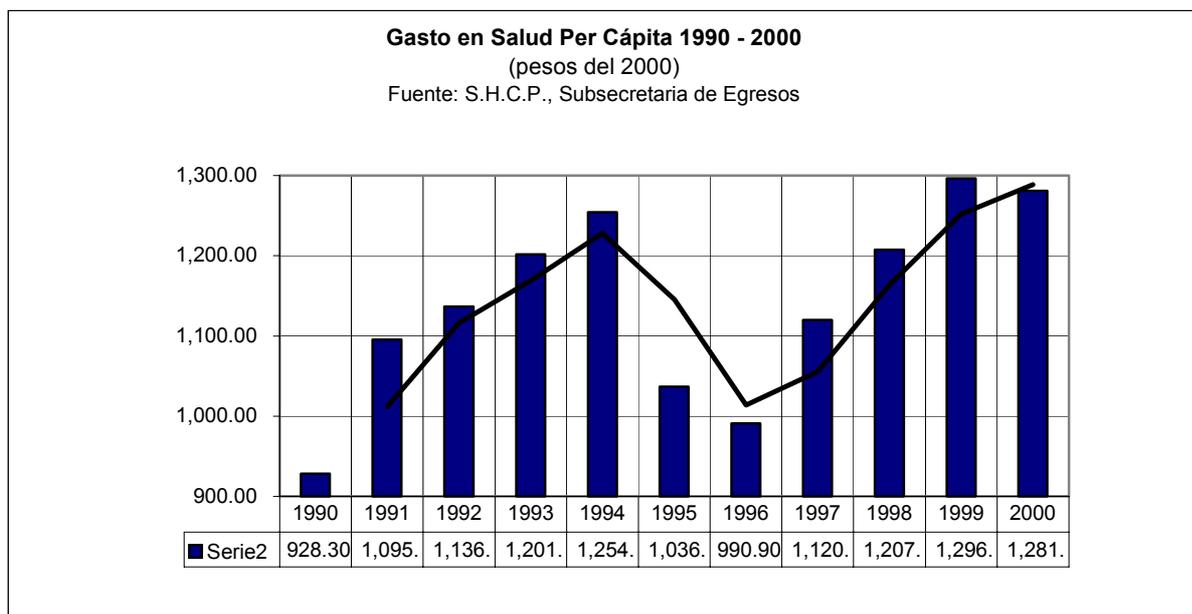
Gráfica No. 13

Gasto en Salud como porcentaje del gasto Programable 1995 - 2000
(Miles de millones de pesos)



Gráfica No. 15

Gasto en Salud Per 1990 - 2000



3. El papel de la economía del bienestar dentro de La atención primaria a la salud.

3.1. QUE ES LA ECONOMÍA DEL BIENESTAR Y CUAL ES SU RELACIÓN CON LA SALUD

El economista clásico **Adam Smith** (1723-1790) además de establecer los fundamentos de la teoría clásica y del valor, aportó a la economía política una doctrina basada en la utilidad y el egoísmo, donde desarrolla la idea de que "el deseo de mejorar la propia situación se manifiesta en los intentos de los individuos por obtener beneficios y evitar costos" posteriormente el marginalista **Jeremy Bentham** (1748-1832) formalizó esta doctrina en términos "del principio del placer y del dolor" en este sentido y como aportación al bienestar económico introdujo la fórmula para el cálculo de la felicidad a través del placer y del dolor colectivos, donde describe una serie de circunstancias a través de las cuales pueden medirse los valores del placer y del dolor.

Posteriormente Bentham explicó los mecanismos por medio de los cuales puede obtenerse el cálculo del bienestar de la comunidad a través de seis pasos: i) calcular el valor del placer, ii) calcular el valor del dolor, iii) calcular el valor del placer después del dolor, iv) calcular el valor del dolor producido de la primera sensación, v) sumar todos los valores de placer y dolor por separado

y vi) calcular el número de personas cuyos intereses estén relacionados y hacer los cinco pasos anteriores con cada persona.

Por supuesto la teoría del bienestar de Bentham era impracticable, pero ella aportó la idea de las comparaciones interpersonales del bienestar, que posteriormente se demostró eran una falacia de composición, al decir que el interés colectivo es la suma de los intereses individuales.

La corriente marginalista fue desarrollando a través del fundador de la Escuela Austriaca **Carl Menger** (1840-1921). La idea del "bienestar económico" donde destaca que las necesidades de los individuos surgen de su propia naturaleza y que cuando las necesidades son satisfechas el individuo vive y se desarrolla de mejor manera, al aumentar su estado del bienestar. Analiza también el concepto de incertidumbre sobre los bienes futuros (que más tarde desarrollará **Kennet Arrow** respecto a la economía de la salud) y la preocupación eventual por la satisfacción de poder conseguir los bienes precisos para cubrir sus necesidades totales.

Posteriormente **Vilfredo Pareto** (1848-1923) como sucesor sobre las ideas del Equilibrio General de **León Walras** (1834-1910) utilizó varias áreas del análisis económicos para explorar las condiciones de intercambio y de producción que constituyen los fundamentos de la moderna economía del bienestar.

Pareto utilizó las curvas de indiferencia con la finalidad de demostrar que en el caso de una oferta fija de bienes, se obtendría un óptimo de bienestar en el intercambio sin perjudicar a otro, identificando así una tasa marginal de sustitución (TMS) donde la TMS entre dos mercancías como por ejemplo - **x** y **y** - se mide el número de unidades de "y" que se han sacrificado para obtener una unidad de "x" para que el nivel de satisfacción no se altere. Por lo que el óptimo de Pareto requiere que la TMS entre cualquier par de bienes de consumo sea la misma para dos individuos (seleccionados al azar) que consumen ambos bienes, si este no fuera el caso, cualquiera de las dos partes podría ganar en el intercambio. Consecutivamente Pareto introdujo dos teoremas de bienestar que se analizaron en el capítulo anterior.

En la actualidad existen serios problemas relacionados con el desarrollo de la teoría de bienestar de Pareto, en la que se incluye la posibilidad de deducir una función de bienestar social que no sea normativa y que sea distinta a la noción del principio de compensación que establece que el criterio para tomar decisiones en las situaciones en las que los cambios provocados por estas, mejoran el bienestar de unas personas y empeoran el de otras, siendo estas mejoras eficientes en el sentido de Pareto.

Lo que llevará más tarde analizar la función social del bienestar como un marco dentro del cual se pueden investigar las consecuencias distributivas de una política, expresadas en el aumento de utilidad de una persona para compensar la disminución de otra.

Teodore Schultz, afirmó la importancia de la salud como herramienta del crecimiento (por lo cual ganó el Premio Nobel de Economía en 1979). Posteriormente los estudios del Banco Interamericano de Desarrollo demostraron la relación entre la variable equidad y el crecimiento económico, demostrando que crecerían primero las economías basadas en sociedades equitativas. Posteriormente las proposiciones de Amartya Sen (Premio Nobel de Economía 1998) avanzan en este mismo sentido, explicando que las acciones de salud resultan cruciales ya que diversos estudios sobre equidad en el financiamiento de servicios generan evidencia para afirmar que el gasto público en salud es el que registra un mayor impacto distributivo.

Amartyan Sen (Premio Nobel de Economía 1998) realizó valiosas contribuciones económicas al bienestar social a través de la teoría económica. Amartya Sen examina las relaciones y las diferencias entre los conceptos - capital humano y capacidad humana - donde concibe las cualidades humanas en su relación con el crecimiento económico, mientras que el concepto de capacidad describe la expansión de la libertad humana para vivir el tiempo de vida que la gente

juzgue valedera, es decir, que el desarrollo no puede verse solamente como un incremento del Producto Interno Bruto, sino como una expansión de la capacidad humana para llevar a cabo una vida más libre y digna. También comenta que la prosperidad económica contribuye a que la gente se realice obteniendo mejores servicios de salud y atención médica y algunos otros factores que influyen en lo que realmente gozan y disfrutan las personas.

En 1999 Amartya Sen pronunció una conferencia en España, sobre el futuro del estado de bienestar, donde comenta que la naturaleza del estado de bienestar consiste en ofrecer algún tipo de protección a las personas que sin la ayuda del Estado no serían capaces por si mismas de llevar una vida aceptable (según los criterios de la sociedad moderna) por lo que la idea central del estado de bienestar se centra en la interdependencia de los seres humanos; también retoma la idea de **Adam Smith** al considerar que dentro del intercambio, la principal motivación surge de la ganancia individual y que esta llevará a un intercambio beneficioso, siendo ésta la base del intercambio de la economía de mercado, debido a lo cual el mercado al poner en sintonía a diferentes personas contribuye al estado de bienestar.

Asimismo explica que es posible que algunas personas se encuentren en situaciones difíciles por causas de enfermedad por lo que tendrán la necesidad de asistencia médica y a pesar de que tengan los ingresos suficientes para afrontarla, a la larga y según el tipo de enfermedad quizá no puedan hacer frente a estos gastos, debido al tipo de enfermedad, al empobrecimiento, a la falta de trabajo, al bajo nivel de salario o a cualquier otro problema que enfrentan como podría ser una discapacidad que no les permitiera tener la renta suficiente. Es aquí donde el Estado ofrece un apoyo básico para que estas personas no se hundan en la desesperación.

Una vez expuesto el surgimiento y desarrollo de las principales ideas a acerca del estado de bienestar se comprenderá la importancia de la atención médica básica (considerada en México como de primer nivel), es decir un nivel de atención donde el paciente pueda obtener un diagnóstico temprano con la finalidad de dar tratamiento oportuno a la enfermedad que le aqueje, buscando como consumidor racional maximizar su función de utilidad evitando así algunas distorsiones y fallas para el mercado de la salud.

3.2. LA FUNCIÓN DEL ESTADO

El Estado debe esforzarse en proporcionar programas dirigidos por equipos multidisciplinarios de profesionales para la detección temprana, la evaluación y el tratamiento de las enfermedades, de esta forma se podrían prevenir, reducir o eliminar algunos efectos perjudiciales. El primer paso hacia la atención de las enfermedades aquí tratadas comienza con el médico de primer nivel, su importancia radica en que ellos constituyen el pilar de todos los servicios sanitarios, ya que a través de estos el paciente puede obtener un diagnóstico temprano con la finalidad de dar tratamiento oportuno a estas enfermedades. Es en este nivel de atención que el personal médico debe capacitarse y tomar conciencia de su papel para que sepa cuando y como canalizar a estos pacientes a otro nivel de atención especializado.

La carencia de personal capacitado para detectar enfermedades neurológicas (médicos generales) ha llevado a que este tipo de pacientes se encuentren frente a tratamientos inadecuados, que pueden ir desde entradas prematuras o estancias prolongadas en hospitales hasta ser recetados con medicamentos agresivos al organismo.

3.2.1. La aportación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) como órgano supervisor de los servicios sanitarios.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),⁹⁶ nace con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, así como contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos en nuestro país.

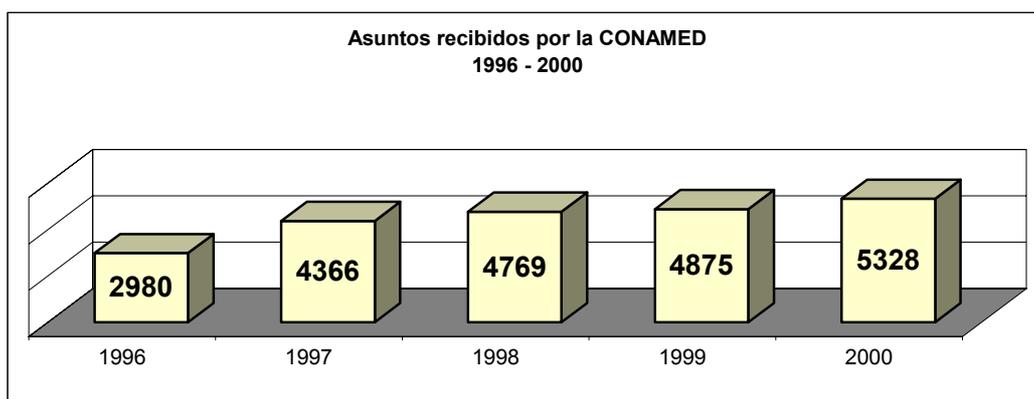
Algunas de las consideraciones que dan origen a la CONAMED, contenidas en el Decreto de creación publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, contemplan la necesidad de que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la prestación de dichos servicios.

Funciones: Artículo 4º - La Comisión Nacional tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- II. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios a que se refiere el artículo 3º de este Decreto.
- III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan.
- IV. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan:
 - a. Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio.
 - b. Probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario.
 - c. Aquellas que sean acordadas por el Consejo.

Además de fungir como árbitro y pronunciar los fallos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje y emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia.

Gráfica No. 1
Asuntos Recibidos por la CONAMED 1996 – 2000



⁹⁶ La información relativa a la CONAMED se obtuvo de su página web, <http://www.conamed.gob.mx>

Recomendaciones de la CONAMED para mejorar la práctica de la medicina⁹⁷ (Dirigidas a profesionales de la salud)

1. Mantener una relación respetuosa con el paciente y su familia.
 - Identificarse con el paciente y su familia.
 - Evitar malos tratos.
 - No demorar injustificadamente la atención.
 - No discriminar por ninguna razón al paciente.
 - Hablar con lenguaje entendible.
 - Ser tolerante, paciente y escuchar al enfermo y a su familia.
 - Mantener la confidencialidad.
 - Ser claro y no confundir al paciente en cuanto al pronóstico.
2. Informar y obtener consentimiento por escrito antes de realizar procedimientos con riesgo.
 - Ofrecer información clara, completa, veraz, oportuna y calificada.
 - Permitir la segunda opinión.
 - No presionar al paciente a decidir cuando no hay una urgencia real.
 - Solicite consentimiento informado (en sentido positivo o negativo).
 - Consentimiento para la investigación.
3. Elaborar un expediente clínico completo.
 - Realizar expediente clínico de acuerdo a la NOM.
 - Proporcionar resumen del expediente al paciente cuando lo solicite.
 - Por ningún motivo alterar el expediente.
 - Conservarlo por un mínimo de 5 años.
 - Firmar todas las notas.
4. Actuar con bases científicas, éticas y apoyo clínico.
 - Actuar según el arte médico, los conocimientos científicos y los recursos a su alcance.
 - Evitar la medicina defensiva, ya que no es ética.
 - Evitar prácticas inspiradas en el charlatanismo.
 - No simular tratamientos.
 - Evitar prescribir medicamentos de composición no conocida.
 - Evitar consultas por teléfono, radio, carta e Internet.
5. Proceder sólo con facultad y conocimientos.
 - Solo actuar cuando se tiene la capacidad reconocida para hacerlo (título, diploma).
 - Recurrir a otro compañero cuando el caso este fuera de su capacidad o competencia (edad, conocimientos, enfermedad, cansancio).
 - No participar en prácticas delictivas como el aborto, eutanasia activa, falsos certificados médicos, retener pacientes por falta de pago y otras razones.
 - Disponer de libertad de prescripción.
 - No participar en prácticas dicotómicas.
 - Mantener una permanente actualización médica
6. Garantizar seguridad en las instalaciones y equipo.
 - Conocer la capacidad instalada de la unidad de salud donde se pretende dar atención.
 - Probar el equipo que se podrá utilizar.

⁹⁷ El consenso de la Primera Reunión Nacional de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, convocadas por la CONAMED, consideró que siguiendo estas recomendaciones se mejorará la relación médico-paciente y se garantizará una atención médica de calidad a favor de la salud de la población mexicana.

- Referir a otra unidad al paciente cuando no se le garantice seguridad de las instalaciones.
 - Informar al paciente y su familia sobre la capacidad instalada de la unidad de salud.
 - Preferir, cuando es posible, hospitales certificados.
7. Atender a todo paciente en caso de urgencia calificada y nunca abandonarlo.
- Atender toda urgencia calificada aunque no se demuestre derechohabencia o se carezca de recursos económicos. No hacerlo es un ilícito.
 - Asegurar que la atención de un enfermo la continúe otro colega.
 - En situación de huelga, catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, no puede abandonar a su enfermo.

3.2.2. Derechos generales de los usuarios de los servicios de sanitarios⁹⁸

I. **Recibir trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho a que los profesionales que le brinden atención médica, le otorguen un trato conforme a su dignidad humana, respetando en todo momento sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, y su pudor, y que de igual manera, siempre que las circunstancias lo hagan necesario, dicho trato se haga extensivo a los familiares.

II. **Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.** El paciente, en su caso sus familiares o el responsable legal, tienen derecho a que la información sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento médicos, sea lo suficientemente completa para que puedan tomar las decisiones que más les favorezcan; se exprese en forma tan clara que sea siempre comprensible; se brinde con la oportunidad adecuada a fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y que sea siempre veraz, ajustada a la realidad, evitando en todo momento ocultar información fundamental sobre la naturaleza, estado y evolución del padecimiento.

III. **Decidir libremente sobre su atención.** El paciente, en su caso sus familiares o el responsable legal, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal, y libre de cualquier forma de presión, sobre todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que forme parte de la atención médica que recibe.

IV. **Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.** El paciente, en su caso sus familiares o el representante legal, en los supuestos que así lo señale la normatividad, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando deban sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberán ser informados en forma amplia y completa sobre las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse durante el acto médico así como de los beneficios que se esperan. Lo anterior incluye los casos en los cuales el paciente decida participar en eventos de investigación en humanos.

V. **Tener un expediente clínico.** El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba, ya sea sobre el diagnóstico, el pronóstico o el plan de tratamiento, sean asentados en forma clara, precisa y legible en un expediente que deberá cumplir con las características propias de este tipo de documentos. En su caso, tiene derecho, de igual manera, a que se le entregue un resumen clínico de la atención médica recibida.

VI. **Ser tratado con confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que la información que exprese a su médico en relación con su estado de salud, al igual que aquella de carácter personal, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un proceso de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad sanitaria en los casos previstos por la ley.

⁹⁸ Publicados por la CONAMED

VII. Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal que se encuentre preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y de acuerdo a las circunstancias en que se brinda la atención; así como ser informado cuando requiera referencia a otro establecimiento médico.

VIII. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. La atención médica adecuada supone el derecho del paciente a obtener por escrito la información necesaria para solicitar una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

IX. Recibir atención en cualquier establecimiento médico a efecto de resolver una urgencia. El paciente tiene derecho a recibir atención médica de urgencia, en cualesquiera establecimiento del Sistema Nacional de Salud, con el propósito fundamental de asegurar el restablecimiento de sus condiciones de salud, particularmente cuando está en peligro la vida, un órgano o la función.

X. Presentar inconformidad por atención médica deficiente. El paciente tiene derecho a inconformarse cuando presuma que la atención médica brindada por el equipo de salud, no se haya ajustado a los estándares que obliga una conducta diligente y perita, de conformidad con sus condiciones de salud y en relación con las circunstancias de tiempo y lugar en las que se otorgue el servicio médico.

3.3. RELEVANCIA DEL MÉDICO EN LA BÚSQUEDA DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y ACERTADO.

El modelo de medicina familiar propuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social es un rompecabezas que se compone de cinco piezas, ellas son: incremento de la capacidad resolutive, atención médica continua, libre elección, incentivos por capacitación y desempeño e integral a la salud. Este modelo tiene la finalidad de identificar las necesidades de salud de la población. Estas premisas se plantean para mejorar la provisión de los servicios de la atención primaria de salud (medicina de primer nivel). El significado de cada premisa es el siguiente.

- **Atención integral a la salud** definida como el cuidado y satisfacción de las necesidades en salud del asegurado y de su familia, dichas necesidades son identificadas por la demanda de servicios de los derechohabientes y detectadas a través del diagnóstico de la salud.
- **Elevación de la capacidad resolutive** significa fortalecer el nivel de competencia del personal de la unidad de medicina familiar mediante estrategias de educación medica continua, acompañadas por una reorganización de funciones y la modernización del equipamiento básico de dichas unidades.
- **Atención médica continua** consiste en satisfacer la solicitud de servicios de los usuarios en el momento en que lo soliciten.
- **Elección libre del médico por el asegurado** es la facultad del asegurado de seleccionar de manera libre, voluntaria e informada a él médico que más le convenga a cada asegurado y la familia de este.
- **Estímulos al desempeño** estos estímulos se originan en tres rubros que son: por capacitación ponderada, por desempeño médico y por actividades de investigación.

El médico de primer nivel tiene a cargo el cuidado total de salud y de sus necesidades en el plano de la salud puede ofrecer un mejor soporte al enfermo y sus familiares. En algunos casos este médico puede ceder su condición de tal ante situaciones clínicas complejas que harían necesario que el neurólogo asuma el rol principal.

El neurólogo trata enfermedades del SNC, estos ven a menudo a pacientes con un amplio rango de problemas llevando a cabo su función específica. Estas patologías pueden ser la EA, EM o EP. Como

consultor el neurólogo puede informar al médico de cabecera, que es quien está al pendiente de los problemas.

Cuando el médico de primer nivel considera que los signos y síntomas corresponden a una enfermedad del SNC, él o ella pueden requerir una segunda opinión. La consulta neurológica incluye exámenes visuales, fuerza muscular, reflejos, coordinación y sensibilidad, lo que ayuda al médico de primer nivel a determinar en dónde reside el trastorno del SNC.

Con el objeto de elevar la calidad del servicio médico en el primer nivel de atención, en 1996 el IMSS diseñó un nuevo modelo de medicina familiar que contempla la libre elección del médico por el usuario. Cabe mencionar que este programa todavía no se lleva a cabo.

El diagnóstico temprano hace la diferencia, ya que el reconocimiento de la enfermedad en las etapas iniciales del período sintomático marca que la actividad a la cual deben enfocarse los esfuerzos diagnósticos especialmente en atención primaria de salud arroje mejores resultados.

El diagnóstico temprano favorece la correcta orientación diagnóstica y evita el consumo de recursos médicos innecesarios permitiendo modular la carga emocional de la familia. Las expectativas de los familiares especialmente de los enfermos pueden ser orientadas adecuadamente, evitando así el constante ir y venir en busca de respuestas sobre lo que está sucediendo y que no es suficientemente explicado por parte de los profesionales de la salud.

Además, el diagnóstico temprano permite instaurar tratamientos que pueden ser eficaces cuando menor sea el grado de deterioro.

El médico, la enfermera y la trabajadora social del primer nivel de salud representan en la mayoría de los pacientes la puerta de entrada al sistema de salud pública y por lo tanto el primer contacto profesional, lo que un sistema de atención primaria constituido por profesionales sensibles a sus pacientes y sobre todo adecuadamente capacitados para detectar este tipo de enfermedades⁹⁹ en las etapas iniciales sería el pilar para el diagnóstico de estos padecimientos. Otros niveles de atención¹⁰⁰ también deben de presentar un alto nivel de sensibilidad y respeto en el seguimiento de estas enfermedades lo que complementaría la actuación de los equipos de atención primaria.

En cuanto a la atención preventiva de padecimientos crónico degenerativos, se realizaron algunos avances importantes entre 1995 y 1996, es claro que es necesario seguir avanzando en este camino, ya que se observa una sensible disminución en personas atendidas en 1996 respecto a 1995.

Cuadro No. 1
Atención preventiva
Detección de padecimientos crónico – degenerativos 1995 – 1996.¹⁰¹

Institución	1995 ¹⁰²	1996
SSA	11,341	9,174
IMSS	15,815	14,000
ISSSTE	4,807	4,890

⁹⁹ EA, EP y EM

¹⁰⁰ Como la atención de tercer nivel.

¹⁰¹ Esta clasificación no viene desglosada por lo que no se puede saber a que enfermedades se refiere.

¹⁰² Se refiere a miles de personas.

Total	31,963	28,064
Fuente: Secretaría de Salud		

3.4. CALIDAD Y EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que el resto de su especie¹⁰³ en tanto que la calidad de la salud es el grado en que se logran estándares acordados y que estos están relacionados con las prioridades de los usuarios de los servicios, considerando los recursos existentes y restricciones locales, es decir, ser tratado como ser humano.

Medir la calidad de los servicios de salud es un requisito obligatorio para quienes pretenden mejorar y fortalecer la cultura de la calidad, conociendo los cambios en tiempos de espera, el trato a pacientes o la satisfacción de usuarios con el servicio recibido.

Cada usuario que demanda servicios sanitarios debe creer que esta recibiendo lo mejor, debe sentir la seguridad de que el personal se ocupa por su salud y bienestar. Por lo que los sistemas de garantía de calidad en salud deben perseguir ese objetivo.

La garantía de calidad sirve para mejorar los servicios debido a que¹⁰⁴:

1. Se orientan a satisfacer las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad.
2. Se trabaja en conjunto buscando procesos de atención a la salud.
3. Se utilizan bases de datos para analizar continuamente la prestación de los servicios médicos.
4. El trabajo es realizado por un equipo multidisciplinario con la finalidad de solucionar los problemas en torno a la calidad de los servicios.

Para medir la calidad de la atención se utilizan indicadores que sirven para medir la situación que existe y las tendencias en un periodo esperado. Los indicadores son cuantitativos ya que miden tiempos de espera, disponibilidad de medicamentos, limpieza de establecimiento y otros. Estos indicadores son necesarios ya que ayudan a obtener un diagnóstico de calidad, evalúan el desempeño de los servicios y miden los cambios en la atención de manera continua.

Existen varios métodos para medir la calidad, una de las técnicas más simples, confiables y baratas es la encuesta de servicios a los usuarios, este cuestionario debe contener preguntas sencillas que capten los eventos más importantes en el servicio de salud (consulta médica). Para medir la calidad en la prestación de sus servicios el IMSS practicó una encuesta donde obtuvo los siguientes resultados.

Los problemas de calidad más relevantes según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social para el año 2000, son:

- Prácticas prescriptivas inapropiadas aun para tratar enfermedades comunes.
- Largos tiempos de espera.
- Retraso en la referencia de pacientes a especialidad o bien referencias inapropiadas.
- Incumplimiento por parte de los médicos para seguir esquemas institucionales.
- Incumplimiento por parte de los pacientes para seguir indicaciones médicas.

¹⁰³ Tomado de la Enciclopedia Encarta 1999

¹⁰⁴ Red de expertos en calidad de salud, <http://icas.net/paso1>

3.4.1. Encuesta de satisfacción de los servicios de salud 1994

En el sistema de salud es cada vez más complejo definir desde el punto de vista de la sociedad civil, en donde están los mejores servicios y adónde acudir en busca de atención.¹⁰⁵

A nivel nacional y por región se desconoce la opinión que la población tiene sobre la calidad de los servicios de salud, en especial sobre las comparaciones entre los servicios públicos y privados, así como los servicios que se ofrecen en México en comparación con otros países.

Las encuestas realizadas sobre la calidad de la atención de los servicios de salud, están enfocadas hacia los individuos enfermos y sanos que utilizan los servicios preventivos, pero no se ha tomado en cuenta que la percepción de los derechohabientes y los no derechohabientes es diferente.

En México cuatro de cada diez adultos tiene un médico que conoce su historia y al que acuden en caso necesario, mientras que Estados Unidos ocho de cada diez tiene un médico familiar. Los mexicanos no sólo vamos menos al médico, sino también tenemos menos consultas por año.

Cuatro mexicanos de cada diez que asisten con un médico general o especialista fueron a su consultorio particular, otros cuatro asistieron a la consulta de seguridad social y dos de cada diez se atienden en instituciones para población abierta.

En el estudio de calidad de los servicios de salud, publicado por Funsalud, se establece que cuatro de cada diez mexicanos acuden a instituciones del sector privado para la atención médica ambulatoria, y tres de cada diez para la atención hospitalaria.

Casi la mitad de los adultos opinan que los servicios privados de consulta general son los mejores de su comunidad. Los mejores hospitales para 1 de cada 3 adultos son los del IMSS y un poco menos opina que son los hospitales privados.

Gráfica No. 2
Opinión sobre los servicios de salud



Las características de derechohabientes /no derechohabientes también introducen variaciones, ya que el 53% de los derechohabientes del ISSSTE creen que los servicios privados son los mejores, la población no derechohabiente que acude a los servicios para población abierta de la SSA, evalúan estos servicios como los mejores, finalmente 40% de los usuarios de los servicios del IMSS consideró que estos eran los mejores.

La mitad de los adultos que utilizan los servicios de salud pública, piensan que se les da un trato

¹⁰⁵ ZURITA, Beatriz, et.al "Encuesta de satisfacción con los servicios de salud, 1994" Funsalud, México 1994

adecuado en tanto que seis de cada diez piensa que los servicios son burocráticos.

Uno de cada tres adultos mexicanos tienen problemas para cubrir sus gastos, incluyendo el pago de honorarios médicos y las medicinas.

3.4.2. Recomendaciones internacionales de calidad en salud

En octubre del año 2000 se llevó a cabo la Reunión Dublín 2000¹⁰⁶, WHO – Sociedad Internacional de Calidad de Servicios de Salud, con la presencia de 59 delegados de 29 países en desarrollo, la cual concluyó con un acuerdo de ofrecer 9 recomendaciones de calidad:

Estas recomendaciones son:

- a. Los Gobiernos necesitan contar con visión y una política de calidad que incluye definiciones claras sobre la calidad y los métodos o estrategias de garantía de calidad a ser utilizadas.
- b. Las políticas de garantía de calidad deben contener aspectos claves de salud como: equidad, sostenibilidad, viabilidad y eficiencia.
- c. Las organizaciones que planeen iniciar programas de garantía de calidad deben contemplar en sus planes la sostenibilidad del programa de acuerdo a la situación local.
- d. Los conceptos de calidad deben integrarse en los planes de estudio de los programas de capacitación para personal de salud.
- e. La capacitación debe poner énfasis en el trabajo en equipo utilizando métodos prácticos partiendo de estándares acordados.
- f. El sistema de salud debe tener estrategias para garantizar la calidad a nivel sub – distrital, regional y nacional.
- g. Un programa de calidad en el ámbito institucional, continuo y comprensivo debe ser integrado dentro del sistema rutinario de salud.
- h. La supervisión y monitoreo deben ser incluidas a todos los niveles de la organización y debe incluir información de los clientes y la comunidad.

¹⁰⁶ Reunión de OMS sobre Calidad, www.icas.net/reunion_OMS.htm

4. Descripción de enfermedades neurológicas objeto de estudio

Introducción al Sistema Nervioso¹⁰⁷

El Sistema Nervioso es la relación entre nuestro cuerpo y el exterior, además regula y dirige el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo.

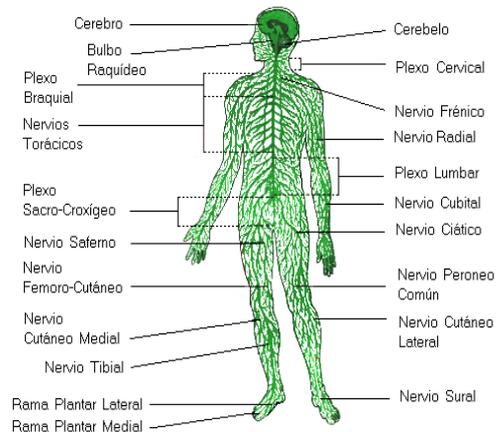
El Sistema Nervioso tiene la capacidad de recibir, transmitir, elaborar y almacenar información. Recibe información acerca de cambios que ocurren en el medio externo, es decir, relaciona al individuo con su entorno e inicia y regula las respuestas adecuadas. No solo es afectado por el medio externo, sino también por el medio interno, es decir todo lo que ocurre en las diversas regiones del cuerpo. Los cambios en el medio externo son apreciados en forma consciente, mientras que los cambios en el medio interno no suelen percibirse conscientemente.

Asimismo es el rector y coordinador de todas las funciones, conscientes e inconscientes del organismo, consta del sistema cerebroespinal (encéfalo y médula espinal), los nervios y el sistema vegetativo o autónomo.

El sistema nervioso central realiza las más altas funciones, ya que atiende y satisface las necesidades vitales y da respuesta a los estímulos. Ejecuta tres acciones esenciales, que son la detección de estímulos, la transmisión de informaciones y la coordinación general.

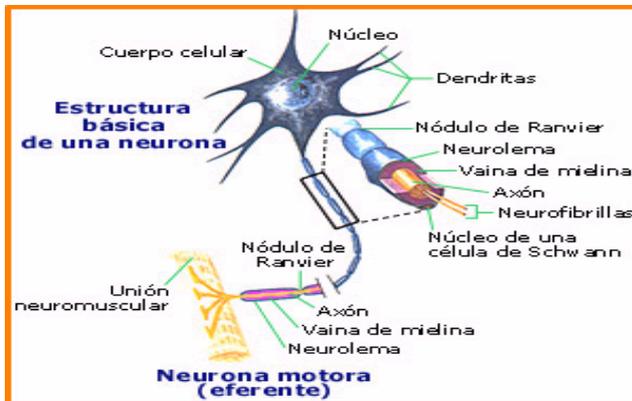
¹⁰⁷ Información obtenida de Cruz Roja Colombiana, [Docencia Nacional](#), www.abtuslud.com y <http://salud.discoveryespanol.com>

El **Cerebro** es el órgano clave de todo este proceso. Sus diferentes estructuras rigen la sensibilidad, los movimientos, la inteligencia y el funcionamiento de los órganos. Su capa más externa, la corteza cerebral, procesa la información recibida, la coteja con la información almacenada y la transforma en material utilizable, real y consciente.



Además el **Cerebro** es la parte más importante, esta formado por la sustancia gris (por fuera) y la sustancia blanca (por dentro), su superficie no es lisa sino que tienes unas arrugas o salientes llamadas circunvoluciones; y unos surcos denominados cisuras, las mas notables son llamadas las cisuras de Silvio y de Rolando. Esta dividido incompletamente por una hendidura en dos partes, llamados hemisferios cerebrales. En los hemisferios se distinguen zonas denominadas lóbulos, que llevan el nombre del hueso en que se encuentran en contacto. Pesa unos 1.200gr Dentro de sus principales funciones está controlar y regular el funcionamiento de los demás centros nerviosos.

La célula o unidad estructural y funcional del tejido nervioso es la **neurona**. Es una célula muy especializada cuyas propiedades de excitabilidad y conducción son las bases de las funciones del sistema.



De acuerdo a su ubicación el sistema nervioso de relación se divide en:

- Sistema nervioso central: consta del encéfalo y la medula espinal (cerebro espinal), estos son los principales centros donde se relaciona e integra la información nerviosa. Se encuentran suspendidos en líquido cefalorraquídeo y están protegidos por estructuras óseas, el cráneo y la columna vertebral.

- Sistema nervioso periférico: compuesto por los nervios que conducen información hacia el sistema nervioso central (aférentes) y desde este (eferentes) y por los ganglios asociados. El ser humano tiene 12 pares de nervios craneales que parten del encéfalo, 31 pares de nervios raquídeos que parten de la médula.

Según el origen y la función de las fibras nerviosas se divide en:

- Sistema nervioso simpático: se origina en la médula torácica y lumbar. Un poco fuera de los cuerpos vertebrales está situada una cadena de ganglios conectados por fibras. Las cadenas (son 2 una a cada lado de la columna) se llaman cadenas simpáticas y sus ganglios se

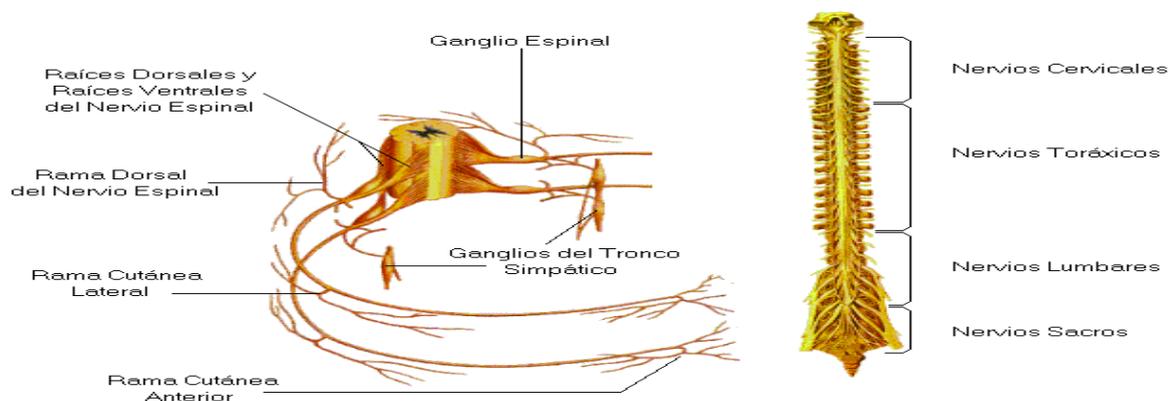
conocen como paravertebrales. Prepara al organismo para una urgencia, para lucha o para huida. Ejemplo: Un portazo repentino que ocurre en mitad de la noche: se producen una gran cantidad de impulsos simpáticos eferentes por dicho estímulo.

Las pupilas se dilatan, se nos pone "la piel de gallina", el corazón late más rápidamente, se contraen los vasos sanguíneos periféricos y se eleva la presión arterial. Se distribuye la sangre de manera que se dirija al corazón, el cerebro y el músculo esquelético. Aumentan las respiraciones, es decir el cuerpo entero está alerta. Al mismo tiempo las funciones corporales que no son de ayuda son suprimidas. La digestión se retarda, la musculatura de la pared vesical queda comparativamente relajada y se inhiben las funciones de los órganos sexuales.

- Sistema nervioso parasimpático: los cuerpos de la primera neurona se encuentran en dos zonas bien separadas, una es el tallo encefálico y la porción sacra de la médula espinal. Los ganglios parasimpáticos se encuentran alejados de la columna vertebral y cerca de los órganos efectores. Interviene en los procesos de recuperación, se encarga de restituir la energía, reduce frecuencias cardíacas y se relaciona principalmente con las actividades funcionales que se producen cuando todo está tranquilo y silencioso. El nervio más importante se llama neumogástrico y sale de la zona cefálica.

El Encéfalo: Es la masa nerviosa contenida dentro del cráneo. esta envuelta por las meninges, que son tres membranas llamadas: duramadre, piamadre y aracnoides. El encéfalo consta de tres partes: Cerebro, Cerebelo y Bulbo Raquídeo.

El cerebelo:: Esta situado detrás del cerebro y es más pequeño (120 gr.); tiene forma de una mariposa con las alas extendidas. Consta de tres partes: Dos hemisferios cerebelosos y el cuerpo vermiforme. Por fuera tiene sustancia gris y en el interior sustancia blanca, esta presenta una forma arborescente por lo que se llama el árbol de la vida. Coordina los movimientos de los músculos al caminar.



La Medula Espinal: La medula espinal es un cordón nervioso, blanco y cilíndrico encerrada dentro de la columna vertebral. Su función más importante es conducir, mediante los nervios de que está formada, la corriente nerviosa que conduce las sensaciones hasta el cerebro y los impulsos nerviosos que lleva las respuestas del cerebro a los músculos.

Los grupos de haces de fibras nerviosas (axones) constituyen la estructura macroscópica llamada **nervio**. Los nervios están formados por:

- Haces de fibras nerviosas con vainas de células gliales que las recubren.
- Tejido envolvente conectivo.
- Vasos sanguíneos de pequeño calibre (vasa vasorum).

Es decir, que los nervios son cordones delgados de sustancia nerviosa que se ramifican por todos los órganos del cuerpo. Unos salen del encéfalo y se llaman nervios craneales. Otros salen a lo largo de la medula espinal: Son los nervios raquídeos.

4.1 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

“El problema no es saber dónde dejé las llaves, sino que a veces no se para qué sirven las llaves”

La enfermedad de Alzheimer no hace distinción de raza o estrato económico, afecta por igual a hombres y mujeres, y aproximadamente al 10% en mayores de 65 años y 47% en menores de 85 años.¹⁰⁸

Una enfermedad neurodegenerativa es una alteración en la estructura y función del SNC¹⁰⁹ de inicio insidioso y curso lento y progresivo (mucho más lento que las enfermedades hereditarias metabólicas, a tal punto que el paciente o los familiares no recuerdan el inicio preciso).

4.1.1. ¿En qué consiste la Enfermedad de Alzheimer?

La Enfermedad de Alzheimer (EA)¹¹⁰ es tal vez la más importante enfermedad neurodegenerativa por su presencia y naturaleza destructiva, a tal punto de constituir un grave problema de Salud Pública. Es la principal causa de demencia en la vejez. Debido a que provoca un deterioro en la calidad de vida del enfermo y de su entorno familiar.

Escasas afecciones repercuten tanto sobre la calidad de vida del enfermo y su familia como los padecimientos demenciales, y en particular el más frecuente de ellos: La enfermedad de Alzheimer.¹¹¹

En alguna época el término **demencia senil** fue ampliamente usado para denotar enfermedades demenciales, por lo que existe aún la errónea creencia de que estas enfermedades son una consecuencia natural del envejecimiento.

La vejez aunada a la pérdida progresiva e irreversible de las funciones cerebrales superiores propias del ser humano, reflejan en sí la gravedad de esta enfermedad, además si se toma en consideración el grado de minusvalía y discapacidad que sufren las personas, en el que progresivamente van requiriendo de mayores cuidados para su sobre vivencia con calidad.

Esta enfermedad fue descubierta en 1906 por Alois Alzheimer, por lo que lleva su nombre.¹¹²

La demencia es un estado de deficiencia de diferentes funciones superiores del Sistema Nervioso Central, es decir, un desorden progresivo de las funciones superiores de la memoria, el lenguaje y otras habilidades incluidas la capacidad de resolver problemas de la vida cotidiana, el juicio, la conceptualización y el control de las reacciones emocionales.¹¹³

La EA no es causada por:

a) Endurecimiento de las arterias

¹⁰⁸ Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. (AMAES)

¹⁰⁹ Sistema Nervioso Central

¹¹⁰ De aquí en adelante se abreviará EA

¹¹¹ Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo.- Jefe de la Clínica de Geriatria Instituto Nacional de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”

¹¹² Debido a que describió los cambios en el tejido del cerebro de una mujer que había muerto de lo que se creía era una enfermedad mental inusual. Estos cambios característicos y anormales se conocen ahora como EA.

¹¹³ Fundación Alzheimer

- b) Poco o mucho uso del cerebro
- c) Enfermedades de transmisión sexual
- d) Infecciones
- e) Edad avanzada, ya que no es una etapa normal en el proceso de envejecimiento
- f) Exposición al aluminio u otros metales

4.1.2. Características principales de una demencia y síntomas de la enfermedad

- a) Problemas en recordar episodios recientes (memoria)
- b) Distintas alteraciones como son:
 - Dificultad para realizar tareas conocidas y habituales
 - Confusión
 - Alteración de carácter y de comportamiento
 - Deterioro del razonamiento
 - Dificultad en el lenguaje, en completar el pensamiento o seguir una instrucción.

Existen diferentes tipos de demencia como son: degenerativas, vasculares, infecciosas, tóxicas, metabólicas, psiquiátricas, hidrocefalias, inflamatorias, neoplásicas y traumáticas.

La EA se encuentra ubicada como degenerativa, al igual que la demencia de Corea de Huntintong y la multiforme, que constituyen el grupo de enfermedades demenciales que no tienen cura hasta el momento.

El diagnóstico de la demencia

En el año de 1999, uno de los objetivos primordiales por parte de la ADI, la Federación Mundial de Alzheimer, es el que la gente, tome conciencia de la importancia del diagnóstico de la demencia. El sentirse mal, pero recibir un diagnóstico adecuado es lo mejor que puede hacerse. Claro, recibir la noticia de que uno tiene demencia puede ser un severo o rudo golpe, pero al menos uno ya sabe lo que tiene.

Tomar conciencia de lo que es la enfermedad, divulgar el problema es parte de lo que se pretende.

La guía acertada de un médico es muy importante. La ADI recomienda que la evaluación sea hecha por uno de estos cuatro médicos: neurólogo, geriatra, psiquiatra o médico internista.

Las 10 señales de alarma¹¹⁴ de la Enfermedad de Alzheimer

Cuando varios de estos síntomas se presentan, tal vez sea conveniente que el individuo se haga un examen médico completo.

1. **Pérdida de memoria que afecta las habilidades y el desempeño en el trabajo.** Es muy común olvidar nombres de compañeros, números telefónicos y recordarse de ellos más tarde.
2. **Dificultad para llevar a cabo tareas comunes o familiares.** Cierta gente ocupada, puede ser que se distraiga de vez en cuando y olvidar algún platillo que está preparando en la cocina o en la estufa y recordarse ya después de haber comido.
3. **Problemas de lenguaje.** Todo mundo tiene en ocasiones problemas para encontrar la palabra correcta, pero la persona con Alzheimer, no sólo olvida palabras sumamente sencillas, sino que además las substituye haciendo sus frases o lenguaje, la mayoría de las veces, incomprensible.
4. **Desorientación en el tiempo y el espacio.** Es muy normal el olvidar el día o la fecha en la que estamos o de pronto olvidar a dónde vamos; pero la persona con Alzheimer puede fácilmente perderse en su propia calle, su propia colonia y no saber cómo regresar a su casa.

¹¹⁴ Asociación de Alzheimer Monterrey

5. **Pobreza o disminución de juicio.** La gente puede estar tan inmersa en alguna actividad, que tal vez se les olvide de momento los niños que están a su alrededor, supuestamente cuidando; sin embargo, quienes sufren de Alzheimer, no sólo olvidan por completo lo anterior, sino que además, pueden vestir de manera inapropiada, no sabiendo cómo ponerse la camisa, la blusa o el pantalón.
6. **Problemas de pensamiento abstracto.** Llevar un buen balance en el estado de cuenta de una chequera a veces es más complicado de lo que parece; pero una persona con Alzheimer ni siquiera puede llenar los espacios correspondientes a una simple cantidad o indicar su número de cuenta.
7. **Colocar objetos en lugares que no corresponden.** Cualquiera puede de repente poner las llaves o la billetera en un sitio que no le corresponde. La persona con Alzheimer no sólo hace esto, sino que además coloca o guarda los objetos en los sitios más inimaginables como el colocar la plancha en el refrigerador, un reloj en la azucarera, el cepillo de dientes debajo del colchón o en un zapato.
8. **Cambios en el estado de ánimo o de conducta.** Todo mundo puede estar triste, de humor o de genio, de vez en cuando; pero en una persona con Alzheimer, sus cambios van de un lado a otro, pasando del llanto al enojo, o de la risa al llanto.
9. **Cambios en la personalidad.** La personalidad de la gente cambia, por lo común, con la edad. En tanto, la personalidad de una persona con Alzheimer cambia drásticamente volviéndose confuso, suspicaz o miedoso.
10. **Pérdida de iniciativa.** Es normal que uno se sienta cansado, agotado por el trabajo y que a uno le guste descansar. La persona con Alzheimer se vuelve sumamente pasiva, requiriendo ser más que motivada, casi empujada a hacer algo.

La EA ataca las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje, afectando la habilidad de las personas para recordar, razonar y comunicarse. El proceso de esta enfermedad es gradual y hace que las personas se deterioren lentamente.

Cabe mencionar que la salud mental es un fenómeno complejo, determinado por numerosos factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, que depende en parte de la ejecución eficaz de actividades de salud pública encaminadas a controlar trastornos neurológicos y psicológicos como los siguientes: depresión, ansiedad, esquizofrenia, demencia y epilepsia.

Los síntomas más frecuentes son:

- a) Disminución de la memoria reciente o inmediata.¹¹⁵
- b) Cambios en el comportamiento y en la personalidad.¹¹⁶
- c) Problemas para encontrar las palabras precisas.¹¹⁷
- d) Dificultad en la ejecución de gestos espontáneos y movimientos corporales.
- e) Confusión al realizar actividades diarias.
- f) Abandono del cuidado personal e higiene
- g) Desorientación en el tiempo y espacio.
- h) Alteraciones de sueño.

4.1.3. Incidencia y prevalencia

Desde la descripción de la enfermedad han pasado casi 100 años y el número de casos se ha multiplicado exponencialmente, a comienzos de los años 70's dos investigadores británicos demostraron que el 60% de las demencias de los ancianos se debían a la EA y no a la acumulación de infartos cerebrales como se pensaba hasta entonces. Se calcula que para el año 2025 existirán solamente en Estados Unidos nada menos que 23 millones de afectados de esta patología

¹¹⁵ Corresponde a hechos que se han producido recientemente

¹¹⁶ Se muestra irritable y con frecuentes cambios de humor, y puede llegar a aislarse de su entorno familiar.

¹¹⁷ La persona enferma continua razonando y comunicándose bien con los demás, sin embargo, sus frases son más cortas y mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí.

degenerativa del Sistema Nervioso, en España la padece el 5% de los mayores de 65 años y el 20% de más de 80 años, lo que supone actualmente unos 400,00 enfermos, cada uno de los cuales cuesta anualmente entre 3 y 5 millones de pesetas.¹¹⁸

En América Latina es poca la información disponible al respecto. En México los datos estadísticos de la EA no parecen reflejar las cifras esperadas para nuestra distribución de población ya que en 1990 se registraron únicamente 111 defunciones por EA, de las cuales 56 corresponden a hombres y 55 a mujeres, sin embargo a través de ciertos modelos epidemiológicos ha sido posible estimar la prevalencia en México, que podría estar alrededor de 5% entre los mayores de 60 años. La EA es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta en una de cada cinco personas mayores de 80 años, sin embargo es cada vez más frecuente a partir de los 60 años, en tanto que la prevalencia entre los 40 y 60 años es de 0.1%¹¹⁹.

Hasta ahora prevalece el concepto de que sólo una parte de la población llegará a desarrollarlo y se trataría tan sólo de una enfermedad asociada a la edad.¹²⁰ Hablar sobre el número de casos de Alzheimer que se presentan en nuestro país o en nuestro medio es sumamente difícil, ya que no se cuenta con las herramientas ni los medios necesarios para hacerlo. Sería riesgoso adelantar cifras ya que éstas pudieran carecer de una buena metodología como para considerarlas totalmente válidas. Sin embargo la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C., estimó que para el año 2000 existen alrededor de 400 mil personas enfermas por este mal.

Las personas diagnosticadas con la EA pueden sobrevivir de 2 a 20 años, a partir del inicio de los primeros síntomas disminuye la esperanza de vida pero proporcionando un cuidado apropiado, con énfasis en la higiene y atención médica adecuada a los pacientes, mejoran la calidad de vida y pueden sobrevivir por muchos años tanto en casa como en instituciones. Normalmente su muerte no puede ser pronosticada sino hasta estados muy avanzados.¹²¹

Es claro que las demencias constituyen una de las grandes amenazas de salud pública para el futuro, lo que obliga a la sociedad y a los responsables de las políticas públicas de salud a planificar la actuación de estos servicios.

La edad avanzada es indudablemente el mayor efecto de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, su prevalencia se duplica cada 5 años entre el grupo de edad de 65 a 85 años. La incidencia tiende a disminuir en edades extremas, menos de 65 y más de 85 años.

La magnitud y la gravedad de la EA imponen el esfuerzo conjunto por parte de los diversos sectores sociales para hacer frente a la carga económica que representa el incremento del número de personas que están y estarán en riesgo de desarrollar la enfermedad

Edad	Número	%
49 - menos años	5	1.67 %
50 - 59 años	33	11.04 %
60 - 69 años	86	28.76 %
70 - 79 años	136	45.49 %
80 - 89 años	36	12.04 %
90 ó más años	3	1.00 %

En México, al igual que en el resto del mundo, la mortalidad por demencias ha cobrado importancia en los últimos 20 años, cabe destacar que hace 20 años se registraban menos de 40 defunciones al año en todo el país por esta causa y en 1998 se registraron más de 800, este incremento puede ser interpretado de dos maneras:

¹¹⁸ ORTIZ – MORENO, Federico, fedeortiz@infosel.net.mx

¹¹⁹ Tomado de www.internet.com.mx/editorial/alzheimer 29/10/99

¹²⁰ Simposio Internacional de la Enfermedad de Alzheimer, Del diagnóstico al abordaje terapéutico integral, México, D.F. 28 de febrero de 1998.

¹²¹ Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. (AMAES)

- a) Como una tendencia ascendente real debido al incremento de la incidencia de la enfermedad que se refleja en el número de defunciones.
- b) Un cambio artificial en la tendencia pues los criterios diagnósticos se han modificado y en la actualidad se piensa más en la demencia como causa que acompaña a la muerte.

Lamentablemente en México no se cuenta con evidencia para establecer la cantidad de defunciones asociadas a demencias que no son registradas, pero se puede tener una idea sobre la posible magnitud del subregistro al analizar las defunciones de adultos mayores.

En 1996 se registraron más de 250 mil defunciones en personas mayores de 60 años de edad, de las cuales posiblemente un 10% este relacionado con demencias. A pesar del bajo registro es importante analizar las características de la mortalidad por demencias en México. De 1979 a 1996 se registraron alrededor de 4,800 defunciones por demencias y otras degeneraciones cerebrales.

De las 3,500¹²² defunciones que se registraron por demencias entre 1990 y 1996, 89% recibieron atención médica y sólo 25% de ellos se atendieron en unidades médicas, el resto falleció en su domicilio. Cabe mencionar que la mitad de estas personas eran derechohabientes de alguna institución de seguridad social y que sólo el 25% de ellos provenían de localidades rurales.

4.2 ESCLEROSIS MÚLTIPLE

El señor podrá perdonar nuestros pecados pero el Sistema Nervioso no los perdonará jamás.¹²³

4.2.1. La Esclerosis Múltiple

La esclerosis en placas, también llamada esclerosis múltiple, o mielitis progresiva, es un síndrome clínico caracterizado por una perturbación progresiva del Sistema Nervioso que afecta a los adultos jóvenes, fue descrito por primera vez por Charcot en 1868.

La **esclerosis múltiple**¹²⁴ (EM) es una enfermedad del Sistema Nervioso Central (cerebro y médula espinal), con esta enfermedad la mielina se pierde en múltiples áreas dejando en ocasiones **cicatrices** (esclerosis). Estas áreas lesionadas se conocen con el nombre de **placas de desmielinización**. Si la mielina se destruye o se lesiona, la habilidad de los nervios para conducir los impulsos eléctricos desde y hacia el cerebro se interrumpe y este hecho produce la aparición de síntomas

Los resultados de la desmielinización son muy diversos y únicos en cada individuo. Algunos experimentan síntomas severos, mientras que otros los refieren leves. Estos pueden ser temporales, presentes sólo durante una exacerbación (brote) o pueden ser secuelas definitivas. Los síntomas, su impacto y su tiempo de duración son impredecibles. Mantener una comunicación fluida con un especialista, y comunicarle cualquier novedad en el terreno de la sintomatología, al igual que el empleo de tratamientos eficaces y con probado respaldo científico, es el modo inteligente y exitoso de enfrentar a la Esclerosis Múltiple.¹²⁵

La enfermedad es muy rica en lesiones y manifestaciones clínicas, por lo que se torna muy difícil establecer correlaciones, esta etapa aguda se la conoce con el nombre de "brote"¹²⁶⁻¹²⁷, estos períodos de desmielinización perturban el funcionamiento de la vía nerviosa, sobre la cual se sitúan. El

¹²² Simposio Internacional de Alzheimer, México, D.F. 1998

¹²³ JAMES, William

¹²⁴ De aquí en adelante se abreviara EM

¹²⁵ EZPELETA, David, <http://www.personal4.iddeo.es/dezpeleta>

¹²⁶ Brote (episodio, ataque o exacerbación) Presencia de síntoma o síntomas de disfunción neurológica con o sin confirmación objetiva y duración mayor a 24 horas)

¹²⁷ Los tratamientos del brote son: Hospitalización, Metilprednisolona, Prednisolona V.O., tratamiento sintomático y rehabilitación

desorden, es al menos, en parte reversible cuando se desarrolla la cicatrización, que normalmente explica la regresión del cuadro clínico.¹²⁸

A pesar de que la causa exacta de la Esclerosis Múltiple se desconoce, muchos científicos creen que la destrucción de la mielina es el resultado de una respuesta anormal del sistema inmunológico hacia el propio organismo, debido a que el sistema inmunológico defiende al organismo de invasores ajenos como virus y bacterias. En las enfermedades autoinmunes el organismo asalta sin advertencia su propio tejido, en la esclerosis múltiple la sustancia atacada es la mielina.¹²⁹

Aunque sus causas no son conocidas, hay estudios que vinculan los siguientes fenómenos: Genes, virus, medio ambiente, sistema inmune, raza, zona geográfica y dieta.

Esta enfermedad se clasifica en:

- a. Remitente recurrente
- b. Secundaria progresiva
- c. Primaria progresiva
- d. Benigna

4.2.2. Síntomas de la enfermedad y como diagnosticarla

Los síntomas dependen de las áreas del SNC lesionadas, no todas las personas están afectadas de la misma manera. Una persona con EM experimenta normalmente más de un síntoma. No todos presentan ni los mismos, ni todos los síntomas, ya que estos varían de acuerdo al área lesionada.

Cuadro No. 2
Los síntomas que con mayor frecuencia presentan los pacientes de EM

Síntomas	%
Fatiga	88%
Dificultad de la marcha	87%
Trastornos vesicales e intestinales	65%
Dolor y otras sensaciones	60%
Trastornos visuales	58%
Alteraciones cognitivas	44%

Fuente: Simposio de Esclerosis Múltiple, "Mitos y realidades"

El diagnóstico de la Esclerosis Múltiple, se efectúa en el ámbito clínico, toda vez que se han descartado todas las opciones diagnósticas realizando estudios específicos como el examen de líquido cefalorraquídeo, diagnósticos por imágenes, como la Resonancia Nuclear Magnética, que pone en evidencia las localizaciones de los focos de desmielinización y el estudio de los Potenciales Evocados, que permiten apreciar en forma gráfica, la lentificación de los tiempos de conducción de los estímulos visuales, auditivos y sensoriales, para llegar al cerebro.¹³⁰

El diagnóstico debe hacerlo un especialista en neurología, basado en:

¹²⁸ <http://www.neurositio.com/esclerosismultiple>

¹²⁹ "Esclerosis Múltiple, Preguntas y Respuestas", Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple.

¹³⁰ EZPELETA, David, dezpeleta@infodoctor.org

- Revisión del historial de los síntomas
- Examen neurológico que evalúe fuerza, reflejos, sensibilidad y coordinación.
- Estudio de líquido cefalorraquídeo
- Resonancia magnética de cráneo y médula espinal.
- Potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales.
- Por el momento no existe ningún tratamiento que cure la EM, pero existen algunos medicamentos¹³¹ que al regular el sistema inmunológico disminuyen las frecuencias y severidad de las recaídas, haciendo más lenta la progresión de la enfermedad.

El Dr. José Luis Rodríguez, Jefe de la clínica de Esclerosis Múltiple del Hospital Centro Médico Nacional, expresó en una de sus conferencias que " Muchas veces nosotros como médicos, sólo vemos a la enfermedad sin tomar en cuenta al enfermo, que es una persona que tiene integridad, interacción, necesidades y que su proyecto de vida se ve modificado en una situación en donde nadie es culpable, simplemente surgió, pero hay soluciones, el objetivo primordial es adaptarse a esta nueva forma de vida. Poder encontrar una solución adecuada y eficaz que mantenga como bien común una calidad de vida aceptable, tanto para el paciente y sus familiares y para una sociedad que demanda una serie de obligaciones y necesidades, que muchas veces son difíciles de alcanzar ". "A veces es necesario que el paciente se comporte de manera agresiva, que sea un paciente decidido a vivir. A un paciente que no le interesa su enfermedad o a un familiar que no le interesa su familiar a mí no me gusta atenderlo. Prefiero al agresivo al decidido a vivir."

Hablar del diagnóstico diferencial en EM es una de las situaciones en las que muchas veces el médico se encuentra en graves problemas porque no sabe a cuantas de las personas que les han dicho que tienen EM, realmente la tienen o estén mal diagnosticados, el hecho de tener un diagnóstico de EM e irse a Internet o un libro y leer lo que es la enfermedad, hace que inmediatamente si no tenemos EM la vamos a tener. La Resonancia Magnética es el método más sensible para detectar lesiones provocadas por la enfermedad. Llega a ser efectiva en más del 90% de los casos desarrollados, pero su utilidad es menor en los episodios iniciales. Los potenciales evocados visuales, somatosensitivos y auditivos, así como el examen del líquido cefalorraquídeo para la detección de bandas oligoclonales y la valoración de la síntesis de inmunoglobulina G también contribuyen en el diagnóstico. Diversas enfermedades infecciosas, inflamatorias, nutricionales o hereditarias, pueden dar síntomas que remedan los de la esclerosis múltiple: lupus eritomatoso, síndrome de Sjögren, sarcoidosis, vasculitis diversas, sífilis, infección por virus HTLV 1, leucodistrofias, etc. Hay muchas enfermedades parecidas a la EM, y es ahí donde se tiene que tener mucho cuidado; es importante que el enfermo tenga todo un protocolo de estudios donde puedan ver que realmente se está cumpliendo el objetivo de llegar a un estudio.

Existen ahora alrededor de 7 criterios diferentes para hacer el diagnóstico de la EM, el paciente se va a encontrar criterios que van desde posible, probable, definitiva, y uno como enfermo se pregunta dentro de cual puede entrar, que significa que sea probable, o de tener una EM definitiva. El pronóstico no puede establecerse claramente cuando los síntomas se inician. Sólo la evolución de la enfermedad, la cantidad de lesiones que detecten mediante los estudios complementarios y el grado de secuelas objetivadas en el examen clínico, permitirán establecer una idea clara sobre la evolución futura de cada caso. De todos modos la cantidad de casos está aumentando año tras año en América Latina pero se supone que esto es debido al mejor conocimiento de la enfermedad y al desarrollo de técnicas diagnósticas más sofisticadas.

La rehabilitación es de vital importancia en la EM donde la constancia es fundamental para el tratamiento y aunque a veces la evolución del paciente es incierta, el tratamiento debe de hacerse de forma individual por lo que en ocasiones los resultados tardan más en aparecer.

Para el grupo que llega a desarrollar discapacidad, son útiles las siguientes terapias.

¹³¹ Estrategias de tratamiento: Interferón beta-1b (Betaferón), Interferón beta-1a (Avonex y Rebif) y Copolímero 1.

- a. Fisioterapia: Puede ayudar a fortalecer los músculos debilitados o la descoordinación, esta terapia incluye movilidad pasiva, estiramientos, ejercicios para andar y método de utilización de bastones o muletas y ejercicios para el fortalecimiento para aumentar las funciones en general.
- b. Terapia ocupacional: Se utiliza para proporcionar independencia en la vida diaria. Un terapeuta ocupacional puede recomendar instalaciones y maneras para adaptar el hogar o el lugar de trabajo y proporcionar seguridad e independencia.
- c. Logopedia: Ayuda a los que tienen problemas para hablar o tragar a causa de debilidad o poca coordinación de la musculatura.

Calidad de vida en la EM

- 45% lleva una vida normal y productividad.
- 40% afectación menor que evoluciona a EMPS
- 15% discapacidad severa.¹³²

A veces, para algunas personas, la sola idea de unirse con otras personas que también padecen esclerosis múltiple les resulta difícil e inquietante, cuando no negativa: "¿Por qué voy a compartir mis problemas con otros? ... y además, quién necesita los problemas y angustias de los otros, si ya bastante tengo con los míos." Sin embargo, un grupo de autoayuda no implica todo esto; no es un intercambio de problemas, sino más bien un intercambio de vivencias que abren la mente y ensanchan los horizontes.¹³³

4.2.3. Incidencia y prevalencia

Esta enfermedad neurológica es más frecuente entre adultos jóvenes, donde la aparición se encuentra entre los 20 y los 40 años que es la etapa productiva más importante de la vida, aún no se conoce su causa, pero se sabe que no es contagiosa, hereditaria y tampoco es mortal. Curiosamente afecta en mayor proporción a las mujeres. Es una enfermedad de climas templados, es decir, que hay más EM cuanto más lejos se viva del ecuador. En México los primeros casos de EM se presentaron en 1946 en el INNN.¹³⁴ La incidencia en México es de 12 personas por cada 100,000 habitantes, lo que significa que para el año 2000 el cálculo aproximado de enfermos fue de 12,000 personas.

En dos de cada tres casos, la enfermedad empieza entre los 20 y los 40 años y excepcionalmente después de los 50. Las mujeres la padecen en una pequeña proporción mayor que los hombres (60% de mujeres). El estudio de la distribución geográfica de la enfermedad es particularmente interesante. Las zonas de mayor incidencia de la enfermedad están situadas en climas relativamente fríos, ya sean del hemisferio norte o del hemisferio sur. En estas zonas, la enfermedad afecta entre 50 y 100 personas de cada 100.000 habitantes, mientras que en las zonas tropicales cálidas, el número de casos no va más allá de 10 personas de cada 100.000 habitantes. La EM se encuentra escasamente entre los 40° de latitud Norte y los 40° de latitud sur. Hay sin embargo algunas excepciones en este reparto geográfico de zonas de riesgo, por ejemplo, la enfermedad es desconocida en el Japón, en todo su territorio. Por otra parte, las personas que emigran de una zona de bajo riesgo a una zona de alto riesgo antes de la edad de 15 años, tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad, mientras que los que emigran después de la edad de 15 años, conservan un potencial de riesgo más bajo, idéntico al de la zona de la que proceden. Estas constataciones sobre el reparto geográfico de la enfermedad atraen inmediatamente la atención sobre diversos factores tales como la exposición solar, la genética, la alimentación, u otros factores del entorno.¹³⁵

¹³² Dr. Eduardo Duriez, Simposio de Esclerosis Múltiple

¹³³ Dr. Leopoldo Boeta Elizondo, Médico Geriatra del Grupo de Apoyo de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

¹³⁴ Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

¹³⁵ Página personal de un enfermo de EM, <http://www.terra/personal/mimosas/esclerosismultiple>

Se calcula que en la actualidad la padecen¹³⁶:

- 2,500,000 personas con EM a nivel mundial
- Relación 3 a 2 mujeres y hombres
- Frecuente en sitios alejados del Ecuador.

4.3. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Los trastornos del movimiento incluyen un grupo de enfermedades caracterizadas por un exceso de movimientos (movimientos anormales involuntarios) o por una pobreza o lentitud de estos (síndromes rígidos – acinéticos.) La mayor parte de estos trastornos se deben a una disfunción de los ganglios basales los cuales están constituidos por un grupo de núcleos grises subcorticales y del tronco cerebral¹³⁷.

Considerada dentro de las enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central, el síndrome¹³⁸ Parkinsoniano se caracteriza por un aumento del tono muscular de características especiales, akinesia¹³⁹ y de temblor de reposo.

Fue descrita por primera vez en el año 1817 por James Parkinson, de quien toma el nombre.¹⁴⁰

4.3.1 ¿Qué es la Enfermedad de Parkinson?

La enfermedad de Parkinson¹⁴¹ (EP) es una enfermedad neurodegenerativa del Sistema Nervioso Central cuya principal característica es la muerte progresiva de neuronas en un área del cerebro llamada **sustancia nigra**. La consecuencia más importante de esta pérdida neuronal es una marcada disminución en la disponibilidad cerebral de dopamina, principal sustancia sintetizada por estas neuronas, originándose una disfunción en la regulación de las principales estructuras cerebrales implicadas en el control del movimiento. La EP¹⁴² es una enfermedad que afecta la capacidad de una persona para moverse, ocasionando temblor, lentitud, rigidez, pérdida de equilibrio, alteraciones de la voz, encorvamiento de la postura y trastornos al caminar. Esta enfermedad no hace que el periodo de vida disminuya, generalmente no afecta la memoria o la capacidad de pensar.¹⁴³

La EP es un proceso neurodegenerativo del sistema extrapiramidal¹⁴⁴ que afecta a aproximadamente al 1% de las personas mayores de 50 años. No se conoce la causa de esta enfermedad aunque recientemente se ha descubierto la existencia de anomalías genéticas en algunas familias en las que la mayoría de sus miembros estaban afectados y en caso de familiares de EP de presentación precoz (edad de inicio inferior a los 40 años)¹⁴⁵ sin embargo la mayoría de los pacientes con EP tienen una presentación esporádica, es decir, sin factores genéticos claramente identificados. Cabe destacar que determinados agentes tóxicos son capaces de provocar cuadros clínicos similares a la EP, pero se trata de casos que no permiten emplear una hipótesis tóxica como principal causa de esta enfermedad. Existen indicios para pensar que errores del metabolismo energético celular podrían

¹³⁶ Dr. Eduardo Duriez, Clínica 25 IMSS Monterrey Simposio de Esclerosis Múltiple "Mitos y Realidades" 31 de marzo del 2001, México, D.F.

¹³⁷ <http://www.abcsalud.com>

¹³⁸ Conjunto de síntomas

¹³⁹ Falta o disminución del movimiento.

¹⁴⁰ James Parkinson en su resumen sobre las características más sobresalientes de este padecimiento, señala: "La enfermedad es de naturaleza grandemente aflictiva, un mal de los denominados sin perspectiva de escape, es de larga duración, requiere una continua observación o cuando menos una correcta historia de sus síntomas y aún por muchos años será una tediosa y sumamente angustiada enfermedad".

¹⁴¹ De aquí en adelante se abreviará EP

¹⁴² Es una alteración neurológica con una evolución crónica y progresiva que persiste y se agudiza a través del tiempo.

¹⁴³ El paciente Parkinsoniano generalmente llega a la consulta presentando un temblor que aparece casi siempre en las manos y antebrazos, si se les pregunta, dicen que se sienten rígidos, con dolores difusos en músculos y articulaciones. Como se dijo, el temblor de reposo que comienza en las manos o antebrazos suele ser el motivo.

¹⁴⁴ El sistema extrapiramidal es el conjunto de vías motoras que ejercen una influencia importante sobre los circuitos motores medulares, del tronco encefálico, cerebelo y corticales

¹⁴⁵ <http://www.abcsalud.com>

predisponer a determinadas personas a padecer esta enfermedad convirtiendo a las neuronas dopaminérgicas en vulnerables a determinados tóxicos ambientales (exógenos) o del propio organismo (endógenos). Hoy se sabe que esta enfermedad no tiene una causa única ya que el conjunto de factores genéticos y ambientales son los responsables de la muerte neuronal.

Evolución de la EP

En la mayoría de pacientes con enfermedad de Parkinson los síntomas son lentamente progresivos, de manera que la interferencia en la vida cotidiana del enfermo puede ser mínima durante varios años. No es raro que en algunos casos los síntomas permanezcan aparentemente estables por largos períodos de tiempo.

Por otro lado, la mayoría de los síntomas principales de la enfermedad, pueden controlarse con la medicación actual. Esta posibilidad de control, junto con la aceptación y adaptación a la enfermedad por parte del paciente, suele significar que la mayor parte de personas con enfermedad de Parkinson pueden llevar una vida independiente y activa, a pesar de las limitaciones que impone la misma. A medida que la enfermedad progresa y aparezcan nuevos problemas, ya sean debidos a la propia enfermedad o a la medicación, deben buscarse soluciones que, a veces, implican un cambio o ajuste de los medicamentos.

La enfermedad de Parkinson tratada debidamente, no acorta las perspectivas de vida.

Cuadro No. 3
Clasificación de la enfermedad de Parkinson

Tipo	Descripción
Tipo I	Postencefálico
Tipo II	Idiopático
IIa	Inicio con temblor
IIb	Inicio rígido - aquinético
Tipo III	Genético
IIIa	Síndrome rígido – aquinético familiar metabólico
IIIb	Parkinson esencial relacionado con temblor esencial
IIIc	Parkinson juvenil
Tipo IV	Sintomático

El nivel de investigación que se lleva a cabo sobre la enfermedad de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas es muy alto y permite presagiar avances definitivos en los próximos años. En la actualidad el mayor esfuerzo se centra en entender los mecanismos que llevan a la muerte neuronal y como se extiende el proceso neurodegenerativo para afectar a amplias zonas del cerebro.

4.3.2. Síntomas de la enfermedad y diagnóstico

Cuando la enfermedad está completamente instalada se observan los siguientes elementos característicos:

- *Temblor*
- *Rigidez*

- *Acinesia*¹⁴⁶
- *Actitud gestual y marcha*
- *Reflejos, sensibilidad y pares craneanos*
- *Trastornos autónomos.*
- *Psiquismo*
- *Perdida de fuerza muscular*

La EP es una enfermedad de diagnóstico clínico, es decir, que es el neurólogo quien a través de los datos aportados por el paciente y sus familiares y los hallazgos de la exploración física puede diagnosticar la EP. No es estrictamente necesaria la realización de pruebas complementarias, ya que si bien en determinados pacientes puede ayudar a aumentar la certeza del diagnóstico y de diferenciar la EP de otros procesos que comparten características comunes. En la actualidad no se ve como una prueba de rutina y se atiende en medicina de 2° y 3° nivel.

La EP puede ser controlada y tratada de forma eficaz en la actualidad, mediante diversos medicamentos que permiten aliviar en parte los síntomas, aunque sin eliminar la causa.

4.3.3. Incidencia y prevalencia

La mitad de las personas que padecen la EP sufren los primeros síntomas de esta enfermedad antes de los 60 años y la otra mitad comienza después de los 60 años. A muchas personas se les desarrolla en edad muy avanzada y algunos llegan a la edad madura simultáneamente con la EP. Las personas que desarrollan la enfermedad antes de los 60 años (la media esta en los 50 años) representan casi la mitad, pero no hay que perder de vista que se han presentado casos a los 40 años, inclusive se puede presentar en personas más jóvenes. Hay un caso de un niño menor de 10 años a quien se le diagnosticó esta enfermedad, pero este inicio temprano es extremadamente raro.

La depresión se presenta en un alto porcentaje de pacientes diagnosticados con EP donde algunos desarrollan problemas de memoria. La EP es una enfermedad muy inestable, pero nunca desaparece ni mejora por sí sola. En todos los casos la enfermedad progresa, pero en algunas personas parece quedarse estable, porque su avance es muy lento, en la mayoría de los casos la lentitud causada por la enfermedad lleva a hacer cambios en la forma de vivir, durante o hasta un periodo de 5 años.

La EP no empeora súbitamente, en contraste con otras afecciones como la Esclerosis Múltiple. Por lo que la EP posee un curso lento sin cambios dramáticos repentinos.

El Dr. Enrique Otero - Siliceo¹⁴⁷ describe que de 1995 al año 2000 la población de individuos mayores de 65 años o más ascendió hasta 12 o 13% de la población mexicana, por lo que las tasas de las enfermedades neurodegenerativas se incrementaron de 120 a 230%, asimismo señala que el mayor componente de estos incrementos se debe a la elevación de muertes atribuidas a demencias y a la enfermedad de Parkinson.

La EP ocupa el séptimo lugar de frecuencia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Este padecimiento parece tener variaciones regionales en su distribución mundial y las tasas de prevalencia van de 50 a 180 por 100 000 habitantes, en la mayoría de las naciones occidentales. En México se tiene la impresión de que la prevalencia es más baja que las cifras antes citada, encontrándose en 44 casos por cada 100 000 habitantes.¹⁴⁸

¹⁴⁶ La acinesia es la privación o pérdida de movimiento

¹⁴⁷ En la actualidad se encuentra laborando en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

¹⁴⁸ OTERO – SILICEO, Enrique, "Parkinson: Enfoque al futuro", FCE

Cuadro No. 4

Tasas de Prevalencia de la EP

Categorías	Prevalencia
Baja	Menor de 80 / 100 000
Media	Entre 80 y 130 / 100 000
Alta	Mayor de 130 / 100 000

De acuerdo con las estimaciones del INNN¹⁴⁹ basadas en las frecuencias relativas de la concentración de atención de tercer nivel en padecimientos neurológicos de población abierta (como el INNN) la prevalencia nacional debe estar en la categoría baja, entre 40 y 50 / 100 000 habitantes, por lo que se estima que existen alrededor de 50 000 pacientes con la EP en todo el país.

Cuadro No. 5

Prevalencia del Parkinson en relación con la edad

Edad	Prevalencia por 100 000 habitantes
0 - 39	< 0.01
40 - 49	50.5
50 - 59	23.9
60 - 69	75.8
70 -79	14.07
80 - 89	26.46

Las tasas de prevalencia se incrementan en forma estable conforme avanza la edad entre los 70 y los 79 años, estas tasas continúan aumentando hasta después de los 80 años. En la mayoría de los grupos geográficos tanto la incidencia como la prevalencia disminuyen entre los 80 y los 85.

¹⁴⁹ Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

5. Impacto socioeconómico de los agentes “familia y Estado”

5.1. EL PAPEL DE LA FAMILIA DENTRO DE LA ECONOMÍA Y EL ESTADO

Según el economista **Jeremy Bentham** (1748-1832) se puede considerar a las familias como propietarias de los recursos productivos y receptoras de rentas o bien se les puede considerar sólo como demandantes de bienes y servicios, por lo que se les llama agentes económicos en término de “consumidores.” Bentham creyó que el móvil principal de los individuos al demandar bienes y servicios era obtener el máximo de utilidad posible. Dentro de los argumentos de la función de utilidad encontramos que cada persona busca maximizar su utilidad a través de distintos bienes no económicos, como satisfactores en el bienestar de las personas más próximas a él. El principio de racionalidad de la acción humana establece una relación cercana entre la teoría económica de la familia y el de la elección racional. Bentham también estableció la distinción entre **utilidad total**¹⁵⁰, **utilidad marginal**¹⁵¹ y **utilidad marginal decreciente**¹⁵².

Bajo el sistema económico predominante de organización familiar a modo de organización social de la producción, encontramos que de modo inverso que, si la estructura de la familia se ve modificada, el sistema económico se verá afectado por tales cambios. Podemos citar a manera de ejemplo el caso de los enfermos crónicos y de los discapacitados que se encuentran dentro de un círculo familiar y en el que sólo el padre trabaja para el mercado y su esposa e hijos no tienen ingresos o

¹⁵⁰ La utilidad total es el beneficio que se obtienen por toda la cantidad consumida de un bien.

¹⁵¹ La utilidad marginal es el aumento en la utilidad total que produce la última unidad consumida de ese bien.

¹⁵² La utilidad marginal decreciente observa que cuando aumenta el consumo de un bien la satisfacción producida por cada nueva unidad es menor que la producida por la anterior.

rentas independientes, es aquí cuando la situación prolongada de enfermedad o discapacidad puede tener graves repercusiones; sin embargo en situaciones de crisis los restantes miembros de la familia hacen que el grupo sirva de soporte social a quien no encuentra empleo.

La situación familiar de una persona es condicionada por sus hábitos de trabajo, ocio, gasto y ahorro. Debido a lo anterior la familia como institución ha desempeñado un papel relevante dentro de las actividades de producción y consumo. La teoría económica tradicional muestra que se cuenta con dos opciones a la hora de decidir que hará el individuo con su tiempo, estas opciones son el trabajo y el ocio, dicha teoría explica que una persona desearía tener más horas de ocio que de trabajo, pero el trabajo es lo que le permitirá obtener ingresos para sus ratos de ocio, de tal manera que el costo de oportunidad del ocio se ve determinado por el salario.

Cuando una persona se encuentra enferma – el costo medido en términos monetarios – de cada hora que se dedica a descansar o bien a cuidar su salud, es precisamente el salario que habría obtenido por trabajar dentro de una empresa o dentro de una actividad privada de mercado. Por lo cual se puede interpretar que un aumento del salario por hora que una persona obtiene de su trabajo es igual a un aumento en el precio que una persona debe pagar por una hora al cuidado de su salud.

Es importante destacar que la utilidad que proporciona el dinero es distinta para cada persona, por lo que la apreciación subjetiva del valor dinero es condicionada por las decisiones que se adopten sobre la conveniencia o no de dedicar algunas horas más al trabajo que al ocio o al cuidado de la salud. Partiendo del supuesto general de que el tiempo es escaso y de que la vida de un ser humano esta constituida por tiempo.

El precio al cuidado de la salud puede calcularse como el costo de oportunidad de dedicar tiempo al ocio, es decir, lo que una persona deja de ganar en el mercado por dedicar tiempo al cuidado de su salud, debido a lo cual el salario real es el criterio determinante para una mayor o menor dedicación del tiempo a las actividades del mercado.

A lo largo del tiempo la familia como toda organización humana ha desarrollado diversos sistemas de especialización, entendiendo como especialización el criterio de la ventaja comparativa, según el cual cada miembro de la familia se especializará en realizar las actividades que puede llevar a cabo con mayor eficiencia respecto a los demás integrantes de la familia. Por lo que según **Gary Becker** (Premio Nobel de Economía 1992) el capital humano de los miembros de la familia es el criterio determinante de su especialización.

Antes de introducimos a los costos, se explicará la importancia del concepto de discapacidad, ya que a futuro es el costo social más importante que enfrentaran ambos agentes económicos.

5.2. DISCAPACIDAD EN MÉXICO

La discapacidad se puede entender como una limitación funcional que se presenta en forma de una deficiencia física intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental, que pueden ser de carácter permanente o transitorio.¹⁵³ Es decir, se entiende por discapacidad, cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos

¹⁵³ Organización de las Naciones Unidas.

Las personas con discapacidad y sus familias han luchado durante varias décadas por el derecho a ser incluidos como ciudadanos, por el reconocimiento de sus derechos y por la igualdad de oportunidades. Para el año 2000 se ha manejado que las personas con alguna discapacidad representan un volumen poblacional cercano al 10% del total, siguiendo de alguna manera los patrones promedio observados en el nivel mundial. No obstante esta información, el INEGI ha encontrado, que en México existen actualmente 2.3 millones de personas con algún tipo de discapacidad física o mental, o con algún problema de salud de largo plazo que les impide realizar con plenitud algunas actividades que llevaría a cabo en condiciones normales.¹⁵⁴

Las causas y efectos de la discapacidad varían en todo el mundo, debido a que son el producto de diferentes circunstancias socioeconómicas. La calidad de vida de las personas que padecen alguna discapacidad se ve mermada ya sea por ignorancia, abandono y factores sociales que aíslan a este grupo de personas. Una Enfermedad discapacitante, es aquella que en su evolución necesariamente producirá una disminución permanente, parcial o total, en la capacidad funcional, biológica, psicológica, laboral o social del individuo, y que puede o no dificultar o impedir el desempeño de las actividades cotidianas.

A lo largo de los años se han establecido en México diferentes políticas entorno a la discapacidad y rehabilitación; en un principio los cuidados elementales eran proporcionados a los niños y en la actualidad se incluyen a personas que sufrieron discapacidad durante su vida adulta, mismas que se han convertido en el grupo de lucha para la promoción de oportunidades para personas con discapacidad a raíz de que se han puesto cada vez más en evidencia los problemas de la discapacidad en los países en desarrollo. También se pone énfasis en la prevención de la discapacidad por medio de la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca deterioro físico, intelectual o sensorial e impedir que ese deterioro cause discapacidad o limitación funcional permanente.

Tipos de Discapacidad

Para clasificar los tipos de discapacidades existentes los expertos las han conjuntado en cuatro grandes grupos que son los siguientes:

Discapacidades Intelectuales



La discapacidad intelectual es una disminución del proceso cognoscitivo, permanente o temporal. Ciertas veces se puede acompañar de otro tipo de discapacidades como visuales, auditivas, de lenguaje, neuromotoras y físicas. Se puede presentar a lo largo del desarrollo. No importa la edad, ya que puede ser ocasionado por un accidente, o por medio de lesiones, fobias, o secuelas intelectuales. La discapacidad intelectual se puede clasificar en tres subgrupos: deficiencia mental, enfermedades psicológicas y alteraciones en el aprendizaje

Discapacidad Auditiva y del Lenguaje



La característica principal de la discapacidad auditiva es la carencia o pérdida total o parcial del sentido del oído. Puede ser congénita o adquirida, ya sea a través de alguna enfermedad o accidente. Las personas con este tipo de deficiencia también se les conoce con el nombre de sordos, silentes o bien pueden ser hipoacúsicos que es la pérdida parcial de la audición. Existen pérdidas que van desde la superficial hasta la profunda

¹⁵⁴ Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI

Discapacidades Neuro-motoras



Es cualquier daño o lesión producida por una enfermedad o traumatismo en alguna parte del cerebro o de la médula espinal, dejando dificultad para hablar, moverse y de sensibilidad. Las discapacidades neuromotoras pueden provocar pérdida total o parcial del movimiento de una o más partes del cuerpo con o sin alteraciones del lenguaje y la sensibilidad (tacto).

Discapacidad Visual



La Característica principal de la discapacidad visual es el debilitamiento o pérdida total o parcial del sentido de la vista, puede ser congénita o adquirida, ya sea a través de alguna enfermedad o accidente. A la persona que padece esta discapacidad se le puede conocer como CIEGO o DÉBIL VISUAL.

5.2.1. La posición del Gobierno Mexicano

La responsabilidad financiera de los programas y las medidas destinadas a crear igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad corresponde al Estado. Debido a lo cual el Estado debe estudiar la posibilidad de aplicar medidas económicas¹⁵⁵ para estimular y apoyar la participación en la sociedad de este grupo de personas. En algunos países se han establecido fondos especiales para el desarrollo de cuestiones relacionadas con la discapacidad con la finalidad de apoyar proyectos experimentales y programas de autoayuda.

La presidencia de la república, encabezada por el Lic. Vicente Fox, creó en el año 2000, la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para las Personas con discapacidad. La finalidad de esta oficina es atender a este grupo de personas como una prioridad para desarrollar, fortalecer y consolidar las políticas públicas de atención a la discapacidad, y obligar a la sociedad a ser más respetuosa y sensible para consolidar esa nueva cultura de la equidad.¹⁵⁶

El objetivo de esta oficina es promover la integración de las personas con discapacidad al bienestar social, en igualdad de oportunidades que las demás, estableciendo políticas de coordinación con las dependencias de la administración pública de los tres niveles de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil.

Funciones:

- I. Promover las adecuaciones necesarias al marco jurídico en los tres niveles de gobierno para mejorar el nivel de bienestar social de las personas con discapacidad.
- II. Impulsar la coordinación interinstitucional para mejorar y ampliar la cobertura de los programas de atención a las personas con discapacidad, con énfasis al medio rural.
- III. Promover el desarrollo de proyectos con apoyo financiero y de cooperación técnica nacional e internacional para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Esta oficina reconoce a la EA, EP y la EM como enfermedades discapacitantes. En el Conteo rápido que realizó el INEGI en 1995, se obtuvo que en México existían más de 1.8 millones de personas con discapacidad, integradas de la siguiente manera.

- 45.5% motriz

¹⁵⁵ Algunas medias pueden ser: exenciones fiscales, subsidios con fines específicos y fondos especiales entre otros.

¹⁵⁶ Información obtenida de su página web, <http://discapacidad.presidencia.gom.mx>

- 26.1% visual
- 16.2 mental
- 15.8 auditiva
- 4.9 lenguaje
- 0.7 otras.

Para atender la creciente demanda de detección de procesos de discapacidad entre 1995 y el 2000, las unidades básicas de rehabilitación pasaron de 108 a 434. En el año 2000 la población con discapacidad atendida en los Centros con relación al total de la población se incrementó más del doble con respecto a la de 1997.

Puntos medulares para el logro de igualdad de oportunidades

La **rehabilitación** es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual o social de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes, por lo que el Estado mexicano debe asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad con la finalidad de que estas personas logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.

Según el Convenio 159 de la Organización Internacional de Trabajo, todos los países deben reconocer el derecho de las personas con discapacidad para obtener un **empleo**, tanto en zonas rurales como urbanas debe haber igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y bien remunerado, para lo cual se deben alcanzar los siguientes lineamientos:

- a. Las leyes y reglamentos laborales no deben de efectuar ningún tipo de discriminación en contra de las personas con discapacidad.
- b. Se debe de apoyar activamente la integración de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo.
- c. Deben utilizarse nuevas tecnologías para el desarrollo y producción de recursos con la finalidad de facilitar el acceso de las personas con discapacidad a fin de que puedan obtener y conservar su empleo.
- d. Cooperar con organizaciones de personas con discapacidad para implantar medidas encaminadas a crear oportunidades de capacitación y empleo, manteniendo un horario flexible y una jornada parcial.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) el envejecimiento es un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la muerte.

Las personas de edad avanzada tienen las siguientes características.

- a. Mayor fragilidad ante el medio (social, económico, físico, emocional)
- b. Combinación de efectos de envejecimiento con la aparición de procesos patológicos.
- c. Aumento de la población con problemas de incapacidad o invalidez por secuelas discapacitantes.

Así la discapacidad representa un enorme gasto económico y social para la familia y para el Estado. Entre las principales causas de discapacidad de la población envejecida se encuentra las enfermedades crónico degenerativas, los accidentes y la violencia. Los adultos mayores en nuestro país, se ubican en una situación social difícil, pues aunque no hay muchos estudios de fondo en este sentido, se puede afirmar que la población de adultos mayores es un sector esencialmente pobre que tiende a reproducir en su seno una serie de desventajas ante el resto de los grupos poblacionales, ocasionando con esto que se genere una condición especial de vulnerabilidad, fenómeno que a largo plazo provocará una situación crítica en nuestro país.

Según estadísticas, por cada ocho ancianos que se encuentran en vida productiva, existe sólo uno con discapacidad. En el proceso de evolución es difícil su adaptación, pero aún es más difícil cuando aunado al envejecimiento existe una secuela discapacitante o algunas enfermedades que causen limitación de sus funciones causando la posibilidad de dependencia.

Es mejor tomar decisiones en salud con estimaciones aproximadas, que no incluir las enfermedades por falta de estimaciones ya que la exclusión de enfermedades por falta de cifras posterga acciones en salud y dificulta la fijación de prioridades y la asignación de recursos que favorecen la inequidad. Un ejemplo de estos problemas es la carencia de datos sobre salud mental, evolución de los problemas de discapacidad y percepción del estado de salud.¹⁵⁷

La medición de la discapacidad refleja indirectamente la gravedad de las enfermedades y ofrece una visión dinámica del impacto de las enfermedades crónicas comunes en la población. La oferta de información que existe en la actualidad es tan amplia, diversa y de calidad tan variable que en ocasiones se consigue el efecto contrario al deseado, que es el de informar o guiar las decisiones clínicas en el sentido adecuado.¹⁵⁸

El papel de la **familia**: Las personas discapacitadas son particularmente vulnerables al maltrato de la familia, amigos y conocidos por lo que es necesario que se les eduque sobre la manera de evitarlo para que puedan reconocer cuando han sido víctimas de maltrato y se pueda denunciar. Es importante integrar a estas personas para que tengan oportunidad de utilizar su capacidad creadora, artística e intelectual tanto para su beneficio personal como para el de la comunidad.

Los cinco pasos por los que transita un enfermo y su familia son:

1. **Negación:** En sus respuestas iniciales refleja o da entender que nada pasa o nada está mal.
2. **Sobreinvolucramiento:** Una etapa que representa un intento a fin de compensar por aquello que no hicimos o dejamos de hacer con el enfermo o su enfermedad.
3. **Enojo:** El enojo se da cuando la familia se da cuenta que su deseo por compensar aquello en que creyeron haber fallado, por no atender a tiempo a su ser querido, ha sido en vano; y que de nada sirvieron sus desvelos, pesares o congojas, puesto que todo sigue igual o peor.
4. **Culpa:** Esta se desarrolla luego del enojo cuando uno se vuelve a preguntar: "y si hubiera hecho esto...", "y si hubiera hecho lo otro", "y si lo hubiera tratado mejor o no le hubiera pegado o respondido...", etc.
5. **Aceptación:** Cuando por fin nos damos cuenta, abrimos los ojos y aceptamos las cosas tal y como son. Hay problemas que no se pueden remediar, pero sí existen formas para hacer que la enfermedad sea más llevadera, tanto para el enfermo como para los que le cuidan y le rodean.

Finalmente **el logro de la igualdad de oportunidades** se entiende como el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación se ponen a disposición de todos y en especial al alcance de las personas con discapacidad. A medida que las personas discapacitadas logren la igualdad de derechos deben asumir también las obligaciones correspondientes, lo que hará que puedan esperar más de las personas con discapacidad y establecer disposiciones para ayudar a este grupo de personas a poder asumir con responsabilidad su papel como miembros de la sociedad.

¹⁵⁷ SEPÚLVEDA, Jaime, "La salud de la población en edad avanzada en México"

¹⁵⁸ www.gobcan.es/funcis/difusion/eayod.index.html

5.3. EL CONCEPTO DE LA CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud se emplea como una característica de aspectos concretos de bienestar y de la capacidad de actuación de las personas.

Bienestar y capacidad de actuación representan las dos dimensiones básicas fundamentales de la salud subjetiva, donde cada una de ellas se desarrolla analíticamente bajo tres aspectos esenciales de la vida humana, estos son: Físico, psíquico y social

Debido a los logros en materia de salud, que han dado lugar a una esperanza de vida promedio de 75 años, las comunidades han ido envejeciendo por lo cual el número de personas de la tercera edad es cada vez mayor.¹⁵⁹ Paralelamente al proceso de mejorar la expectativa de vida y la disminución de los procesos patológicos transmisibles han ido aumentando las enfermedades crónicas, entre las que ocupan un lugar destacado las neurológicas, por fortuna estos procesos no desencadenan la muerte de las personas afectadas pero lamentablemente deterioran su salud y su capacidad de disfrutar la vida por lo que se ve mermada su calidad de vida.

El término de calidad de vida (CDV) ha encontrado gran eco entre los médicos por constituirse en una sofisticada manera de estudiar la salud de los individuos y de grupos como un nuevo modo de descubrir las ventajas y desventajas de nuevas terapias y tecnologías, es decir, estudiar la capacidad de las personas de desempeñar un papel en la sociedad y de disfrutar plenamente de ese papel como ciudadano, no importando su situación social.

Los estudios de calidad de vida tienen una vital importancia en neurología debido a que el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos ejercen un control total de las funciones neurológicas de todo el cuerpo, por lo que las lesiones que afectan a estas estructuras tienen una repercusión enorme en la esfera psíquica, física y social.¹⁶⁰ La medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedades neurológicas es una práctica cada vez más frecuente usada por especialistas.

Años de vida saludable (AVISA)

Cuando se trata de evaluar el impacto social de cualquier enfermedad, es conveniente utilizar indicadores de salud compuestos.¹⁶¹ Donde en lugar de medir eventos o casos, se medirá el tiempo saludable perdido por muertes prematuras y el tiempo que se vive con secuelas discapacitantes que provoca la enfermedad.

Los AVISA perdidos permiten evaluar el impacto expresado en unidades de tiempo de distintas enfermedades en una sociedad determinada, y tienen la ventaja de que ofrecen una métrica común para las pérdidas de salud por todas las causas y a todas las edades.

Los AVISA son utilizados para medir las necesidades de salud de una población determinada, evaluar la efectividad de las intervenciones en salud y apoyar la determinación de prioridades de investigación y atención, asimismo genera beneficios metodológicos puesto que obliga a maximizar el uso de la información disponible.

En México durante 1994, se perdieron alrededor de 13 millones de AVISA, es decir, 145 por cada 100,000 habitantes, 57% se debió a muertes prematuras y 43% a incapacidades, la mayor parte de

¹⁵⁹ R. Hernández Mejía, "Calidad de vida y enfermedades neurológicas", Revista de Neurología Vol. 16, Núm. 1, Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, España.

¹⁶⁰ Ídem

¹⁶¹ Un indicador de salud compuesto es aquel que evalúa simultáneamente los daños ocasionados por la mortalidad y los daños ocasionados por la enfermedad. Para lograr dicho propósito es necesario transformar la unidad de medida que normalmente se emplea para evaluar daños a la salud.

AVISA se presenta en el sexo masculino, independientemente del lugar de residencia, región y grupo de edad.¹⁶²

Años de vida perdidos por muerte prematura debidos a demencia (APMP)

Para el cálculo de los APMP se requiere conocer la edad en la que ocurrió la defunción y la edad que se esperaba debería vivir esa persona, empleando una tabla de vida estandarizada. La diferencia entre lo observado y lo esperado de cada defunción se actualiza con una tasa de descuento de 3% y se ajusta con un valor diferencial para cada edad de muerte.

Debido a que la demencia es una enfermedad que tiende a registrarse con menos frecuencia de lo que sucede y generalmente ocurre en personas mayores.¹⁶³ Esta estimación sólo permite analizar una pequeña parte del impacto ocasionado por la demencia. Cabe resaltar que antes de los 70 años se acumula el 43% de los APMP provocados por demencia.

Años vividos con discapacidad debidos a demencia (AVD)

La demencia es caracterizada por la paulatina pérdida de las funciones neurológicas. Un enfermo con demencia poco a poco va perdiendo relación con el exterior, su memoria y otras funciones cerebrales se deterioran y se empieza a depender de los demás hasta para realizar las actividades más elementales como asearse, vestirse o bañarse.

Los AVD se calculan a partir de conocer el número de casos nuevos para el periodo en cuestión, la edad en la que inicia el padecimiento, la duración del problema y la gravedad del mismo. Por lo que una vez conocida la incidencia de la demencia se estima la duración.¹⁶⁴ Los resultados obtenidos en estudios internacionales muestran que por cada APMP se pierden alrededor de 5 a 8 AVD. Llama la atención que el impacto de la discapacidad por demencia en la población del IMSS es mayor que la estimada para el promedio nacional.¹⁶⁵

5.4. REPERCUSIONES SOCIALES EN LA FAMILIA Y PAPEL DE LOS CUIDADORES

Siempre que hay una persona enferma, su familia se ve afectada. La forma y extensión de esta alteración depende de tres factores.

- a) Cuál es el miembro de la familia enfermo.
- b) Cuál es el grado de enfermedad y la duración de la misma.
- c) Qué costumbres sociales y culturales tiene la familia.

Entre los cambios que pueden ocurrir dentro de la familia se incluyen:

- Cambios de rol
- Redistribución de tareas
- Problemas económicos
- Soledad como consecuencia de la separación y temor a la pérdida
- Cambio en las costumbres sociales.

El grado de afectación que experimentan los miembros de la familia se relaciona con su dependencia al enfermo.

¹⁶² SOLIS, Soberón, Fernando, et.al. "La seguridad social en México" FCE, México 1996

¹⁶³ En promedio los varones en México mueren por esta causa a los 75.7 años y las mujeres a los 78.5 años.

¹⁶⁴ La gravedad de las secuelas provocadas por la enfermedad es importante en una escala de 0 a 1 se ha considerado que adquiere un valor de 0.62.

¹⁶⁵ Simposio Internacional de Alzheimer, México, D.F. 1998

Una de las principales repercusiones que causan estas enfermedades es la depresión, es común sentir miedo, confusión, pérdida de control y pesadumbre que puede ser resultado directo de la enfermedad.

Las repercusiones sociales de esta enfermedad se pueden atenuar mediante:

- Información a la familia y al paciente. Es importante mencionar que toda la familia vive la enfermedad y que se pueden producir cambios en la rutina familiar con respecto al trabajo y el ocio; por lo que un buen asesoramiento puede ayudar a la familia a ajustarse a la nueva vida.
- Capacitación médica. El médico es el aliado para dominar la EM. Los pacientes deben sentirse cómodos al hablar sobre todas las cuestiones prácticas e indicarle los cambios que uno nota y las dudas que le inquieten.
- Grupos de apoyo

El cuidador

Cuidar significa prestar atenciones en todo lo referente a la actividad vital de una persona. La amplitud de este concepto explica también su complejidad y acarrea un sin fin de funciones no escritas, pero presentes en el día a día de la evolución de un enfermo.

El entrenamiento del cuidador es un proceso que tiene como fin la adquisición de destrezas necesarias para la realización de una determinada función. Este entrenamiento se adquirirá mediante la información adecuada, la lectura y la propia experiencia práctica; la formación sería, la combinación adecuada de buen entrenamiento y una correcta instrucción que nos permita aumentar los conocimientos, cambiar actitudes negativas y adquirir capacidades adecuadas de cuidados. La problemática de tener un enfermo en casa desestabiliza a los familiares, provoca crisis en las relaciones de los mismos y el proceso de adaptación suele ser largo y difícil. De todo esto resulta la elección o adopción voluntaria, por uno de los miembros de la familia (generalmente uno de los hijos) del rol de cuidador.

La frustración, la depresión, la ansiedad, el estrés y los sentimientos de culpa son algunas de las secuelas de ser "Cuidador", las cuales, poco a poco, se van manifestando en alteraciones de la conducta, del carácter o algunos otros "síntomas". Muchos de estos, son comunes a los diferentes cuidadores, por lo cual se considera el conjunto de ellos como un verdadero síndrome que azota a este grupo de personas, que merecen nuestra atención y que tienen derecho, también, a llevar una vida propia.

A la persona que dedica gran parte de su tiempo y de su vida a prestar ayuda a su querido familiar, aún hasta en el desempeño de sus funciones más elementales o íntimas, le debemos respeto, admiración y sobre todo, consideración. Generalmente nos olvidamos de este ser tan especial, no nos acordamos de su condición de 'persona' y creemos que es obvio que él cumpla sus funciones de cuidador.

Cabe distinguir entre cuidadores formales e informales. Los formales son personas contratadas para estos menesteres, mientras que los informales son miembros de la familia u otras personas cercanas al paciente.

Cuando una persona enferma, toda la familia sufre la enfermedad. Esta aseveración comporta, en mayor o menor medida, sufrimiento psicológico y alteraciones en el ámbito de las relaciones familiares, sentimientos de miedo, angustia ante el futuro, culpa ante situaciones que nos superan, reacciones de agresividad hacia otros miembros de la familia y, en otro orden de cosas, fatiga mental, insomnio y estrés. En la mayor parte de los casos, nadie cuida del cuidador. Normalmente, ocurre todo lo contrario, se fuerza a una mayor carga de cuidados y no se considera la gran carga de energía y de trabajo que esta persona soporta. El mejor consejo sería la recomendación inicial del

auto cuidado y la adopción del decálogo de actitudes positivas para con uno mismo. Cuidarse a uno mismo redundará en un mejor cuidado para nuestro familiar enfermo.

A. Signos de la presencia del Síndrome del Cuidador

- a. Impaciencia: Molestia o rabia hacia el enfermo, por repetir frases o preguntas. "Si lo vuelve a hacer, voy a gritar!"
- b. Irritabilidad: Respuestas o reacciones negativas ante los demás. "Déjenme solo!" - "No me hablen!"
- c. Ansiedad: Preocupación por el futuro, temor de no poder hacer las cosas. "Qué pasaría si yo no lo puedo atender?"
- d. Dificultad en concentración: Problemas para efectuar tareas cotidianas, "Estoy tan cansado!" - "Olvidé otra vez, esa cita tan importante".
- e. Depresión: Sentimiento de estar derrotado, pérdida de interés en las cosas relacionadas con su persona, etc. "Ya no me importa nada..."
- f. Disminución de la vida social: Se aleja de los amigos, de las actividades de recreación, se olvida de conseguir o mantener su pareja, etc. "No tengo ganas de ir a ninguna reunión ni a ninguna fiesta!" - "No quiero hablar con nadie!"
- g. Negación: Se niega a creer o aceptar la dimensión de la enfermedad. "Yo se que papá se va poner bien!" - "Estoy seguro de que mami no está tan mal!".
- h. Fatiga constante: Sentir que su resistencia física ya no da más. "Yo estoy muy cansado!" - "Estoy agotado!".
- i. Insomnio: Despertarse varias veces durante la noche. Dificultad para dormirse. Despertarse en la madrugada y no poder dormir de nuevo. "Ya no se lo que es dormir completo!".
- j. Sentimientos de culpa: Creer que tiene que ver con la aparición de la enfermedad en su querido enfermo. "Si le hubiere hecho caso." - "Si me hubiera comportado mejor y no lo hubiera hecho sufrir...".
- k. Problemas de salud: Alteraciones físicas y/o mentales tales como alergias, problemas digestivos, migrañas, afecciones de la piel, comportamientos neuróticos. "Ya no recuerdo la última vez que me sentí bien.

El cuidado de personas mayores

El cuidado de las personas de edad avanzada ha surgido durante los últimos años como un importante problema social, debido a que el envejecimiento de la población ha generado un incremento de la carga y de las responsabilidades de las familias¹⁶⁶, que prestan su ayuda por un largo periodo de tiempo.

La responsabilidad de proporcionar día a día ayuda a un familiar que está en una situación de fragilidad tiene un importante impacto físico y psicológico sobre la vida de los cuidadores y el resto de la familia, ya que el cuidado de personas mayores es identificado como uno de los acontecimientos que más estrés puede producir en la vida de una familia y de cada uno de sus miembros.¹⁶⁷

Los cuidadores frente a pacientes con demencia, EM y EP.

La demencia carece de cura y la mayoría de personas que la desarrollan terminan necesitando la ayuda y cuidado diario a medida que la memoria, el razonamiento y el juicio se va deteriorando por lo que suele ser la familia quien tome las riendas en este caso, pero también ella necesita apoyo.

¹⁶⁶ Quienes contribuyen con una importante cantidad de ayuda a la asistencia de personas mayores con algún nivel de dependencia.

¹⁶⁷ Cuidar a los que cuidan, Universidad Autónoma de Madrid, Centro de Psicología aplicada, www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores

La familia es la encargada de cuidar a las personas con demencia, trastornos del movimiento o bien esclerosis múltiple. Los cuidadores necesitan ayuda práctica, moral y sobre todo financiera. Es el apoyo adecuado en el momento preciso el que hace la diferencia a la hora de cuidar al enfermo, dichos apoyos pueden surgir de diferentes fuentes como:

- a) Otros miembros de la familia
- b) El Estado
- c) Organismos no Gubernamentales

Es importante destacar que el papel de la familia suele estar subestimado en países con desarrollados sistemas de salud y apoyo social. Por el contrario en países en vías de desarrollo esta ayuda suele ser sobrestimada, ya que las personas de edad avanzada suelen depender de sus hijos para cubrir sus necesidades vitales y no cuentan con sistemas de cuidado sociales en tal caso la carencia de apoyo familiar puede tener consecuencias catastróficas.

La mayoría de los cuidadores carecen de grandes recursos económicos y suelen contribuir con parte de sus ingresos o ahorros para costear los cuidados. Muchos, aunque no todos los países desarrollados cuentan con planes globales de pensiones de jubilación e invalidez para el anciano, un ejemplo de ello es que en el Reino Unido cualquier hombre o mujer de más de 60 años recibe algún tipo de pensión de subsistencia. En tanto que en los países en vías de desarrollo las personas de edad avanzada ni siquiera reciben una pensión de subsistencia, muchos continúan trabajando o dependen de sus hijos ó de la caridad.

A medida que las distintas enfermedades neurológicas (EA, EM y EP) progresan; los cuidadores se hacen cada vez más cargo de las necesidades básicas como vestir, bañar y alimentar; cabe destacar que si los cuidadores no están retirados (como es el caso de muchos) pueden encontrar complicado combinar su trabajo con las responsabilidades del cuidador, además de que su propia vida se ve restringida por tener que asumir ciertas limitaciones. Los cuidadores manifiestan con frecuencia carencia de apoyo y falta de asistencia por parte de otros miembros de su familia así como de profesionales de la salud, lo que trae como consecuencia problemas físicos y mentales que surgen del estrés sufrido por los cuidadores.

En España se estima que un paciente con Alzheimer severo requiere de 79 horas de cuidados semanales los cuales son aportados frecuentemente por un familiar.

Los cuidadores necesitan saber más acerca de la enfermedad, cómo progresa y cómo manejar los distintos problemas a medida que van surgiendo una vez que el médico familiar ha proporcionado una evaluación y posteriormente es enviado con un especialista (neurólogo) para obtener información detallada de la cual se pueda derivar el diagnóstico y las posibles necesidades del paciente, debido a que él médico no siempre cuenta con el tiempo suficiente para contestar a todas las preguntas de la familia, la importancia en la difusión de diversas enfermedades neurológicas, recae principalmente en las asociaciones de ahí el valioso papel que juegan éstas, proporcionando boletines, hojas informativas y vías de asistencia a grupos de ayuda. En tanto que los grupos de apoyo muchas veces son llevados por las asociaciones, en estos lugares los cuidadores se reúnen para compartir sus experiencias, sentimientos e ideas prácticas relacionadas con el reto que supone el cuidado, cabe destacar que no todos quieren unirse a estos grupos, sin embargo las investigaciones indican que las personas que sí lo hacen se benefician de la ayuda de trabajar en equipo lo que permite disminuir los sentimientos de depresión.

Se ha demostrado que las terapias de apoyo resultan efectivas en tanto que levantan la moral y mitigan la sensación de estrés; es habitual que el cuidador experimente fuertes sentimientos de culpa, dolor, enojo y tristeza por lo que estas terapias pueden servir de gran ayuda durante el luto tras la muerte. Los cuidadores necesitan ser respetados y los servicios establecidos deberían de ser flexibles y variados para llegar a cada caso en lo particular, sabiendo de antemano que las necesidades cambian a medida que las enfermedades progresan. La investigación sobre el cuidado es la clave

para asegurar que la calidad de vida del cuidador como de la persona enferma se mantenga a un nivel óptimo.

Los grupos de apoyo

El objetivo central del apoyo emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su enfermedad y tratamiento. Ésta posición activa permite que el paciente se fortalezca internamente lo cual es un factor influyente en la recuperación de la "normalidad" de la vida cotidiana y por supuesto influirá en la recuperación y mejoría en la calidad de vida.

Un grupo de apoyo es un grupo dirigido por y para personas que comparten una situación de vida crítica. Está constituido por individuos deseosos de poder hablar con libertad y confiar abiertamente en la buena intención de los otros miembros del grupo. Es un lugar donde uno puede ser uno mismo, bienvenido por los otros, aceptado sin condicionamientos, asegurándose la privacidad y la confidencialidad de todos, entre unos y otros. Los grupos de autoayuda, además de dar apoyo emocional, son también una invaluable fuente de información para sus integrantes. Constituyen el espacio propicio para compartir aquellos que artículos, periódicos o libros refieren sobre la enfermedad. La finalidad de estos grupos de autoayuda es que las personas que sufren no sean simplemente consumidoras de servicios y productos médicos sino también que puedan desarrollarse como consejeros calificados. Ninguna persona es un experto pero todos tienen experiencias para compartir.

El funcionamiento de estos grupos se fundamenta en dos principios básicos:

1. "Cada individuo constituye en sí mismo una fuente de recursos para otros"; uno puede ver al enfermo como un problema, o lo puede ver como un ser con capacidad para ayudar a otros que padecen su misma enfermedad. Los grupos de autoayuda optan por esto último.
2. "Aquel que brinda ayuda a los otros, resulta ser el más beneficiado"; ayudar a otros fortalece y aumenta la capacidad para hacer frente a los problemas y dificultades en forma más efectiva.

En contraste a las personas que no asisten a los grupos de apoyo, la aceptación de las personas que sí lo hacen representa asumir una posición activa ante la enfermedad. De alguna manera decir "...Yo tengo ésta enfermedad y voy a hacer algo al respecto. No soy la víctima de la voluntad divina, sino la enfermedad cómo otras circunstancias de la vida es parte de la misma, y ante este hecho de la enfermedad es que tengo que definir que hacer y cómo replantear mi vida, mis acciones y mis aportaciones, actuar, seguir el camino de los hechos."¹⁶⁸

La **aceptación** es uno de los pilares del apoyo emocional de las personas enfermas y sus familiares, la cual no vendrá sola y sin esfuerzo; es producto del valor, el coraje para hacer frente a este hecho de la vida. Y quizá nos lleve tiempo llegar conquistar la aceptación, no importará siempre y cuando se mantenga en la mira este objetivo primordial.

La **conciencia de enfermedad**: Una vez que hemos aceptado la enfermedad, asumimos una posición activa ante ella, siendo dueños de nuestra actitud, surge como fundamental el equilibrio que debemos guardar entre estar lo suficientemente conscientes de la enfermedad como para proveernos de los cuidados y requerimientos de la enfermedad y el "olvido" para permitirnos asumir en todo lo posible nuestra vida, lo más cercano a cómo hemos querido vivirla.

Los **conocimientos de la enfermedad** sólo son válidos para proveernos de los cuidados necesarios, no son de utilidad si nos sirven para atemorizarnos, perder las esperanzas, lamentarnos y compadecernos rompiendo así la continuidad de la vida.

¹⁶⁸ Texto obtenido de la reunión del grupo de apoyo de la Asociación Alzheimer Monterrey.

“Hemos de trascender el pensarnos como enfermos sino como personas que van tras el desarrollo, crecimiento, creación, transformación, aportación de la vida, a pesar de la enfermedad. Y no como víctimas. Te pienso como persona no como enfermo, la vida sigue y continuará hasta el último día, nuestra religión y razón de ser es vivir, no nos definiremos en función de la enfermedad sino en función de nosotros mismos, de lo que queremos, de lo que somos y nosotros no somos la enfermedad, la enfermedad es una circunstancia, no la vida misma.”¹⁶⁹

Importancia de los grupos de apoyo en la EA.

Las familias que acuden por primera vez a un grupo de apoyo manifiestan enojo e impotencia, hacia el médico o profesional que después de dar un probable diagnóstico de Alzheimer para su ser querido y algunas recomendaciones generales, invariablemente termina diciendo «y no pueden hacer nada más....» A diferencia de esto lo primero que una familia escucha al entrar en contacto con un grupo de apoyo a familiares con Alzheimer es algo totalmente distinto, que bien podría concretarse en: «les queda mucho por hacer.....» ¿Cuál es la ayuda ó los beneficios que puede brindar un grupo de apoyo? ¿Cuál era la experiencia de la familia antes de involucrarse en un grupo de apoyo? ¿Cómo se percibe ahora al enfermo y a la enfermedad de Alzheimer? antes y después de recibir ayuda.

El antes se caracteriza por la incompreensión de todo lo que ocurre con su ser querido, lamentablemente aún después de haber recibido un diagnóstico médico y antecedentes de la enfermedad. Parece que la familia no alcanza a comprender el por qué de las actitudes de su familiar, sobretodo si a ratos parece tan lúcido como cualquier otra persona.¹⁷⁰

Existen enojos constantes hacia el paciente, vergüenza por sus actitudes y depresión, entre muchos otros sentimientos que acaban por perjudicar la salud física y mental del cuidador, la estabilidad familiar y la salud del paciente. En ocasiones la familia ha tenido que pasar por situaciones sumamente amargas y angustiantes como el extravío del enfermo ó un accidente grave. En otros casos la familia emprende un largo recorrido visitando médicos y especialistas en busca de un diagnóstico certero, buscando escuchar la invalidación de un diagnóstico de demencia o de enfermedad de Alzheimer ó en busca de un tratamiento o cura para la enfermedad.

La ayuda que la familia y el cuidador reciben de un grupo de apoyo puede terminar con muchas de estas situaciones, principalmente con la negación de la enfermedad y el enojo hacia el paciente. En muchos casos el grupo de apoyo es el final del recorrido por diagnósticos y tratamientos, parece que la familia ha encontrado lo que buscaba, es decir, la explicación de todo lo que sucede con su familiar y la forma de enfrentar tan difícil situación en boca de otros que ya han pasado por lo mismo. De ahora en adelante los esfuerzos se encaminan a la comprensión del paciente, a un cuidado de calidad, a la aceptación de la enfermedad y de su ser querido tal y como ahora es.

Distintos organismos (asociaciones y fundaciones) de enfermedades neurológicas participan activamente, a veces más que el propio Estado en proporcionar la orientación y apoyo emocional a las personas enfermas y sus familiares como un complemento indispensable al tratamiento médico, actuando como "la otra medicina" de aquellas enfermedades que ponen en riesgo la vida o alguna función. Estas organizaciones ayudan a todo tipo de personas de cualquier edad y condición en la búsqueda del bienestar físico, además de lograr una actitud mental y emocional que permita acceder a todos los recursos para hacer frente a la enfermedad. En la medida que la persona pueda disponer de información sobre su enfermedad y sepa de la existencia de grupos de apoyo y de asociaciones o fundaciones dedicadas a la promoción e información de enfermedades neurológicas, es posible entonces; influir en el curso de la enfermedad, disminuir el tiempo de tratamiento, lograr una mejoría y pronta recuperación o que la calidad de vida del enfermo sea lo

¹⁶⁹ Ídem

¹⁷⁰ Asociación Alzheimer de Monterrey

más cercano a la normalidad. Estar al cuidado de una persona con alguna enfermedad neurológica discapacitante siempre será difícil. Los múltiples problemas que enfrenta el cuidador hacen que merezca una atención especial.

5.4.1 Costos económicos de la familia

Como se comentó anteriormente la familia no sólo sufre costos sociales que se reflejan a través de su calidad de vida sino también costos de oportunidad en términos de los ingresos que dejan de percibir cuando se encuentran al cuidado de su salud tanto el enfermo como familiares o cuidadores. Surgen también aquí dos tipos de costos económicos:

- **Costo Directo.** Los costos directos se definen como todos aquellos costos directamente relacionados con el cuidado de la salud del enfermo. Un ejemplo de estos costos son:
 - Atención por enfermeras o cuidadoras especializadas.
 - Medicamentos.
 - Consultas médicas.
 - Terapias de rehabilitación.
 - Pañales.
 - Ayudas funcionales como sillas de ruedas, bastones, muletas o andaderas.
 - Hospitalización.
 - Estudios de imagenología.
 - Análisis de laboratorio.
 - Traslados hospitalarios.

- **Costo Indirecto.** Los costos indirectos se definen como aquellos costos no directamente relacionados con el cuidado de la salud del individuo. Un ejemplo de estos costos son:
 - Traslados no hospitalarios.
 - Mantenimiento e higiene del lugar de descanso.
 - Gastos de manutención (alimento, vestido y recreación)
 - Gastos generados por pago de servicios. (arrendamiento, luz, agua y teléfono)

La suma de los costos directos e indirectos da por resultado el **costo total** de la enfermedad, es importante destacar que no todos los pacientes y sus familias enfrentan los mismos costos, debido a que la enfermedad puede encontrarse en diferentes etapas, pueden contar con vivienda propia o bien tener el respaldo de la seguridad social

Enfermedad de Alzheimer

En el caso de la enfermedad de Alzheimer, el doctor Raúl Gutiérrez (especialista en enfermos de demencias) realizó una investigación en el año 2000 sobre los **costos de atención de enfermos con Alzheimer** que obtuvo el primer lugar en el Congreso Nacional de Geriátrica (llevado a cabo en Acapulco, Gro.) el estudio que presenta toma el caso de 80 pacientes, donde considera el costo de medicamentos, consultas, cuidadores y lugar de atención (casa o asilo) sin encontrar muchas diferencias el costo promedio de un enfermo de Alzheimer es de **\$5,500.00 mensuales**. Sobre la base de la información obtenida por el Dr. Gutiérrez elaboré una canasta básica de medicamentos que necesita el enfermo de Alzheimer en una etapa intermedia de la enfermedad. A continuación se presenta la información sobre la canasta básica.

Cuadro No. 1
Canasta de medicamentos esenciales para enfermos de Alzheimer

Nombre comercial del medicamento o sustancia activa	Presentación	Costo en pesos
Exelon	Cápsulas de 1.5 mg	\$501.50
Eranz	Tabletas de 10 mg	\$830.50
Reminyl	Tabletas	\$232.00
Total mensual		\$1, 564.00

Los tratamientos sobre esta enfermedad no producen una mejora en las funciones cognitivas, solo detienen la progresión de la enfermedad, no tienen impacto para largar la vida de los enfermos, aunque sí mejorar la calidad de vida de los pacientes y por tanto de sus cuidadores.

El Dr. Joan Bigorra, Subdirector General de Novartis Farmacéutica realizó en el año 2000, un estudio en España donde considera que el costo anual por pacientes de Alzheimer se aproxima a los 19,000 euros (3' 200, 000.00 pesetas) que en función de la prevalencia de ese país (800, 000 enfermos) representa un costo anual de más de 9 mil millones de euros (1.5 billones de pesetas).

Enfermedad de Parkinson

Para la enfermedad de Parkinson dos personas me ayudaron a estimar el costo de atención para dicha enfermedad, la Dra. Zoila Trujillo (encargada del Departamento de Geriátrica del Hospital Gabriel Mancera del IMSS) y el Lic. Fernando Rodríguez Sánchez (vinculado directamente a las enfermedades estudiadas en esta investigación y familiar de un enfermo de Parkinson). Además se tomó una muestra afuera del Hospital Gabriel Mancera de 10 enfermos y los resultados arrojaron un promedio de **\$6,000.00** mensuales para enfermos de etapas intermedias. Basándose en la información obtenida por los expertos elaboré una canasta básica de medicamentos que necesita el enfermo de Parkinson en una etapa intermedia de la enfermedad. A continuación se presenta la información sobre la canasta básica.

Cuadro No. 2
Canasta de medicamentos esenciales para enfermos de Parkinson

Nombre comercial del medicamento o sustancia activa	Presentación	Costo en pesos
Levodopa (Madopar)	Comprimidos	\$ 323.30
Entacapona (Comtan)	Grageas	\$ 595.00
Clonazepan (Rivotril)	Gotas	\$ 96.30
Risperidona (Rispedal)	Tabletas	\$ 260.00
Picosulfato (Laxoberon)	Solución	\$ 92.60
Sertralina (Altruline)	Comprimidos	\$ 333.40
Total mensual		\$ 1,700.60

Estos medicamentos son básicos en la EP y dependiendo de la cantidad que contenga cada presentación y la graduación y prescripción de cada uno, el costo de la canasta podrá verse modificado.

Esclerosis Múltiple

Para saber el nombre y características de los medicamentos y tratamientos básicos de la Esclerosis Múltiple, acudí al Simposio "Realidades y Retos en Esclerosis Múltiple" llevado a cabo en la ciudad de México, el año pasado (2001) además me ayudó en esta búsqueda el Dr. Raúl Vargas Saldaña (Ex – presidente y fundador de la Asociación Civil de Esclerosis Múltiple). Esta enfermedad debe tratarse de forma multidisciplinaria por lo cual los gastos erogados por los enfermos y sus familiares van en aumento, ya que además de las consultas médicas, ayudas funcionales (andaderas, muletas, sillas de ruedas, prótesis y órtesis) es necesario la participación de un rehabilitador que forma parte importante de la recuperación de estas personas. El costo promedio de un enfermo de EM en la etapa intermedia es de aproximadamente **\$8,000.00**. Sobre la base de los datos obtenidos elaboré una canasta básica de medicamentos que necesita el enfermo de Esclerosis Múltiple en una etapa intermedia de la enfermedad. A continuación se presenta la información sobre la canasta básica.

Cuadro No. 3
Canasta de medicamentos esenciales para enfermos de Esclerosis Múltiple

Nombre comercial del medicamento o sustancia activa	Presentación	Costo en pesos
Avonex o Rebif (interferones)	Ampolletas	\$690.00
Prozac	Tabletas	\$482.50
Isopramida	Grageas	\$115.00
Clonazepam	Tabletas	\$ 80.00
Carbamazepina	Tabletas	\$126.45
Primidona	Grageas	\$122.10
Estugeron Forte	Tabletas	\$ 180.00
Total mensual		\$1,796.05

Antes de retomar nuevamente los costos promedio de estas enfermedades hay que recordar que las familias (como consumidoras de bienes y servicios) se encuentran sujetas a una restricción presupuestaria (el salario o rentas recibidas) y lo que buscan es la mejor combinación de los bienes adquiridos que maximizan su utilidad con los recursos de los que disponen, por lo que muchos bienes y servicios se encontraran fuera de su alcance. En el siguiente cuadro se muestran los costos promedio mensuales de estas enfermedades y el costo promedio total de una enfermedad que puede provocar algún tipo de discapacidad.

Cuadro No. 4
Costo promedio de enfermedades objeto de estudio (cálculos mensuales y anuales)

Tipo de enfermedad	Costo promedio mensual	Costo promedio anual
Enfermedad de Alzheimer	\$5,500.00	\$66,000.00
Enfermedad de Parkinson	\$6,000.00	\$72,000.00
Esclerosis Múltiple	\$8,000.00	\$96,000.00
Costo total promedio de una enfermedad generadora de discapacidad.	\$6,500.00	\$78,000.00

La economía del bienestar y directamente la seguridad social que presta el Estado contribuye a dar protección y asistencia sanitaria en los casos en los que las familias por si mismas no podrían afrontar estos gastos, sin embargo no hay que dejar de lado que un porcentaje de la población no tiene

acceso a ningún tipo de beneficio que otorga la seguridad social, sobre todo en las poblaciones rurales debido a lo cual un segmento de estos enfermos no contarán con los cuidados y medicamentos necesarios para afrontar la evolución de esta enfermedad lo cual disminuirá considerablemente y en poco tiempo su calidad de vida y la de las personas que lo rodean.

5.5. COSTOS ECONÓMICOS QUE AFRONTA EL ESTADO

Deseo señalar anticipadamente que los costos económicos que afronta el Estado debido a las personas enfermas que se encuentran al cuidado de su salud no se pueden reflejar en términos monetarios debido a que es imposible estimar que parte del presupuesto destinado a salud es asignado al cuidado y atención de las enfermedades objeto de estudio. Por lo cual el costo económico se obtendrá por medio del circuito económico que agrupa a los agentes investigados en este apartado.

Como apunta Antonio Barros de Castro¹⁷¹, las sociedades evolucionadas descansan sobre una diversificada base económica cuyo destino último es el consumo de sus miembros y donde los individuos son los encargados de conducir este sistema.

Los individuos dividen socialmente su trabajo y actúan integrados mediante una corriente de intercambio de productos y prestación de servicios mutuos. Dentro del **sistema económico** podemos distinguir que la producción se basa en el trabajo humano encaminado a la atención de necesidades económicas tanto individuales como colectivas.

Los agentes que intervienen en el sistema de economía de mercado son tres:

- a. Las familias
- b. Las empresas
- c. El Estado

Las familias tienen un doble papel, ya que por una parte son las propietarias de los factores productivos, tierra, trabajo, capital y tecnología; y por otra las unidades elementales del consumo. Las empresas utilizan los factores productivos de las familias para producir los bienes y servicios que las familias demandan. Los intercambios entre empresas y familias se producen en los mercados, donde las familias entregan los factores a las empresas y reciben a cambio las rentas en forma de sueldos, salarios, beneficios o alquileres. El intercambio se produce en los mercados de factores (agencias de colocación, ferias de empleo, bolsa de valores) que intercambian con las familias en los mercados de bienes y servicios, las empresas producen estos bienes y servicios recibiendo a cambio el dinero gastado por las familias.

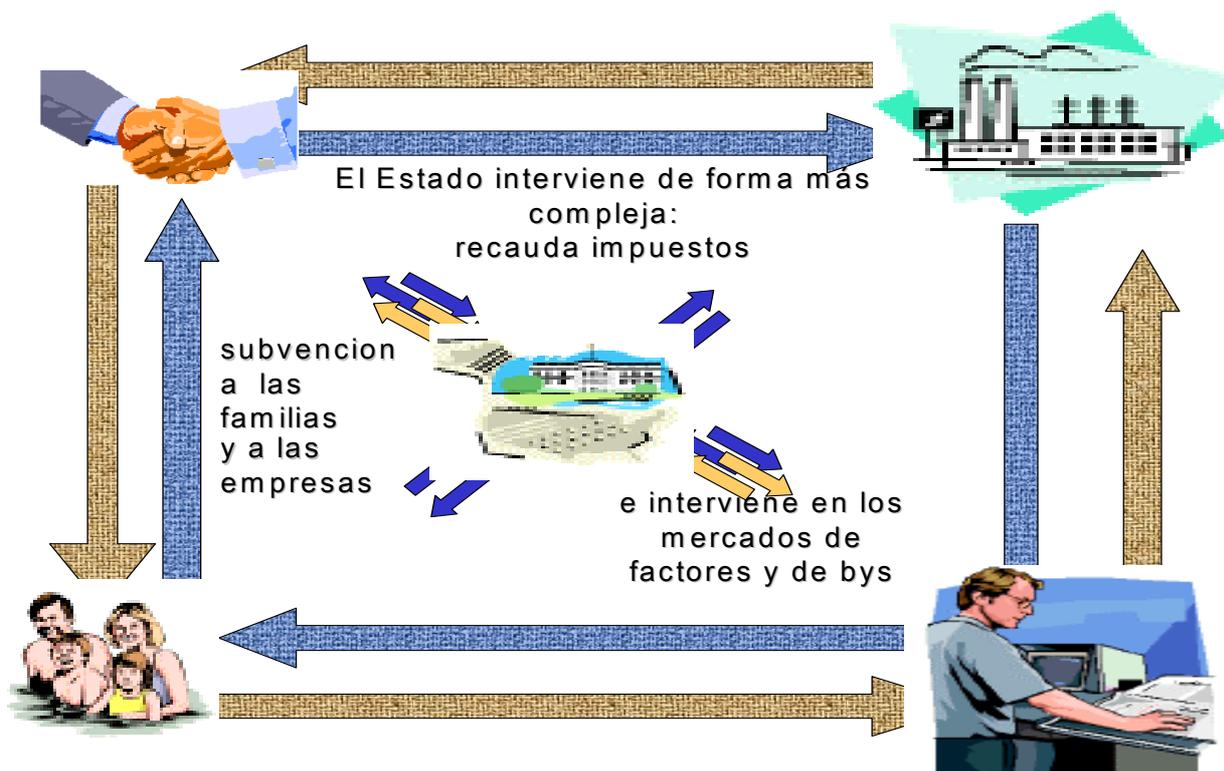
En el sistema económico hay que distinguir entre los flujos reales (que son los movimientos de bienes, servicios y factores; de los flujos financieros (que son la contrapartida monetaria). Las familias como **agentes económicos** son capaces de alterar la marcha y la composición de los flujos ya que se encuentran sujetas a distintas fuerzas del mercado y a la propia restricción presupuestaria, por lo que pueden abandonar el consumo de un bien determinado transfiriendo su poder adquisitivo hacia otro bien de mayores atributos.

El papel del **Estado** es agrupar los factores de trabajo y capital para que estos factores actúen en la vida económica, donde la dirección y el control de las empresas emanan en mayor o menor grado de la centralización de los diferentes niveles administrativos y políticos. Es así que las instituciones de seguridad social definen su importancia por la orientación política de los grupos en el poder (incluyendo organizaciones sindicales).

¹⁷¹ BARROS DE CASTRO Antonio y LESSA Francisco, "Introducción a la economía: un enfoque estructuralista", Editorial Siglo XXI, 51ª edición, México 1993.

Las actividades del Estado son encaminadas a propósitos como: justicia, bienestar social y desarrollo económico y estas actividades se distinguen de los intereses privados cuya motivación primordial es la obtención de ganancias. Debido al poder coercitivo que ejerce el Estado a través e la recaudación de impuestos y leyes, es que puede llevar a cabo los fines que le caracterizan obteniendo los objetivos políticos que persigue.

A continuación se presenta un esquema donde se explican de forma gráfica las relaciones de los agentes económicos.



Los costos económicos que afronta el Estado en términos monetarios se reflejan en la importancia de que la familia ejerce simultáneamente el papel de consumidor y propietario de los factores (tierra, trabajo y capital) y que como propietarios de los factores los individuos obtienen ingresos que les permitan adquirir bienes y servicios, por lo que la capacidad efectiva del consumo de las familias se basa en la obtención de la renta que es la que determinara su poder de compra en el mercado. Las familias que se encuentran al cuidado de la salud de un enfermo que sufre o sufrirá una discapacidad ven reducidos sus ingresos por lo que su capacidad de compra y de pago también se ve disminuida. Esta relación repercute directamente sobre el Estado ya que dejan de producirse y consumirse una determinada cantidad de bienes y estas relaciones en términos de funciones de producción y de consumo se verán reflejadas en los incrementos y disminuciones del Producto Interno Bruto y de manera más tangible en las cuentas nacionales.

5.5.1 El reto del envejecimiento demográfico

Antecedes económicos de la población

Como antecedente económico del estudio de la población, podemos citar a **Thomas Robert Malthus** (1776 – 1834) que aportó a la teoría clásica su formulación definitiva sobre la población. Su principio afirma que << La población cuando se ve limitada aumenta en progresión geométrica de tal modo que se dobla cada 25 años>> posteriormente tuvo el cuidado de indicar que la duplicación de la población no era ni la tasa máxima de crecimiento poblacional, ni necesariamente era la tasa real.

El dilema de la población de **Malthus** planteaba cuestiones teóricas y prácticas, teóricas en el sentido de que su investigación se centraba en la identificación de los frenos reales del crecimiento poblacional y prácticas en cuanto a las soluciones del problema, es decir, pensaba que deberían de existir frenos positivos y preventivos, para lo cual consideró que los frenos positivos eran las enfermedades como factor de aumento de la tasa de mortalidad y los frenos preventivos eran las medidas de anticoncepción que disminuían la tasa de natalidad.

Con el tiempo se demostró que los principios de población sugeridos por **Malthus** presentaban varias limitaciones y errores, sin embargo y a pesar de que en la actualidad no se consideren estos principios debe reconocerse que la aportación de **Malthus** radica en su capacidad de presentar la tendencia de procreación y los frenos a la misma dentro de una estructura teórica, concentrando su atención en las fuerzas que modifican el número de personas sobre la tierra.

Actualmente se usa el concepto de crecimiento demográfico para puntualizar el aumento en un periodo específico del número de personas que vive en un país o región. La tasa de crecimiento demográfico depende de los movimientos migratorios, de la tasa de natalidad¹⁷² y de la tasa de mortalidad¹⁷³.

La transición demográfica fue descrita inicialmente por **Frank Notestein** en 1953, explicando que las sociedades agrícolas necesitaban altas tasas de fecundidad para compensar las altas tasas de mortalidad y que distintos factores, como: la urbanización, la educación y los cambios económicos y sociales causaban una disminución en las tasas de mortalidad (sobre todo de menores de un año) y que las tasas de fecundidad comenzaron a disminuir en la medida que los hijos pasaron a ser más costosos y de menos valía en términos económicos.

La transición demográfica ha modificado el perfil poblacional de México, lo que determina que en los próximos años las demandas sociales en sus aspectos cualitativo y cuantitativo irán variando, presentando condiciones distintas a las del pasado. Los retos en educación, salud, empleo, vivienda, desarrollo regional y preservación del medio ambiente, pero sobre todo los aspectos de la equidad entre grupos sociales en estos asuntos, reflejarán la cambiante demanda por grupos de edades, género y localización geográfica.

Barros de Castro a través de un enfoque cualitativo presenta a la población como dos sectores diferentes: "Productivos" y "Dependientes" con la finalidad de distinguir a la población en edad de trabajar (18 a 60 años) y la porción de la población que ya no participa o se retira de sus funciones. De la población en edad de trabajar se desprenden dos conceptos: Población Económicamente Activa (PEA) y Población Ocupada, la primera se define como la porción de la población que se encuentra dentro del mercado de trabajo donde no se contabilizan a las personas dedicadas a las actividades domésticas no remuneradas incluyendo estudiantes y la segunda como los individuos

¹⁷² La tasa de natalidad se define como la cifra bruta de nacimientos por cada 1,000 personas de la población total por año.

¹⁷³ La tasa de mortalidad se refiere al número de muertes por cada 1,000 habitantes dentro de un periodo de tiempo (generalmente un año.)

que ejercen una actividad profesional remunerada, por lo que no se refiere a la población disponible, sino al contingente absorbido por el mercado de trabajo. Explica que la proporción de personas ocupadas dentro de un país se ve afectada por fenómenos económicos, sociales y demográficos y a su vez la ocupación de estas personas depende del desarrollo en capital humano, de ahí que se distinga a la masa trabajadora entre personal calificado y no calificado

La población en México



FUENTE: INEGI, XII Censo de población y vivienda. Tabulados básicos Nacionales, 2000.

Los adultos

En México para el año 2000 se tenían aproximadamente 44 millones de personas con más de 25 años de edad, de las cuales 31 millones no han cumplido los 50 años y, en general, su vida productiva se ha desarrollado en condiciones de baja remuneración, alto subempleo y un ahorro prácticamente nulo, además de que la mayoría cuenta con educación insuficiente y muchos adolecen de falta de protección en el cuidado a la salud y de inseguridad ante riesgos económicos y naturales. Los 13 millones restantes tienen 50 años o más. Aunque algunos se desempeñaron productivamente en periodos en los que la economía tenía mayor estabilidad, las crisis subsecuentes han puesto en grave riesgo su situación financiera o patrimonial. En particular, de los 4.8 millones de adultos con 65 años o más, sólo 26.2% de ellos disfrutaban de una pensión o beneficios de jubilación y muchos sufren la falta de oportunidades para continuar su desarrollo humano en un entorno social incluyente.

Según estimaciones del Consejo Nacional de Población, se espera que del año 2001 al año 2010 la población de 65 años o más va a crecer 32%, mientras que la población de 64 años o menos va a crecer un 26%; debido a que la pirámide demográfica ya alcanzó el punto de inflexión, estamos entrando (como la mayor parte de los países de la OCDE) a un proceso de envejecimiento relativo de la población. A lo cual se suma el aumento de la esperanza de vida.¹⁷⁴ *Consecuencia directa de ese paulatino envejecimiento de la población es el gradual aumento en la edad media de la población de 25.3 años en 1996 a 26.7 en 2000, 30.3 en 2010, 38.1 para 2030 y 45.1 años en 2050.*

Tercera edad y envejecimiento demográfico

La población senescente (65 años o más) aumentará su volumen rápidamente. A la cifra de 4.1 millones a principios de 1996 se habrán agregado 800 mil en el lustro siguiente. El acelerado crecimiento de la población de la tercera edad implica que entre 1996 y 2014 duplicará su tamaño. En este último año su volumen ascenderá a 8.1 millones, prácticamente se habrá quintuplicado en 2035 y se habrá multiplicado hasta casi ocho veces al final de la proyección (2050), cuando el monto supere 32 millones.

¹⁷⁴ La esperanza de vida aumento casi en 35 años dentro de los últimos 70 años.

Uno de los problemas emergentes que el país requiere enfrentar es el rápido proceso envejecimiento demográfico. De acuerdo con las proyecciones de CONAPO, se prevé que el número de personas de 65 años y más aumentará con tasas anuales cercanas a cuatro por ciento, lo que significa que entre 1999 y 2050, este grupo de población aumentará siete veces, representando un incremento absoluto de alrededor de 28 millones de personas.

Actualmente, uno de cada 20 mexicanos tiene 65 años o más. Sin embargo se prevé que para el año 2050 será uno de cada cuatro.

Cuadro No. 5

Pronósticos del número de habitantes de la tercera edad 2000 - 2050

Año	Número de habitantes (millones)
2000	4.8
2010	7.0
2030	17.0
2050	32.4
Fuente: Consejo Nacional de Población	

Pirámides de población

Las pirámides de población son una forma gráfica de representar datos estadísticos básicos, sexo y edad de la población de un país que pueden permitir las comparaciones internacionales y la rápida percepción de fenómenos demográficos como el envejecimiento de la población o el equilibrio o desequilibrio entre sexos. En el siguiente cuadro se muestra

Cuadro No. 6

Población Total según grupos quinquenales, 2000

Grupos de Edad	Total
Total	97 483 412
0 - 4	10 635 157
5 - 9	11 215 323
10 - 14	10 736 493
15 - 19	9 992 135
20 - 24	9 071 134
25 - 29	8 157 743
30 - 34	7 136 523
35 - 39	6 352 538
40 - 44	5 194 833
45 - 49	4 072 091
50 - 54	3 357 953
55 - 59	2 559 231

Grupos de Edad	Total
60 - 64	2 198 146
65 - 69	1 660 785
70 - 74	1 245 674
75 - 79	865 270
80 - 84	483 876
85 - 89	290 051
90 - 94	122 006
95 - 99	62 892
100 y más años	19 757
No especificado	2 053 801

5.5.2. Enfermedad y envejecimiento

Las enfermedades de la tercera edad se pueden dividir en dos grupos: las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad.

Las enfermedades dependientes de la edad son aquellas cuya patogénesis se vincula con el proceso de envejecimiento, destacan entre ellas las enfermedades cerebro vasculares, la **enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson** y la osteoporosis entre otras; aquí el riesgo de padecerlas se incrementa con la edad.

En la actualidad se calcula que 44 a 50 personas entre cada 100,000 habitantes tienen la **Enfermedad de Parkinson**, lo que implica tener aproximadamente **50,000** enfermos en el país, el Consejo Nacional de Población, estimó que para el año 2030 seremos alrededor de 130.2 millones de mexicanos, lo que nos llevaría a tener 65,100 enfermos esto sin considerar el cambio en la pirámide poblacional ya que para el año 2000 el número de habitantes de la tercera edad fue de 4.8 millones de personas y según estimaciones de la CONAPO para el 2030 serán más de 17.0 millones de personas lo que incrementaría considerablemente la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

Dentro de las enfermedades relacionadas con la edad se encuentran las neurológicas, como la **esclerosis múltiple**, la esquizofrenia y otras. La causa de muerte más frecuente de este grupo poblacional son las enfermedades de corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, Diabetes Mellitus y accidentes.

En todo el mundo se calcula que unos 400 millones de personas¹⁷⁵ sufren trastornos mentales o neurológicos, y de cada 4 personas que buscan ayuda en los servicios de salud, una al menos padece alguno de estos trastornos que a menudo no se diagnostican correctamente y en consecuencia no se tratan.

La **Esclerosis Múltiple** para el año 2000 presentó una prevalencia de 12 personas por cada 100,000 habitantes por lo que actualmente se considera que la padecen alrededor de **12,000** personas. Para 2030 si la tasa de prevalencia fuera la misma, la cifra anterior aumentaría a 15,624 enfermos, sin embargo al modificarse la estructura de la pirámide poblacional la incidencia y prevalencia aumentarán inevitablemente.

El curso y la severidad de ambos padecimientos están vinculados con algunas condiciones del orden social así como con la carencia de servicios de salud para algunos estratos socioeconómicos sobre todo de la población envejecida, en 1999 el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, publicó que las defunciones de las personas de 65 años y más fueron de 218,994 personas

En el caso de la enfermedad de **Alzheimer** para el año 2000 según la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. se tiene un número aproximado de **400,000** enfermos y estos irán en aumento al incrementarse la población envejecida ya que la incidencia de la enfermedad es de 0.5% casos en personas de entre 60 a 80 años.

¹⁷⁵ Organización Mundial de la Salud

Conclusiones y Recomendaciones

La relación entre la economía y salud tiene dos caras: La inversión productiva en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad tienen un efecto positivo en la actividad económica, ya que incrementa la calidad del capital humano mejorando la productividad y la competitividad al generar empleo y estimular la innovación tecnológica, ya que la buena salud es una condición indispensable para el logro de igualdad de oportunidades, representando una de las piezas fundamentales de política social en el combate a la pobreza, en contraste el gasto improductivo en salud tiene un efecto negativo en la economía debido a que agrava la inflación, reduce la competitividad en virtud de que generan desigualdad, por lo que las políticas sanitarias deben promover un círculo virtuoso y uno vicioso entre la economía y la salud.

La salud constituye un componente fundamental del desarrollo y bienestar de los pueblos, en la actualidad la salud pública reviste una importancia creciente en las economías de muchos países del mundo, ya sean desarrollados o en vías de desarrollo como el caso de México, donde el financiamiento y la prestación de servicios se han convertido en un sector dinámico de las economías modernas, en virtud de que representan una fuente importante de empleo, generador de demanda por insumos de todo tipo y un motor para la innovación tecnológica, constituyendo así lo que se denomina el "complejo médico - industrial". Así la salud representa un punto donde se articulan la política social con sus metas de bienestar y la política económica con su interés para la producción.

1.

En el contexto de la globalización se hacen más claras las implicaciones que sobre el cuidado de salud deben asumir las naciones y la relevancia de las posturas de organismos financieros que norman el comercio internacional, así como el papel que juegan los organismos mundiales al cuidado de la salud, donde todos coinciden en que la salud es un componente fundamental en el desarrollo a largo plazo de las economías.

Las aportaciones de estos organismos han sido fundamentales para entender los alcances que implican los servicios públicos de salud, las contribuciones han sido muchas y muy diversas un ejemplo de ello es la creación por parte de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud con el objeto de obtener mediciones no monetarias del impacto y gasto en salud; la Organización Mundial del Comercio (OMC) ha contribuido a este tema por petición de las Naciones Unidas al formular el "Acuerdo sobre los aspectos de propiedad intelectual" (ADPIC) en el marco de la Ronda Uruguay llevada a cabo en 1994, que tiene la finalidad de facilitar el acceso a los medicamentos existentes sin poner en peligro el incentivo para que las empresas farmacéuticas elaboren nuevos medicamentos, por lo que este organismo confirma que debe privilegiarse a la salud pública dentro de las políticas de salud y medicamentos.

Este acuerdo sobre propiedad intelectual ha generado muchos beneficios en el marco del comercio internacional, tanto para los laboratorios como unidades de producción al seguir incentivando la investigación y la creación de nuevos productos bajo el reconocimiento de las patentes y marcas, como para los individuos como consumidores. En México este hecho ha dado muy buenos resultados ya que con la finalidad de que los consumidores puedan acceder a los medicamentos básicos la Secretaría de Salud ha puesto en el mercado los medicamentos denominados "genéricos intercambiables" que tienen el mismo componente que los medicamentos de marcas prestigiadas de laboratorio pero a un precio muy por debajo del precio de mercado, beneficiando así a la población no derechohabiente del Sistema Nacional de Salud.

El Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) han contribuido también como organismos financieros, el primero se ha encargado de identificar las esferas clave dentro del gasto público sugiriendo donde se debe mantener o incluso elevar el gasto de inversión en capital humano, con el objetivo de reforzar la atención básica a la salud y crear un vínculo entre el nivel de eficiencia del gasto en salud y el crecimiento económico; el Banco Mundial ha otorgado diversos préstamos para mejorar los niveles de vida de los países en desarrollo un ejemplo de esto es que en el año 2000 otorgó empréstitos por más de 15, 300 millones de dólares de los cuales el 6.5% corresponden a inversiones al sector salud y 4,063 millones de dólares de este total fue canalizado a América Latina y el Caribe. Este organismo piensa que un elemento clave para promover el crecimiento económico es proporcionar servicios de salud por lo que cada año compromete un promedio de 1,300 millones de dólares a proyectos de salud.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha buscado la equidad social y el crecimiento ambiental sostenible para lo cual trabaja en cuatro áreas prioritarias, una de ellas es invertir en programas sociales financiando proyectos de países miembros de América Latina y el Caribe. El BID apoya la salud pública con la finalidad de promover una mejor situación de salud mediante la eficiente utilización de recursos a través de la ayuda de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el programa "Vida sana es más vida" con la intención de que los países definan sus problemas prioritarios de salud basándose en el desarrollo de sistemas de información e indicadores a partir de estrategias y acciones que involucren a la población y a la iniciativa privada con el propósito de alcanzar sus metas en lapsos definidos de tiempo.

Los organismos al cuidado de la salud tienen el rol más importante, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encarga de coordinar programas encaminados a solucionar problemas sanitarios y facilitar el suministro de medicamentos esenciales con la finalidad de lograr el más alto

estándar de salud a través de distintos programas como el "Día mundial de la salud" donde es relacionado un tema con el objeto de resaltar aspectos de salud pública en el ámbito mundial y llamar la atención de los países en relación con el tema seleccionado. Recientemente este organismo emitió una nueva publicación para clasificar el funcionamiento de la salud y discapacidad, en este documento se considera que existen 181 tipos de discapacidad y se estima que cada año se pierden 500 millones de años de vida por causa de discapacidad asociada a problemas de salud. Asimismo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como oficina de la primera para las Américas tiene como encomienda fortalecer el sistema de salud para América mediante acciones sectoriales encaminadas a la promoción de la salud enfocando sus esfuerzos hacia distintas actividades, una de ellas es aumentar la vida saludable de las personas asegurando el acceso de la población a los sistemas básicos de atención sanitaria procurando que los individuos adopten y mantengan estilos de vida saludables, buscando siempre la equidad en el acceso a los servicios sanitarios.

Existen también tres organismos internacionales vinculados de manera directa con el tema de esta investigación, el primero de ellos es la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que busca fomentar el desarrollo de los pueblos estimulando el respeto de los derechos humanos, estudiando y difundiendo los derechos de las personas con discapacidad para lo cual implantó en 1981 el << Programa de Acción Mundial para Impedidos>> con el fin de subrayar el derecho de estas personas a disfrutar de mejores condiciones de vida contribuyendo de esta manera al logro de igualdad de oportunidades; el segundo organismo es la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que nace con el propósito de defender los derechos de los trabajadores por lo que en 1983 publicó el Convenio 159 sobre discapacidad y empleo, que pugna por demostrar que las personas discapacitadas tienen derechos laborales. Como se comentó en el apartado correspondiente los enfermos de esclerosis múltiple son los que sufren directamente la segregación laboral ya que cuando aparece la enfermedad estos se encuentran en la etapa más productiva de su vida, siendo esta entre los 20 y los 40 años. Para el año 2000 México todavía no ratificaba (y no lo ha hecho hasta el momento) el Convenio 159, por lo que puede deducirse que el Gobierno Federal no ha considerado que la readaptación de estas personas es imperante para recuperar algunas de sus capacidad y derechos, reintegrándose a la sociedad y manteniendo el flujo circular de la economía. El último de estos organismos internacionales es la Organización Mundial para Discapacitados (OMPD) que busca promover los derechos de las personas discapacitadas para lo cual crea redes de apoyo a escala mundial con el fin de elevar la calidad de vida de estas personas.

En relación con las enfermedades demenciales se estimó por Organismos Internacionales que para el año 2000 existían alrededor de 18 millones de personas con demencia pronosticando un aumento drástico de estas enfermedades para los próximos 25 años, donde la mayoría de las personas con demencia viven en países en vías de desarrollo debido al incremento poblacional y a la rápida transición demográfica.

Estudios del Fondo de Poblaciones Unidas (de la ONU) consideran que uno de los problemas del desarrollo económico es la explosión demográfica debido a que la población crece más rápido que el desarrollo de los pueblos, donde las estimaciones para el año 2025 reflejan que seremos más de 7,800 millones de habitantes y para el año 2050 superaremos la cifra de 8,900 millones y donde la mayor parte del crecimiento esta ocurriendo en los países más pobres del mundo.

México ocupa la posición número diez dentro de los países más poblados del mundo y el segundo lugar dentro de los países más poblados de América Latina situándose por debajo de Brasil y por encima de Colombia.

Como es conocido por los economistas el Producto Interno Bruto (PIB) de cada país influye de manera determinante en el gasto que se destina a los servicios sanitarios, en este rubro México ocupó durante el periodo 1995 – 1998 el lugar número diecinueve donde la suma en términos monetarios de los bienes y servicios producidos en el país pasó de 3,220 millones de dólares en 1995 a 3,840 millones de dólares en 1998. La inversión en salud con respecto al PIB para 1998 de México fue de 5.6% por

debajo del promedio latinoamericano calculado por la OCDE en 6.1%. El PIB influye también en la formación de capital humano ya que para el año 2000 el país contaba con 120 médicos por cada 100,000 habitantes, recursos evidentemente insuficientes para una población de 100 millones de personas.

Uno de los problemas en la asignación de recursos a la salud, es la baja recaudación fiscal ya que México se encuentra entre los países que menos recaudan, según un estudio publicado por la OCDE en 1998 el promedio de recaudación fiscal a nivel mundial es de 26.3% y México sólo recauda 10.5%, debido a la baja recaudación en el año 2000 se efectuó un enorme debate en México sobre la Nueva Reforma Fiscal Distributiva con el objeto de captar más recursos y orientarlos hacia el desarrollo social donde uno de los principales retos consiste en abatir las desigualdades sociales en torno a los servicios médicos con la finalidad de crear políticas de salud acordes al momento histórico que se vive, no dejando de lado el mejoramiento constante tanto en la prestación de servicios como en el desarrollo de infraestructura.

2.

La prestación de servicios médicos se desenvuelve en un marco de recursos económicos escasos ya que a pesar del incremento del PIB y del porcentaje asignado a salud, un volumen importante de necesidades de atención médica no es satisfecha de acuerdo a las expectativas de los individuos, por lo que para elevar el nivel de salud y bienestar es necesario gestionar los recursos de forma eficiente.

En México la provisión de los servicios de salud es determinada a través del mercado, del Estado y por criterios políticos que buscan prevenir conflictos con el objeto de legitimar al Gobierno y mantener la estabilidad del régimen convirtiendo a la salud en un área de intercambio entre el Estado y la sociedad. En el país el derecho a la salud se consagra a través del artículo 4º de la Constitución.

Como referencia histórica se puede observar que a finales de 1958 quedaron sentadas las bases de dos modelos paralelos de atención a la salud, el sistema abierto destinado a la población en general y el sistema cerrado creado para la atención de los trabajadores formales.

El Sistema Nacional de Salud se conforma debido a los principios constitucionales de los gobiernos posrevolucionarios y también por la estructura corporativa que adoptó el sistema político mexicano en las relaciones Estado – sociedad, por lo que ahora el gobierno se replantea el uso que se le ha dado a la política social como instrumento de adhesión de grupos clave.

Como se comentó en el apartado correspondiente el incremento del gasto dirigido a los servicios de salud y en especial a las instituciones que conforman el sistema de atención cerrado (IMSS e ISSSTE) no es suficiente para hacer eficientes ambos institutos, debido a que un porcentaje muy alto del presupuesto anual es destinado al pago de pensiones, como ejemplo baste decir que entre 1995 y el año 2000 las pensiones otorgadas por el IMSS crecieron en un 50% en tanto que las pensiones otorgadas por el ISSSTE crecieron por encima del 60% para ese mismo periodo, entre 1994 y 2000 creció en términos reales 33.7% el monto total erogado por pensiones a seguridad social de ambos institutos.

Uno de los logros del Sistema Nacional de Salud fue que para el año 2000 se consiguió ampliar la cobertura de servicios básicos al 99.3% de la población. Para este mismo año la infraestructura física del sistema estaba conformada por **18,335** unidades de las cuales **14,421** correspondían a población abierta y **3,914** a población cerrada (derechohabientes), en tanto que los recursos humanos para 1999 alcanzaron la cifra de **135,159** médicos de los cuales **59,200** se encargaron de atender a la población abierta y **75,959** a la población cerrada. Además el SNS otorgó **238.9** millones de consultas externas para el año 2000 lo que representó un incremento de 75% con relación a las **180.9** millones de consultas otorgadas en 1995.

Una de las características más importantes del análisis económico es su interés por la eficiencia de las instituciones, entendiendo como eficiencia el grado de utilización de recursos productivos de la sociedad que una determinada institución puede alcanzar.

Cuando se estudia a las instituciones es muy difícil encontrar soluciones que satisfagan los criterios de eficiencia en el sentido de Pareto, por lo que se han buscado criterios alternativos como el llamado criterio de compensación de Kaldor – Hicks en el cual se establece que una institución debe considerar la mejor alternativa posible, siempre y cuando los beneficios recibidos puedan compensar a los que resulten perjudicados.

Dentro de los recursos destinados al IMSS para 1996 el 48% de los mismos se canalizó al pago de prestaciones en especie (pensiones, subsidios, indemnizaciones y otros) lo cual genera una distorsión e ineficiencia en el gasto asignado, para el año 2000 del total del presupuesto de la institución el 47.6% se destinó a servicios personales (sueldos y salarios) en tanto que sólo el 12.66% fue invertido en la compra de materiales y suministros.

De acuerdo al gasto programable por funciones de 1999, los recursos destinados a funciones de desarrollo social como porcentaje del PIB alcanzaron el **9.37%** de los cuales **2.38%** se destinaron específicamente a salud, lo que representó un monto de **110,120.90** millones de pesos, en este mismo año se realizaron 220 millones de consultas por medio del SNS de las cuales el **35%** fue proporcionada a población abierta el restante 65% a población derechohabiente. El presupuesto asignado a instituciones de población abierta (no derechohabiente) es tan bajo que resulta imperante analizar la capacidad real de cobertura y calidad de servicios de esta población objetivo.

Los recursos destinados al sector salud han aumentado sustancialmente dentro del gasto programable, lo destinado a salud se incremento entre 1995 y 2000 en 0.8% y se han consolidado programas básicos de vacunación para todos los niños menores de cinco años, además, debido a los programas informativos sobre detección y combate de enfermedades infecciosas se logro eliminar desde 1990 los casos de poliomielitis, difteria, tos ferina y tuberculosis.

Entre 1995 – 2000 el Gobierno Federal trato de mantener una correspondencia entre el nivel de gasto público y la disponibilidad de recursos, sufriendo un periodo de austeridad entre 1994 y 1995 debido a la crisis económica de país reduciendo el gasto en 1.8% puntos del PIB y disminuyendo el gasto también para 1998 como consecuencia de la caída del precio del petróleo, sufriendo un decremento de 1.0 puntos del PIB en comparación con 1997 por lo que entre 1995 – 2000 el gasto programable fue el más bajo de los últimos 21 años, sin embargo el presupuesto en salud para el año 2000 representó un crecimiento real de 12.5% respecto al ejercicio de 1994 alcanzando su nivel más alto en la historia.

El desempeño del sistema de salud debe entenderse como el logro de objetivos propuestos en relación con los recursos disponibles, evaluando los efectos de otros determinantes en el logro de estos objetivos. Debido a lo anterior el gasto en salud per capita para el año 2000 alcanzó un promedio de 1,300 pesos.

3.

La economía del bienestar afirma la importancia de la salud como herramienta del crecimiento que contribuye a que las personas se beneficien obteniendo mejores servicios de salud y atención médica, por lo que el Estado debe esforzarse a proporcionar programas dirigidos a la detección temprana de la enfermedad.

El hecho de que el Estado proporcione y regule los servicios sanitarios no quiere decir que dichos servicios se ofrezcan con calidad y eficiencia, por lo que se crea una comisión con el propósito de

resolver algunos de los conflictos suscitados entre oferentes y demandantes de servicios, así nace la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que también se encarga de difundir los derechos de los usuarios de servicios de salud.

Cuando se aborda el papel del estado benefactor y las contribuciones de la economía del bienestar a la salud, se entiende la importancia del médico como productor de servicios de salud, socialmente la importancia de médico radica en que él funciona como soporte y piedra angular de los servicios sanitarios ya que se encarga de diagnosticar al paciente y de canalizarlo a otro nivel de atención cuando es requerido, lo que permite implementar tratamientos eficaces cuando menor es el grado de deterioro.

Medir la eficiencia y calidad de los servicios médicos es un requisito obligatorio para fortalecer estos servicios, donde los problemas prioritarios son: los largos de tiempos de espera y la prescripción errónea de medicamentos sobre la base de tratamientos mal diagnosticados.

Con la finalidad de medir la eficiencia y equidad del Sistema Nacional de Salud en 1994 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud con el objeto de conocer la opinión de los consumidores de los servicios sanitarios, esta encuesta refleja que el 53% de los derechohabientes del ISSSTE piensan que los servicios privados son los mejores, las personas que acuden a servicios para población abierta consideran en un 40% que estos son los mejores, en igual porcentaje se encuentran los derechohabientes al IMSS. En lo que a gasto de salud se refiere uno de cada tres consumidores de estos servicios tiene problemas para cubrir los gastos de consultas y medicamentos. Como conclusión final de esta encuesta surge la necesidad de replanear la calidad y eficiencia dentro de las instituciones públicas ya que la mitad de los usuarios del Sistema Nacional de Salud consideran que los servicios de salud pública son ineficientes y burocráticos.

4.

Una de las características de la transición epidemiológica es la sustitución de las enfermedades transmisibles por crónicas. La disminución de los problemas infecciosos es más rápida y las intervenciones en salud son inmediatas, mientras que el aumento de las enfermedades crónicas es lento pero constante ya su severidad va en aumento y es un factor discapacitante.

La Esclerosis Múltiple puede causar importantes problemas físicos en las personas afectadas, debido a que los primeros síntomas aparecen a partir de los 20 años, lo cual dificulta e incluso impide llevar una vida normal y un avance profesional en virtud de lo cual se producen dificultades económicas, familiares y sociales. Por tratarse de una enfermedad de larga duración el costo social es altísimo, ya que los afectados necesitan tratamiento médico, ayuda psicológica y rehabilitación y en los casos más severos que evolucionan en discapacidad total o permanente es necesario otro tipo especializado de ayuda.

En estas enfermedades (Alzheimer, Parkinson y Esclerosis Múltiple) las necesidades de los afectados son muchas y varían de acuerdo con el grado de evolución de la enfermedad, sin embargo una medida que sería de gran ayuda es la eliminación de barreras arquitectónicas en vías y servicios públicos, así como la necesidad de ayudas técnicas que favorezcan su independencia. Los enfermos necesitan comprensión por parte del núcleo familiar y del entorno social, así como ayuda médica, psicológica, soportes técnicos y a veces apoyo económico.

Una de las mayores repercusiones (costos sociales) surge después del diagnóstico ya que cada miembro de la familia es único y reaccionará de diferente manera cuando a un ser querido se le da un diagnóstico de estas enfermedades. Algunas familias sufren de irreparables daños como coraje, culpa, resentimiento y rechazo a aceptar que la enfermedad ocasiona conflictos sin solución. Otras familias encuentran que la enfermedad los une en sus esfuerzos de ayudar a la persona enferma. La familia o el paciente pueden rechazar y no creer el diagnóstico o las explicaciones que les da el

médico. Es una reacción normal y ocurre en todas las familias en mayor o menor grado. Si la negación se prolonga puede ser contraproducente porque da expectativas irreales e interfiere con el cuidado adecuado. La angustia puede ser mitigada por una buena atención en el hogar, en una institución, por los grupos de apoyo y por la ayuda de la familia y los amigos, pero al final es necesario para el paciente y sus seres queridos caminar juntos, en un curso en el que cada cosa cambia para siempre.

5.

Las familias son la piedra angular en la cual descansa la estructura y funcionamiento de mercado al ser estas demandantes de bienes y servicios producidos por el mercado. Cuando la estructura de la familia se ve modificada por eventos **inciertos** (ya que desde el punto de vista del individuo, la demanda de servicios de salud es irregular e impredecible, por que sucede dentro de circunstancias anormales que pueden comprometer la racionalidad de decisión del consumidor) como el caso de una enfermedad el sistema económico se verá afectado por tales cambios que impactaran a su vez en el mercado de trabajo al disminuir la demanda de dicho mercado y finalmente desequilibrarlo.

Ambos agentes económicos (familias y Estado) deben afrontar diversos costos ante la presencia de una enfermedad, el costo más relevante para ambos es **costo de oportunidad** (que se define como el valor en términos monetarios de la decisión no elegida), ya que para la familia el cuidado de la salud puede calcularse como el costo de oportunidad de dedicar tiempo al ocio, es decir, lo que el individuo deja de ganar en el mercado por dedicar tiempo al cuidado de la salud, donde el salario real es el criterio determinante para una menor o mayor dedicación de tiempo a las actividades del mercado; en tanto que para el Estado los costos de oportunidad de las enfermedades representa asumir mediante el gasto público mayores recursos a los servicios sanitarios y no canalizarlos a actividades productivas.

Una enfermedad discapacitante es aquella cuya evolución producirá una disminución permanente parcial o total en la capacidad funcional del individuo que le dificultará o impedirá el desempeño de las actividades cotidianas; en el capítulo cuarto se hizo la descripción de las enfermedades neurológicas objeto de este estudio por lo que después de analizar podemos concluir que estas enfermedades son generadoras de discapacidad.

A pesar de que en México no se ha ratificado en Convenio 159 de la OIT y algunas otras sugerencias de la ONU y OMS, el Gobierno Federal (en el sexenio de Vicente Fox) estableció en el año 2000 la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para las personas con Discapacidad, con la finalidad de promover, desarrollar y fortalecer políticas públicas de atención que obliguen a la sociedad a ser más sensible y respetuosa con este segmento poblacional. Asumiendo que es responsabilidad del Estado aplicar medidas económicas para estimular la participación dentro de la sociedad de este grupo de personas.

Dentro del Distrito Federal se han dado pasos importantes para reintegrar a las personas con discapacidad y a los adultos mayores, muestra de ellos es que la Secretaría de Salud del Distrito Federal publicó en el año 2001 una resolución de carácter general en la que se exime de pago de derechos por los servicios médicos que preste el Gobierno del D.F. a las personas adultas mayores de 70 años de edad, residentes en el D.F. que se beneficien del programa de apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos. Además la Asamblea Legislativa del Distrito Federal publicó en 1999 (en la Gaceta Oficial del D.F.) El decreto por el que se reforma, adiciona y deroga la Ley para Personas con Discapacidad del Distrito Federal, dicha Ley tiene varios puntos interesantes de los cuales destacaré los que a mi parecer considero más importantes. En el Artículo 10º se establece que la Secretaría de Finanzas del D.F. formulará los mecanismos necesarios de información y otorgamiento de estímulos fiscales, subsidios y otros apoyos para la producción y adquisición de bienes de procedencia nacional o extranjera y la prestación de servicios para personas con discapacidad. Los bienes a considerar son: artículos o accesorios de uso personal, medicamentos y

accesorios o dispositivos de carácter médico, prótesis, órtesis, sillas de ruedas, rampas y elevadores adaptables a automóviles y casa – habitación, regletas para ciegos, maquinas de escribir, bastones, andaderas, aparatos para sordera, teléfonos de teclas para sordos y otras ayudas técnicas. Además de implementos y materiales educativos y deportivos, equipos computarizados, vehículos automotores adaptados, otros bienes y servicios análogos de conformidad con la legislación aplicable. De manera sobresaliente me parece que se consideran los servicios hospitalarios o médicos. El Artículo 11° establece que el Jefe de Gobierno del D.F. formulará el programa de Empleo y Capacitación para incorporar a personas con discapacidad al sistema ordinario de trabajo en condiciones salubres, dignas y de mínimo riesgo para su seguridad. En el Artículo 18° se establece que la Secretaría de Transportes y Vialidad del D.F. y el Sistema de Transporte Colectivo Metro establecerán las acciones que permitan a las personas con discapacidad contar con las facilidades y preferencias que les permita su transporte y libre desplazamiento.

La importancia de fortalecer políticas públicas para sensibilizar a la sociedad radica en que muchas veces dentro del seno familiar las personas discapacitadas son vulnerables al maltrato (físico y sociológico) de amigos, conocidos y hasta de la misma familia lo que impacta socialmente a estos agentes y sólo en la medida que estas personas logren igualdad de oportunidades el país tomará el rumbo hacia la justicia y equidad social.

La calidad de vida de estas personas se puede entender como un aspecto concreto del bienestar, físico, psíquico y social. Este indicador empieza a surgir en los 80's por una investigación del Banco Mundial, denominada <<Invertir en Salud>> cuando se estudia que al aumentar las expectativas de vida y controlarse en alguna medida las enfermedades infectocontagiosas, se aumentan las enfermedades crónicas dentro de las cuales los padecimientos neurológicos ocupan un lugar cada vez más importante, por fortuna este tipo de padecimientos no causan la muerte pero deterioran la salud y la capacidad de disfrutar la vida. Los estudios de calidad de vida dentro de neurología son una práctica cada vez más utilizada por especialistas ya que ponen de manifiesto la importancia de utilizar indicadores llamados **Dailys** para medir la calidad de vida de los individuos, estos indicadores llamados en Hispanoamérica **AVISA** (Años de vida saludable) son de uso común desde hace muchos años en España y recientemente (a inicios de los 90'S) en México, estas mediciones funcionan como indicadores de salud compuestos que evalúan simultáneamente los daños ocasionados por mortalidad y por enfermedad a través del cálculo del tiempo perdido por muertes prematuras y el tiempo que se vive con secuelas discapacitantes que provocan la enfermedad, esta medición tienen las ventajas de que evalúan el impacto expresado en unidades de tiempo, puede utilizarse en todos los países y para todas las enfermedades además se puede realizar la medición sin importar la edad del individuo. Existen diferentes tipos de AVISA como son: Años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y años vividos con discapacidad debido a demencia (AVD)

Estudios realizados en México demuestran que durante 1994 se perdieron 13 millones de (AVISA) vida saludable, lo que quiere decir que por cada 100, 000 habitantes 145 se encontraban discapacitados o sufrieron muertes prematuras debido a la pérdida de salud.

Además del costo personal que sufren los enfermos de Parkinson, Esclerosis Múltiple y Alzheimer a través de la disminución de su calidad de vida, deben enfrentar otros costos sociales como son los costos directos e indirectos de la enfermedad que son generados al interior de la familia ya que es esta la encargada de cuidar al miembro enfermo lo que puede generar una enorme carga de estrés para el cuidador así como desesperación y sufrimiento que a largo plazo pueden provocar la desintegración del núcleo familiar, en tanto que los costos económicos lo podemos clasificar como: Costos variables y costos fijos, donde los primeros serán los directamente relacionados por la enfermedad y los segundos los costos a los que se enfrenta el enfermo independientemente de su estado de salud, a través de un estudio de campo se concluyó que en términos económicos el costo mensual promedio de atender estas enfermedades (medicamentos, consultas, estudios de laboratorios e imagenología y ayuda funcionales) es de **\$6,500.00** lo que al año representa un gasto aproximado para las familias de **\$78.000.00**. Cabe hacer mención que los costos van disminuyendo a

medida que los enfermos cuentan con seguridad social o cuentan con un seguro de gastos médicos mayores, así como cuando cuentan con el respaldo de algún Organismo no Gubernamental.

Por otra parte los costos económicos que enfrenta el Estado son más complejos y difíciles de medir, ya que al ser las familias las encargadas de conducir el sistema económico (como propietarias de los factores productivos y consumidoras de los bienes finales que produce el mercado) tienen el poder de alterar la marcha y la composición de los flujos económicos debido a que se encuentran sujetas a distintas fuerzas del mercado y a la propia restricción presupuestal, por lo que de forma racional cuentan con el poder de abandonar el consumo de un bien determinado transfiriendo su poder adquisitivo a otros bienes de mayores atributos. Debido a que las familias que se encuentran al cuidado de la salud de alguno de sus miembros ven reducida aun más su capacidad de compra y de pago, relación que repercute directamente sobre el Estado la dejar de producirse y consumirse una determinada cantidad de bienes y servicios que en términos de las funciones de producción y de consumo impactaran en las Cuentas Nacionales del país y posteriormente directamente en el Producto Interno Bruto.

Estos costos también se ven reflejados dentro del mercado de trabajo debido a que la proporción de personas ocupadas (especialmente con la esclerosis Múltiple) se vera afectada.

A largo plazo los cambios en la transición demográfica deben tomarse en cuenta para poder hacer frente a la demanda de servicios de salud de la población envejecida y sobre todo la demanda de servicios sanitarios de los enfermos de Alzheimer y Parkinson. Para el año 2000 el INEGI estimó que existían 13 millones de personas de más de 50 años de los cuales el 4.8% tenía más de 65 años. Según estimaciones de la OCDE, para 1996 la edad promedio en México era de 26.3 años y se prevé que para el año 2050 la edad promedio será de 45.1 años.

El envejecimiento de la población es un asunto que hay que tomar muy en serio ya que según proyecciones del INEGI la población de la tercera edad duplicará su tamaño entre 1996 y el 2014, superando los 32 millones para 2050, asimismo estudios del Consejo Nacional de Población reflejan que este segmento de la población crecerá a tasas cercanas del 4%, actualmente 1 de cada 20 habitantes tiene 65 años y más, pero se prevé que para el 2050 esta relación cambiara a 1 de cada 4 habitantes.

Las enfermedades y el envejecimiento están estrechamente relacionados ya que estas enfermedades se pueden dividir en dos grupos: Las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad, dentro de las primeras destacan la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson y dentro de las segundas podemos encontrar a la esclerosis Múltiple.

Para el año 2000 se estimó que existían en el país **400,000** enfermos de **Alzheimer**; **50,000** de **Parkinson** y **12,0000** de Esclerosis Múltiple. Estas enfermedades no tienen un gran impacto dentro de la salud pública ya que no están consideradas como prioritarias por su baja tasa de incidencia, como es el caso de las enfermedades cardiacas y las enfermedades cerebrovasculares que representan una alta tasa de mortalidad, sin embargo el hecho de que la Esclerosis Múltiple afecte en la etapa más productiva de la vida incide sobre varios factores sociales y económicos del país, así como la disminución de la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y Parkinson.

Debido a lo anterior podemos concluir que la discapacidad representa un enorme gasto económico y social para ambos agentes económicos (familia y Estado) por lo cual se hace necesario crear políticas estrategias de salud dirigidas a este segmento poblacional.

Para mejorar las condiciones sociales y económicas de la sociedad en relación con los padecimientos neurológicos generadores de discapacidad el Estado debe asumir algunos retos en materia de política social, aprovechando las recomendaciones y sugerencias de organismos internacionales.

Recomendaciones

Hay que aprovechar la globalización de la economía y la apertura de nuevos mercados replanteándose las estrategias de desarrollo adecuadas que para cada contexto regional deben definirse, es decir, plantear los objetivos, políticas e instrumentos acordes a cada región, donde la política social sea rediseñada ante necesidades específicas. Ante lo cual se requiere fortalecer el compromiso del Estado Mexicano con un nuevo modelo de bienestar social, donde la salud sea concebida como una inversión en capital humano. Es importante destacar que la política estratégica que debe implementarse no puede ser copiada como receta de cocina de las experiencias de otros países (sobre todo de Europa) ya que cada país tiene condiciones especiales.

Es evidente que el sistema de salud en México ha logrado indudables avances que han dado como resultado el mejoramiento de los niveles de salud de la población en particular a los que se refiere a las enfermedades prevenibles y a las enfermedades infectocontagiosas. A pesar de lo anterior se hace necesario en pleno siglo XXI modificar la oferta de los servicios para que sea acorde al crecimiento demográfico que vive el país, no sólo para enfrentar los problemas actuales, sino también para realizar una **planeación estratégica** de los servicios con vistas a los próximos 30 años, de tal forma que podamos anticiparnos a las demandas futuras de acuerdo con el crecimiento de la pirámide poblacional.

Según estudios de Jaime Sepúlveda Amor, los pilares en los que deberá sustentarse el compromiso básico del Estado en materia de salud, son:

- I. **Universalidad.** Esto quiere decir, considerar a la salud, no como una mercancía o una recompensa a grupos privilegiados, sino como bien del que deben gozar todos los mexicanos.
- II. **Equidad.** Implica la asignación y distribución de los recursos privilegiando a los menos favorecidos.
- III. **Calidad.** Implica que los servicios médicos ofrezcan los mayores beneficios de la atención, evitando riesgos para el paciente y haciendo un uso racional de los recursos.
- IV. **Pluralismo.** Significa combinar los sectores público y privado, tanto para el financiamiento como para la prestación de los servicios –

Para poder llevar a cabo estos compromisos el Estado deberá realizar una profunda reforma de los servicios sanitarios con la finalidad de ofrecer a todos los habitantes las condiciones para enfrentar los desafíos de la vida en igualdad de oportunidades. Esta reforma deberá orientarse a: **Mejorar** el nivel de salud de la población a través de acciones dirigidas a los grupos más vulnerables; **distribuir** de forma eficiente los beneficios y cargas de estos servicios, reorientar las prioridades de atención a las regiones más necesitadas favoreciendo la reasignación de recursos financieros materiales y humanos, así como estableciendo programas integrales de desarrollo; **satisfacer** las necesidades de consumidores y productores de servicios sanitarios donde el usuario debe ser el principal beneficiario de las acciones de salud y la satisfacción de sus expectativas debe ser el eje de los aspectos técnicos e interpersonales. Para lo cual se tendrán que mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud mediante una constante capacitación; **controlar** los costos de la atención, es decir, que SNS debe plantearse una política de reducción de costos a través de la reorientación del modelo de atención hacia la prevención por medio de programas permanentemente evaluados e incentivando la eficiencia en la producción de los servicios en los niveles clínicos y gerenciales y por último **Influir** en el crecimiento poblacional con la finalidad de contribuir a mejores niveles de vida de la población, para lo cual se debe alentar el descenso de la fecundidad y la mortalidad infantil, fortaleciendo los programas de planificación familiar.

Donde los elementos claves para la reforma del sistema de salud son: Por un lado el personal que presta servicios médicos debido a que toda propuesta debe contemplar la participación de estos productores de salud para garantizar el éxito de la reforma, el otro elemento clave es el usuario ya

que la activa participación de los consumidores de servicios sanitarios es fundamental para lograr la eficiencia dentro de este sector.

Asimismo la transición epidemiológica obliga analizar la magnitud del proceso salud enfermedad desde la perspectiva del incremento de la prevalencia, las necesidades de la prevención, los costos de atención de estas enfermedades, las necesidades de rehabilitación e integración social así como la planeación de los servicios de salud que deben atender una demanda creciente de servicios médicos especializados, de alto costo, dependientes de tecnología y de bajo impacto en la salud.

Finalmente debe enfatizarse que la atención a la salud absorbe una cantidad creciente de recursos públicos por lo que el Estado debe garantizar que estos generen los mayores beneficios posibles para potenciar el impacto positivo de la salud en el desarrollo económico y la calidad de vida de los habitantes, por lo que el reto consiste en hacer un uso oportuno de los momentos de crisis para cimentar las bases de la reforma.

Uno de los retos que enfrentará la población envejecida es la seguridad social en lo que respecta a los servicios sanitarios, por lo que se tornará una obligación del estado realizar una planeación estratégica de la capacidad instalada y la inversión en capital humano para poder enfrentar la demanda de servicios médicos al 2050 cuando la población envejecida supere a los 32 millones de personas, con el desafío que implica que este segmento poblacional requerirá de atención cada vez más costoso y prolongada.

Debido a que la aplicación de los principios económicos en materia de sanidad buscan mejorar la eficiencia de los recursos destinados a este campo, será trabajo de los economistas estudiar la eficiencia, efectividad y equidad encaminadas a la toma de decisiones en el sector salud.

Capítulo I

Economía, salud y globalización

ALVARADO, Javier, et.al., "Globalización e integración económica mundial", Guadalajara, Jalisco 1998
BLANCO, Mendoza, Herminio "Las negociaciones comerciales de México con el mundo" FCE, México 1994
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI), "El ABC de la estadística de la salud", México 1996

REVISTAS Y PERIÓDICOS

Revista Newsweek en Español, "Alzheimer" 8 de marzo del 2000, Vol.5, No. 10, Páginas 42 – 47.

REVISTAS EN LA WEB

"La globalización es buena para la salud" Revista expansióndirecto, 07 de julio de 2001, España 2001,
<http://expansiondirecto.es/edicion/noticias/0.2458,34258,000/htm>

ARTÍCULOS EN LA WEB

ACCIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD, "Globalización, acuerdos comerciales y acceso a medicamentos"
<http://eeko2.rep.net/AIS-IAC/noticias/OMCACCESS.htm>

____ Carta abierta a miembros de la OMC, <http://eeko2.rcp.net.pe/AIS-LAC>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), "Misión de la oficina sanitaria panamericana",
(consulta por Internet) <http://www.paho.org>

____ Legislación de salud. "Regulación de los recursos humanos en los procesos de cambio del sector salud
y seguridad" Dentro de las políticas públicas de salud, <http://www.paho.org>

____ "Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC", 1999, 338 pp. , <http://www.paho.org>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "Día mundial de la salud", <http://www.who.int/world-health-day>

"Una mirada a la situación actual: La equidad como determinante de salud"

<http://www.netcom.atodavela.com/davidps/cls/cap14.htm>

WEB SITE

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) <http://www.iadb.org>

Consejo Nacional de Población (CONAPO) <http://www.conapo.gob.mx>

Fondo Monetario Internacional (FMI) www.imf.org/external/spa

Grupo del Banco Mundial (BM) www.bancomundial.org

Organización Mundial de la Salud (OMS) <http://www.who.int/world-health-day>

Organización Internacional del Trabajo (OIT) <http://www.ilo.org/public/spanish>

Organización Mundial de Comercio (OMC) www.wto.org/indexsp.htm

Organización Panamericana de la Salud (OPS) <http://www.paho.org>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) <http://rtn.net.mx.ocde>

Capítulo II

El mercado de la salud

CENTRO DE ANÁLISIS Y DIFUSIÓN ECONÓMICA (CADE), "Una Propuesta de Reforma Tributaria para México", México 2000.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, "Los derechos humanos de los mexicanos: un estudio comparativo", México 1991

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Edit. Porrúa, México 2000

FRENK, Julio, "Innovaciones a los sistemas de salud: Una perspectiva internacional medica", Editorial Panamericana, México 2001, Pág. 197 – 225

____ "La reforma de salud en México: Desempeño del sistema nacional de salud", gaceta Médica de México Vol. 137, No. 5, septiembre – octubre 2001.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, "El sistema de cuentas nacionales de salud en México", Colección de Economía y Salud No. 15, México 1997. Pp. 97

____ "Funsalud: Una institución ejemplar", Cuadernos Funsalud No. 17, México 1996.

____ "La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud", Colección de Economía y Salud No. 13, México, pp. 41 – 75

GARROCHO Carlos, "Análisis socioespacial de los servicios de salud" El Colegio Mexiquense, A.C., México 1995

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI), "El ABC de la estadística de la salud", México 1996

MOCTEZUMA, Barragán, Gonzalo "Derechos de los usuarios de los servicios de salud", Cámara de Diputados LVIII Legislatura, UNAM 2000, pp.175

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, "Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000", Editado por la SHCP, México 1995, pp. 177.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, "Quinto Informe de Gobierno del Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León", Editado por la SHCP, Pág. 265 – 279

SECRETARIA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, "El Presupuesto de Egresos de la Federación 1995 - 2000", Subsecretaría de Ingresos, México 2000.

____ "Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1996", Subsecretaría de Ingresos, México 1997.

____ "Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1997", Subsecretaría de Ingresos, México 1998.

SECRETARIA DE SALUD " Anuario estadístico 1996" Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Informática, México 1997.

SEPÚLVEDA Amor, Jaime, " La salud de la salud en México ", Cuadernos Funsalud No. 8, Fundación Mexicana para la Salud, México 1994.

SOLÍS Soberón Fernando y Alejandro Villagómez (compiladores), " La seguridad social en México ", FCE. CIDE - El Trimestre Económico No. 88, México 1996

ARTÍCULOS DE LA WEB

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO, "Desafíos futuros para la investigación de la salud en América Latina", 24 de julio de 1998.

DURAN – ARENAS, Luis, "Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad", Salud pública, Vol. 38, Pág. 501 – 512, biblioteca virtual en salud, <http://www.bvs.insp.mx>, México 1996

SECRETARIA DE SALUD, "Ley General de salud", Artículo 6º, Capítulo I, Título Segundo, <http://www.ssa.gob.mx>

SECRETARIA DE SALUD, "Reglamento Interior de la Secretaría de Salud" Artículo 33, Capítulo VIII,

<http://www.ssa.gob.mx>

SEPÚLVEDA Amor, Jaime "La salud de la población en edad avanzada en México", Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Julio 1998, <http://www.idrc.ca/lacro/publicaciones>

WEISNER, Mónica, "La promoción de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria", Cuarto Congreso

Chileno de Antropología del 19 al 23 de noviembre del 2001, www.rehue.csociales.chile.cl

ARTÍCULOS DE REVISTAS

Revista "Gestión en salud", Año 1, Num. 2, Noviembre 2002, varios artículos, obtenida electrónicamente de www.gestioensalud.com

ARROW J., Kenneth " La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas", Revista Española, Economía de la salud, Madrid junio 1981.

MAYNARD, Alan " La naturaleza del mercado sanitario y las prioridades de investigación para economistas de la salud", Revista Española, Economía de la salud, Madrid junio 1981.

WEB SITE

Centro Nacional de Rehabilitación www.cnr.gob.mx

Consejo Nacional de Población www.conapo.gob.mx

Coordinación de Institutos Nacionales www.ssa.gob.mx

Discapacidad, Presidencia de la Republica www.discapacidad.presidencia.gob.mx

Hospital Infantil de México www.facmed.unam.mx/infantil/index.htm

Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado <http://www.issste.gob.mx>

Instituto Mexicano del Seguro Social <http://www.imss.gob.mx/estoesimss-mision.htm>

Instituto Nacional de Perinatología www.inper.edo-mx

Instituto Nacional de Cancerología www.incan.edu.mx

Instituto Nacional de Cardiología www.cardiologia.orgm.mx

Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición www.innz.mx

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.iner.gob.mx

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) <http://www.inegi.gob.mx>

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía www.innn.edu.mx

Instituto Nacional de Pediatría www.facmed.unam.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente www.impcdsm.edu.mx

Instituto Nacional de Salud Publica www.insp.mx

Secretaria de Hacienda y Crédito Público <http://www.shcp.gob.mx>

Secretaria de Salud <http://www.ssa.gob.mx>

Secretaria de Salud del Distrito Federal <http://www.salud.df.gob>

Capítulo III

El papel de la economía del bienestar dentro de la atención primaria a la salud

AVELEYRA, E., "Características neurosicológicas y genéticas de la enfermedad de Alzheimer", Salud mental México, 1998, pp. 64 – 71.

ENCICLOPEDIA Encarta, versión 2000

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Quinto Informe de Gobierno del Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, Editado por la SHCP.

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ALZHEIMER, " Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico al abordaje terapéutico integral ", México 1998.

SIMPOSIO NACIONAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE "Conviviendo con EM", Impartido por FUMITEN (Fundación Mexicana para la Investigación y Tratamiento de Enfermedades Neurodegenerativas, A.C.) México 2001.

ZURITA, Beatriz, et.al., "Encuesta de satisfacción con los servicios de salud, 1994", Funsalud, México 1994.

ARTÍCULOS DE LA WEB

"Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, recomendaciones", <http://www.gobcan.es>

Organización Mundial de Salud, "Reunión de la OMS sobre calidad de salud",

www.icas.net/reunion_OMS.htm

"Perspectivas de una nueva terapéutica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer", Arch Neurociencias (Méx.) 1998: pp. 144 – 174, www.imbiomed.com.mx

WEB SITE

Asociación de Alzheimer Monterrey, A.C. www.geocities.com/HotSprings/Spa/7712/entrada.htm

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer www.afa.es.org

Asociación Internacional de Alzheimer www.alz.org

Comisión Nacional de Arbitraje Médico www.conamed.gob.mx

Enfermedad de Alzheimer y otras demencias relacionadas

www.homestead.com/montedeoya/clubalzheimer.htm

Capítulo IV

Descripción de enfermedades neurológicas

ASOCIACIÓN MEDICA MEXICANA PARA EL ESTUDIO DE LA EM, A.C. "Esclerosis Múltiple ", México 2001

ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES A.C. (AMAES), " Alzheimer" Boletín de verano 2000, volumen No.1, número 2, México 2001.

ASOCIACIÓN MEXICANA CONTRA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE, "Alguien que tú conoces padece Esclerosis Múltiple", México 1982

ASOCIACIÓN MEXICANA PARA LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS Y PLASTICIDAD CEREBRAL, A.C., "Programa para desarrollar la investigación de la enfermedad de Alzheimer y otros procesos neurodegenerativos en México, México 1995.

BARDOSSI Fluvio, "La EM: Esperanzas para su curación", España 1973

BOLETÍN DEL DÍA MUNDIAL DE ALZHEIMER, " Demencia, reto para la calidad de vida ", México 21-SEP-2001.

CENTRO INTERNACIONAL DE RESTURACIÓN NEUROLÓGICA (CIREN.), " Programa de restauración neurológica de la enfermedad de Parkinson ", La Habana, Cuba 1997.

_____ " Información sobre el abordaje de la enfermedad de Alzheimer ", La Habana, Cuba 1997.

_____ " Clínica de Enfermedades Neuromusculares y Esclerosis Múltiple ", La Habana, Cuba 1997.

CONGRESO NACIONAL SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON, patrocinado por la Asociación Mexicana de Parkinson (AMPAC), Centro Cultural San Ángel, 25 de mayo 2001, México, D.F.

DE LA OSA José A., "En Cuba: Centro Internacional De Restauración Neurológica Artesanos de la vida ", Ediciones Cooperativa Cinco Continentes, La Habana, Cuba 1995.

FUNDACIÓN ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE BARCELONA, " Vivir con EM: Aspectos psicológicos ", Barcelona España 2000.

FEDERACIÓN ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE " EM preguntas y respuestas ", Teodora La Madrid, Barcelona 2000.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE " Lo que todo el mundo debe saber sobre EM ", Madrid, España 2000.

MEDTRONIC, S. De R.L. de C.V., " Tremor Therapy Results" (video), México 2001.

MORENO Padilla Javier, " Nueva Ley del Seguro Social " Editorial Trillas, Edición vigésimo cuarta, México 1999.

OTERO Siliceo, Enrique (Compilador) "Parkinson: Un enfoque al futuro", Editorial, F.C.E., México 1996, pp.374

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL D.F. " La enfermedad de Alzheimer: Recomendaciones para un cuidado de calidad ", Dirección General de Equidad y Desarrollo, Gobierno del D.F., México 1999.

_____ " El adulto mayor en el D.F., Por una sociedad integral en el siglo XXI ", Dirección General de Equidad y Desarrollo, Gobierno del D.F., México 1999.

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ALZHEIMER, " Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico al abordaje terapéutico integral ", México 1998.

SIMPOSIO NACIONAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE "Conviviendo con EM", Impartido por FUMITEN (Fundación Mexicana para la Investigación y Tratamiento de Enfermedades Neurodegenerativas, A.C.) México 2001.

SIMPOSIO NACIONAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE " EM: Más que una enfermedad", Impartido por la Asociación Médica Mexicana para el Estudio de la Esclerosis Múltiple, A.C., Julio 1999 y 2001

ARTÍCULOS EN LA WEB

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO, "Desafíos futuros para la investigación en salud en América Latina" 24 de julio 1998, www.idrc.ca/lacro/publicaciones

GARCÍA de Yebenessa J., " Genética de la enfermedad de Parkinson ", Fundación Jiménez DÍa de Madrid, <http://www.neuroweb.com>, Marzo 2001.

NEUROCI.TIO.COM " Escalas de valoración geriátrica y deterioro cognitivo ", <http://bio.hgy.es/-neurocon/neurologia/escalas/geriatricas.html/>

_____ " Escalas en la enfermedad de Parkinson ", <http://bio.hgy.es/-neurocon/neurologia/parkinson.html/>

NEUROLOGIA.COM, " Qué es y en que consiste la Resonancia Magnética " <http://www.ms-gateway.com/latin/understa/mri.html>, Marzo 2001

WEB SITE

esclerosis múltiple

www.lavidaconesclerosismultiple.net, www.svt.es/fem,

www.sarenet.es/adembiwww.geocities.com/hostpings/spa/1233,

www.pontsoft.com/emaf

neurología

www.neurositio.com

www.santalucia.com.br/neurolog.htm

www.guedes.com.br/busca/Sauce/Especialidades/Neurologia/Neurocirugia

parkinson

<http://enfermedaddeparkinson.freesevers.com/cgi-bin/framed/4377>

www.saludlatina.com/terceraedad/parkinson/asp

www.servicom.es/parkinson

www.ampacparkinson.org.mx

salud

www.abcsalud.com

Capítulo V

Impacto socio económico de los agentes "familia y Estado"

HAM – CHANDE, R, "El envejecimiento una nueva dimensión", Revista del Instituto Nacional de Salud Pública, Vol. 38, Pág. 409 – 418, México 1996

HERNÁNDEZ R., Mejía, J.A. Fernández Lopeza, I. Ricaño García, A. Cueto Espinara, " Calidad de Vida y enfermedades neurológicas ", Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, Revista Médica, volumen 16 No.1, páginas 30 -37, España 2001. (consulta por Internet)

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), " Convenio 159: Sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas ", Dirección General de Equidad y Desarrollo, Gobierno del D.F., México 1999.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU), " Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad " Dirección General de Equidad y Desarrollo, Gobierno del D.F., México 1999, Pp. 55

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Quinto Informe de Gobierno del Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, Editado por la SHCP.

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ALZHEIMER, " Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico al abordaje terapéutico integral ", México 1998.

SIMPOSIO NACIONAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE " EM: Más que una enfermedad", Impartido por la Asociación Médica Mexicana para el Estudio de la Esclerosis Múltiple, A.C., Julio 1999 y 2001

ARTÍCULOS EN REVISTAS

Revista Emotiva, publicación trimestral, No. 2 octubre – diciembre 2001, Serono de México, S.A. de C.V.

ARTÍCULOS EN LA WEB

BOETA, Elizondo, Leopoldo, "Discapacidad y senectud", Asociación Alzheimer de Monterrey, A.C.,

www.gwocities.com/HostSprings/Spa/7712/entrada.html

SEPÚLVEDA Amor, Jaime "La salud de la población en edad avanzada en México", Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Julio 1998, <http://www.idrc.ca/lacro/publicaciones>

PÁGINAS WEB

Cuidar a los que cuidan, página para cuidadores de personas mayores dependientes y profesionales que atienden a cuidadores. <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginass/cuidadores>

Red de expertos en calidad de salud, consulta julio 2001, <http://www.icas.net>

Seguridad social y calidad de vida, consulta julio 2001, <http://www.wenceslao.com.mx>

Gobierno de Canarias, www.gobcan.es/funcis/difusion/eayod.index.html

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, www.inegi.gob.mx

Presidencia de la República, www.presidencia.gob.mx

Consejo Nacional de Población, www.conapo.gob.mx

<p>Realidades y Retos</p>

<p>(conclusiones y recomendaciones)</p>

Diario Oficial de la Federación, 14 de marzo de 2000, cuarta sección.

CASTRO, V. et.al, "Las enfermedades crónicas en las personas de 60 – 69 años", Revista Salud Pública en México, México 1996, Vol. 38, No. 6

GUIJARRO, Maite, "El campo de la economía de la salud: Agenda de investigación y lineamientos para las políticas públicas" CIDE, 1998

Gaceta Oficial del Distrito Federal, 01 de junio de 1999

SEPÚLVEDA, Amor, Jaime, "La salud de la salud en México" Funsalud, 1994

GLOSARIO

Acinesia:	Privación o pérdida del movimiento.
Afasia:	Trastorno, defecto o pérdida de la facultad de expresión hablada, escrita o mímica como consecuencia de una lesión cerebral.
Agnosia:	Pérdida de la facultad de transformar las sensaciones en percepciones propiamente dichas.
Agonista dopaminérgico:	Fármaco que se une al receptor dopaminérgico y provoca su estimulación.
Alucinación:	Percepción alterada de la realidad de cualquiera de los sentidos principalmente del oído y vista.
Apraxia:	Imposibilidad de realizar movimientos adaptados a un fin, a pesar de conservar integridad motora y psíquica.
Ataxias:	Incapacidad de coordinar los movimientos fundamentales que integran un acto.
Autonomía:	Condición de la persona de no depender de otros para la realización de las actividades de la vida diaria.
Ayudas:	Elemento o instrumento de apoyo para hacer la vida más sencilla.
Cognitivo:	Referente al pensamiento, razonamiento, asociado al conocimiento.
Comunicación no verbal:	Transmisión o intercambio de información sin necesidad de hablar, a través de otros sentidos, gestos señas, posiciones del cuerpo, entre otras.
Conocimiento cognoscitivo:	Incluye la habilidad de pensar, recordar los conocimientos, aplicar el conocimiento y evaluar.
Cuidador:	Persona que asume la responsabilidad de la atención, supervisión y vigilancia del enfermo. Familiar, amigo o persona contratada para realizar esta actividad.
Deambular:	Caminar, andar, moverse o desplazarse sin rumbo fijo u objetivo determinado.
Defunción:	Es la desaparición permanente de cualquier evidencia de vida, posterior al nacimiento.
Delirio:	Ideas falsas sobre la realidad, que el paciente cree como totalmente ciertas. Como tener bichos en el cuerpo, que lo roban o que le quieren hacer cosas.
Demencia:	Alteración de las funciones intelectuales como la memoria, el lenguaje y el juicio que le impiden el razonamiento y afectan las actividades de la vida diaria.

Depresión:	Enfermedad que afecta a los neurotransmisores y el ánimo en general con una gran constelación de signos que afectan severamente la calidad de vida.
Desorientación:	Estado en el cual la persona pierde la noción de lugar y tiempo.
Diagnóstico:	Proceso por el cual se identifica una enfermedad, de acuerdo con los síntomas y signos que presenta una persona.
Disquinesia:	Movimiento anormal debido a una excesiva y/o inapropiada actividad muscular, que altera o llega a interrumpir la realización de los movimientos voluntarios. Se distinguen seis tipos: mioclonias, tics, temblores, miorritmias, corea-balismos y distonías.
Distimía:	Exageración morbosa del estado afectivo en sentido de exaltación o depresión.
Dolencia:	Estado personal, en el cual la persona se siente insana o enferma. La dolencia puede o no estar relacionada con la enfermedad.
Dopamina:	Compuesto químico que se produce por descarboxilación de la DOPA. Es un neurotransmisor utilizado por las neuronas de la sustancia negra. Activa los receptores dopaminérgicos de los ganglios basales. Cuando degeneran las neuronas de la sustancia negra aparece la enfermedad de Parkinson.
Electroencefalograma:	Registra la actividad bioeléctrica cerebral continúa a través de electrodos colocados en el cráneo. Se usa para diagnosticar enfermedades estructurales del cerebro. No es doloroso y no requiere de una pequeña preparación.
Electromiograma:	Registra la actividad bioeléctrica cerebral continua a través de electrodos colocados en el cráneo. Se usa para diagnosticar enfermedades estructurales del cerebro. No es doloroso y no requiere de una pequeña preparación.
Enfermedad:	Término médico que puede ser descrito como una alteración de las funciones del organismo resultando en una reducción de las capacidades o en una disminución del alcance de la vida normal.
Espasticidad:	Contracción involuntaria de los músculos.
Estado de salud:	Es el grado de bienestar que posee un individuo en un momento determinado.
Estrés:	Estado de excitación, alteración, tensión, angustia. Se acompaña de reacciones fisiológicas y emocionales, es provocado por situaciones donde nos sentimos en conflicto o amenaza.
Estudio de líquido cefalorraquídeo:	Se usa para diagnosticar hemorragias, tumores, infecciones de cerebro o de médula espinal, así como para la exploración de enfermedades

	desmielinizantes. Se emplea anestesia local y el líquido cefalorraquídeo se extrae mediante punción lumbar.
Etiología:	La causa de la enfermedad. La descripción de la etiología de una enfermedad incluye la identificación de todos los factores causales que actúan juntos para producir esa enfermedad en particular.
Factores de riesgo:	Situaciones, hábitos o fenómenos que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad o lesión.
Financiamiento:	Estrategia de aplicación de los recursos.
Gasto:	Monto de las erogaciones reales en efectivo en un periodo de tiempo.
Gastos en salud:	Erogaciones realizadas con el propósito directo de promover o restablecer la salud de un individuo o población.
Geriatra:	Médico especializado en medicina interna, dedicado a las enfermedades características de las personas adultas mayores.
Geriátrista:	Técnica encargada de la supervisión de las actividades de la vida diaria de las personas adultas mayores, se encuentra capacitada para seguir las indicaciones médicas y de rehabilitación.
Grupo de apoyo o autoayuda:	Foro en donde los individuos comparten un problema o situación similar con el objetivo de ventilar emociones y sentimientos, intercambiando experiencias a través del apoyo mutuo.
Idiopático:	Se dice de cualquier proceso o síndrome con varias causas posibles conocidas, pero que, en el caso concreto que se estudia, se desconoce la causa específica, porque no se puede demostrar ninguna de las posibles causas. Es por eso un diagnóstico de exclusión.
Incontinencia:	Salida involuntaria de la orina y materia fecal.
Indisposición:	Estado o entidad social que se asocia normalmente con la enfermedad o dolencia pero que puede ocurrir al margen de ellas.
Instituciones prestadoras de servicios:	Instituciones públicas o privadas que se dirigen directamente hacia la población para prestar los servicios de salud, con o sin fines de lucro.
Lenguaje corporal:	Gestos, señas, movimientos de cualquier parte del cuerpo para transmitir una idea, mensaje o pensamiento.
Lucidez:	Claridad en el pensamiento. Mentalmente se tiene claridad y se entiende la realidad.
Memoria:	Almacenamiento de información, a partir de su recepción a través de los sentidos. Capacidad para recordar los hechos, situaciones y personas.

Minusvalía:	Pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás. Esta palabra describe la situación de la persona con discapacidad en función de su entorno.
Morbilidad:	Término genérico utilizado de diversas maneras, que expresa el número de personas enfermas o casos de una enfermedad en relación con la población en la que se presentan.
Morbilidad Hospitalaria:	Estado patológico que por su manifestación, requiere que la persona sea ingresada a una unidad hospitalaria para su atención y tratamiento.
Mortalidad:	Número de muertes ocurridas en una población en un período dado.
Neurólogo:	Médico especializado en la atención de enfermedades del Sistema Nervioso Central.
Neuronas:	Son la unidad funcional del sistema nervioso, por ellas pasan los impulsos nerviosos.
Pensamiento:	Formar y ordenar en la mente ideas y conceptos, a través del procesamiento y recuperación de información contenida en la memoria.
Personas Adultas Mayores:	Hombre o mujer de 60 años y más.
Postmortem:	Después de la muerte
Postrado:	Incapacidad para moverse y realizar actividades de la vida diaria por sí mismo.
Potenciales evocados:	Registan la actividad cerebral en respuesta a un estímulo visual, auditivo o sensorial. Son útiles para evaluar y diagnosticar las causas de adormecimiento, vértigos, disminución de agudeza visual y otros.
Pragmático:	Práctico, referente a la acción y no a la especulación.
Pruebas neuropsicológicas:	Serie de pruebas que consisten en preguntas y ejercicios para evaluar las funciones intelectuales.
Psicogeriatría:	Profesional especializado en el estudio y tratamiento del comportamiento y los procesos mentales de las personas adultas mayores.
Psicólogo:	Profesional especializado en el estudio y tratamiento del comportamiento.
Psicoterapeuta:	Profesional especializado en el uso de técnicas psicológicas para tratar trastornos de la personalidad y el comportamiento.
Resonancia Nuclear	

magnética:	Es un método avanzado de obtener imágenes del cerebro, es un medio inocuo y no implica exponerse a radiación. Se lleva a cabo sobre una camilla que se introduce en una pequeña recámara y dura aproximadamente 30 minutos.
Rigidez:	Es un signo positivo de Parkinson, pero también puede ser una consecuencia de la liberación de otros mecanismos remotos normalmente suprimidos por la actividad de los ganglios basales.
Signo:	Sensación o manifestación objetiva de enfermedad.
Síndrome:	Conjunto de signos y síntomas que corren juntos, independientemente de su causa.
Síntoma:	Manifestación subjetiva de enfermedad.
Sistema Nacional de Salud:	Instituciones públicas o privadas que prestan servicios de salud a la población.
Sustancia negra:	Sus neuronas contienen un pigmento melánico, por lo que aparece de un color oscuro. Por su función, se considera un centro nervioso de la vía extrapiramidal.
Temblor:	Es una actividad involuntaria anormal, rítmica y alternante, con frecuencia y amplitud regulares y se puede presentar en reposo como el observado en el Parkinson.
Tomografía axial computarizada:	Es una forma de radiografía en la cual se usa una computadora para construir imágenes bidimensionales de gran calidad de diferentes partes del cuerpo.
Visuoespacial:	Imaginar con rasgos visibles algo que no tiene a la vista.

Directorio de Organismos No Gubernamentales (ONG's)

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN MÉXICO

Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. (AMAES)¹⁷⁶

Insurgentes Sur No. 594 -402
Col. Del Valle
C.P. 03100, México, D.F.
Tel. 55-23-15-26

Asociación Alzheimer de Monterrey

Federico Orfíz Moreno
Presidente
J. Vasconcelos 312 Ote.
Col. Del Valle
C.P. 66220, San Pedro Garza García, N.L.
Tel. (8) 356-67-14 y (8) 333-69-13
E-mail: alzherimty@infosel.net.mx

Asociación Mexicana de Atención Integral para personas de la tercera Edad (AMAITE)

Calle Niño Jesús s/n
Esq. Calz. De San Buenaventura – 4° Piso
Tlalpan, C.P. 14000
Tel. 55-73-15-00

Fundación Alzheimer Alguien con quien Contar, IAP

Div. del Norte No. 1044
Col. Narvarte
Tel. 55-75-83-20 y 56-75-83-23

Instituto Nacional de Salud Mental

Periférico Sur No. 2905
Magdalena Contreras
C.P. 10200
Tel. 55-95-86-73 y 55-95-81-39

ENFERMEDAD DE PARKINSON EN MÉXICO

Asociación Mexicana de Parkinson, A.C.

Apdo. Postal 27003
Col. Roma Sur
C.P. 06761, México, D.F.
Tel. 56-06-30-32 y 56-87-36-41

Grupo Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Lab. De Psicología Experimental
Verónica Aceves y Ma. Luisa Pérez
Av. Insurgentes Sur No. 3878
Col. Tlalpan
C.P. 14269, México, D.F.
Tel. 56-06-30-32 y 55-28-00-95

¹⁷⁶ Miembro de la Alzheimer's Disease Internacional (ADI)

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN MÉXICO

Esclerosis Múltiple, A.C.

Humberto Dupeyron
Presidente
Callejón del Río No. 33 Bis
Col. Del Carmen
C.P. 04100, México, D.F.
Tel. 56-59-24-19 y 56-59-25-75

Fundación Mexicana para la Investigación y Tratamiento de Enfermedades Neurodegenerativas, A.C.

Dr. Antonio Robles González
Presidente
Oficina Norte Cvto. San Juan de los Lagos No. 97
Col. Jardines de Santa Mónica
C.P. 52050, Tlalnepantla, Estado de México
Tel. 53-70-02-06 y 53-97-37-04
Fax. 53-62-10-91 y 53-70-02-06

Brenda Asociación de Esclerosis Múltiple Chihuahua, A.C.

Ma. Concepción L. De Luján
Presidenta
Mombacho No. 821
Fracc. Panorámico
C.P. 31140, Chihuahua, Chih.
Tel. 01 (14) 421-09-34

Grupo Unido de Amigos con Esclerosis Múltiple del Bajío, A.C.

Calle La Luz No. 616
Graciela Aguilera Ayala
Presidenta
Col. Coecillo
C.P. 37260, León, Guanajuato.
E-mail: codin@gto.1.telmex.net.mx

Asociación Regiomontana de Esclerosis Múltiple, A.C.

Temistocles No. 624
Col. Cumbres Sector 3°
Monterrey, N.L.
Tel. 01 (8) 30-02-622

Asociación de Esclerosis Múltiple de Michoacán, A.C.

Adriana Vaca Madrigal
Presidenta
Tabichini No. 44
Col. Nueva Jacarandas
Morelia, Mich.
Tel. 01 (4) 315-36-56

Esclerosis Múltiple Jalisco, A.C.

Lic. José Avalos
Presidente
Samuel Ramos No. 1715
Col. Independencia Pte.
C.P. 44290, Guadalajara, Jal.
Tel. 01 (3) 609-50-07

Fundación Mexicana de Esclerosis Múltiple

Tabasco No. 337 – B
Col. Roma
C.P. 06700, México, D.F.

Tel. 52-08-41-71

Esclerosis Múltiple Ángeles de Puebla, A.C. (EMAPAC)

Ma. Evelia Hernández Gamboa
Presidenta
20 Sur No. 2507
Col. Bella Vista
C.P. 72530, Puebla, Pue.
Tel. 01 (22) 43-49-43 y 01 (22) 40-42-08

Esclerosis Múltiple de Aguascalientes, A.C.

Gabriela Cruz
Presidenta
Capitán Miguel Caldera No. 306
Fracc. Lindavista
C.P. 20270, Aguascalientes, Ags.
Tel. 01 (44) 99-13-92-68

Amigos Unidos contra la Esclerosis Múltiple

Julio Cesar Áviles
Presidente
Río Colorado No. 1631
Col. Córdoba Américas
Cd. Juárez, Chih.
Tel. 01 (16) 165-717

Grupo Esclerosis Múltiple la Raza, A.C.

Eugenia G. Fuentes
Presidenta
Natal No. 578
Col. Lindavista
Tel. 01 (55) 55-28-05-91

Asociación Mexicana de Esclerosis Múltiple, I.A.P.

Ma. de Lourdes Ituarte
Presidenta
Acuerdo de Terragona No. 52
Fracc. Paseos del bosque
Col. Vista del Valle
Estado de México
Tel. 01 (55) 53-64-14-84

Asociación de Esclerosis Múltiple de San Luis Potosí.

Salvador Díaz de León
Presidente
Col. Plan de San Luis Estadio
San Luis Potosí, S.L.P.
Tel. 01 (44) 48-12-87-40