



COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN CIENCIA POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN URBANA

**La participación del Estado en la Identificación de la Osteoartritis como
problema de salud pública. Recomendación para la inclusión
En la Agenda Pública**

TRABAJO RECEPECIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN
CIENCIA POLITICA Y ADMINISTRACIÓN URBANA

PRESENTA

EMMA MARGARITA MALDONADO ROJAS

DIANA LILIA PUEBLITA JIMENEZ

Directora: **Mtra. Lilia Gómez Jiménez**

México, D.F., Noviembre 2015

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

CONTENIDO

DEDICATORIA

INTRODUCCIÓN.....	9
--------------------------	----------

CAPÍTULO I. LA SALUD Y EL ESTADO: REFERENTES TEÓRICOS PARA COMPRENDER SU VINCULACIÓN

1.1. La osteoartritis como problema de salud, generalidades y perfil epidemiológico.....	14
1.2. Responsabilidad estatal en torno al ámbito de salud.....	38
1.3. Concepción del Estado y sus responsabilidades respecto a la sociedad...	40
1.4. Las políticas públicas como estrategia de acción del Estado.....	47

CAPÍTULO II LA OSTEOARTRITIS Y EL ESTADO MEXICANO: ACCIÓN ESTATAL PARA SU PREVENCION, DETECCION Y TRATAMIENTO

2.1. Las políticas de salud en México, marco normativo y estrategias de gobierno (2000-2018), marco jurídico.....	61
2.1.2. Tendencias en la estrategia de salud en los últimos 15 años.....	69
2.2. Las políticas de salud desde el panorama internacional.....	81
2.3. La situación de la Osteoartritis en México; prevención, atención y acción del Estado.....	91

CAPÍTULO III INSTITUCIONES DE SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL, POLÍTICAS DE ATENCION AL PROBLEMA DE OSTEOARTRITIS Y LA PERTINENCIA DE SU INCLUSIÓN EN LA AGENDA PÚBLICA

3.1. Los servicios de salud en el Distrito Federal, primer y segundo nivel de atención.....	99
3.2. Procedimiento en los niveles de atención de los servicios de salud.....	109
3.3. Identificación de la Osteoartritis en la población mexicana.....	113
3.4. Realidades del sector salud en torno a la Osteoartritis.....	116
3.5. La osteoartritis como un problema de salud pública y su recomendación para la inclusión en la Agenda Pública.....	125
3.5.1. Análisis del Problema.....	127
3.5.2. Análisis de Soluciones.....	131
3.5.3. recomendación de un Plan de Acción para que el Estado preste Atención al Problema de Salud Pública de la OA.....	134
CONCLUSIÓN.....	141
 ANEXOS	
Anexo 1, Distribución de la Población por condición y tipo de limitación en la actividad.....	152

Anexo 2, Transición demográfica de México 1950-2050.....	153
Anexo 3, Población media por sexo y grupos quinquenales de edad 2005-2050.....	154
Anexo 4, Población femenina y grupos quinquenales de edad 2005-2050.....	155
Anexo 5, Pirámides de población a mitad de año, 2005-2050.....	156
a) Entrevistas	157
i. Entrevista al Dr. Carlos Lavallo Montalvo Secretario Académico de la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM	
ii. Entrevista al Dr. Francisco Javier Serna Alvarado, Director Jurisdiccional de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal a primer nivel en Iztapalapa	
iii. Entrevista al Dr. Marco Antonio Ramos Olive, medico ortopedista trabajador de centro de salud en la delegación Iztapalapa	
iv. Entrevista a paciente de centro de salud de Iztapalapa	
BIBLIOGRAFÍA.....	176

DEDICATORIA

Diana Lilia Pueblita Jiménez

Dedico este trabajo a mi gran inspiración mi madre, que en todo momento permaneció apoyándome, que ha sido una mujer ejemplar por ser madre y padre al mismo tiempo. A mis abuelos que tanto amo y que siempre serán mis padres, por sus cuidados y todo el amor que me dan.

A la maestra Lilia Gómez por ser parte importante en este proceso que hoy veo culminado, por creer en mí. Por estar en todo momento por brindarme su apoyo.

Agradezco a mis lectores los maestros; Pilar Padierna Jiménez, Maximinio Álvarez Molina, Carlos Arriaga, Marco Aurelio García Barrios. Por su apoyo y confianza porque aprendí mucho de ellos, me brindaron las herramientas necesarias para poder tener los conocimientos para lograr mis metas.

Agradezco el gran apoyo y sobre todo la dedicación de mi gran amiga y compañera en este proceso Margarita Maldonado Rojas quien como yo vivió momentos de angustia, estrés y de todo para poder ver nuestro sueño hecho realidad. Gracias por creer en mis locuras y por comprender mis momentos de estrés, ambas sabemos que no fue fácil y que había momentos de desesperación sin embargo seguimos a pie de lucha.

Agradezco al Dr. Marco Ramos Olive porque desde un principio platicamos del tema y hoy lo veo una realidad, fue difícil seguir las clases juntos sin embargo siempre estuvo al pendiente diciendo “tú puedes”

Agradezco al Dr. Cesar Augusto Hernández Jaimes, Secretario General del Sindicato de Salud. Porque siempre me apoyo en todo momento, jamás existió la palabra NO. Todo fue posible estoy muy agradecida por la confianza que me dio y por ser parte de este sueño.

El presente trabajo contiene el resultado de mucho esfuerzo y dedicación después de varios meses en los que viví momentos difíciles hoy puedo pensar en la siguiente meta. Aprendí que no hay obstáculos, que la fuerza no viene de la capacidad corporal sino de la voluntad del alma.

Doy gracias a la vida por darme la dicha de luchar por mis sueños porque sé que es el inicio de muchos más y aunque haya días nublados siempre estará latente la emoción de volver a empezar.

No hay palabras para expresar mi gran emoción y satisfacción de poder subir un nivel más en esta escalera de la vida, hoy sumo más retos en lo profesional y sigo aferrada con la idea de que las políticas públicas son lo que quiero hacer y quiero dominarlas y quiero ser partícipe de su elaboración en algún momento de mi vida.

Reconozco y agradezco el apoyo otorgado por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México para la realización y término de este trabajo.

Emma Margarita Maldonado Rojas

A mi madre que a su manera supo luchar por sacar adelante a sus 8 hijos, quienes a su modo le hemos sabido responder en las buenas y en las malas, y que en ella vi reflejados mis anhelos de superación.

A mi padre (+) que aunque ya no nos acompaña en este plano terrenal, con sus constantes críticas, provocó que tuviera el ánimo de superación, para demostrarle que yo podía y lograría lo planeado.

A mis hijos Juan y Adán, que son los pilares en mi vida, para quienes siempre quise ser el ejemplo a seguir, porque son la razón de mí existir.

A Diana, que a pesar de sus constantes cambios de objetivos, siempre estuvimos juntas y supimos sortear los obstáculos que se fueron presentando a lo largo de la investigación para la realización de este proyecto que finalmente vemos concretado. Gracias Amiga

A todos mis amigos y compañeros de trabajo que creyeron en mí y que en ellos siempre tenían una palabra de aliento en los momentos difíciles. Pero sobre todo a mis jefes, de quienes tuve su apoyo incondicional para poder realizar un sueño más.

Quiero expresar mi más amplio reconocimiento a la UNIVERSIDAD AUTONOMA DE LA CIUDAD DE MEXICO, quien cobijó mi proyecto de vida, que me permitió obtener conocimiento, el cual puedo desarrollarlo en el campo laboral.

Reconozco el gran apoyo de los profesores, que durante estos cuatro años y medio de estudio, soportaron mis ignorancias y con sabiduría supieron encaminarme.

Reconozco la gran paciencia de mi Directora del trabajo recepcional, la Maestra Lilia Gómez, que sin ella no hubiera sido posible llevar a cabo el proyecto.

De la misma manera reconozco y agradezco el gran apoyo y paciencia de los integrantes del Comité de revisión del trabajo recepcional, a la Doctora, María del Pilar Padierna Jiménez, Maestro Carlos Eduardo Arriaga Téllez, Maestro Maximino Cristian Álvarez Molina y al Maestro Marco Aurelio García Barrios. GRACIAS por todo el cúmulo de conocimiento.

Reconozco y agradezco el apoyo otorgado por los Doctores Carlos Lavallo Montalvo, Francisco Javier Serna Alvarado y Marco Ramos Olive, por hacer un espacio en su agenda y permitirnos las entrevistas tan necesarias para la elaboración de este proyecto.

Y finalmente al Creador del Universo, por sus múltiples y grandes bendiciones.

INTRODUCCIÓN

La importancia de una sociedad sana es y ha sido prioridad para el Estado, el cual se encarga de actuar para dar solución a diversos problemas de salud que afectan la integridad de los individuos. Una persona que no padece alguna enfermedad puede ser más productiva, lo que en teoría debe contribuir al bienestar individual y colectivo.

Los estilos de vida modernos han contribuido a la transformación de las enfermedades, dando paso a nuevos padecimientos que obligan institucionalmente a plantear nuevas estrategias y alternativas de solución. La participación del Estado representa entonces la respuesta para solucionar los problemas de salud pública, ésta se materializa a través de políticas públicas y/o programas sociales con enfoques específicos de acción.

Entre las diversas problemáticas de salud, se encuentra la discapacidad que en tiempos recientes ha generado mayor interés para el Estado, esto debido a la problemática que enfrentan las personas afectadas en sus actividades cotidianas. Las causas que dan origen a la discapacidad ya sea visual, motora o auditiva son muy diversas y se relacionan con aspectos de orden biológico y sociocultural tales como: factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia o sedentarismo, traumatismos, lesiones entre otras que afectan la integridad de las personas en los diversos ámbitos de vida.

El tipo de discapacidad motriz incorpora a las enfermedades musculoesqueléticas, cuyo impacto se ve reflejado en las actividades cotidianas de una

persona, ya sea al moverse, caminar, mantener algunas posturas, así como limitaciones en habilidades para agarrar o sostener objetos. Cuando el individuo carece de servicios médicos adecuados y oportunos la afectación puede derivar en la discapacidad funcional y permanente.

La osteoartritis es una enfermedad actualmente catalogada dentro de los padecimientos crónico-degenerativos causantes de la discapacidad física de las personas. Cuando este padecimiento no se identifica en etapa temprana trae como consecuencia la incapacidad temporal o permanente de una persona, hecho que afecta a su entorno tanto familiar, laboral como social.

En las últimas décadas los padecimientos crónicos- degenerativos entre ellos la osteoartritis han incrementado, en parte debido a la transición epidemiológica en los perfiles de salud (esto significa un cambio en las enfermedades de la población) aunado a ello los estilos de vida modernos han contribuido en la transformación de las enfermedades, dando paso a nuevos padecimientos que obligan institucionalmente a plantear nuevas estrategias y alternativas de solución.

De estos padecimientos, algunos han merecido ya una respuesta clara y mayormente oportuna por parte del Estado, en otros casos como la osteoartritis el campo de acción es limitado.

Si bien, en el año 1950 los principales problemas de salud eran ocasionados por enfermedades como la poliomielitis, varicela, diarreas etc., estos lograron ser reducidos mediante acciones por parte del Estado. Las enfermedades transmisibles y el incremento de las enfermedades crónicas, van a estar

interactuando por tal razón se justifica entonces el diseño de intervención conjunta. Es decir proponer un modelo de atención que identifique las principales enfermedades que causan la discapacidad física, no es posible pensar que el individuo puede llegar discapacitado a la vejez.

Para 1990 los problemas de salud son representados por enfermedades no transmisibles crónicas; hipertensión, diabetes, cáncer, músculo esqueléticas destacando padecimientos como; osteoartritis, obesidad, entre otras; Lo cual propicia la intervención del Estado y su responsabilidad de establecer acciones de solución mediante políticas y programas públicos del área de la salud, para su atención, control y prevención.

Hacia la década de los cincuenta nace la disciplina de políticas públicas en los Estados Unidos, con el objetivo de atender demandas y necesidades específicas de la población, a partir de ello la respuesta del Estado se da con mayor énfasis a través de estrategias o alternativas viables para la solución a problemas sociales, muchos de los cuales son la base para diversos programas sociales de acción.

En el caso de la osteoartritis no existe actualmente un programa adecuado para su atención que logre su detección oportuna. El hecho de que se no se cuente con datos que permitan evaluar adecuadamente el problema impide atenderlo adecuadamente.

En México se desconoce con precisión cuantos casos de osteoartritis sintomáticos existen y la participación de la medicina preventiva ante este padecimiento destacando el primer nivel de atención médica en sector salud no identifica el

problema de osteoartritis en su etapa temprana, no hay seguimiento de caso solo se envía al afectado a otra instancia para su tratamiento.

En casos más severos, cuando la persona con padecimiento de osteoartritis ha agotado todas las alternativas terapéuticas y farmacológicas para controlar los síntomas, dolor y limitación funcional, se considera recurrir a la cirugía y/o el uso de prótesis. Lo cual hace aún más desgastante la situación del individuo hablando en cuestiones económicas y de calidad de vida, la persona se hace dependiente de la familia.

Entre otros requerimientos para su atención práctica e institucional hace falta un trato estadístico de casos derivados de la osteoartritis, mayor participación del primer nivel de atención médica para la detección de la enfermedad en etapa temprana, así como su incorporación al cuadro básico de las enfermedades crónico degenerativa de mayor afectación.

Cabe destacar que el presente trabajo de investigación aborda la osteoartritis como un problema de salud pública, desde el enfoque politológico, mediante el análisis del problema desde el marco institucional y estatal, para así plantear un problema de índole social. Por tanto no hay un trato exhaustivo desde el campo de la medicina o área específica de la salud, la cual es por sí misma un campo de estudio que requiere gran especialización.

El objetivo principal consiste en resaltar la importancia de fortalecer dentro del esquema de salud el nivel primario de atención, para que pueda incluir a la

osteoartritis como un padecimiento crónico degenerativo prioritario que merece mayor atención por parte de Estado.

Consideramos que el control de la osteoartritis debe basarse en la prevención, primaria secundaria y terciaria por parte de las instituciones de salud correspondientes, ya que un diagnóstico preciso oportuno y adecuado evita la discapacidad y el gastos de recursos estatales.

Nuestro trabajo alberga además como objetivos secundarios: establecer la recomendación para el desarrollo de proyectos preventivos factibles en el área de la salud desde un enfoque politológico, tomando en cuenta dos objetivos primordiales *calidad y eficacia* ambos en el sentido de proveer bienestar social por parte de los sistemas de salud.

Sostenemos la hipótesis que darle mayor participación al nivel primario del sector salud en la identificación y atención de la osteoartritis en etapas tempranas reducirá listas de espera en las especialidades de ortopedia y rehabilitación de los hospitales de segundo y tercer nivel, esto mediante un modelo de atención multidisciplinario.

La osteoartritis se justifica como objeto de observación debido al impacto que produce en la sociedad al ser una de las principales enfermedades que afectan articulaciones importantes como las rodillas y la cadera entre otras articulaciones, siendo las primeras las que causan la discapacidad física. Esto la hace ser prioritaria de atender.

La perspectiva metodológica que se ha seguido en este estudio es prioritariamente cualitativa ya que debido a los subregistros de las consultas médicas en nivel primario en las instituciones de salud, es difícil identificar el comportamiento de la osteoartritis según grupo de edad, situación laboral, tiempo y control de la enfermedad.

Desde esta perspectiva se pretende realizar un diagnóstico mediante el análisis de entrevistas realizadas a actores especialistas e involucrados en la implementación de programas públicos del sector salud de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa para la atención de padecimientos crónicos degenerativos. Cabe mencionar que la delegación Iztapalapa es una de las delegaciones políticas más pobladas en la cual se concentran diversos programas sociales derivado a la demanda generada por tal situación.

Por lo tanto el documento se estructura de la siguiente manera:

Capítulo I. Denota el reconocimiento de un problema de salud pública identificado como osteoartritis desde la perspectiva médica y su impacto en la sociedad. Así mismo se señalan factores que la originan, la tipología y clasificación que caracteriza dicho padecimiento.

Se destaca la responsabilidad estatal en la atención oportuna de enfermedades que afectan la salud de las personas, por lo tanto se contempla la importancia de la salud en el marco constitucional y en su categoría de derecho humano fundamental.

Dado que la salud pública es una disciplina de las ciencias sociales que permite la investigación, recolección y análisis de hechos o eventos relevantes para la identificación de problemas de la población mediante acciones encaminadas a la protección de la salud, es importante resaltar su vinculación con las políticas públicas y el quehacer gubernamental. En este apartado se revisa el concepto de salud pública y las políticas públicas mediante la concepción de autores clásicos, para su mejor comprensión.

Capítulo II. En este apartado se revisa el contexto internacional en materia de salud en el cual se destaca la participación de instituciones y asociaciones en sus diversos niveles de atención, que llevan a cabo estrategias de solución a diversos problemas de salud, enfocándonos en las enfermedades que afectan el aparato locomotor y que traen consigo el problema de la discapacidad física de tal forma se hace énfasis en el impacto que esta genera al no ser atendida de forma oportuna.

Capítulo III. Se recaba el cúmulo de experiencias y las evidencias encontradas para reforzar la propuesta de la necesidad de incluir la OA en la agenda pública. La propuesta se sitúa en darle participación al primer nivel de atención para la detección y promoción de la osteoartritis. Debido a que es el primer contacto con los afectados, ya que se encarga de prevenir que los padecimientos trasciendan a etapas avanzadas.

CAPÍTULO I. LA OSTEOARTRIS Y EL ESTADO: REFERENTES TEÓRICOS PARA COMPRENDER SU VINCULACIÓN

1.1 La Osteoartritis como problema de salud; generalidades y perfil epidemiológico.

Vamos a dar una perspectiva distinta de cómo observan los médicos las enfermedades ya que las analizaremos desde una circunstancia poblacional, distinta a la óptica individual. Un politólogo estudia a la población como grupo y la analiza de manera global.

Iniciamos identificando cambios de las enfermedades de la población a lo cual se le denomina *transición epidemiológica*. El impacto que estas presentan en la sociedad y los costos sociales que implican, así como la intervención y respuesta del Estado a estas nuevas amenazas.

Por lo cual se analizan los factores que ocasionan estos padecimientos lo cual es denominado *factores de riesgo* y sus daños a la salud. Siendo la salud un factor de preocupación en todas las sociedades ya que es la base de una sociedad activa y productiva.

El objetivo del presente capítulo es identificar el padecimiento *osteoartritis* dentro de las enfermedades crónicas degenerativas establecidas en la transición

epidemiológica, destacar la importancia de la salud del individuo ante este panorama en el cual las enfermedades son incurables y se determinan crónicas.

Resaltar que es un padecimiento de dos índoles; primario derivado al proceso natural del envejecimiento y secundario resultado de traumatismos; enfermedades metabólicas como la obesidad, diabetes entre otras. Que afecta las articulaciones de mayor carga como lo son las rodillas y la cadera, de avance progresivo con distintos grados de incapacidad funcional que aparecen en cualquier momento de la vida del individuo. Es incurable y causa discapacidad funcional, lo cual lo hace ser un problema de salud pública prioritario. La enfermedad puede ser controlada sin embargo la calidad de vida del individuo se verá afectada mediante la limitación de sus actividades personales.

Salud- enfermedad, el papel de la salud pública.

En términos médicos, la salud es un estado caracterizado por la integridad anatómica, física o psicológica; es la capacidad de llevar y soportar el estrés físico, biológico, sociológico y social; una sensación de bienestar, libre del riesgo de la enfermedad y de muerte prematura (William, 2014:318)

Entre 1940 y 1950 se modifican las definiciones de salud, al considerar sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de malestar (Gálvez; 2001:3). En 1941 uno de los más influyentes historiadores de la medicina del siglo XX, Henry Sigerist, definió; “La salud no es simplemente la ausencia de la enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (Gálvez: 2001:3).

Para 1945, Andrija Stampar, un distinguido erudito en el campo de la medicina social de Croacia, presentó su definición de salud, admitida universalmente y aceptada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como punto uno de su carta fundacional: “La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de la enfermedad o achaque” (Gálvez: 2001: 3).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala el concepto de salud como; “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹.

En síntesis, a partir de las consideraciones sobre salud es posible anotar que es percibida como un estado o condición del ser humano que brinda la satisfacción de sus necesidades, estado de tranquilidad y felicidad, como bien lo planteaba Aristóteles en la antigua filosofía griega, así mismo brinda al individuo seguridad en el entorno social².

La integridad de un individuo depende del entorno social en el que se desarrolla, esto significa que si una persona interactúa en un entorno de carencias y necesidades insatisfechas el resultado será el malestar. Por ello la importancia de

¹ La cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue aceptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en New York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> revisada el día 18/04/2014.

² Aristóteles hablaba mucho sobre la felicidad, ahondaba sobre sus determinantes. Pensaba que el ser humano para ser feliz no solo debía llevar una vida virtuosa, sino que necesitaba disfrutar de algunos bienes corporales como el de la salud. Menciona que si el ser humano carece de salud o no tiene los bienes materiales mínimos para vivir (necesidades básicas) comida, vivienda, etc., no podrá ser feliz. Cairo, Arturo, et al, 2003, “Introducción a la Historia de la Filosofía- Volumen I- Filosofía Griega”, Editorial Benchoy Distrito Universitario de Canarias.

proveer bienestar por medio de acciones por parte de Estado que garanticen la protección de la salud de la población.

La perspectiva de salud actual desde el entorno social, es vista como un estado difícil de alcanzar, esto debido al nuevo panorama epidemiológico, estilo de vida moderna y diversos estándares económicos, así las necesidades y demandas sociales han sido promotoras de nuevas estrategias de acción por parte del Estado³.

En el siguiente cuadro se identifican seis enfoques sobre el tema de la salud que se interrelacionan dentro de la estructura socio-política de una sociedad, lo cual indica que el tema no es solo la parte médica se interactúa con otras disciplinas.

Cuadro 1.1 Esquema sobre las concepciones de salud

Concepción	Nota característica	Historia	Disciplina
Somático-Fisiológica	Salud como ausencia de enfermedad. Objetividad	Desde los orígenes a la presente medicina	Desde los orígenes a la presente medicina
Psíquica	Salud como estado positivo y colectivo. Transmisión social de la enfermedad. Preventivo	Medidas profilácticas desde la antigüedad. Desarrollo científico siglo XIX	Medicina preventiva y social. Sanidad y salud pública.
Político-Legal	Como derecho y obligación universal. Reconocimiento legal y participación Estatal	Desde las revoluciones políticas a los sistemas a los seguros sociales y de seguridad social	Derechos fundamentales. Derechos de la seguridad social a la asistencia sanitaria
Económica	Salud como	Salud como	Sociología de la

³ Hablar de un panorama epidemiológico, es explicar que se trata de nuevas enfermedades, nuevos padecimientos. La epidemiología es un método científico experimental que estudia enfermedades, en este caso observa y analiza la recurrencia de enfermedades en un grupo de personas. Observar un panorama de diversas enfermedades permite establecer diagnósticos sobre la situación de salud de las comunidades o regiones. González, Guerrero, 1986, "Epidemiología", Fondo Educativo Iberoamericano, México.

	participación social. Relatividad cultural de la salud y la enfermedad	participación social. Relatividad cultural de la salud y la enfermedad	salud, la enfermedad y la medicina
Ideal	Salud como estado ideal no alcanzable	Desde la antigüedad clásica al presente	Literatura Antropología
Sanitaria	Salud como estado positivo y colectivo. Transmisión social de la enfermedad. Preventivo	Medidas profilácticas desde la antigüedad. Desarrollo científico siglo XIX	Medicina preventiva y social. Sanidad y salud pública.
Social	Salud como participación social. Relatividad cultural de la salud y la enfermedad	Posterior a la Segunda Guerra Mundial	Sociología de la salud, la enfermedad y la medicina

FUENTE: Elaboración propia con apoyo en la Revista de Sociología. Enfoque Sociológico de Diversas Concepciones de Salud. Ricardo Moragas, Universidad de Barcelona, Año 1976.

Como podemos observar el concepto salud es un término complejo, estudiado y analizado por diversas disciplinas, cada una de las percepciones arriba detalladas nos indican distintas prioridades para alcanzar el completo bienestar, sin embargo la conceptualización idealista es la única que percibe el término salud como un estado difícil de alcanzar.

El cuadro muestra cuatro vertientes que parten desde la medicina (somático-fisiológica, psíquica y sanitaria) que si bien son pertenecientes a la misma familia, contienen diferentes aristas, enfocan la salud como ausencia de enfermedad, enfermedad que perjudica la salud y la última percibida como un estado positivo y preventivo, el cual está más encaminado a una acción colectiva con miras a la promoción de la misma.

En lo que respecta a la concepción ideal, podemos decir que la salud es percibida como inalcanzable, aunque pareciera utópica, es más bien realista en su

percepción. Con ello no quiere decir que las estrategias de acción no sean necesarias para la solución de los problemas de salud, al contrario su significado va más allá de limitar nuevas estrategias.

La salud como derecho básico humano, en su categoría dentro de los derechos de tercera generación, llamados Derechos Económicos, Sociales y Culturales DESC. Contemplado dentro de los derechos políticos y civiles, la construcción de la idea de la salud como derecho fundamental comenzó a ser desarrollada en medio de controversias políticas y doctrinarias desde inicios del siglo XX (Enriquez, 2003).

En el contexto histórico, retrocediendo a mediados del siglo XIX el tema de salud ocupó un lugar preferente a nivel internacional esto debido a la importancia de prevenir principales problemas de salud en las poblaciones. En 1946 se dio un paso importante para el reconocimiento y definición del derecho a la salud al establecerse en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Pérez, 2010).

Dos años después en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), se reconoció el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado a que le asegure salud y bienestar, así como la alimentación, vestido, vivienda y los de asistencia médica y social necesaria; y también el derecho a la seguridad social.

La creación de múltiples tratados internacionales y regionales; así como constitucionales nacionales comenzaron a referirse a la salud como un derecho

fundamental. En la actualidad existe gran cantidad de documentos jurídicos que fortalecen la construcción de la salud como derecho. Sin embargo el documento que ha adquirido mayor trascendencia es el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Culturales PIDESC que en su artículo 12 reconoce el derecho a la salud al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁴.

Al constituirse la salud como un derecho fundamental se establece la normativa difundida internacionalmente con la participación de algunos países. Sin embargo dentro de la misma se señala que el Estado no puede garantizar la buena salud ni brindar la protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano, por lo tanto el derecho debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de protección de salud (Pérez, 2010).

En la vida cotidiana del ser humano se presentan problemas y carencias que son motivo de malestar y que muchos de ellos terminan afectando no solo la calidad de vida de las personas por ello hablar de salud siempre va ligado a la enfermedad, ese estado negativo y perjudicial para el ser humano principal problema. El proceso social salud- enfermedad humano es un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus

⁴ Artículo 12 del PIDESC: 1.- Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute de más alto nivel posible de salud física y mental. 2.- Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de ese derecho, figuran las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el desarrollo de los niños; b) el mejoramiento de todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente c) prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas d) la creación de condiciones que aseguren asistencia y servicio médico a todos, en caso de enfermedad.

interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos (Aguirre, 2014).

La enfermedad es motivo de malestar y demanda de las personas y solo repercuten en la precaria calidad de vida de las poblaciones, hablar de enfermedad o problemas relacionados con la salud conlleva a revisar las acciones que en este caso el Estado decide poner en marcha para contrarrestar riesgos o problemas más graves. Las enfermedades son parte negativa para los seres humanos y traen consigo una serie de afectaciones en todos los ámbitos de la esfera pública.

Por enfermedad se entiende;

“La enfermedad es un estado que pone a los individuos en mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas” (Temple y Cols, 200:807).

La Organización Mundial de la Salud clasifica las consecuencias adversas como los trastornos físicos o psicológicos, restricciones a la actividad, y/o limitaciones de los roles, aunque éstas pueden ser culturalmente dependientes (Temple y Cols, 2001: 808).

Las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan influyen positiva o negativamente en la salud, es por ello que las comunidades en situación de pobreza tienen menor posibilidad de satisfacer sus necesidades por lo cual los

hace más vulnerables a los problemas de salud. Ahora bien, estos problemas se hacen prioridad debido a su gravedad e impacto en la sociedad.

Según Morris (1986) los problemas de salud se explican a través de tres elementos que agrupan los factores según:

1. ambiente externo, incluyen el ambiente físico y social
2. relacionados con la conducta personal
3. relativos al huésped (genéticos y adquiridos).

Este modelo separa la conducta personal del factor ambiente social y reduce estos elementos al triado huésped-conducta personal-ambiente. A esta clasificación se le ha llamado *modelo sociológico* (Toledo,2004).

Dewer (1980) propuso un modelo epidemiológico para el análisis de política de salud, que explicaba los problemas de salud a partir de cinco dimensiones:

- la biología humana
- el medio ambiente
- el estilo de vida
- el sistema de organización
- prestación de acciones de salud

El modelo que propone Dewer es el que tomaremos en cuenta en el presente trabajo ya que este se asocia con el nuevo panorama epidemiológico que parte de los estilos de vida modernos, de las enfermedades que dejan de ser

infecciosas y se vuelven incurables y degenerativas. Por otra parte resalta las acciones de la salud pública que revisaremos a continuación.

Hablar de enfermedad y salud esta última determinada por acciones de sanación, prevención y demás cuestiones con objetivo de lograr el bienestar, es tomar en cuenta la existencia de un método de investigación, medición, observación de la enfermedad y sus causas, clasificación de las mismas en determinadas comunidades.

Las enfermedades varían de una época a otra, es importante para ello su identificación y diagnóstico. Para lograrlo se requiere de trabajo interdisciplinario mediante instituciones de salud y el Estado. La salud pública es la ciencia que trabaja por medio de la epidemiología para lograr los objetivos mencionados.

En seguida en contexto internacional se conceptualiza el término de salud pública:

El epidemiólogo norteamericano, Milton Terris afirmó que la salud pública era la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Toledo, 2004).

Desde la perspectiva cubana el Doctor Rojas Ochoa, salubrista la define como una ciencia (compleja y multifacética) con fuentes esenciales para su interpretación; la epidemiología y bioestadística, encargadas de la recolección, análisis e interpretación de los hechos y eventos mediante métodos de investigación científica.

La Organización Mundial de la Salud señala que es la ciencia y el arte de impedir daños en la salud o bien la enfermedad, con la finalidad de prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia en los sistemas de salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para sea posible el goce del derecho natural de la misma.

Como podemos observar, todas las definiciones sobre salud pública tienen en común la protección a la salud, mediante acciones encaminadas a lograr tal objetivo. Haciendo un pequeño análisis de este apartado, podemos concluir que la salud es un tema que concierne a todos, ya que la salud óptima del individuo permite actividad económica y el Estado gasta menos en programas sociales paliativos. Por lo cual es importante identificar enfermedades que prevalecen e inciden en una comunidad con el objetivo de buscar medidas curativas y preventivas.

La osteoartritis, padecimiento crónico-degenerativo encaminado a la discapacidad física, un problema de salud pública.

La transición epidemiológica reconocida como el surgimiento de nuevas enfermedades de la población surge a partir de cambios que va sufriendo la

sociedad. Al surgir la modernización se da paso a la urbanización; con la industrialización se elevan los ingresos; la educación empieza a adaptarse nuevas tecnologías médicas y de salud pública de tal forma se disminuyó la mortalidad en países como México (Rivero, 2013).

Primero se dio la caída de la mortalidad a partir de 1940, 1950 y luego la fecundidad a partir de 1970. En esta coyuntura ocurre la transición demográfica cuando empiezan a producirse cambios en la distribución por edad, población de edad avanzada, menos niños, la esperanza de vida aumenta y surgen las enfermedades crónicas y no transmisibles. Esta parte es importante ya que se da inicio a la transición epidemiológica empiezan a cambiar las causas de mortalidad y morbilidad, transiciones que se manifiestan al mismo tiempo (Rivero, 2013) esta situación cambia los patrones de salud y enfermedad, muchas de las enfermedades ocasionaban la muerte actualmente son controladas.

En el aspecto social los cambios asociados a la industrialización y a nuevos estilos de vida han generado que las personas sufran de estrés, mala alimentación, accidentes de trabajo y diversas causas que establecen un nuevo panorama epidemiológico. En el cual las enfermedades son incurables y van desgastando progresivamente la salud del individuo identificadas como crónico-degenerativas.

Destacando algunos padecimientos crónico-degenerativos⁵ sobresalen los siguientes; obesidad, diabetes, hipertensión arterial, osteoartritis, entre otros.

⁵ Las enfermedades crónicas son padecimientos de larga duración y por lo general de progresión lenta, en el campo de la epidemiología se identifican con de alta prevalencia e incurables. documento presentado por el Instituto Nacional de Salud Pública,

Señalamos en particular una característica importante para el caso de la osteoartritis como padecimiento que tiene complicaciones invalidantes y de alto costo en su tratamiento, no obstante su control y atención es de largo plazo.

De acuerdo a estadísticas analizadas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, el 80% de las muertes por enfermedades crónico-degenerativas, se producen en los países de ingresos bajos y medios⁶. La publicación señala que el 20% restante se produce en los países de altos ingresos, mientras que la afectación mayor se concentra su totalidad en gran parte de la población mundial. El informe cataloga en tres rubros importantes a las afectaciones más importantes de la salud en el mundo; poniendo en primer nivel a las enfermedades transmisibles por su mayor índice de mortalidad, en segundo plano a las enfermedades crónicas y en último lugar a los traumatismos⁷.

Osteoartritis

La osteoartritis (OA) es la más común de las enfermedades reumáticas crónicas en el mundo, se identifica por medio de los síntomas articulares y se manifiesta por dolor, rigidez, deformidad e incapacidad funcional principalmente en las articulaciones con gran movilidad o que soportan peso (Rivero, 2013).

http://conac.org.mx/CASA_CONAC/Miercoles/DIA_1_2Impacto_de_las_enfermedades_cronicas_Hector_Sa_ndoal.pdf consultado el día 13 de mayo 2015.

⁶ Disponible en http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index2.html, página revisada el 15 de octubre 2013.

⁷ Trauma es definido como una lesión mortal a nivel orgánico, resultante de la explosión aguda de un tipo de energía mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante, en cantidades que exceden el umbral de la tolerancia fisiológica. (Baker: 1984).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), contempla a las enfermedades reumáticas como un problema de salud comunitario, por lo cual en su guía de control de dichas enfermedades expone las de mayor frecuencia empezando por el diagnóstico y posterior el tipo de padecimiento⁸.

Con el cambio del panorama epidemiológico de las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas y el envejecimiento de la población mundial, la OA se ha convertido en un problema de salud pública que debe ser atendido con medidas preventivas. Se clasifica en dos tipos: (Rivero, 2013)

- Primaria (idiopática). La cual es localizada en manos, rodillas, cadera, columna vertebral y se presenta por la edad, debido al desgaste de las articulaciones (evolución natural)
- Secundaria. Esta categoría se presenta por traumatismos (agudos, crónicos), el desarrollo de enfermedades metabólicas como la obesidad y diabetes.

Es un padecimiento que se presenta al menos en un 15% de la población mundial alrededor de los 60 años de edad. Desde el punto de vista económico, la OA de rodilla y cadera es de gran impacto en la economía de las personas debido al que el tratamiento es costoso por los procedimientos quirúrgicos tales como la colocación de prótesis o reemplazo articular total (Rivero, 2013).

⁸ Guía Para el Manejo y Control de las Enfermedades Reumáticas más frecuentes. Las Enfermedades Reumáticas como un Problema de Salud Comunitario. Organización Panamericana de la Salud, 1988.

La OA de rodilla es la más significativa clínicamente por su prevalencia y por su importancia en relación de la marcha, es posible detectarla por medio de estudios radiológicos y exploración física. En general es una enfermedad de curso lento, crónica que evoluciona en el curso de varios años y que puede permanecer estable por lapsos prolongados para llegar finalmente a la incapacidad funcional dependiendo el grado de lesión de las articulaciones afectadas (Rivero, 2013).

Entre los factores que desencadenan la enfermedad (Rivero, 2013);

- Sobrepeso y obesidad
- Traumatismos
- Edad y genero
- Nutrición
- Genéticos

En el caso de las articulaciones que soportan peso como las rodillas, los factores de riesgo son;

- Edad
- Sobrepeso y obesidad
- Actividad física
- Pie plano
- Lesiones previas
- Intensidad de los deportes

Los estudios realizados para determinar costos de atención primaria de enfermedades musculoesqueléticas reportan que la osteoartritis ocupa los primeros cuatro lugares en demanda de atención y representa el mismo nivel en lo que refiere a costos (Rivero, 2013).

La OA provoca incapacidad funcional que puede presentarse en el curso de semanas o meses como consecuencia de la presencia de dolor, disminución de los arcos de movilidad por reducción del espacio articular, disminución de fuerza muscular y se divide en cuatro grados (Rivero, 2013):

- Grado I Realiza actividad diaria sin problema
- Grado II Realiza actividades diarias con dolor y ciertas limitaciones
- Grado III Hay dolor, incapacidad funcional parcial y amerita ayuda mecánica
- Grado IV El paciente está confiado a silla de ruedas

El dolor articular crónico, la limitación de los movimientos y la incapacidad funcional con frecuencia se asocian a depresión, insomnio y disminución de la calidad de vida del paciente.

La práctica inadecuada de actividades deportivas de alto impacto, las malas posturas, los traumas físicos a causa de movimientos repetitivos y esfuerzos excesivos son detonantes para desarrollar osteoartritis en etapas tempranas que son factores de riesgo que propician que el padecimiento avance y termine en discapacidad.

Entre otros factores como (ARTRICENTER, 2015);

- **Lesiones articulares.** Es común que se desarrolle OA en adultos jóvenes tras haber sufrido de alguna lesión en la rodilla. En la actualidad muchos jóvenes y niños someten su cuerpo a actividades físicas muy demandantes, sin apoyo de algún profesional lo cual provoca lesiones en los ligamentos y articulaciones.
- **Sobrepeso.** Mantener un peso corporal excedente trae como consecuencia la presión en nuestras caderas y rodillas, propiciando la aparición temprana de OA, el sobrepeso por sí solo no es una razón para que la gente joven desarrolle OA esta afectación tiende a desarrollarse debido a las actividades que la persona realice aunado con el sobrepeso
- **Actividades laborales o hábitos.** Algunos empleos pueden favorecer la aparición de OA incluso desde los 30 años, los trabajos pesados como levantar objetos grandes, usar repetidamente alguna articulación o hacer sobreesfuerzos. De la misma manera, algunos hábitos como las malas posturas pueden acelerar el desgaste del cartílago.

Todos estos detonantes conllevan a poner énfasis en cada una de las situaciones en las que se puede presentar la OA. De acuerdo al Centro Médico de Enfermedades Reumáticas ARTRICENTER, el género femenino es más susceptible al padecimiento, las amas de casa son ejemplo de ello, por otra parte los trabajadores de campo, mineros, herreros, y conductores de autobús también pueden presentar OA.

La OA ocupacional (laboral o profesional) es aquella que se origina a causa del trabajo u ocupación de una persona. Sus causas fundamentales son los macro y

micro traumatismos repetitivos, ocasionados por movimientos repetitivos, sobreesfuerzos, sobrecargas, malas posturas y tensión. El trabajo puede ocasionar la aparición temprana de OA pues se calcula puede presentarse incluso desde los 30 años; siendo las edades promedio de los 40 a los 60 años (ARTRICENTER, 2015).

La OA no se relaciona directamente con la ocupación, solo se puede asociar como uno de los factores de riesgo para su desencadenamiento. El Centro Médico ARTRICENTER expone algunos ejemplos de factores que dan origen a la OA ocupacional (Paolasso, 2012).

- Tensión. Ocurre cuando una persona se obliga a mantener día tras día posiciones que requieren una intensa y excesiva fijación corporal. La persona contrae determinados músculos durante varias horas seguidas, lo que aumenta la tensión interna del medio articular, inhibiendo la función esponjosa del cartílago articular.
- Sobrecarga o sobreesfuerzo. Ocurre cuando la persona carga pesos que sobrepasan su capacidad física, también cuando se está parado o sentado mucho tiempo (sobre todo en posiciones forzadas) durante jornadas repetidas de varias horas. Es llevar al cuerpo al límite de lo que puede o debe soportar
- Macro traumas. Son ocasionadas por contusiones, fracturas, heridas, rupturas de tendones, ligamentos meniscos, etc. Las lesiones que pudieran generarse durante el trabajo, pueden desencadenar el proceso de la enfermedad en el futuro

La enfermedad se puede identificar mediante la exploración física en la consulta médica y por medio de estudios radiológicos simples que pueden diagnosticar el grado de daño articular. En el caso de exámenes de laboratorio generalmente dan resultados negativos, no hay muestra de alteraciones si no existe enfermedad asociada (Rivero, 2013).

El tratamiento tradicional de la OA es orientado a la disminución del dolor, preservar la función y limitar la progresión de los cambios estructurales. En realidad el tratamiento tiene cierto grado de efectividad solo en tres momentos (Rivero, 2013)

- Cuando son aplicables las medidas preventivas higiénico - dietéticas
- Cuando lo son las medidas quirúrgicas correctivas
- Cuando se aplican las medidas quirúrgicas de último recurso (prótesis)

Podemos observar que el padecimiento es irreversible por ser incurable, las medidas que se destacan solo hacen del padecimiento una enfermedad lenta que deja como consecuencia considerables gastos económicos en medicamento, cirugía o en el peor de los casos las prótesis que personas no puede cubrir.

Respecto al tratamiento farmacológico se destaca el uso de analgésicos y antiinflamatorios que solo disminuyen la intensidad y la inflamación sin modificar la enfermedad, este punto es importante ya que este tipo de fármacos no es dotado por ninguna institución médica, los afectados deben comprar el medicamento esto hace que el padecimiento sea menos atendido por los mismos.

En conclusión es un padecimiento multifactorial que requiere de una mayor atención por parte los gobiernos y los organismos de salud ya que constituye un problema de salud pública debido a los efectos que esta conlleva como lo es la discapacidad física y el daño en la calidad de vida de las personas, lo cual repercute en el ámbito económico, social y emocional.

Hablar de osteoartritis es pensar en la discapacidad y la problemática que ambas provocan en los individuos. Debido al cambio o transformación demográfica que vive la población a nivel mundial, caracterizado por el crecimiento de la población de adultos mayores que a su vez ha propiciado las enfermedades crónicas en la última década ha tenido mayor impacto en el aumento de la prevalencia de la discapacidad.

Las causas que dan origen a una discapacidad son muy numerosas en este caso tomaremos en cuenta las discapacidades causadas por una enfermedad ya que estas son relacionadas con una alteración de la salud que aunque este superada tiene secuelas de la misma, tal es el caso de la osteoartritis que en muchas ocasiones la rehabilitación no es suficiente para devolver al paciente en su totalidad su integridad física.

Tan solo en el año 2000 de acuerdo con los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda publicado en el mismo año, 32 de cada 100 personas contaban con discapacidad física resultado de alguna enfermedad, para el caso de los adultos mayores se incrementaba la posibilidad de adquirir alguna discapacidad como resultado de las degeneraciones físicas que conlleva el ciclo

de vida. Por lo cual la edad avanzada fue la segunda causa de discapacidad en el país contemplado por un 22.7% (censal, 2004).

Sin embargo las discapacidades causadas por enfermedad superaron la categoría de edad avanzada, manteniéndose en la siguiente puntuación; población con alguna discapacidad por causa de enfermedad con el 31.6% mientras el 22.7% presentaba discapacidad a causa de edad avanzada (censal, 2004).

En la misma investigación se obtuvieron los siguientes datos; la discapacidad motriz fue la más frecuente representada por el 45.3% la cual agrupo las discapacidades musculo-esqueléticas que referían la dificultad que enfrentaba una persona, para moverse, caminar, mantener algunas posturas entre otras condiciones desfavorables. Otro dato importante fue el mayor porcentaje de población con discapacidad motora en áreas urbanas con el 47.6% superior a las rurales con el 39.3%

Como podemos observar existe una problemática de salud importante en las áreas urbanas, la discapacidad motriz a causa de alguna enfermedad que se da mayoritariamente en grupos de edad avanzada, sin embargo no se destaca específicamente las enfermedades principales que causan la problemática, siendo que padecimientos como la osteoartritis es uno de los que más afectan el aparato locomotor y que se origina no solo por cuestiones de naturaleza humana, también por repercusión de estilos de vida moderno que incluyen las enfermedades metabólicas del nuevo panorama epidemiológico; obesidad y traumatismos.

En el mismo documento se encuentran los siguientes datos que fueron considerados para este trabajo como el motivo principal por el cual debe ser atendida la osteoartritis como un padecimiento que impacta de manera desfavorable en la salud de la población y que también repercute en el entorno social y económico.

- El 50% de las personas con discapacidad se encontraba en edad para trabajar, lo cual quiere decir que una persona con problemas para caminar o moverse es inactiva económicamente
- Solo el 2% a 3% de la población discapacitada tiene acceso a los programas y servicios de rehabilitación lo cual deja ver las limitantes y barreras que enfrenta una persona para poder obtener un mejor nivel de vida

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) describió que hasta 1.4% de la utilización de servicios sanitarios de la población mexicana fue por problemas osteoarticulares, hasta 40% de los pacientes acudieron a la medicina privada para su atención. En el IMSS se constituyó uno de los 10 principales motivos de consulta y discapacidad. En 2001 representó la cuarta causa de invalidez y la primera causa de cirugía de reemplazo articular. (ENSA 2000).

En análisis podemos decir que la osteoartritis de no ser atendida es el camino a la discapacidad, y al llegar a esta condición el ser humano obtiene una serie de limitantes no solo físicos también de índole social que lo hacen ser excluyente de calidad de vida adecuada, de ser productivo y elevar su calidad de vida, de

obtener bienestar individual entre otras cosas que hacen que las personas dependan del núcleo familiar.

Por tal circunstancia es responsabilidad del Estado atender las demandas y necesidades de la población para ello el quehacer gubernamental brinda los medios necesarios para que la población cuente con atención médica que salvaguarde y proteja no solo su salud también su vida ya que es uno de los objetivos principales del Estado, la protección a la vida.

1.2 Responsabilidad estatal en torno al ámbito de salud

Una vez que el gobierno conoce la existencia de un problema lo analiza y decide actuar o no actuar sobre él, ese es el quehacer gubernamental, acciones y decisiones. Un campo de interés del Estado son los problemas de salud y sus enfermedades, ya que conciernen principalmente a la cuestión de pobreza y filantropía, esto genera el interés de amplios sectores de una sociedad.

La salud de la población pasó a ocupar una posición fundamental en las políticas públicas en el periodo de entreguerras (1918-1940) el control y prevención de las epidemias aparecen como el principal compromiso sanitario internacional originado durante las primeras décadas del siglo XX, bajo esta problemática los Estados se vieron en la necesidad de dotarse de estructuras para dar respuesta a los problemas de salud internacional (Barona, 2008).

Como respuesta a epidemias y enfermedades infectocontagiosas, el Estado estableció acciones de solución, entre las que destaca; la creación de un modelo llamado *salud pública*, con la finalidad de insistir en la salud internacional como un

asunto relacionado con los problemas de la salud de los países más pobres y menos desarrollados, este modelo se ha ido modificando a través del tiempo.

La creación de organismos públicos y modelos de acción son la respuesta al enfrentamiento de diversas enfermedades, no obstante, promueven la salud pública en todos los países con el objetivo de eliminar dichos malestares. La salud de la población sirve de indicador sobre la estabilidad económica de cualquier país, se detecta un problema cuando se ve afectada por cuestiones de enfermedades, por ello la importancia de la intervención estatal mediante sus instituciones y estrategias de acción.

Las acciones o bien respuestas del Estado, enfocadas a la solución de problemas públicos son parte fundamental de las políticas públicas, que son el instrumento para mejorar la acción gubernamental a favor de la sociedad. Se llevan a cabo mediante la administración pública, el valor del enfoque de las políticas públicas destaca en la preocupación de la acción del gobierno y sus administraciones.

Existen diversos autores que conceptualizan la disciplina de las políticas públicas. Para ello expondremos brevemente la concepción de cuatro autores clásicos, clave en su construcción: Harold Laswell, Herbert Simon, Charles E. Lindblom y Yehezkel Dror.

En un segundo momento se busca establecer la diferencia entre política de Estado y política de gobierno para comprender la participación de la administración pública en el quehacer gubernamental. Para finalizar con la explicación del papel de las políticas públicas en los problemas de salud.

1.3 Concepción del Estado y sus Responsabilidades Respecto a la Sociedad

El Estado como entidad rectora, reguladora, organizativa y proactiva, con objetivos de proveer bienestar social es responsable de garantizar la satisfacción de necesidades en una sociedad.

El concepto de Estado estructurado por Platón, Aristóteles, Maquiavelo, Hobbes, Rousseau y una mirada de pensadores posteriores, sustenta sus componentes esenciales en tres elementos: 1) el gobierno investido de la autoridad y medios para imponerla; 2) una interrelación racional y equilibrada con la sociedad; 3) un territorio determinado. Por otra parte, el Estado debe ser capaz de establecer una interdependencia pacífica y constructiva con otros Estados de manera bilateral, multilateral, regional o global (Castelazo; 2010).

El término Estado, comienza a utilizarse a partir de los escritos de Nicolás Maquiavelo, fundador de la Ciencia Política. En su perspectiva de observador y analista de la realidad social y política de su época, describe otras teorías más realistas, en su pensamiento político centrado en el funcionamiento del Estado. Argumentaba que el Estado era la máxima organización de un grupo social sobre un territorio determinado en virtud del poder del mando de unos individuos sobre otros de este mismo grupo. (Bilberry; 2008: 54-55)

La creación del Estado parte de la importancia de conservar la paz social y los derechos del ser humano; Lo cual conlleva a la protección de los mismos y a la

vida misma, de acuerdo a la teoría contractualista⁹, la cual instituye al Estado mediante instrumentos para hacer valer las decisiones y castigar su no observancia, respaldado de su legitimidad adquirida por la misma sociedad (Massimo, 1991)¹⁰.

El concepto de Estado de manera general se refiere a una realidad política. Es un hecho social de naturaleza política, en el que los hombres se agrupan con sus semejantes, estableciendo entre sí una serie de relaciones, una intercomunicación de ideas y de servicios, fundamentalmente por la división de tareas. Tales hechos sociales han existido desde la aparición del hombre y seguirán existiendo mientras subsista la humanidad (Massimo, 1991).

Desde un enfoque moderno y actual, el Estado es una creación humana establecida en la Constitución, su nacimiento surge simultáneamente con su Constitución; ambos por regla general son producto del poder u órgano constituyente que les crea y da vida. No obstante contrae legitimidad a través de un acto de voluntad ciudadana (Galindo, 2000).

⁹ “El hombre es libre en su estado natural, pero ha perdido esta libertad en el estado social, pues se encuentra cargado de cadenas”. El pacto o contrato social emana de la misma voluntad, determinado por la conservación de un estado natural y primitivo en el cual el género humano desconfía de unos y otros, es por ello que se genera “la guerra de todos contra todos”. Citando a Thomas Hobbes el contrato social es un pacto en el que los hombres renunciamos a la libertad ilimitada de la que gozaban en el estado de naturaleza para así ser contralada por un ser supremo el Estado, en su obra el Leviatán, el soberano, el Estado ostentará todo el poder al que han renunciado sus súbditos, esta teoría contractualista no está reñida con la democracia pues el leviatán señala que no tiene que ser un individuo sino una asamblea con poder absoluto. Recasens, Luis, 2003, “Historia sobre las Doctrinas del Contrato Social”, Primera edición, Universidad Autónoma de la Ciudad de México. México.

¹⁰ Son innumerables los libros de texto, manuales y diccionarios especializados dedicados a dilucidar el origen, desarrollo y significado de los conceptos básicos de Estado. Tres obras de referencia son: Diccionario de política, de Norberto Bobbio (Siglo XXI, Madrid, 1982), Elementos de Teoría Política, de Giovanni Sartori (Alianza editorial, Madrid, 1992), y Conceptos de ciencia política, de Ignacio Molina (Alianza Universidad, Madrid, 1988).

De las definiciones y percepciones arriba analizadas, podemos decir que el Estado surge desde el seno social, con la finalidad de gestionar y poner orden a los asuntos de todos lo que habitan un territorio. Su representatividad y legitimidad se contempla bajo una estructura constituida por diversos actores (instituciones) que hacen funcionar los instrumentos de acción para la solución y gestión de problemas públicos o asuntos públicos. Tales mecanismos derivan de la forma de gobierno de cada comunidad. Para el caso de nuestro país las acciones del Estado están enfocadas desde un gobierno democrático.

Con base en lo anterior el Estado tiene como finalidad el bienestar social. El Estado de bienestar o asistencial puede definirse- en una primera aproximación- como un “estado que garantiza estándares mínimos de ingreso, alimentación, salud, habitación, educación a todo ciudadano como derecho político y no como beneficencia” (Wilensky, 1975).

Durante las décadas de 1950 y 1960, investigadores ingleses y norteamericanos como T.H Marshall y Bendix analizaron las razones políticas sobre el reforzamiento y consolidación de la intervención asistencial. Marshall identifica tres momentos importantes; el primero se da alrededor del siglo XVIII en la lucha por conquistar los derechos civiles (libertad de pensamiento y libertad de expresión); el segundo alrededor del siglo XIX donde se contempla la reivindicación de los derechos políticos (de organización, de propaganda y de voto), y la culmina con la conquista del sufragio universal. El tercer momento contempla el desarrollo de la democracia y el aumento del poder político de las organizaciones obreras, caracterizadas por el problema de los derechos sociales,

cuyo respeto se considera requisito imprescindible para lograr la plena participación política (Bobbio, 1983).

El papel del Estado es el de desarrollar un sistema de protección de salud que brinde a las personas la igualdad de oportunidades para su disfrute, no obstante debe adoptar un conjunto de medidas complementarias como son: el reconocimiento jurídico del derecho, la formulación de políticas públicas en materia de salud y la aplicación de programas de salud.

A la par de sus funciones también se consideran ciertas obligaciones con respecto al derecho a la salud; a) la garantía al derecho a la salud que podrá ser ejercido sin discriminación alguna; b) la obligación de adoptar medidas inmediatas para hacer plenamente efectivo el derecho, (estas medidas deberán ser deliberadas y concretas a la plena realización del derecho a la salud); c) la ya mencionada obligación de garantizar el nivel o contenido mínimo o esencial de los derechos y d) la obligación de realización progresiva del derecho que supone el avance concreto y constante, de forma expedita y eficaz, para alcanzar su plena realización.

Aunado a estas obligaciones generales, los Estados tienen obligaciones legales específicas, - señaladas en diversos tratados internacionales se destacan los siguientes; respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. De manera muy concreta se explican las anteriores:

a) Obligaciones de respeto.- Los Estados deben abstenerse de realizar prácticas en las cuales los ciudadanos puedan lesionarse. Lo cual conlleva a evitar

cualquier tipo de restricción o limitación de acceso a las personas, cualquiera que sea la situación en la que se encuentre socialmente: los presos, los solicitantes de asilo. Por otra parte deben abstenerse de contaminar el medio ambiente para evitar daños en la salud de las personas (Luhmann, 2000).

b) Obligación de protección.- El Estado tiene el deber de impedir que terceros vulneren el derecho a la salud. Debe ampliar su esfera de protección desarrollando leyes que velen el acceso igual de todas las personas a los servicios de salud proporcionados por terceros, por lo que debe vigilar que los procesos de privatización no se traduzcan en una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, esto debe generar el establecimiento de controles (Luhmann, 2000).

c) Obligación de cumplir.- El Estado debe optar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para garantizar la plena efectividad del derecho. Esto implica que los Estados reconozcan el derecho a la salud dentro de sus sistemas jurídicos mediante la creación de leyes y el diseño de una política nacional de salud; los Estados deben garantizar la apropiada formación del personal médico; también asegurar la existencia de un número suficiente de hospitales y clínicas. Así mismo establecer un seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos (Luhmann, 2000).

Considerando que el Estado es la mejor forma de organización social, porque garantiza la existencia de la vida social en plenitud, mediante la protección a sus derechos incluyendo la salud. También funge como estructura operativa de

gobierno, ya que es el eje rector de las actividades aplicadas por las instituciones públicas.

Para que se lleven a cabo todas las obligaciones arriba mencionadas es indispensable la participación de instituciones que apliquen y supervisen las acciones que den respuesta a las demandas sociales y observen la realidad social.

Ahora bien, el Estado requiere de un administrador que cumpla con las funciones ya especificadas. El representante del Estado es el gobierno, quien está constituido por un conjunto de instituciones como ya se ha mencionado, mismas que se organizan con el objeto primordial de establecer los fines del Estado.

Los fines del Estado son la estabilidad, paz social y desarrollo sustentable y son alcanzables y se mantienen si el gobierno con sus tres poderes y la sociedad que los sostiene evidencian su capacidad de comunicarse permanentemente. (Luhmann, 2000) Desde tal perspectiva es importante resaltar la importancia de la función pública a cargo del gobierno y en representación del Estado, los servicios públicos garantizados por el gobierno a la población.

Las instituciones y personas responsables de llevar a cabo la función pública a nombre del gobierno que representa el Estado son aquellas que desarrollan la administración pública, lo cual quiere decir que el gobierno entra en acción. En términos actuales, el gobierno en acción es una categoría que incluye una gran cantidad de actores que ejercen el poder por diversos medios, en distintos lugares, a nivel global, regional, nacional y local.

El gobierno como representante del Estado y de la administración pública, tiene las funciones de mitigar el conflicto social, la escasez económica y el enfrentamiento político destructivo. Las técnicas y habilidades administrativas darán lugar a la coordinación intergubernamental mediante la comunicación entre gobierno y gobernados para así lograr un diagnóstico; evaluación de escenarios posibles para elaborar planes y programas concretos; presupuestar; ejercer recursos; hacer valer las normas en práctica y una serie de etcéteras que tienen que ver con la capacidad de la gestión gubernamental (Sánchez, 2006).

Ya que conocer los principales problemas de salud en una población y sus necesidades es esencial para establecer planes de acción o programas específicos capaces de solucionarlos, para lo cual se requiere un abordaje de coordinación intersectorial y transversal aplicando una estrategia global dirigida a la población en su conjunto.

Al haber enfatizado en el papel del Estado sus funciones y obligaciones en torno al ámbito de la salud, el siguiente apartado explica de forma concreta lo que aportan todas estas acciones gubernamentales, revisar el planteamiento de las políticas públicas como capacidad directiva de los gobiernos, enfocadas básicamente en el proceso de toma de decisiones.

Lo cual revisaremos la percepción de algunos autores y el ciclo de vida de las políticas públicas.

1.4 Las Políticas Públicas como estrategias de acción del Estado

El presente apartado pretende explicar el concepto de políticas públicas desde el enfoque de algunos autores conocedores de la materia, para así enfatizar en la participación del Estado como actor importante en la toma de decisiones para la identificación de problemas públicos.

En el entendido que las políticas públicas son acciones del gobierno, se revisa el ciclo de políticas públicas como el proceso donde se determinan los momentos en que las acciones o respuestas gubernamentales tendrán lugar. Desde las acciones consideradas para la identificación de una problemática, hasta la valoración de los resultados obtenidos, para conocer si fue posible resolver el problema.

Como parte importante en las políticas públicas se contempla la toma de decisiones enfocada en un modelo racional en el cual se contemplen las mejores alternativas de solución para mayor eficacia en las acciones gubernamentales. El actuar del gobierno no puede quedar como una buena intención, de lo contrario no estaríamos hablando de políticas públicas.

La participación o intervención del Estado, como se ha destacado a lo largo del trabajo en palabras de y desde la perspectiva de Luis F. Aguilar Villanueva, es plenamente legal, fiscal, administrativamente eficiente y responsable (2007). Considera respecto a la eficiencia administrativa o bien gestión pública o servicio público, importante conocer la respuesta de acción, mediante el proceso de

selección de estrategias y alternativas de solución a los diversos problemas públicos de ahí la importancia de las políticas públicas.

Como hemos revisado las actividades propias del Estado, están constituidas por diversas instituciones, van encaminadas a la representatividad y responsabilidad de los poderes de gobierno¹¹ para dar respuesta a las necesidades sociales. El tema de las políticas públicas (public policy) se contempla desde la perspectiva del bien común y la satisfacción social. En las sociedades democráticas existen dos cuestiones sobresalientes sobre la política gubernamental, se centran en su eficacia en la solución de problemas y en el grado de respuesta del control popular. (Lindblom, 1991)

Gobierno y administración van de la mano. No administrar es no gobernar y no gobernar es “desadministrar”. Para tener políticas públicas, son imprescindibles los proyectos gubernamentales como las actividades administrativas, las decisiones y acciones estatales (Heller, 1981:246-256).

Las políticas públicas nacieron para estudiar la toma de decisiones en el ámbito de lo público¹². En palabras de Luis F. Aguilar, las políticas públicas son la primera disciplina que se planteó la capacidad directiva de los gobiernos y su objetivo es incrementar su capacidad de decisión (Corzo, 2013).

¹¹Los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones- ministerios, concejalías, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales. Que combinan recursos normativos-humanos-financieros, tecnológicos y los transforman en políticas, programas públicos, servicios, productos para atender problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y en definitiva, lograr unos impactos- objetivos- sociales, políticos y económicos.

¹² Lo público comprende aquella dimensión de la actividad humana que se cree que requiere la regulación o intervención gubernamental o social o por lo menos la adopción de medidas comunes.

A continuación se presenta la concepción de cuatro autores clave en la construcción del enfoque de la disciplina; Harold Lasswell, como el padre de las políticas públicas, seguido por Herbert Simon, Charles E. Lindblom y Yehezkel Dror.

Harold Lasswell -sociólogo norteamericano- propuso que el gobierno requería de mayor conocimiento y de mayores herramientas técnicas para mejorar la toma de decisiones. En específico la propuesta busca articular las ciencias interdisciplinarias con las decisiones de gobierno (Corzo, 2013).

Dicha propuesta sustenta la idea de mejorar el proceso de toma de decisiones ya que se considera que, con base a ello, es posible resolver de forma eficaz problemas públicos. Por lo cual se contempla el trabajo multidisciplinario de diversas ciencias para así obtener más alternativas de solución y mayor racionalidad en la actuación del gobierno (Corzo, 2013).

Herbert Simon -científico estadounidense estudioso de la ciencia política- aporta un enfoque a las políticas públicas basado en un modelo racional de adopción de decisiones. Con lo cual la toma de decisiones es racional para así identificar la problemática y determinar las acciones que el gobierno debe aplicar (Corzo, 2013).

Al establecer un modelo racional de acuerdo al modelo de Simon, es posible el establecimiento de alternativas para la solución de un problema, con base a ello se valoran las consecuencias que se pueden generar al tratar de resolverlo, es ahí

la importancia de elegir racionalmente la más apropiada de acuerdo a los objetivos prioritarios del problema a solucionar (Corzo, 2013).

Es el turno del científico norteamericano Charles E. Lindblom, quien tomó en cuenta el poder y la interacción entre fases y etapas. Aportó una alternativa al enfoque racional de Simon que denominó “incrementalismo”, también conocido como “la ciencia de salir del paso” (*the Science of Mudding Through*). El cual plantea la necesidad de integrar la discusión política en una aproximación de etapas sucesivas a la identificación del problema público (Corzo, 2013).

Se destaca su idea de que no se puede alcanzar un objetivo óptimo pero si la posibilidad de lograr un objetivo satisfactorio a partir de las estrategias adecuadas. Cabe señalar que este enfoque le da un sentido eficaz a la racionalidad en la toma de decisiones ya que, como lo señala su autor, el proceso de toma de decisiones debe estar centrado en el objetivo final y no sólo en lo urgente, se debe ocupar de las ramas no de la raíz, precisa.

También destaca la participación y el papel de los decisores, de acuerdo a lo que observa, muestran poco control de su entorno e indica la realización de análisis para las alternativas de solución. Consideramos que en este enfoque la selección de alternativas a través de un análisis en las estrategias, hace más eficaz el proceso de toma de decisiones, no obstante la participación de los decisores es fundamental para la búsqueda de la solución del problema (Corzo, 2013).

Por último analizamos la propuesta del Doctor en Ciencias Jurídicas Yehezkel Dror, quien propone que bajo la complejidad de las políticas públicas de acuerdo a

su experiencia es importante un modelo que combine elementos centrales del modelo racional con factores fuera del modelo de la racionalidad pura.

Cada una de las aportaciones que nos brindan los cuatro autores, han sido pilares para el enfoque teórico de las políticas públicas, ya que nos ayudan a comprender la importancia de tomar una decisión al momento de resolver un problema, en este sentido cada uno determina la mejor estrategia para tomar la mejor alternativa en el proceso de toma de decisiones.

En palabras de Luis F. Aguilar Villanueva principal estudioso de las políticas públicas en América Latina, señala que las características fundamentales de la política pública son la orientación de los objetivos de interés para beneficio público, lo cual indica que los objetivos deben cumplirse mediante la participación ciudadana y el gobierno, hace referencia a la capacidad institucional y operativa que tienen las instituciones públicas para dirigir y gobernar la sociedad. Con base en ello argumenta que las políticas públicas son un instrumento que ayuda a mejorar la acción gubernamental a favor de la sociedad (Corzo, 2013).

Otro autor José Mejía Lira nos dice que las políticas públicas en México son una correlación de elementos técnicos, participación de analistas expertos que sirven de guía en la orientación e instrumentación de los proyectos del gobierno en turno y el manejo político que se produce (Corzo, 2013).

En conclusión hacemos la vinculación del enfoque y concepto de políticas públicas, en relación con lo revisado por los autores expuestos.

Las políticas públicas son consideradas una disciplina, esto a partir de que identifican una problemática de interés público mediante la investigación y proceso de información para así determinar acciones eficaces para la solución del mismo. Todo esto mediante un proceso de toma de decisiones en el cual participa el gobierno en turno representado por instituciones públicas y la participación ciudadana.

Para considerar un problema público debe tomarse en cuenta la intervención no sólo del gobierno y la ciudadanía, sino también de un especialista en la identificación del mismo y es el analista político quien se encarga de hacer la investigación y proceso de diagnóstico y análisis.

Ahora bien las acciones de gobierno se clasifican en tres tipos (Corzo, 2013):

- Políticas de Estado. Son las acciones plasmadas en la Constitución con preceptos claros que trascienden periodos de gestión de gobierno. Son implementadas únicamente por el ejecutivo federal y son de alcance general, su aplicación es nacional y atienden materias de tipo estratégico. Dos ejemplos de políticas de Estado son la política monetaria y la política exterior (Vargas, 2004).
- Políticas de gobierno. Son acciones de gobierno planteadas en la estrategia de un gobernante en turno. Presentan características tales como: 1) estar en los planes nacionales, estatales y municipales de desarrollo; y 2) tener un sello distintivo de la administración en turno.

- Políticas públicas. Son las acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones.

Las políticas de Estado en tema de salud contempla la vacunación universal, donde todos los niños menores deben ser vacunados para evitar ser infectados por enfermedades mortales. Una política de gobierno en el área de salud contempla la vacunación para evitar el virus del papiloma humano en las niñas menores de 14 años. La diferencia entre ambas políticas es el enfoque a cierta población en el caso de la primera la población objeto son todos los niños sin importar su género mientras que la segunda contempla solo al sexo femenino.

Para el caso de las políticas de gobierno, estas acciones representan los problemas a los que se enfrenta un gobierno en turno. Son acciones específicas que son determinadas para una población específica, las estrategias son plasmadas en los planes de cada Estado, como ejemplo el Plan Nacional de Desarrollo (PND).

Relacionando las anteriores concluimos con el siguiente ejemplo:

La política de Estado en el ámbito de salud determina el derecho y la protección a la salud de toda la población, estableciendo la participación de la federación y de las entidades federativas mediante estrategias determinadas por cada gobierno, estas se ven reflejadas en el Plan Nacional de Desarrollo, mismo que hace

posible el diseño e implementación de líneas de acción (políticas y programas públicos) que serán puestos en marcha por medio de la administración pública con el objetivo de responder a las necesidades y demandas sociales.

Respecto a las políticas públicas (incluidas las políticas de salud) existen diversos enfoques sobre su ciclo de vida en este segmento consideraremos cuatro momentos analíticos que explican cada etapa (Corzo, 2013).

- a) Etapa de gestación. La gestación es el proceso donde el gobierno reconoce la existencia de un problema, el cual pasará a formar parte de los asuntos gubernamentales al ser incorporado en la agenda

Esta etapa se caracteriza por la existencia de la demanda social que puede ser de interés público, por lo cual asume obligación de intervención o participación del gobierno. Algunos problemas son más importantes que otros y despiertan el interés del gobierno quien los integrará a alguno de los tres tipos de agenda:

1. Agenda pública. Conjunto de temas que la ciudadanía y los distintos grupos de la sociedad buscan posicionar para ser considerados como susceptibles de atención por parte de los representantes. (Corzo, 2013)
2. Agenda Política. Es el conjunto de temas que alcanzan prioridad en el debate político y la acción de aquellos actores políticos que por su posición tienen la capacidad de impulsarlos. (Corzo, 2013)

3. Agenda de gobierno. Es el conjunto de prioridades que un gobierno constituido planea a manera de proyecto y que busca materializar a lo largo de su mandato. (Corzo, 2013)

En esta primera etapa se hace evidente la toma de decisiones del gobierno, quien busca la solución a problemas públicos, tales como la OA y decide darles prioridad y atención. Ejemplificando; El problema de violencia hacia las mujeres, una problemática con afectación al género femenino, la demanda de este sector por medio de los grupos y movimientos sociales han posicionado dicha problemática en la *agenda pública*.

Otro ejemplo es el problema de acceso a la salud de las personas sin seguridad social, se vuelve un conflicto el que las personas no cuenten con el servicio médico necesario para la protección a su salud. El gobierno representado por instituciones públicas de salud integra esta problemática a la *agenda política* para su intervención y solución.

Por último tenemos el ejemplo de la *agenda de gobierno* ejemplificando el problema de la pobreza en México, esta problemática sostiene atender las necesidades de la población vulnerable a través de programas y políticas públicas que sean capaces de contrarrestar los efectos adversos de la población afectada.

- b) La etapa de diseño formulación. En esta fase de diseño de la política pública, los servidores públicos o consultores independientes analizan a detalle el problema público que les ha sido planteado y buscan soluciones creativas y viables para resolverlo. Su tarea más importante es brindar una

recomendación de política pública inteligente, presupuestal y económicamente viable, legalmente permisible y administrativa y políticamente posible, a uno o varios decisores que ostentan el poder público para que este se pueda llevar a cabo. (Corzo, 2013)

- c)** La etapa de implementación o ejecución. Ejecutar es aplicar un programa de acción a un problema, o a una situación o comportamiento. Implica modificaciones y perturbaciones en relación con el estado natural de la gente y de las cosas (Corzo, 2013).

La implementación se refiere a “aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos” (Corzo, 2013: 93). Lo cual quiere decir que las decisiones tomadas dan vida a la parte operativa a las políticas públicas en cuanto a los recursos, tecnología, transformación y capacidades. (Corzo, 2013)

- d)** La etapa de la evaluación de impacto. Se valoran los efectos para determinar el cambio de una situación una vez que ha culminado la acción del gobierno. (Corzo, 2013)

Como podemos observar el ciclo de las políticas públicas representa una consecución continua de determinadas acciones, cada una de ellas con un solo objetivo: resolver un problema público. La primera etapa es una de las más importantes, ya que se decide actuar y existe un problema de interés público. Esta

acción del cómo será atendido, da paso a la segunda respuesta de los actores que han identificado el problema, organización de quiénes y con qué darán vida a las acciones determinadas, siguiente paso ejecución de lo planeado, de lo administrado y por último revisar cambios, logros e impactos obtenidos para la solución del problema identificado.

La intervención del sistema de salud hace posible detectar las acciones que éste lleva a cabo para la identificación de problemas de salud en una población, el sistema de salud debe ser una herramienta clave para poder identificar y diagnosticar las problemáticas y posibles soluciones a las condiciones desfavorables que aquejan una población. El objetivo se encamina a la respuesta y beneficio de la sociedad.

Es por ello que la identificación y clasificación de las enfermedades permite dar prioridad a aquellas que provocan mayor impacto social, esta herramienta sirve a los gobiernos para el proceso de toma de decisiones y se logren mejores políticas y programas públicos integrales y funcionales.

La décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud es la más reciente de una serie de publicaciones que originalmente se formalizó en 1983 como clasificación de Bertillon o listas internacionales de causas de defunción, en la actualidad se reconoce como Clasificación Internacional de Enfermedades (CAUSES, 2010) ¹³.

¹³ Catálogo Universal de Servicios de Salud 2010.

De acuerdo al CIE 10, las enfermedades se clasifican como prioritarias y algunas de ellas son;

- Las enfermedades infecciosas y parasitarias
- Enfermedades mentales
- Enfermedades del sistema nervioso
- Enfermedades del aparato locomotor (Resaltamos estas ya que son las que nos competen)

En lo que respecta a las enfermedades del aparato locomotor se clasifican por el grado de afectación en las articulaciones de columna vertebral y espalda como fundamentales de carga, que aunque no se especifican las enfermedades derivadas, se contemplan para ser atendidas en el Sector Salud.

La clasificación de diversas enfermedades y padecimientos sirven de referencia para promover y vigilar el uso correcto de otras clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en México.

Un país que pone énfasis a las enfermedades reumáticas es Argentina, mediante la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) promoviendo el establecimiento a nivel nacional el día 12 de octubre como el día de las “enfermedades reumáticas”. De acuerdo a esta designación se considera fecha importante para la reflexión y difusión de información sobre las más de las 200 enfermedades reumáticas, con el objetivo de incentivar la consulta temprana (salud, 2013)

Debido a este panorama México se suma al llamado de la sociedad conmemorando el día 12 de octubre “Día mundial del paciente reumático”, la

participación de las Instituciones de Salud y la sociedad civil, como es el caso de la Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide (AMEPAR), promueven la difusión del conocimiento de enfermedades como la artritis reumatoide para su diagnóstico y tratamiento oportuno (salud, 2013).

El incremento en los índices de mortalidad en torno a determinadas enfermedades, o el gradual aumento de afectación de otras han obligado al Estado a emprender acciones de diagnóstico, atención y prevención oportuna.

La clasificación de las enfermedades que afectan al aparato locomotor ha generado que algunas tengan mayor relevancia y entren a la agenda de salud tanto del Estado como de la sociedad civil, con el objetivo de incentivar la consulta preventiva.

Hace falta mayor participación de los niveles de atención médica para que enfermedades como la osteoartritis no pasen desapercibidas, exista difusión de los riesgos y los efectos que produce esta enfermedad para evitar la discapacidad física.

El capítulo en general contempla un panorama de nuevas enfermedades incurables y degenerativas que aunque son atendidas por el Estado, requieren más allá de un tratamiento paliativo. La urgencia de modelos que trabajen de forma multidisciplinaria para identificar la raíz de un problema. En el caso de la osteoartritis pudimos observar que no solo se trata de un padecimiento de las personas de edad avanzada si no que puede desarrollarse antes de lo esperado por cuestiones de enfermedades metabólicas como la obesidad y que este factor

de riesgo puede culminar en la discapacidad, es alarmante las cifras estadísticas que muestran el número de personas con discapacidad motriz.

CAPITULO II “LA OSTEOARTRITIS Y EL ESTADO MEXICANO, RESPUESTA Y ACCIÓN DEL ESTADO PARA SU PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO”

Como hemos expresado en el capítulo anterior, corresponde al Estado garantizar condiciones óptimas de salud a la población, a través de mecanismos eficaces de prevención y atención.

El objetivo del presente capítulo es identificar el sustento normativo que permita al Estado mexicano delinear políticas en materia de salud; así como las políticas y acciones federales en materia de salud en México en los últimos tres sexenios (2000-2015). Se establece también el panorama internacional, en el cual hablaremos de las acciones tomadas en materia de salud por las diferentes Instituciones a nivel mundial, (ONU, OMS, UNICEF, OPS, etc.); y por último nos enfocaremos en el tema que guía esta investigación, la situación de la osteoartritis en México, y las acciones que pueden identificarse para evitar la discapacidad física.

2.1 Las Políticas de Salud en México: Marco Normativo y Estrategias en los Planes de Nacionales de Desarrollo. (2000-2018). Marco Jurídico

El Estado mexicano constituido como una República Representativa, Popular y Federal, rige la relación entre gobernantes y gobernados en función de la Constitución de 1917, la cual manifiesta en su artículo 4, como uno de los derechos fundamentales del individuo el de la salud y que a la letra dice:

“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”

Por otro lado el Artículo 73, está dedicado a las facultades que ésta Constitución confiere al Congreso (Cámara de Diputados y de Senadores) en materia de salubridad general para la Republica la marca en la Fracción XIV, en sus incisos:

1ª, El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país;

2ª En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República;

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País;

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la

contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.¹⁴

Por su parte la Ley General de Salud, en su artículo 1º, reglamenta el derecho a la protección de la salud que toda persona tiene, bajo el amparo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, asimismo implementa que las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, son de orden público y de interés social y se aplica en toda la República.

En su artículo 2º habla del derecho a la protección de la salud, asimismo marca las finalidades siguientes:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

¹⁴ Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

En los incisos arriba citados, desde luego que hace referencia al derecho a la salud de manera general, pero enfatizando y tomando el punto que nos interesa en este trabajo, lo podríamos aplicar para la protección a la salud en referencia a la OA. Ya que el cuidado y prevención de la misma llevaría al individuo a una mejor calidad de vida.

Por otro lado en el artículo 4° del mismo ordenamiento, señala cuales son las autoridades sanitarias:¹⁵

- I. El Presidente de la República;
- II. El Consejo de Salubridad General;
- III. La Secretaría de Salud, y
- IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno del Distrito Federal.

Esta ley hace referencia a la Constitución del Sistema Nacional de Salud así como a los objetivos del mismo.

Artículo 5°. El Sistema Nacional de Salud (SNS) 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

¹⁵ Diario oficial de la federación, Ley general de salud., última reforma publicada en el DOF 04 de junio 2014

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.

Dentro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud (SNS) establecidos en el Artículo 6°¹⁶ destacan los siguientes:

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;

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;

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.

¹⁶ Estos son otros de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, consagrados en el Artículo 6° de la Ley General de Salud: II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país; 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; IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social; V. apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida; VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Para lograr dichos objetivos y de acuerdo al artículo 9° “los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias.¹⁷

Como se puede apreciar en los apartados arriba citados, e iniciando por el numeral III; en referencia a la OA, se puede aludir que el bienestar de la población y en especial de ancianos (pero tendría que ser a cualquier edad) se tiene que llevar a cabo a través de la prevención de enfermedades, lo que llevaría a una mejor calidad de vida para los sujetos afectados por la referida enfermedad; por otro lado en el numeral VI; el sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud, partiríamos del supuesto de una mejor capacitación al personal médico, para la detección, control y prevención de la OA; y en el numeral VII; coadyuvar a la modificación de patrones culturales, desde luego que se tiene que implementar un patrón a seguir de orientación, información y prevención de la OA.

Para que los objetivos del Estado mexicano se cumplan es necesario que se organice por Secretarías¹⁸ que dependen del Poder Federal, cuyo esquema se reproduce en lo estatal y local.

A nivel Federal es la Secretaría de Salud la responsable de atender lo relacionado con la salud del ciudadano mexicano; y a nivel Estatal así como en el Distrito Federal fueron creados los sistemas estatales de salud para el mismo fin.

¹⁷ Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

¹⁸ Artículo 90, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Es por ello que, para la adecuada coordinación de los Sistemas Estatales de salud, el Gobierno Federal creó la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia Epidemiológica, la cual establece “los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes”, en el territorio nacional es de observancia obligatoria y para su ejecución se involucra a los sectores públicos, sociales y privados, quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), es la instancia que lleva a cabo la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de la información necesaria en relación a las condiciones de salud de la población. Para establecer las bases y facilitar su difusión, en la toma de decisiones es necesario llevar a cabo el análisis e interpretación de la referida información.

Luego entonces, “los mecanismos de organización y funcionamiento del SINAVE, así como las acciones de capacitación e investigación de vigilancia epidemiológica que se describen en esta Norma sirven de base para establecer las políticas y programas de salud pública”¹⁹

¹⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Disponible en [Http://dof.gob.mx/_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/20013](http://dof.gob.mx/_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/20013)

Otra acción tomada por el gobierno en relación a las políticas de salud fue la creación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)²⁰ quien presenta el catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica, que va encaminado hacia los profesionales de la salud, con la intención de establecer un referente que les sirva de apoyo en la toma de decisiones clínicas, que se basan en recomendaciones sostenidas en lo posible de evidencias que ayuden en la mejora de la calidad y seguridad en la atención médica. Este Catálogo es de suma importancia, ya que está posicionado como uno de los más completos a nivel mundial.

Esto se debe al número de guías que lo conforman y además por su cobertura y calidad en los problemas de salud pública que significan las primeras causas de morbilidad y mortalidad de la población. Para la conformación de este catálogo maestro, se contó con la participación de diferentes autoridades adscritas a la Secretaría de Salud, el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Marina, Armada de México, Secretaría de la Defensa Nacional y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Luego entonces, a las Guías de Prácticas Clínicas (GPC) se les puede calificar como un instrumento que rige la atención médica, que tiene como objetivo ser un referente nacional que ayuda a la toma de decisiones clínicas, que emite recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible, con la finalidad de apoyar a la calidad y efectividad de la atención médica²¹. Es menester comentar

²⁰ Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, adscrito a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

²¹ Disponible en <http://www.cenetec.salud.go.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

que de este catálogo se desprenden: la Guía de Práctica Clínica de Atención del Paciente con Osteoartritis de Cadera y de Rodilla en el primer nivel y la Guía de Práctica Clínica; Diagnóstico y Tratamiento de la Osteoartritis de Rodilla. En las cuales se hace referencia detallada de la enfermedad en rodilla y cadera, también dan recomendaciones y tratamientos médicos para el cuidado de la OA.

Este catálogo tiene como fin último el crear un referente nacional que permita orientar la toma de decisiones clínicas que se sustentan en recomendaciones fundadas en una mejor evidencia.

Al estandarizar las acciones nacionales, estas guías permiten al personal de primer nivel de atención médica las referidas recomendaciones que se apoyan con la mejor evidencia disponible.

En conclusión el Estado mexicano, a partir de la reforma liberal, ha venido implementando diferentes programas y acciones para tener una población sana en sus diferentes niveles de gobierno, en algunos casos con éxito y en otros no tanto, pero lo que importa es que dichas acciones con el devenir del tiempo se fueron perfeccionando y ampliando para brindar una mayor cobertura de salud a la población. Es por ello que en los últimos 15 años, el Gobierno mexicano, implementó acciones para la atención de la salud, dentro del marco de los Planes Nacionales de Desarrollo.

2.1.2 Tendencias en la Estrategia de Salud en los últimos 15 años.

En este apartado mencionaremos algunas estrategias implementadas por el gobierno mexicano en materia de salud en los últimos 15 años, mismas que se

encuentran plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), ya que es el documento rector del Ejecutivo Federal para la implementación de acciones encaminadas hacia el bienestar social, asimismo hace hincapié en los objetivos nacionales y las prioridades para desarrollo del País. Iniciaremos hablando del sexenio 2001-2006, y terminaremos con el sexenio 2012-2015.

Vicente Fox Quesada (2001-2006)

Al final del siglo pasado, en particular en el año 2000, México atravesaba por un proceso acelerado de democratización que permitió materializar la alternancia política en el poder ejecutivo. Vicente Fox Quesada llegaba como el primer candidato panista a la presidencia del país. Su arribo estuvo acompañado de amplias expectativas, y en materia de salud, sectores de la sociedad cifraron sus esperanzas. El México del cambio tenía entonces otra cara de democracia, desarrollo y socialización, que siete décadas antes no se tenía.

El desarrollo urbano había transformado a la sociedad y en materia de salud el perfil epidemiológico nacional había cambiado, siendo las enfermedades crónicas y los traumatismos las principales causas de incapacidad y muerte. Por ejemplo para el año del 2000 en México se tenía un porcentaje de 1.8 personas con discapacidad.²²

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, argumenta que de acuerdo al estado de salud de los mexicanos dependía la educación y desarrollo, así mismo la salud es y ha sido uno de los pilares en el desarrollo del país, y los avances que

²² <http://unstats.un.org/unsd/disability/default.asp>

se presenten en este rubro son determinantes para conformar las características demográficas (PND 2001-2006: 36).

Así mismo, El PND,(2001-2006) hace énfasis de que el Gobierno de la Republica tiene el compromiso de crear sistemas de salud, con la intención de que se extienda a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan enfermedades, asimismo argumenta que las estrategias presentadas buscan unificar los esfuerzos de las instituciones y de los sistemas de salud existentes, mejorar las instalaciones, el equipamiento y material de los hospitales, clínicas, etcétera, con ello se pretende conseguir una mejoría en la atención médica y en el trato que recibe la población. De la misma manera, se plantea que la salud está ligada al destino de la nación, es decir que en la medida que el país se transforme, el sistema de salud también tiene que hacerlo, sin un adecuado sistema de salud que atienda las necesidades de la población, no puede haber progreso generalizado (PND 2001-2006:37).

Según el PND 2001-2006, los antecedentes que llevaron al gobierno de la Republica a adquirir un legítimo compromiso con la salud de los mexicanos son:

1. La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades.

2. La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones. Desde este punto de vista, mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.

3. Por ser un valor en sí misma y por su potencial estratégico, se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir.

4. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad.

Con lo arriba citado, el PND propone que, democratizar la atención de salud, es el tema central del esfuerzo nacional, y esta democratización supone aplicar normas a instituciones que tenían su propia normativa, con el control coactivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las prácticas administrativas. Refiere también que se tiene que aplicar estas normas y procedimientos a sujetos que no gozaban de tales derechos y obligaciones.

Estos derechos sociales llevan a la cima el desarrollo de la comunidad, y debe ser el principio de ciudadanía el que determine ya sea las reglas de acceso de la población a los servicios de salud así como los mecanismos de participación en las decisiones del sistema. Lo que lleva a determinar que la salud no es negociable, o es un objeto de calidad o un privilegio, por el contrario se debe de considerar como un derecho social. El acceso a los servicios de salud debe ser universal y las prioridades deben de fijarse en función de las necesidades del individuo y la efectividad de las intervenciones.

El PND 2001-2006, de la misma manera comenta que dentro de la democratización de la salud se encuentra la obligación de los servidores públicos de rendir cuentas y el derecho de los ciudadanos de exigirlos, partiendo de lo

expresado lo primordial que se debe de garantizar es el derecho que tiene cada ciudadano de exigir la efectividad en el acceso a los servicios de salud básicos. Para que esa democratización sea realmente efectiva es necesario que en la atención de la salud, México tenga que estructurar un sistema que permita el acceso de todos los mexicanos, sin importar su capacidad económica, así como responder a las necesidades y expectativas y que amplíe sus posibilidades de elección, “Democratizar es, en suma, construir un sistema de, por y para la gente”. (PND 2001-2006:37)

Para llevar a cabo la consecución de los objetivos se plantearon cuatro objetivos principales (PND 2001-2006:37):

1. Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
2. Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
3. Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
4. Fortalecer el sistema de salud.

Felipe calderón Hinojosa (2007-2012)

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, presentado por el Presidente Felipe Calderón Hinojosa, el tema de salud viene señalado en el tercer eje rector “igualdad de oportunidades”, el cual argumenta que su esencia es, que cada mexicano debe de tener acceso a verdaderas oportunidades de formación y realización, no importando su origen y el ingreso de sus padres. Para que todos

los mexicanos tengan una vida digna es necesario garantizar el acceso a los servicios básicos.

Es decir acceso al agua potable, buena alimentación, salud, educación, vivienda digna, etc., y a todos aquellos servicios que representen el bienestar de las personas y las comunidades. El propósito de esta política social es otorgar las condiciones para que los derechos de los mexicanos sustentados en la Carta Magna sean una realidad. El Estado, representado en los tres órdenes de gobierno en coordinación con la sociedad, generarán las condiciones de equidad tan necesaria e importante para obtener el Desarrollo Humano Sustentable (PND 2007.2012).

El PND 2007-2012 anota que en la última mitad del siglo se produjo en México, un cambio importante en la mortalidad ya que se redujo en todos los grupos de edad. De la misma manera predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones en comparación con las infecciosas que fueron las que predominaron en el siglo XX. Asimismo argumenta que estos padecimientos son más difíciles de tratar por el costo.

Este cambio está relacionado con el envejecimiento de la población, (recordemos que el grupo de edad de más de 65 años, es el que mayor incidencia de OA) así como al desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. Asimismo, últimamente se han presentado en el mundo cambios significativos en materia de salud, tales como la aplicación universal de vacunas, disminución de los índices de desnutrición, el aumento en la cobertura de los servicios de salud, entre otros, y desde luego que México no ha sido la excepción.

“Baste mencionar que la mortalidad por deficiencias nutricionales en niños menores de cinco años ha caído de casi 25 por cada 100 mil niños en 1995 a tan sólo ocho en 2006. La mortalidad infantil, de poco más de 27 por cada mil nacimientos estimados en 1995, se ha reducido a 18 por el mismo número de nacimientos estimados en 2006”. (PND 2007-2012, pág. 161).

Por otro lado, también argumenta que derivado de la transición demográfica y de la desigualdad económica, se presentaron importantes desafíos por superar, tales como las muertes por enfermedades no transmisibles, padecimientos como la diabetes y la hipertensión, las lesiones por accidentes o violencia, mismas que representan el 85% de todas las muertes que se registran en el país. El restante 15% es de las muertes por enfermedades asociadas con la pobreza, tales como la desnutrición y las enfermedades por infecciones. Para comprender las necesidades más importantes en materia de salud es necesario tomar en cuenta la dimensión demográfica de la sociedad mexicana. Para ello se tiene que considerar que la estructura de la población en la última década ha variado por edades, esto presenta desafíos no previstos en el sistema de salud²³.

Lo antes mencionado, es considerado en el PND como una prioridad para el Gobierno del Presidente Felipe Calderón Hinojosa, y se encuentra plasmado en el Eje 3. Igualdad de Oportunidad; Desarrollo integral, 3.2 Salud.

²³ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Eje 3; Igualdad de Oportunidad, Desarrollo Integral, 3.2. Salud, pág. 161

Enrique Peña Nieto (2013-2018)

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, presentado por el Presidente Enrique Peña Nieto, el tema de salud viene señalado en el segundo eje rector “México incluyente”, el cual argumenta que no sólo se debe de pensar en el nivel de gasto para poder lograr un avance en la calidad y eficacia de los servicios de salud.

Desde luego que para mejorar el Sistema de Salud se requiere un fortalecimiento de los modelos de atención de los Estados y Municipios y por supuesto una regulación adecuada en diferentes ámbitos.

De la misma manera argumenta que se ha avanzado en diversos indicadores, tales como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil, pero quedan pendientes otros indicadores claves de salud, como la mortalidad materna por mencionar alguno.

Por otro lado, los datos epidemiológicos y demográficos demuestran que las presiones en el Sistema Nacional de Salud serán cada vez mayores, lo que pondrá en riesgo el soporte financiero de las Instituciones Públicas. Por lo que las tasas de mortalidad, la fecundidad y la migración representan mayor demanda de servicios, y sobre todo el número de adultos mayores es cada vez más elevada, es decir la población de 65 años y más aumentará de 6.2% del total en 2010 a 10.5% en 2030, lo que representa un impacto en el Sistema de Salud, pero además afecta la organización familiar, ya que representa cargas adicionales de trabajo en los cuidados, esta carga se encamina más a las mujeres quienes son las que realizan estos trabajos.

Si tomamos en cuenta que el número de personas mayores de 65 es cada vez más elevada y que la OA tiene mayor prevalencia en este grupo de edad, nos lleva a determinar un impacto importante en la organización familiar, ya que habrá un miembro en la familia que se tenga que hacer cargo en el cuidado y atención del afectado de OA, pero sobre todo en la situación económica, porque el sujeto que padece la referida enfermedad ya no podrá trabajar, lo que se traduce en poca o mínima aportación económica para el gasto familiar.

Así mismo el PND 2013-2018, presenta factores que requieren atención para que el Estado otorgue vigencia al derecho de salud y que influyen de manera negativa.

- No han permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- En la rectoría y arreglo organizacional vigentes, donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el sistema de salud.

Es necesario resaltar que para el tema que nos ocupa, el Estado no ha creado políticas multidisciplinarias para la atención de la OA.

En síntesis, el PND 2013-2018 argumenta que la Administración actual, pondrá significativa atención en proveer una red de protección social, buscando garantizar el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos, asimismo evitar que surjan de la nada problemas de salud y movimientos económicos, que puedan ser un factor determinante en su desarrollo. El espíritu de este eje rector es una

seguridad social incluyente la cual abatirá los incentivos a permanecer en la economía informal, y le permita a los ciudadanos desarrollarse de manera personal para la construcción de un México más productivo.

Es por ello que, el Presidente de la Republica Enrique Peña Nieto, al encabezar la conmemoración del Día Mundial de la Salud (2 de abril 2013), presentó los lineamientos para los próximos seis años de una Nueva Política Nacional de Salud²⁴ (NPNS 2013), la cual va dirigida a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. Los alcances que se pretenden con esta nueva política es cimentar las bases de un Sistema de Seguridad Social Universal.

Lineamientos, Nueva Política de Salud:

Acceso efectivo

- Se entiende que el Estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población. Se pretende que a largo plazo se igualen los servicios y que el ciudadano pueda ser atendido en cualquier clínica u hospital del sistema Nacional de Salud Pública.

Calidad en el servicio

- Se pretende que todos los mexicanos tengan médicos profesionales y buenas instalaciones que les permitan recibir un servicio de salud de calidad.

²⁴ <http://embamex.sre.gob.mx/eua/images/Documentos/nuevapoliticacionaldesalud.pdf>

Prevención

- La mejor forma de cuidar la salud es anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan.

De la misma manera el Presidente Peña Nieto, argumentó que estas prioridades permitieron que en los últimos 50 años se produjera en México un descenso significativo de la mortalidad en los diferentes grupos de edad. El cual fue acompañado de un cambio igualmente importante en las principales causas de discapacidad y muerte. Hoy día predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones como causas de daño a la salud. Estas enfermedades son más costosas y difíciles de tratar que las infecciones comunes, en la primera mitad del siglo XX las principales causas de muerte fueron los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición²⁵. (NPNS 2013)

A continuación presentaremos algunas de las estrategias de la Secretaria de Salud a nivel federal, contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y son las siguientes:

- Establecer y dirigir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con base en el marco legal y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal, que permita el fortalecimiento de los servicios de salud.
- Determinar las necesidades nacionales de salud, a fin de jerarquizar y de orientar la elaboración del anteproyecto anual de presupuesto de

²⁵ Disponible en <http://embamex.sre.gob.mx/eua/images/Documentos/nuevapoliticainacionaldesalud.pdf>

egresos de esta Secretaría y de las entidades paraestatales del sector coordinado.²⁶

- Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.
- Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.
- Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

Estas estrategias tienen la finalidad de proveer una red de protección social, con la intención de garantizar el derecho a la salud de todos los mexicanos y con ello evitar que surjan problemas de salud y económicos que sean un factor determinante en su desarrollo.²⁷ (NPNS-2013)

Las Instituciones de las que se vale para lograr sus objetivos son: Institutos Nacionales de salud, Hospitales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales y Centros de Salud a los cuales también se les llaman clínicas de primer nivel o primer contacto.

En síntesis, como se puede observar en las tres propuestas presentadas por cada gobierno tienen un común denominador y es el apoyo a los pobres con la atención universal de salud, así como el apoyo a la economía de cada individuo, es decir, busca que los servicios de salud sean a bajo costo y en algunos casos gratuitos, (en este rubro pudiéramos comentar que la OA, no se encuentra en

²⁶ Manual de Organización General de la Secretaría de Salud; Diario Oficial de la Federación, de fecha 17 de Agosto de 2012

²⁷ Nueva Política Nacional de salud, disponible en <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/presenta-el-presidente-pena-nieto-la-nueva-politica-nacional-de-salud/>

este parámetro, ya que su atención, cuidado y rehabilitación son costosos, y una persona con escasos recursos económicos no tiene la solvencia para la atención de la enfermedad y mucho menos para la adquisición de una prótesis, ya sea de cadera o rodilla). Ya que comentan que lamentablemente los pobres son los que más se enferman además de que son los que no tienen con qué pagar el servicio médico. Con la finalidad de dar cabal cumplimiento a los Objetivos del Milenio, signados con la Organización Mundial de la Salud.

2.2 Las Políticas de Salud desde el Panorama Internacional

“La cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer”

Dra. Margaret Chan, Alocución a la 65.a Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2012

Después de la Segunda Guerra Mundial (24 de octubre de 1945), 51 países decidieron conformar la Organización de las Naciones Unidas, (ONU) para fomentar la paz mediante la cooperación internacional, la seguridad colectiva, fomentar las relaciones de amistad entre las naciones y promover el progreso social, la mejora del nivel de vida y los derechos humanos. (www.onu.org.mx/onu.html) La Carta de las Naciones Unidas es un Tratado Internacional en el cual se enuncian los derechos y deberes de los Estados miembros integrantes de la comunidad internacional. Hoy día este organismo se encuentra representado en 192 países. No es un gobierno mundial y no establece leyes, sin embargo

busca la manera de otorgar soluciones a los conflictos internacionales, asimismo desarrolla políticas sobre temas que afecten a los ciudadanos.

La Organización de las Naciones Unidas, cuenta con organismos auxiliares para crear políticas que resuelvan problemas en específico. Un organismo que es de suma importancia y del cual ahondaremos un poco más en cuanto a sus políticas, es la Organización Mundial de la salud (OMS), y una de sus políticas es la Cobertura Universal de Salud, que se traduce “todas las personas puedan utilizar los servicios de salud, y sean apoyados para no pagar por ser atendidos”²⁸.

La OMS ha desarrollado una política para apoyar a los países en desarrollo, con buenas estrategias de financiamiento sanitaria, con ello se pretende involucrar a todos los interesados y mejorar el sistema sanitario para avanzar hacia la cobertura universal.

La intención de la cobertura universal de salud es “velar porque todas las personas puedan utilizar la promoción, prevención, curación, rehabilitación y servicios de salud paliativos que necesitan, de calidad suficiente para ser eficaz, garantizando al mismo tiempo que el uso de estos servicios no exponen al usuario a dificultades financieras.”²⁹

De acuerdo a la constitución de la Organización Mundial de Salud (OMS) presenta de manera clara que la cobertura sanitaria universal es “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”, así mismo declara que es “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología

²⁸ [Organización Mundial de la salud, disponible en http://www.who.int/features/factiles/universal_health_coverage/facts/en/index9.html](http://www.who.int/features/factiles/universal_health_coverage/facts/en/index9.html)

²⁹ http://www.who.int/features/factiles/universal_health_coverage/facts/en/index9.html

política o condición económica o social”, por lo tanto ese objetivo fundamental de alcanzar el grado máximo de salud, guía la política sanitaria nacional e internacional desde hace poco más de 65 años y es plasmado en el programa “Salud para todos” que posteriormente se consagró en la Declaración de Alma-Ata en 1978. (Declaración Alma-Ata, 1978)

Otra acción tomada para atender los problemas de salud, fue plasmada en la Declaración de Alma-Ata³⁰, en la cual se promueve la atención primaria como la clave para alcanzar un nivel aceptable de salud para todas las personas del mundo. Esto está considerado en tres frentes políticos.

En primer lugar trató de incorporar la salud en la agenda política para el desarrollo, para mejorar el perfil de salud y aumentar su prestigio.

En segundo lugar, se procuró ampliar el enfoque de la salud, para alejarse del modelo puramente médico curativo. Se reconoció el poder de la prevención.

En tercer lugar, la Declaración de Alma-Ata sostenía que el mejoramiento de la salud de las poblaciones debe ir mano a mano, de una manera de apoyo mutuo, con una mayor productividad económica y social.

De la declaración de Alma-Ata, se desprende la Carta de Ottawa (1986), su principal objetivo fue “la promoción a la salud como estrategia para fomentar la responsabilidad social para crear ambientes propicios para la salud, así como oportunidades universales para elegir formas de vida saludables y el

³⁰Declaración de Alma-Ata, Disponible en http://www.who.int/topics/primary_health_care/dgspeeches/en/#

desarrollo de capacidades en las personas para tomar decisiones saludables”.(Castro,1997)

Asimismo se establecieron los principios básicos de la promoción de la salud, como factores sociales y económicos que determinan el estado de salud, tales como los ingresos, las condiciones de trabajo, la educación y la profesión, los cuales a su vez influyen en factores de riesgo como son el consumo el alcohol, la inactividad física, dieta poco sana y el hábito de fumar.

Se pretende a través de la promoción de la salud capacitar a los individuos para que tengan un mayor control sobre su salud, fomentar políticas públicas idóneas con apoyo de la acción de la comunidad. La promoción de la salud dirige políticas sanitarias mundiales, nacionales y locales que favorecen la reducción de los riesgos para la salud.³¹

A partir de ello se reconoce que, la salud depende de que se tenga acceso a los servicios médicos y una forma de pago por los servicios, también se reconoce que se tiene que entender la vinculación entre factores sociales, medio ambiente, desastres naturales y la salud.

Otra política que incluye el tema de salud y que lleva a Cabo la ONU, en conjunto con la OMS, es la Declaración del Milenio que fue aprobada por 189 países miembros, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el año 2000, en el cual se encuentran plasmados los ocho Objetivos de Desarrollo del milenio, los cuales se pretenden alcanzar para el año del 2015, dentro de los que destacan;

³¹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>

- erradicar la pobreza extrema y el hambre ;
- lograr la enseñanza primaria;
- promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer;
- reducir la mortalidad infantil;
- mejorar la salud materna;
- combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades;
- garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y
- fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Otro de los Organismos que forman parte de la estructura organizativa de la ONU, en materia de salud es el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), es otro Organismo auxiliar de la ONU. Uno de sus objetivos es mejorar la salud infantil en todo el mundo, “unos niños y niñas sanos serán adultos sanos: personas capaces de labrar un futuro mejor para ellos mismos, su comunidad y su país” (www.unicef.org)

El UNICEF mantiene una estrecha relación, presencia y alianzas con gobiernos y organizaciones no gubernamentales, se dedica a ofrecer soluciones prácticas a mujeres y niños que se encuentren en situación de máximo riesgo. En el tema de la salud ha avanzado en el campo de la inmunización, la rehidratación por vía oral como medio para salvar la vida de niños afectados por diarrea grave, promoción y protección de la lactancia materna, lucha contra el VIH/SIDA, etc., con estas acciones se pretende garantizar la supervivencia y la salud de las mujeres y de los niños.

Su amplia experiencia en temas de salud, le ha permitido que en varias partes del mundo pero sobre todo en países pobres, haya conseguido avances significativos con relación a las tasas de salud y supervivencia de los niños y niñas, un ejemplo de ello es que entre 1992 y 2006, se redujo la tasa de mortalidad infantil en casi una cuarta parte³² del total de los afectados en el mundo.

La labor de UNICEF no solo se concreta al ámbito local, sino que trabaja en todos los niveles, así como colabora con los organismos que integran el sistema de las Naciones Unidas, con los diferentes gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, la fundaciones, el sector privado y con todas las partes interesada, con la finalidad de coordinar actividades y compartir conocimientos, para lograr avances y cumplir con los objetivos del Desarrollo del Milenio, ya citados con antelación. UNICEF concentra sus esfuerzos al establecimiento de mejores sistemas sanitarios, para lograr con ello salvar vidas de millones de niños y niñas. Es decir, “los esfuerzos en pro de la supervivencia de los niños y niñas de bajo costo y alto grado de eficacia mediante el apoyo a los Días Nacionales de Salud de la Niñez y a los servicios sanitarios sistemáticos”, son su prioridad.³³

Por otro lado, la organización Panamericana de la Salud (OPS), es una Institución que forma parte de la estructura Organizativa de la OMS, que se encarga de coordinar acciones sanitarias en los 35 países de América que se encuentran asociados, su misión es apoyar en materia de salud en forma focalizada o regional. Sin embargo algunos países de Europa forman parte de ella,

³² Disponible en (http://www.unicef.org/spanish/health/index_bigpicture.html)

³³ Disponible en http://www.unicef.org/spanish/health/index_action.html

ya sea como miembros asociados, como participantes o simplemente como observadores.

La misión de la OPS, es el de ayudar a que los países asociados de América, colaboren para combatir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y mental de las personas.

A casi un siglo de haberse constituido, ha logrado avances significativos, tales como erradicar la viruela, se eliminó la poliomielitis en América así como el sarampión, ha aumentado la esperanza de vida y ha bajado las tasas de mortalidad infantil en el continente, estos logros en el ámbito de la salud pública, se han conseguido gracias a que la OPS ha trabajado de manera conjunta con los diferentes gobiernos de la región.

Para que estas avances llegaran al mayor número posible de personas tuvo que haber trabajado de manera tenaz, con la intención de mitigar el sufrimiento causado por las enfermedades transmisibles y crónicas, otra acción que tomó fue la de fomentar el mejoramiento de la educación y del medio ambiente, con la finalidad de optimizar la vida de todos pero en especial la vida de los pobres.

Por lo anterior el campo de la salud es reflejado en la conformación de un nuevo orden mundial, su representación global es expresada de dos maneras fundamentales: “por un lado, las condiciones de salud de las poblaciones; por el otro, la respuesta social a dichas condiciones, tal como se le organiza mediante los sistemas nacionales de salud y el sistema mundial de salud” (Frenk J, Chacón F: 1991).

Es por ello que, en la reforma de lo que se ha llamado sistema mundial de salud, el intercambio internacional de servicios de salud, el desarrollo conjunto de recursos humanos y la investigación global, en un número cada vez más amplio de países, la atención a la salud es el centro de discusión sobre políticas públicas, “de hecho, la reforma de los sistemas de salud se ha convertido en un tema prominente como los programas de ajuste económico y los procesos de integración comercial”.³⁴

Como lo afirmó Hsiao (1992) en los países en vías de desarrollo, hoy día persisten graves problemas de equidad y calidad de la atención. Los problemas que se busca resolver son múltiples, además de la complicada evolución epidemiológica por la que atraviesan estos países, nos lleva a discurrir cambios radicales en sus sistemas de salud. Luego entonces en los países industrializados, los costos cada vez más elevados de la atención ya no son relacionados con mejoras en las condiciones de salud, pretenden intervenir negativamente en la competitividad de los productos en cada una de sus economías.

Por último con la reciente industrialización de países de Asia, y su vertiginoso crecimiento económico creo la necesidad y posibilidad de ampliar el acceso a la atención a la salud, y sobre todo los procesos de reforma dan la visión de un intento por reconciliar los objetivos de equidad y limitación de costos. Luego entonces, existe cierta convergencia en las propuestas de solución a los

³⁴ observatorio de la salud, III. políticas de salud, la reforma en México y en el mundo

problemas de salud en los diferentes países, y las medidas presentadas se dividen en cinco grandes grupos.³⁵

- Separar las funciones básicas de todo sistema de salud (regulación, financiamiento y prestación) con el fin de crear un sistema de pesos y contrapesos que promueva la competencia y, con ello, la eficiencia y la calidad de la atención.
- Instituir mecanismos permanentes para evaluar el costo y la efectividad de las intervenciones en salud con el fin de diseñar paquetes universales de servicios e incrementar la equidad.
- Hacer un uso más racional de la tecnología.
- Desarrollar programas para mejorar en forma continua la calidad de la atención.
- Fomentar la participación de los ciudadanos en su propia atención y en la implantación de las nuevas políticas de salud.³⁶

Como se puede ver estas medidas presentadas ofrecen grandes avances, sin embargo es mayor la complejidad de los problemas de salud, los cuales rebasan la capacidad de respuesta de los sistemas nacionales lo que, los obliga a desarrollar nuevas formas de cooperación internacional. El problema de OA no solo se presenta de manera local, también de manera internacional, por lo que la cooperación entre naciones es fundamental para contrarrestar la referida problemática, y queda bien marcado en el numeral cinco ya referido líneas arriba.

³⁵ observatorio de la salud, III. políticas de salud, la reforma en México y en el mundo

³⁶ observatorio de la salud, III. políticas de salud, la reforma en México y en el mundo

Queda claro que los gobiernos nacionales tienen responsabilidad sobre la salud de sus habitantes, y para que ello se cumpla en su totalidad se tendrán que poner en práctica los cinco grandes grupos ya referidos.³⁷

Un ejemplo de que los gobiernos prestan atención a los problemas de salud, son los tratados internacionales que suscriben y que forman parte de ellos, tal es el caso del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)³⁸, en su Artículo 12 establece las medidas que se deberán tomar para asegurar la efectividad del derecho a la salud, tales como:

- El mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud³⁹.

En conclusión lo señalado es un ejemplo de las acciones y medidas que los países han tomado para fomentar la salud entre sus ciudadanos. Y sería interesante que estas acciones se tomaran en cuenta de manera local (y también internacional) para la atención de la OA. Por lo que en el siguiente capítulo se abordará de manera concreta la respuesta que otorga el gobierno mexicano con relación a la Osteoartritis.

³⁷ observatorio de la salud, III. políticas de salud, la reforma en México y en el mundo, consultado en <http://portal.funhsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/cap-III-Obs-de-la-Salud.pdf>

³⁸ Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

³⁹ Ahora bien, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en el año del 2000 presentó una Observación general sobre el derecho a la salud, con la finalidad de aclarar y hacer efectivas las medidas ya mencionadas. Dicha observación General versa en torno a que la salud no solo cubre la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud.

2.3 La Situación de la Osteoartritis en México: Prevención, Atención y Acción del Estado.

A continuación presentaremos un breve resumen histórico de la presencia de la osteoartritis en diferentes épocas de la historia en el mundo, esto es con la finalidad de abordar posteriormente las acciones que han tomado algunos países y sobre todo México en relación a la problemática sanitaria de la OA.

Como ya se ha hecho mención la Osteoartritis o artritis degenerativa, es una condición derivada de la distribución de las cargas y presiones ejercidas sobre algunas articulaciones, tales como la cadera o la columna vertebral, esta actividad o marcha bípeda, constituye en sí misma un factor de riesgo mecánico de la osteoartritis. (ARTHOLINK.COM).

A nivel mundial, la Osteoartritis (OA) es la enfermedad reumática más frecuente y una de las principales causas de dolor articular y discapacidad, es un padecimiento inflamatorio crónico degenerativo, cuyo tratamiento final es el remplazo protésico total. La OA ocupa el 3er lugar de la consulta ortopédica a nivel mundial y los datos de la OMS arrojan que las enfermedades reumáticas representan el tercer problema de salud más importante en los países desarrollados.

Como ejemplo destaca que actualmente cerca de 27 millones de estadounidenses viven con artrosis que es la forma más común de enfermedad de las articulaciones, de los cuales el 46% corren el riesgo de desarrollar artrosis de rodilla y el 25% de cadera. Se presenta en 1 de cada 3 personas a nivel mundial y

es la cuarta causa de enfermedad en la mujer mayor de 60 años y la octava en el hombre. (American College of Rheumatology; 2015)

Por otro lado, en México, Se estima que el 30% de las personas de 45 a 65 años de edad y más del 80% de las personas mayores de 60 años presentan alteraciones radiológicas de osteoartritis en al menos una articulación. El padecimiento afecta en primera instancia a los adultos mayores, que en nuestro país son un poco más de 10.8 millones y según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se estima que el porcentaje de adultos mayores se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050. (CONAPO: 2006; 24)

Es necesario considerar que la población de adultos mayores crece considerablemente y como consecuencia la base social de personas que aportan recursos al conjunto social, disminuirá. Dicho de otra manera el bono demográfico que representa un segmento mayoritario de la población que se encuentra en edad productiva ira disminuyendo, se estima que en menos de 25 años la población de adultos mayores llegara a 15.6 millones de personas, por lo que para el año 2030 representara el 11.8% de la población nacional. Y como consecuencia los problemas de salud de adultos y adultos mayores serán los que mayor atención demanden.(Partida,2006)

Tabla no. 2.3 Población mayor de 65 años de edad en México (2010)

EDAD	POBLACION
65-69	2'317,265
70-74	1'873,934
75-79	1'245,483
80-84	798,936
85 y mas	703,295
TOTAL	6'938,913

FUENTE: Elaboración propia con apoyo de información generada por INEGI, Censo de Población 2010

De acuerdo con el último Censo de población de 2010, indica que la población mayor de 65 es creciente, con un poco más de seis millones, y si tomamos en consideración que los síntomas de la OA son más marcados a partir de esa edad, quiere decir que tenemos una población que puede ser considerada candidata a tener problemas articulares.

Por otro lado las proyecciones 2005-2050 de población en México ,presentadas por el CONAPO, indican que la población con mayor prevalencia en el año de 2010 es la de 20-24 con un total de 9'787,559 y para el año de 2050, esa población envejecerá 40 años y tendrá 60-64 años de edad, y para ese mismo año la población con mayor prevalencia será el adulto mayor con 65 años y con un poco más de 26 millones y medio de habitantes, lo que hará a México un país de ancianos.

Si tomamos en consideración lo arriba citado y sobre todo que la osteoartritis es una de las enfermedades que aparecen gradualmente con el paso del tiempo, de tal forma que afecta al 80% de personas mayores de 60 años, lo que nos lleva a determinar que la prevalencia en México de la OA en este grupo es de 7.4 millones y de acuerdo a datos arrojados por CONAPO se puede estimar que este número aumentará para 2050, llegando a tener más o menos 20 millones de personas que padezcan osteoartritis.

En virtud de ello, las políticas de acción en México se encuentran enfocadas a controlar la enfermedad por medio de rehabilitación y fármacos. La medicina ha optado por la búsqueda de tratamientos que ayuden a combatir los fuertes dolores ya que la OA es incurable, se requiere de una respuesta compleja coordinada por el Estado con un abordaje multidisciplinario aplicado en los distintos entornos: en el hogar, la comunidad, la escuela, los espacios públicos, gimnasios, etc.

El desconocimiento de síntomas y riesgos de la OA hace más vulnerable a la población, sin importar género y edad. La incorrecta exploración médica, debido a la falta de recursos materiales en las clínicas, así como personal calificado y los problemas de sub-registro⁴⁰ sobre el padecimiento son barreras que imposibilitan la atención preventiva.

El sistema de instituciones de salud existente en México (instituciones públicas y privadas, gubernamentales o no) responden a diferentes culturas, a distintos

⁴⁰ Encuesta Nacional de Salud 2012

momentos históricos e intereses económicos y al reconocimiento político de varios sectores de la población ⁴¹

El sistema de salud se encuentra dividido en tres grandes grupos⁴²:

- las instituciones de seguridad social, quienes atienden a las personas llamadas *derechohabientes* por cotizar cuotas obrero-patronales (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA)
- Sistema de salud dirigido a la población “abierta” o no asegurada (Secretaría de salud estatal y federal) en zonas rurales y urbanas
- grupo de sector privado, el paciente solventa los gastos derivados de la atención

Los sistemas de salud sustentan sus acciones mediante la normatividad establecida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4° “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. No son un fin en sí mismo, sino un instrumento para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud, sus objetivos están contenidos en la Ley General de Salud (Artículo 6). La cual establece las bases y modalidades para el acceso a los Servicios de Salud y

⁴¹ Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. Guadalupe Soto Estrada, apartado II La Salud Pública y la Medicina. Consultado en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/cap10.pdf>, pág. 11

⁴² Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. Guadalupe Soto Estrada, apartado II La Salud Pública y la Medicina, componentes del sistema de salud en México. Artículo 6 de la Ley General de Salud, consultado en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/cap10.pdf>

la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general (Artículo 1° Ley General de Salud 28/05/2012).

Por lo que, los índices de mortalidad, incidencia y prevalencia⁴³ de diversos padecimientos infecciosos transmisibles, enfermedades crónicas degenerativas y lesiones son motivo de atención y prevención médica. La respuesta del Estado ante estas problemáticas se da a través de un eje intersectorial multidisciplinario por medio del cual se realizan diagnósticos y se formulan medidas o alternativas de solución.

En conclusión, la importancia de la existencia de ejes rectores que identifiquen las deficiencias y las fortalezas de las políticas establecidas para la protección de la salud, así como los cambios epidemiológicos de salud en la población en los sistemas sanitarios a nivel nacional son necesarios para la correcta aplicación de las medidas ya sea preventivas o correctivas en la atención a la salud. No obstante es importante definir y establecer acciones integrales de salud mediante la identificación de enfermedades y actividades de salud que deben ser cubiertas por el sistema.

Dichos ejes rectores, como se anotó en el apartado anterior se encuentran perfectamente bien definidos en el Plan Nacional de Desarrollo de cada sexenio presidencial, y permiten orientar las políticas y programas del Gobierno de la República, con base en ello se trazan objetivos y se establecen acciones para su

⁴³ Incidencia y prevalencia son conceptos básicos estadísticos usados en el campo de la epidemiología. Tienen gran importancia en las profesiones sanitarias, para tener una idea de cómo se distribuyen y evolucionan en la población las enfermedades y otros fenómenos. Artículo especial, Programa de Publicaciones. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Washington, DC. EEUU. José A. Tapia Granados.

alcance. Así mismo sirven como guía para la creación de estrategias de solución a problemas públicos. Del PND se desprende el Programa Nacional de Salud (PNS) que trabaja de manera armónica con el primero, y de acuerdo a cada administración gobernante se identifican ejes de acción en cuanto a las deficiencias y desafíos en el quehacer político de cada periodo de gobierno.

CAPITULO III. INSTITUCIONES DE SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL, POLÍTICAS DE ATENCIÓN AL PROBLEMA DE OSTEOARTRITIS Y LA PERTINENCIA DE SU INCLUSION EN LA AGENDA PÚBLICA

Reconocer que la salud de una población depende de múltiples factores, nos hace replantear los mecanismos de acción de las políticas públicas, así como la participación de los distintos niveles de atención sanitaria por medio de los cuales, la Administración Pública del Gobierno del Distrito Federal otorga a la sociedad el derecho a la salud.

El presente capítulo tiene como finalidad evidenciar las barreras limitantes que los distintos niveles de atención tienen para ofrecer un servicio oportuno y preventivo en el caso específico de la Osteoartritis. A partir de lo cual y en función de los elementos expuestos se busca plantear la necesidad de su inclusión en la agenda pública.

Este último capítulo nos muestra un panorama epidemiológico con grandes desafíos en temas de salud, en cuya perspectiva posicionamos a la OA, como un padecimiento que no ha sido catalogado como un problema grave de salud pública, a pesar de conducir a la discapacidad y/o inactividad social.

La investigación considera el aparato de salud existente en el DF por ser una entidad de gran relevancia en el país, debido a que posee 8 millones 851 mil 080 habitantes, lo que se traduce en un producto Interno Bruto (PIB) estatal de 2,204, 492 (millones de pesos), a precios constantes de 2008, su tasa de crecimiento total es del 0.30%, ya que se considera la ciudad más grande del

mundo por el número de población existente y como tal requiere de mayores servicios, tales como unidades médicas, con un total de 699, entre otros servicios⁴⁴.

3.1 Los Servicios de Salud en el Distrito Federal, Primer y Segundo Nivel de Atención.

En México a nivel federal es la Secretaría de Salud (SSA) la dependencia encargada de brindar servicios de salud. Quien tiene la misión de establecer políticas de Estado con la finalidad de que la ciudadanía pueda ejercer su derecho a la seguridad social. Pretende conseguir un Sistema Nacional de salud Universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, encaminado a los grupos vulnerables, con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, la prestación de numerosos servicios basados en la atención primaria, la consolidación y promoción de la salud así como la prevención de las enfermedades, con la intención de fomentar en la ciudadanía corresponsabilidad⁴⁵. La atención primaria se da en los llamados “Centros de Salud”.⁴⁶

El Sistema de Salud en México, así como en el Distrito Federal se compone de dos sectores: el público y el privado. El público, comprende Instituciones de seguridad social tales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

⁴⁴ Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=09>

⁴⁵ Secretaría de Salud. Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2013.

⁴⁶ Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño

(ISSSTE),⁴⁷ los cuales prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía. Los Centros de Salud, son instituciones que dependen directamente de la Secretaría de Salud los cuales se normaran por la Ley General de Salud, (artículos 5,6) y su Reglamento, sus facultades normativas son las siguientes⁴⁸:

- Proporcionar servicios de salud a la población y mejorar la calidad de los mismos atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios del Distrito Federal y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- 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;
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y;

⁴⁷ Existen otras Instituciones de Salud que también prestan sus servicios a los trabajadores del sector formal de la economía tales como: Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR)

⁴⁸ Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/l150187.html>, consultado el 20 de junio 2015

- En general, a prestar eficientemente los servicios de salubridad general y local a que se refiere esta Ley, así como realizar las acciones de regulación y control sanitario en los términos de este Ordenamiento y demás disposiciones aplicables.

Por su parte, el sector privado presta sus servicios a la población con capacidad de pago y es financiado por el usuario antes o después de recibir la atención. Para nuestro estudio consideramos particularmente los servicios de salud pública, los cuales operan en función de políticas⁴⁹ de atención derivadas del gobierno federal o local, como se muestra a continuación.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

La Ley de Seguridad Social, establece que: “La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho 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”⁵⁰

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace oficialmente por decreto presidencial el 19 de enero de 1943 e inició operaciones el 1 de enero de 1944, es una Institución del gobierno federal, autónoma y tripartita (Estado, Patrones y

⁴⁹ Subirats (217) argumenta que las “políticas públicas están formadas por un conjunto de acciones y decisiones llevadas a cabo por diversos actores con la finalidad de resolver un problema definido políticamente como público”. Por lo que la elaboración de una política pública no se puede interpretar como la solución de algunos problemas definidos en relación a sus particularidades internas. La conformación y definición de los problemas públicos se traduce en un paso que forma parte de la política, la cual influirá y establecerá a los actores involucrados en ella, llámese autoridades públicas, grupos objetivo y beneficiarios finales. Así como las formas de intervención que se señalen en el programa de actuación político-administrativo.

⁵⁰ artículo 2 de la Ley de Seguro Social.

Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al propio instituto, con el propósito de combinar la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, es la Institución más grande en su género en América Latina⁵¹, es uno de los instrumentos básicos de la seguridad social, instituido como un servicio público nacional para los trabajadores y sus familias.

” la organización y administración del Seguro Social, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios de integración tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores, público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de Organismo fiscal autónomo”⁵². Luego entonces administrar las diferentes vertientes de seguro plasmados en la Ley de Seguro Social (LSS) es necesaria una certera gestión de las contribuciones y los recursos financieros, lo que permitirá proporcionar las prestaciones en especie y en dinero; y por su carácter de organismo autónomo, logrará una recaudación eficaz y con ello obtener la transparencia y el control en la información generada.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con dos tipos de sistemas, el obligatorio y el voluntario, *el primero*: comprende varias vertientes básicas de protección social, 1) seguro de enfermedad y maternidad; 2) seguro de riesgos de trabajo; 3) seguro de invalidez y vida; 4) seguro de retiro y vejez; 5) prestaciones

⁵¹ Disponible en <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>

⁵² artículo 5° d la Ley de Seguridad Social

sociales y 6) seguro de guardería⁵³. Referido así a las personas que tienen un trabajo formal.

El segundo aplica a las personas que no cuentan con un trabajo estable o un salario fijo, pues estas, pueden establecer convenios voluntarios, con la finalidad de conseguir algunos beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad.⁵⁴

En la siguiente tabla se presentan el número de clínicas y su clasificación en el primer y segundo nivel⁵⁵ de atención en el Distrito federal.

Tabla no. 3.1 Clínicas IMSS Primer y Segundo Nivel en el Distrito Federal

PRIMER NIVEL	CLASIFICACION	CANTIDAD
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR	UMF	44
UNIDADES AUXILIARES	UAX	53
SEGUNDO NIVEL		
UNIDADES DE ATENCION AMBULATORIA	UMAA	5
HOSPITALES	H	18
TOTAL		120

FUENTE: Elaboración Propia con Base en Datos de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) IMSS, 2012.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

En el año de 1959 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en una ceremonia en el Palacio de las Bellas Artes. Su

⁵³ Artículo 11, Ley del Seguro Social

⁵⁴ Artículo 6, Ley del Seguro Social

⁵⁵ Primer nivel: En estos centros de atención se llevan a cabo las medidas de salud pública preventiva y se detectan las enfermedades que son frecuentes; segundo nivel: En este nivel se atienden a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel que necesitan atención especializada, tales como diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, etc.

propósito fue ser una organización gubernamental que se encargaría del cuidado de la salud y seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado, con asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y muerte,⁵⁶ se encarga de otorgar beneficios sociales a los trabajadores del Gobierno Federal, así mismo ofrece asistencia en casos de riesgos de trabajo y muerte, invalidez y vejez. Su misión es la de contribuir a otorgar los seguros, prestaciones y servicios a los trabajadores al servicio del Estado, con una buena atención, respeto, calidad y dando cabal cumplimiento con valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia. Lo que permite cumplir satisfactoriamente con los niveles de bienestar integral para los derechohabientes.

En el ISSSTE, la plantilla de afiliados son los empleados del gobierno Federal y sus familias, así como los jubilados y pensionados⁵⁷, quienes tienen beneficios similares a los afiliados al IMSS. El servicio que presta el ISSSTE garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, maternidad, de rehabilitación física, farmacéutica y mental⁵⁸.

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establece que “La administración de los seguros, prestaciones y servicios establecidos en el presente ordenamiento ... estarán a cargo del organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado... que

⁵⁶ Disponible en <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/informes-y-programasInforme financiero y actuarial 2013>, consultad el 16 de junio 2015

⁵⁷ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Diario Oficial de la Federación , 02 de abril 2014

⁵⁸ Artículo 3, ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado

tiene como objeto contribuir al bienestar de los Trabajadores, Pensionados y Familiares Derechohabientes, en los términos, condiciones y modalidades previstos en esta Ley⁵⁹.

Y para que esto se cumpla el ISSSTE tendrá a su cargo la impartición de los servicios de salud en las diferentes clínicas y hospitales distribuidos en el país, tan solo en el Distrito Federal el ISSSTE tiene una población derechohabiente de 1'095,313. (<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=9>)

En la siguiente tabla se podrá apreciar la distribución, clasificación y cantidad de las unidades médicas y nivel de atención en el distrito federal.

Tabla no. 3.1.2 clínicas ISSSTE Primer y Segundo nivel en el Distrito Federal

PRIMER NIVEL	CLASIFICACION	CANTIDAD
CONSULTORIO MEDICO EN CENTRO DE TRABAJO	CMCT	50
CONSULTORIO AUXILIAR	CA	
CONSULTORIO DE ATENCION FAMILIAR	CAF	3
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	UMF	
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR	CMF	35
SEGUNDO NIVEL		
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR CON ESPECIALIDADES Y QUIROFANO	CMFEQ	
CLINICA DE ESPECIALIDADES SIN QUIROFANO	CE	5
CLINICA DE ESPECIALIDADES CON QUIROFANO	CEq	4
CLINICA HOSPITAL	CH	
HOSPITAL GENERAL	HG	4
TOTAL		101

FUENTE: Elaboración Propia con apoyo de Datos Obtenidos del Catálogo Único de Unidades Médicas 2013, ISSSTE

⁵⁹ artículo 5° de la Ley del Instituto de Seguridad y servicios sociales de los trabajadores del Estado

Centros de Salud (CS)

Son los responsables de brindar atención primaria Al paciente que no cuenta con los servicios médicos del IMSS e ISSSTE, con un pago traducido como costo de recuperación el ciudadano demandante de servicio médico podrá obtener atención médica para tratar algún problema de salud. En el caso de los Servicios Estatales de Salud en el Distrito Federal, operan 189 unidades de atención primaria, algunas de ellas ubicadas en zonas de alta marginación en las que la existencia de estos centros de atención representa la única alternativa para hacer frente a los problemas de salud que se presentan en la población de bajos recursos en el Distrito Federal.

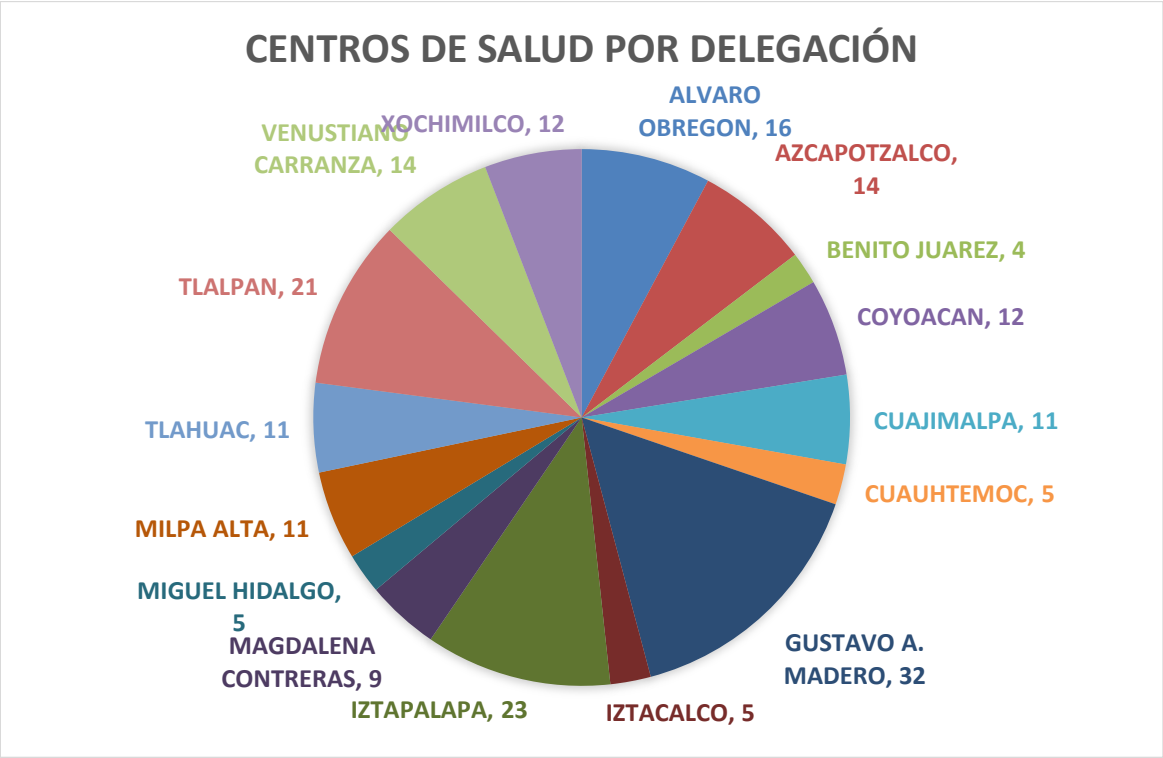
Los servicios de salud se han colocado en una situación singular debido al cambio demográfico y epidemiológico, no obstante este cambio no ha eliminado las antiguas causas de demanda de atención, tales como las enfermedades infecciosas o la atención prenatal. Dicha transición debe hacer frente a un gran número de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión.

Los servicios de salud en el Distrito Federal atienden a un total de 2'971,074, de personas que no forman parte de sector formal de la economía. (<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=9>)

Por otro lado, el esquema actual de los servicios de atención primaria que dependen de los Servicios Estatales de salud ha conseguido llevar servicios a la

mayor parte de la población en el Distrito Federal. Los 205 CS, se distribuyen en el DF como se muestra a continuación:

Grafica no. 3.2, Centros de salud en el Distrito Federal por Delegación



FUENTE: Elaboración Propia con apoyo a Datos del Directorio de Hospitales y Centros de Salud- Servicios de Salud del Distrito Federal

Como se puede observar en la gráfica, la Delegación Iztapalapa ocupa el segundo lugar en la distribución con 23 Centros de Salud o clínicas de primer contacto pertenecientes a los sistemas estatales de salud en el Distrito Federal, no obstante ser la delegación con la mayor concentración de población a nivel Distrito Federal. En lo que se refiere a la distribución de centros de atención

medica del IMSS, se cuentan con 2 hospitales y 4 clínicas, la distribución del ISSSTE, son 2 hospitales y 4 clínicas.⁶⁰

Seguro Popular

Dado al aumento en la demanda de los servicios de salud de las últimas décadas, en el año 2004 entró en vigor la reforma a la Ley General de Salud la cual creó el Sistema de Protección Social en Salud (Comúnmente conocido como Seguro Popular⁶¹), con la finalidad de ampliar en todo el país el acceso a los Servicios de Salud bajo un esquema de aseguramiento público⁶². El cual contempla la cobertura universal voluntaria de la población.

El principal objetivo del seguro popular es otorgar protección financiera en salud a la población no derechohabiente de la seguridad social. La atención de salud que se brinda a los afiliados es proporcionada por los Centros de Salud y Hospitales de los Servicios Estatales de Salud y de ser el caso por la red de Hospitales Federales⁶³.

El seguro popular cubre únicamente las intervenciones, medicamentos, estudios o análisis de laboratorio y gabinete incluidos en el Catalogo Universal de Servicios

⁶⁰ Programa Delegacional de Desarrollo Urbano para la Delegación Iztapalapa, visto en http://www.seduvi.df.gob.mx/portal/docs/programas/PDDU_Gacetitas/2015/PPDU-IZTAPALAPA.pdf, pág. 36

⁶¹ Es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos, y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1> consultado el día 15 de diciembre del 2014.

⁶² Ronaldo Cordera, 2012. "Los Determinantes Sociales de Salud en México", Fondo de Cultura Económica, México.

⁶³ Carta de Derechos y Obligaciones del Seguro Popular 2014. Secretaria de Salud. <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/beneficios/ARMADO CARTA DER Y OBLIG Low.pdf> consultado el día 13 de noviembre del 2014.

de salud (CAUSES). Su cobertura es limitada, en el caso de tratarse de enfermedades y servicios no cubiertos, el afiliado cubre el monto correspondiente.

3.2. Procedimiento en los Niveles de Atención de los Servicios de Salud.

Para que la atención del paciente que padece cualquier tipo de enfermedad se lleve a cabo en cada una de las clínicas arriba citadas, es necesario primeramente conseguir una consulta médica.

Consulta Médica

Es la entrevista en la que se establece la relación médico-paciente originada por la solicitud expresa del derechohabiente que requiere de la opinión profesional en salud para diagnosticar, controlar y curar el motivo que originó dicha solicitud⁶⁴. A la consulta médica se le considera como el primer contacto que se lleva a cabo en la unidad de medicina familiar, la cual se puede dividir en: consulta de especialidad o consulta de urgencias. En la primera el derechohabiente puede solicitarla en horarios establecidos en su unidad de adscripción, pudiendo ser por teléfono o de manera presencial. En el caso del servicio de que se requiera consulta en urgencias, el derechohabiente la podrá solicitar los 365 días del año, las 24 horas del día sin necesidad de presentar ningún tipo de documento que acredite la vigencia del derecho.

Por otro lado las unidades médicas se dividen en tres niveles de atención:

⁶⁴ Disponible en <http://sgm.issste.gob.mx/medica/>

a) Primer Nivel de Atención.

El primer nivel de atención al paciente, está conformado por Unidades de Medicina Familiar, en el caso del IMSS; Centros de Salud, en el caso de la S.S. A.; y Clínicas Familiares para el caso del ISSSTE, en los cuales se otorgan los servicios de salud básicos. En estos centros de atención se llevan a cabo las medidas de salud pública preventiva y se detectan las diferentes enfermedades crónicas degenerativas, dentro de las cuales se considera a la OA. Luego entonces el primer nivel es el umbral al Sistema Nacional de salud, ya que desde ahí se remite al paciente que así lo amerite al segundo o tercer nivel de atención. (Secretaría de Salud, 2009)

b) Segundo Nivel de Atención

En este nivel se atienden a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel (citado líneas arriba) que necesitan atención especializada, tales como diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, también se les realizan exámenes clínicos, análisis de laboratorio e interconsultas, todo depende de la necesidad del paciente. Pero sobre todo del tipo de enfermedad, ya que si presentan manifestaciones físicas y se evidencian los síntomas se deben de realizar tratamientos oportunos que limiten el daño y con ello recuperar la salud. No

importando tener que tomar medidas como tratamiento quirúrgico o clínico o que se tenga que internar para recibir la atención necesaria⁶⁵.

c) Tercer Nivel de Atención Médica

Este último está formado por una red de hospitales de alta especialidad, hay aquí subespecialidades y equipos de apoyo que no se encuentran en el segundo nivel de atención. En este nivel el hospital puede tener muchas subespecialidades, como sucede con las Unidades médicas de alta especialidad del IMSS o el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición o bien pueden especializarse en algún campo específico como sucede con otros Institutos Nacionales de Salud, especializados en cancerología, cardiología, neurología, geriatría, reumatología, ortopedia y rehabilitación (Soto, 2012)

Muchos de ellos se encuentran saturados debido a que la demanda excede la oferta de servicios de salud, haciendo que los pacientes tengan que realizar grandes periodos de espera a lo largo de su atención. Cabe señalar que en el campo de la Salud Pública existe también el Instituto Nacional de Salud Pública encargado de funciones de enseñanza e investigación en este campo. En este nivel se atienden problemas que no pueden ser resueltos en otros niveles y que requieren conocimientos más especializados o una tecnología específica en general costosa que se concentra en algunas unidades por razones costo-beneficio. Pudiendo ser el caso de la OA, ya que un implante de Rodilla o Cadera es sumamente costoso.

⁶⁵Disponible http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_basica_14.pdf

Para el caso de la OA, las guías de clínica práctica para detección del padecimiento ya han sido implementadas por el primero y segundo nivel, debido a que dentro de sus alcances está la prevención y diagnóstico. Se hace hincapié que en el tercer nivel ya se tratan padecimientos que los otros niveles de atención no es posible considerarlo, ya que no cuentan con lo necesario para su atención.

Sin embargo aunque el tercer nivel es más complejo, en cuanto a atención, en el periodo 2000-2006 con el surgimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mediante un esquema de aseguramiento público, se brinda apoyo a la población sin acceso a servicios de salud. Esto generó una estrategia de salud que procura el acceso integral a los servicios públicos de salud para todos los mexicanos sin distinción de condiciones sociales, económicas o laborales. Lo cual contempla la cobertura universal voluntaria de la población⁶⁶.

En conclusión los sistemas de salud en México, así como en el Distrito Federal, presentan las mismas características para la atención en los servicios de salud, con clínicas de primer contacto o nivel, de segundo nivel y tercer nivel. Para poder acceder a una atención más especializada, es necesario pasar por una fase de consulta médica, en la cual el médico familiar hará la valoración y según el grado de la enfermedad remitirá al paciente con el especialista, dependiendo el grado de lesión se canalizará ya sea al segundo o tercer nivel.

⁶⁶ Catalogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES 2010

3.3 Identificación de la Osteoartritis en la Población Mexicana

En el presente apartado se abordará de manera más detallada el problema de osteoartritis como problema de salud pública, como ya lo mencionó el Dr. Lavalle en entrevista realizada, “se presenta alrededor del 15% al 20% de la población por arriba de los 40 o 50 años, es decir pocas enfermedades tienen una manifestación tan prevalente como la osteoartritis”. En este caso se toma en consideración al primer nivel de atención médica, debido a que es el primer contacto con las personas y se encarga de prevenir enfermedades mediante su identificación oportuna. Hacer énfasis en que no ha sido tomado en cuenta de manera prioritaria aun siendo un padecimiento crónico-degenerativo.

Por tal situación se analizan algunos programas y políticas públicas que buscan la solución de problemas de salud en las enfermedades crónico-degenerativas, dentro de las cuales se encuentra la OA, que puede llegar a provocar en algunos casos discapacidad. Con la finalidad de conocer la magnitud del problema dentro de estas dificultades de salud.

Uno de los temas en los que más se centra este apartado es el de la prevención y diagnóstico temprano como una alternativa viable a un problema de salud, que no siendo tratado a tiempo termina con la calidad de vida de una persona, provocándole discapacidad motora o el implante de una prótesis, ya sea de rodilla o cadera.

Al no contar con evidencia estadística que muestre el número de casos a nivel local, se realizaron entrevistas a personajes especialistas del tema, así como a

trabajadores de la administración pública, quienes otorgan la respuesta del Estado ante esta problemática que se hace más persistente ante este nuevo panorama epidemiológico donde las enfermedades pasan de ser contagiosas a crónico-degenerativas, adicionando el incremento de la población adulta.

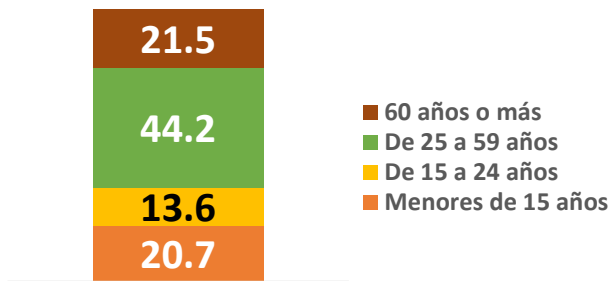
Lo anterior conlleva al impacto demográfico que se ve reflejado en el nivel y ritmo de vida de una sociedad moderna, los padecimientos y enfermedades que se han propiciado a partir de ello representan nuevas amenazas que requieren de acciones y estrategias de solución y prevención para mejorar la calidad de vida de las personas

De acuerdo a datos obtenidos en las proyecciones del Programa Nacional de Población 2014-2018, la esperanza de vida al nacer para la población mexicana es de 74.5 años⁶⁷, lo que representa que un sector de la población en etapa adulta sea vulnerable y propenso a desarrollar ciertas enfermedades, mismas que incrementan la necesidad de mayor atención médica. Y si a ello le anexamos que para el siglo XXI, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto.

La siguiente tabla muestra una proyección a futuro clasificada por grupos de edad para el año 2050.

⁶⁷ cifras con base al Programa Nacional de Población (PNP) 2014-2018.

Tabla No. 3.3 Estructura Poblacional por grupos de edad prevista para 2050



Fuente: Programa Nacional de Población 2014-2018

Como podemos observar la tabla muestra un escenario que establece un predominio en el rubro de edad de los 25 a 59 años, lo cual nos llevaría a inferir que para el año 2050 los adultos mayores serán el grupo de edad más demandante.

Una de las enfermedades más comunes en los adultos mayores es la Osteoartritis, que como se ha mencionado a lo largo del documento es un padecimiento que se encuentra clasificado como crónico degenerativo debido a que no tiene cura y al desgaste paulatino de las articulaciones conforme avanza la edad de la persona. (March, 1997)

Con el cambio del panorama epidemiológico de las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas y el envejecimiento de la población a nivel mundial, se adicionan los padecimientos que afectan al aparato locomotor (músculo esquelético) las lesiones o traumas también forman parte de esta nueva categoría de enfermedades degenerativas.

El siguiente apartado trae la evidencia de un caso específico, de manera muy concreta enfocaremos la atención a la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa

dependiente de los Servicios de Salud Pública del D.F, la cual aportara datos importantes sobre la atención de la Osteoartritis en esta comunidad cabe mencionar que se tomó como parte del tamizaje a esta investigación por ser una de las delegaciones políticas como mayor habitantes y en la cual se establecen diversos programas sociales derivados a la demanda social.

3.4 Realidades del Sector Salud en Torno a la Osteoartritis

Actualmente las instituciones de salud han identificado un incremento en la población adulta según lo señalado por el Dr. Francisco Javier Serna Alvarado⁶⁸-⁶⁹, la pirámide poblacional se encuentra invertida. Según las proyecciones de CONAPO se estima que el porcentaje de adultos mayores se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050. (Ver anexos 2 y 4)

Retomando las proyecciones del Programa Nacional de Población 2014-2018 donde resaltamos el predominio de la población en edad adulta este incremento se verá reflejado en la disminución productiva y activa de la base social. Es decir un segmento mayoritario de la población que se encuentra en edad productiva disminuirá por lo que se estima que en menos de 25 años la población de adultos mayores llegará a 15.6 millones de personas, por lo que para el año 2030 representará más de 12.5% de la población nacional, y como consecuencia los problemas de salud de los adultos mayores serán de mayor demanda de atención⁷⁰.

⁶⁸ Director Jurisdiccional de los Servicios de Salud Pública del D.F en la Delegación Iztapalapa

⁶⁹ Véase entrevista ubicada en el apartado de anexos

⁷⁰ Proyecciones de CONAPO 2010

Considerando que la OA es un padecimiento multifactorial con mayor frecuencia presentado en los adultos mayores, relacionado con el nuevo panorama epidemiológico de enfermedades crónicas degenerativas, tal situación se ha convertido en un problema de salud pública, el cual mediante medidas preventivas debe ser atendido para evitar la discapacidad en las personas y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

De acuerdo al Dr. Carlos Lavalle⁷¹, es un problema de salud pública el cual no ha tenido la suficiente difusión por lo tanto se carece de estadísticas que muestren la realidad en nuestro país por lo que se desconoce el impacto que genera en la población mexicana.

En entrevista nos explica que la problemática surge a partir de una inadecuada exploración médica y el desconocimiento de los síntomas y riesgos que este padecimiento genera. También señala la existencia de sub-registros⁷² estadísticos que representan las limitantes para la atención preventiva e identificación prematura.

Actualmente las instituciones de salud arrojan sub-registros de incidencia y prevalencia considerando a las articulaciones de rodilla y cadera como las más afectadas por el padecimiento. Cabe mencionar que los datos son generados por el segundo y tercer nivel de atención médica, mientras que el primer nivel remite a

⁷¹Medico Reumatólogo y Miembro del Sistema Nacional de Investigadores y Jefe de Subdivisión de Especializaciones Médicas de la Unidad de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

⁷² El concepto de subregistro se refiere a la omisión de información con respecto al sistema de estadísticas vitales de un país. Bajo esta definición, el concepto comprende principalmente al sistema nacional de salud en cuanto al sistema de estadísticas vitales de un país que procesa y sistematiza esta información. Dwigh Ordoñez, PhD- Consultor. Elementos para el diagnóstico del subregistro

los pacientes a otro nivel de atención médica cuando se encuentran en etapas avanzadas.

De acuerdo a la siguiente tabla obtenida por el área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa en el año 2014 se reportaron un total de 3,136 consultas a personas con OA, no se especifica la etapa de la enfermedad ni la articulación afectada.

Tabla no. 3.4, Atención en Consulta, Pacientes con Diagnóstico de Osteoartritis Medicina General (2014)

JURISDICCIÓN IZTAPALAPA, SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL D.F.												
GRUPO DE EDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	ENE-NOV
10-14 años								1		2		3
15-19 años							1					1
20-24 años			1		1	3	3	2	1		3	14
25-29 años						2	3	1			1	7
30-49 años	2		2	5	9	10	17	16	21	25	23	130
50-59 años	17	25	26	18	7	13	9	18	13	26	24	196
60-Mas	10	31	37	13	33	27	15	16	21	29	16	248
Totales	29	56	66	36	50	55	48	54	56	82	67	599

FUENTE: Elaboración Propia con apoyo a datos otorgados por la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, Generados por el Área de Estadística.

Lo anterior hace evidente la incidencia de casos de OA en distintas edades tanto para hombres y mujeres. Revisando los datos se puede apreciar que existe un número menor en casos en edades muy tempranas como es el caso de los 10 a los 29 años, como se ha mencionado los datos tienen problema de sub-registro por lo cual se desconoce los factores o bien los determinantes para que este padecimiento sea manifestado en este grupo de edad.

Por otra parte, se identifica que en el mes de octubre se ve un aumento en el número de consultas, el cual se incrementa en los meses de frío, lo cuales son los más frecuentados por las personas afectadas con el padecimiento, esto indica que la demanda de consulta es mayor derivada por dolores articulares en épocas de frío.

Es importante mencionar que el primer nivel de atención brinda la información estadística, esto quiere decir que el padecimiento ya ha sido identificado, pero no atendido como se debe, por lo tanto no hay atención especializada y se remite al paciente a otra instancia para su tratamiento.

Como bien lo menciona el Dr. Marco Ramos Olive⁷³. El primer nivel de atención identifica el padecimiento a través de una evaluación clínica radiográfica, de tal forma que la placa de rayos x determina el diagnóstico de OA, los médicos registran los datos de la consulta en la hoja diaria que es la generación de datos estadísticos y concluyen con la referencia a otro nivel de atención.

En entrevista se hace énfasis sobre la importancia de la medicina preventiva para la detección oportuna de este problema, dado que según los datos de la tabla en el año 2014 se detectaron 3,136 personas con este padecimiento, por lo que el Dr. Ramos responde que es un tratamiento enfocado en lo quirúrgico sin cura, que a pesar de estar siempre en la búsqueda de la mejoría en la calidad de vida de quienes la padecen, no suele ser tan sencillo, menciona que el problema de la obesidad es un factor importante en la incidencia de la OA, ya que se afectan las articulaciones de carga, tales como las rodillas y la cadera.

⁷³ Médico de centro de salud Chinampac de Juárez, primer nivel de atención

Considerando esta situación relevante, en relación a la obesidad y sus consecuencias (entre estas la OA), esta última y de acuerdo a la información proporcionada por el Dr. Ramos, señala que aunque no genera el mismo impacto que las enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión y diabetes, también se incluye en esta categoría por ser un padecimiento incurable y degenerativo y por su avance progresivo de acuerdo a la edad.

Como médico de centro de salud nos comenta que en este nivel solo se cuenta con dos analgésicos que ayudan a controlar el dolor, se carece de antioxidantes y de otros medicamentos que son de gran utilidad, que no son contemplados en el cuadro básico de sector salud.

Tal información respalda lo que nos menciona el Dr. Serna, quien desde su punto de vista señala que el sector salud, a primer nivel no se encuentra preparado como debería aún con la existencia de programas preventivos. Los cuales procuran informar a las personas sobre estilos de vida saludables, existe el combate contra la obesidad y el sedentarismo.

La apertura de consultorios de atención a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en algunos centros de salud, han sido algunos de los esfuerzos, sin embargo no se ha dado el peso importante a la OA dentro de éstos, ya que algunas acciones solo quedan en el plano de paliativas tales como:

- **Programa de Apoyo Económico para las Personas con Discapacidad Permanente**⁷⁴ en el cual se beneficia a un aproximado de 80, 985 personas

⁷⁴ Disponible en http://www.dif.df.gob.mx/dif/prog_serv.php?id_prog_serv=1 consultada el día 10 de noviembre 2014.

con discapacidad permanente, menores de 68 años nacidas y residentes del Distrito Federal, mediante la mejora de ingreso económico

- **Programa de Acción (Atención al Envejecimiento)**⁷⁵ El objetivo del Programa se fundamenta mediante el cumplimiento al mandato constitucional que se otorga a la población residente en la República Mexicana, el derecho a la protección a la salud y en concordancia con el Programa Nacional de Salud vigente. El sector salud instrumenta este programa de acción con base a las necesidades de la transición demográfica y epidemiológica que enfrenta el país. Se destaca como punto importante el sistema de pensión y jubilación; la composición de la población activa y las modalidades de participación de la misma. Otro punto importante son los servicios de rehabilitación para los casos de fractura o traumas. Señala la necesidad de desarrollar modelos interdisciplinarios de rehabilitación en todos los niveles
- **Programa de Combate Contra las Enfermedades Crónico Degenerativas**⁷⁶ El sobrepeso y la obesidad son problemas complejos y multifactoriales, involucrados dentro del cuadro de enfermedades no transmisibles que afectan de manera importante la productividad de las empresas, el desempeño escolar y desarrollo económico del país. Estos padecimientos no solo provocan impacto en lo social también desencadenan otro tipo de enfermedades degenerativas que como su

⁷⁵ Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf> consultada el [dia1](#) de enero del 2015.

⁷⁶ Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso y la Diabetes. Secretaria de Salud, septiembre 2013.

nombre lo indica van desgastando al individuo. El Sector Salud en correlación con la iniciativa privada ha implementado medidas de acción para contrarrestar esta problemática, implementando programas de salud alimentaria y promoción de activación física mediante la participación de diversos actores.

- **Clínicas del Dolor.** Dentro de algunos hospitales de segundo nivel de atención médica, para atención a pacientes con padecimientos crónicos degenerativos que presenten dolor intenso e incontrolable. Mediante cuidados paliativos en pacientes adultos y pediátricos. Por medio de asesoría médica de enfermería, nutricional, psicología y tanatología⁷⁷ Se destaca la atención a padecimientos degenerativos osteomusculares, consulta en columna, cadera y rodilla. En el caso del Hospital General de México se brinda la atención por medio de una ficha de pago y carnet.
- **Programa “El Médico en tu Casa”** Política pública reconocida por la labor médico preventiva que se realiza en la Ciudad de México. Conformada por 3,000 médicos, trabajadores sociales y psicólogos que recorren los domicilios de millones de capitalinos de la delegación Iztapalapa, para prestar atención y advertir padecimientos que pudieran poner en riesgo la vida de las personas en alta vulnerabilidad, especialmente mujeres embarazadas y adultos mayores, también se incluye a las personas con discapacidad que se encuentran sin movilidad postrados. Líneas de acción implementadas en el programa; Visita gratuita y tratamiento de ser

⁷⁷ Disponible en http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/area_medica/c_dolor/inicio.html consultado el día 3 de mayo de 2015.

necesario, Canalizar al paciente a instancia necesaria si así se requiere, en materia de medicina preventiva se recoge medicamento caduco para evitar su automedicación, se acude con robot dental para prestar servicio de limpieza odontológica a domicilio

Los programas arriba expuestos son respuesta del gobierno, en los cuales podemos identificar la existencia de alternativas viables para la solución de tres problemáticas importantes que resaltan en los anteriores; la discapacidad física, el incremento de la población de adultos mayores y las enfermedades crónicas degenerativas.

Si bien, analizando cada uno de ellos llegamos a la siguiente conclusión, las acciones de gobierno están focalizadas en los grupos vulnerables, por lo consiguiente, las problemáticas derivadas a éstos, sólo pueden atenderse de manera paliativa, las personas que padecen de discapacidad física reciben atención médica y apoyos económicos al igual que los adultos mayores quienes en su mayoría también son afectados por alguna enfermedad crónica-degenerativa.

Los servicios de rehabilitación y el abastecimiento de medicamentos para tratar las enfermedades crónicas no aparecen en los programas. En lo que respecta a las enfermedades crónico-degenerativas se destaca la obesidad y el sobrepeso, sin embargo no hay reconocimiento de la osteoartritis como un padecimiento crónico-degenerativo e incapacitante ya que se integra de manera general en las enfermedades reumáticas.

Para el caso del programa “medico en tu casa” las acciones están enfocadas nuevamente a grupos vulnerables, lo cual indica focalización en las acciones, es

considerable la existencia de un riesgo mayor en ese grupo, sin embargo, la prevención y difusión de la información es fundamental para la población en general y no solo actuar cuando el problema representa una discapacidad física permanente.

Como lo menciona el Dr. Lavalle, en su experiencia como investigador y especialista, para la osteoartritis no existe mejor medida preventiva que la exploración correcta, el diagnóstico temprano y sobre todo la capacitación a los médicos en esta materia, así como asegurar el surtimiento de analgésicos antiinflamatorios y de antioxidantes en las clínicas del primer nivel, de esta manera se prevé el problema.

“Le sale más caro al Estado poner prótesis a los pacientes” señala el Dr. Lavalle, quien nos comenta que el precio de una prótesis de rodilla oscila entre los \$150 mil pesos. Centrando esta información con los programas de acción que ya se mencionaron podemos decir que no existe posibilidad alguna para que un paciente con OA avanzada pueda obtener una prótesis, además no hay abastecimiento de medicamentos para combatir el dolor.

Para el caso de los afectados, el costo de no atender su enfermedad a tiempo o bien de no tratarla adecuadamente es reflejado en la afectación de su calidad de vida y economía. Por lo que, nos comparte su situación una mujer de 48 años, ama de casa quien acude a un centro de salud en Iztapalapa⁷⁸, después de haber sido atendida en el ISSSTE, relata que el dolor en las rodillas fue el que la hizo acercarse en primer instancia a un centro de salud. Para de ahí ser enviada al

⁷⁸ De acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales, publicada en el año 2008 en el Diario Oficial. Se omite el nombre de la paciente entrevistada.

ISSSTE donde se le diagnosticó la OA, que padece desde hace ya dos años. Actualmente compra su medicamento (colágeno de tiburón y glucosamina) para el dolor en la farmacia, así mismo comenta que entre las actividades más complicadas en realizar esta el subir y bajar las escaleras.

Un dato importante es que a pesar de tener este problema de salud serio, acude al ISSSTE para ser atendida por otros problemas de salud, ya que presenta hipertensión. Señala que de esa forma lleva un control médico para este segundo padecimiento, al preguntarle sobre las medidas que tiene para poder obtener mejor calidad de vida ante el problema de OA, señalo que la asistencia a terapias de rehabilitación es una alternativa poco viable ya que las citas son prolongadas y que si busca por instancias privadas le generan un costo que no es posible cubrir.

Como podemos ver existe un problema grave de difusión sobre lo que representa la OA como padecimiento crónico-degenerativo e incapacitante, y que este último término le da el peso que requiere para que el Estado y la población en general tomen las medidas preventivas pertinentes.

En las entrevistas realizadas al Director Jurisdiccional de Iztapalapa y al médico del centro de salud, no se tomaron en cuenta factores de riesgo dentro del área laboral, el primer actor si hizo mención un poco sobre las actividades deportivas, sin embargo no se contempla la difusión de medidas preventivas en el área laboral ni deportiva, por lo tanto hace falta tomar en cuenta la importancia de difundir información de factores de riesgo en esos campos.

De acuerdo a las cifras obtenidas por la Jurisdicción Iztapalapa, el año pasado los centros de salud de tal delegación atendieron en el periodo de octubre 2013 a

septiembre 2014, un total de 57,469⁷⁹ pacientes en medicina general, de los cuales se reportaron 3,136 consultadas atendidas por osteoartritis, es importante mencionar que se desconoce la fase en la que se encontraba la enfermedad y las causas de su origen, esto indica que no hay un panorama epidemiológico que muestre el comportamiento de la OA antes de llegar a su etapa avanzada.

3.5 La osteoartritis como un Problema de Salud Pública y su Recomendación para la Inclusión en la Agenda Pública

La transición epidemiológica en México presenta nuevos desafíos al sistema de salud que tradicionalmente ha priorizado sus programas sociales a enfermedades transmisibles y a la salud reproductiva. Las enfermedades no transmisibles se han incorporado con mayor lentitud a la lista de intervenciones prioritarias cubiertas por los prestadores públicos de servicios que atienden a la población no asegurada. Afirma el Dr. Lavalle que a pesar de que la OA constituye un problema de salud pública, no ha sido tratada, manejada y no se ha hecho la investigación adecuada para encontrar un tratamiento específico para esta enfermedad.

Como resultado, las demandas no satisfechas han sido cubiertas por el sector privado, generando que más de la mitad del gasto total en salud sea pagado mediante el gasto de bolsillo⁸⁰, es decir que la persona afectada por alguna enfermedad -en este caso por OA- tenga que cubrir los costos que la misma

⁷⁹Segundo Informe de Actividades y Gobierno, Delegación Iztapalapa, visto en http://www.iztapalapa.df.gob.mx/htm/20141204_001.html, el día 6 de septiembre 2015

⁸⁰ El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias. Visto en <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>

genera. Las decisiones para incluir nuevas intervenciones a través de un proceso más democrático y participativo han requerido de un ejercicio de definición de prioridades a través del análisis, que no sólo se base en evidencias, sino que también sea equitativo, transparente y producto del debate.

3.5.1. Análisis del Problema

¿Por qué merece ser reconocida la Osteoartritis como un problema público?

Como bien lo menciona el Dr. Lavalle, “la osteoartritis es la más común de las enfermedades reumáticas crónicas en el mundo, ya sea: por medio de los síntomas articulares, por medio de la patología articular y por la combinación de ambas. Con el cambio del panorama epidemiológico de las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas y al envejecimiento de la población mundial, la osteoartritis se ha convertido en un problema de salud pública... por otro lado su alta incidencia y prevalencia la ubican en este parámetro, ya al menos el 60% de la población mundial por arriba de los 60 años la padecen. En el contexto de las enfermedades reumáticas la OA es de 10 a 12 veces más frecuente que la artritis reumatoide, por ejemplo. En una serie de mil casos de autopsias, se documentó evidencia diagnóstica universal de erosión del cartílago en personas mayores de 65.

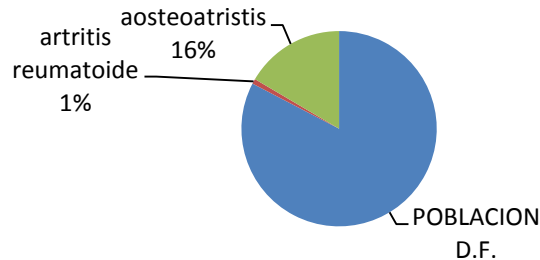
Como ya se mencionó sobresale un nuevo panorama epidemiológico el cual adiciona a las enfermedades infecto-contagiosas nuevos padecimientos que son considerados como crónicos- degenerativas, los cuales son incurables y como su nombre lo indica van desgastando la salud y la calidad de vida del individuo

paulatinamente. El sector salud a primer nivel considera prioritarios en este último rubro; la obesidad, la hipertensión y la diabetes, como importantes para su atención y cuidados.

Dentro de este panorama epidemiológico se encuentran las enfermedades reumáticas y la más común de ellas, es la Osteoartritis, la cual no aparece dentro de las enfermedades más demandantes, ya que sólo se contempla común en los adultos mayores, esta situación hace vulnerable a dicho sector de la población por lo cual el gobierno ha implementado programas sociales para contrarrestar su impacto mediante ayudas económicas, sin embargo se no se contempla la atención multidisciplinaria en este problema de salud llamado *osteoartritis* que resulta ser el paso a la discapacidad física.

Por otro lado, es importante considerar a la OA como un problema de salud prioritario, debido a que actualmente vivimos en una sociedad moderna en la cual los deportes y las actividades de alto impacto son un medio para combatir el estrés cotidiano y para algunos es la lucha contra la obesidad y el sobrepeso, pero la práctica inadecuada de dichas actividades más la obesidad, pueden ser factores propicios para afectar las articulaciones, en específico las de carga, como las cadera y las rodillas.

GRAFICA NO. 3.5.1, PREVALENCIA DE LA OA EN COMPARACION DE ARTRITIS REUMATOIDE



Fuente: Gráfica elaborada de la información obtenida mediante la entrevista con el Dr. Lavalle como especialista en la materia.

Así hace referencia el Dr. Lavalle al comentar que “pocas enfermedades tienen una manifestación tan prevalente como lo tiene la OA. La Artritis Reumatoide es menos frecuente, se encuentra entre el 1% de la población, en cambio de la osteoartritis puede ser del 20% dependiendo del grupo de edad. Las articulaciones que afectan la OA son aquellas que soportan el peso, la cadera y las rodillas. Esto produce incapacidad temporal y permanente, por eso representa un problema de salud pública”.

Como ya se comentó, los servicios de salud pública del Distrito Federal dentro del primer nivel de atención que contempla centros de salud y clínicas comunitarias, brindan atención médica a la población en general que no cuenta con ningún tipo de seguridad social. La labor del primer nivel es identificar padecimientos o enfermedades desde los primeros síntomas para evitar su propagación o la muerte de las personas, entre sus acciones se destaca la implementación de

políticas públicas y programas sociales para la solución a diversos problemas de salud.

Por otro lado, estadísticamente se contempla que los casos de osteoartritis son reportados por instancias de segundo y tercer nivel médico, ya que el primer nivel presenta casos de subregistros, es decir, se desconocen datos de la OA, tales como: la existencia de la enfermedad, la fase en que se encuentra el padecimiento, la edad del paciente y el motivo del desencadenamiento de la problemática de salud.

La falta de capacitación al personal médico en el primer nivel de atención, (quienes se encargan de prever que los padecimientos no se agraven) origina que se presente el problema de subregistro, el cual no permite conocer un panorama preciso del padecimiento de la OA en la población mexicana.

Lo anteriormente señalado lo soportan el Dr. Lavalle y el Dr. Ramos, al comentar el primero “ en parte los médicos somos responsables de esta situación, ya que no hemos hecho la difusión conveniente y necesaria para que dar a conocer el concepto de problema público” y el segundo argumenta “ el subregistro muchas veces ocurre porque la cantidad de trámites que hay que hacer después de haber registrado una enfermedad son muchísimos, entonces a veces se prefiere colocar solo un diagnóstico y con eso es suficiente... siendo éticos y estrictos tendríamos que tener la obligación de poner en la hoja diaria todos los diagnósticos que tenga el paciente y de esta manera poder llevar un mejor control”.

Como podemos observar el subregistro causa el desconocimiento de las personas que padecen OA, lo cual representa un problema grave, ya que no se tiene el dato preciso y como consecuencia no se puede valorar la magnitud del problema de OA, porque el impacto que genera la osteoartritis no sólo afecta a la persona en su integridad física, también en la moral (estados de ánimo, etc.), desde luego que repercute en la familia, ya que los gastos que esta genera van desde medicamentos que no se adquieren en los centros de salud, cirugías costosas con implantes de prótesis de cadera o rodillas, y en el peor de los casos genera discapacidad del individuo.

En análisis se obtiene el siguiente diagnóstico; la osteoartritis es un problema de salud debido al impacto (económico, físico y emocional) que genera no solo en la población adulta también repercute en cualquier momento de la vida de una persona. Destacamos los factores de riesgo que dan origen a la enfermedad en etapas tempranas de la vida del ser humano, resaltamos la importancia de prevenir y atender este padecimiento antes que este trascienda a la etapa incapacitante en la cual se afecta la integración familiar y se da paso a la dependencia de la misma.

3.5.2. Análisis de Soluciones

Siendo la OA un padecimiento crónico-degenerativo por ser incurable y multifactorial, requiere de una respuesta coordinada por el Estado con un abordaje multidisciplinario y preventivo aplicado en los distintos entornos de la sociedad: hogar, instituciones médicas, instituciones públicas y privadas, escuelas, espacios públicos, gimnasios, etc., mediante la promoción y difusión de sus principales detonantes.

Como bien lo sugiere el Dr. Ramos “la mejor opción es el diagnóstico temprano y capacitación de los médicos en esta materia, así como asegurar el suministro de analgésicos antiinflamatorios y antioxidantes en las clínicas del primer nivel...”

Como estrategia integral se considera la intervención de los Servicios de Salud en la difusión de información sobre los factores de riesgo dentro de los centros deportivos o gimnasios, lo cual implica mayor responsabilidad por parte de estos espacios. La impartición de medidas preventivas y la correcta aplicación de las actividades físicas y deportivas ya sean de alto o bajo impacto, evitarán la aparición temprana de la osteoartritis. Para el caso de las personas con sobrepeso y obesidad es importante implementar medidas que eviten riesgos mayores ya que son considerados como población vulnerable al padecimiento de osteoartritis.

Otra recomendación sugerida por el Dr. Lavalle es que “el médico general debería participar activamente en la prevención de la OA simplemente observando la alineación de los miembros inferiores en las personas mayores de 40 años de edad”

La existencia de un programa preventivo diseñado por el sector salud el cual logre identificar el número de personas afectadas por osteoartritis podrá generar lo siguiente;

- Realizar tamizaje⁸¹ mediante cuestionario en el cual las personas que presenten dolores articulares identifiquen los principales síntomas. En este

⁸¹ El concepto de tamizaje se refiere a la evaluación masiva de sujetos asintomáticos respecto de una patología específica y antes que ellos consulten espontáneamente.....Se entiende por pruebas de tamizaje aquellos exámenes aplicados con el fin de identificar una población, aparentemente sana, en mayor riesgo de

mismo cuestionar la ocupación, edad y la práctica de alguna actividad física o deportiva

- Promocionar el tamizaje dentro de áreas o espacios deportivos, gimnasios o espacios de impartición de actividades físicas. Con este punto y el anterior será posible generar información estadística que proporcione el número de casos que existen actualmente en las distintas edades
- Difundir en diversos medios la importancia de acudir a las clínicas de primer nivel a realizar su valoración médica en caso de presentar síntomas de dolores articulares
- Incluir dentro de las clínicas de enfermedades crónico degenerativas el padecimiento de osteoartritis para su atención y control para quienes la padecen, en las cuales es importante la rehabilitación mediante ejercicios para las personas con primeros síntomas.

Población Objetivo

- Adultos mayores
- Personas con obesidad y sobrepeso
- Personas que practiquen deportes o actividades de alto y bajo impacto, relacionados con la obesidad
- personas que presenten algún síntoma del padecimiento

no se tiene que soslayar que para poder aplicar lo arriba citado es necesario contar con literatura apropiada para tratar la OA, desde luego que se cuenta con

tener una determinada enfermedad, que hasta ese momento no se les ha diagnosticado. Consultado en <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/patolprostata/Tamizaje.html>

las guías de diagnóstico de cadera y rodilla, pero no todos los médicos saben de su existencia, entonces sería necesario darlas a conocer y programar capacitaciones con los médicos del primer nivel de atención, ya lo menciona el Dr. Lavalle “ la OA requiere de una guía clínica que le permita al médico general y al médico familiar reconocer los estadios tempranos de la enfermedad crónico-degenerativa conocida como osteoartritis. Es decir sería un documento que le permita al médico general desde el momento en que entra su paciente que limitación o dificultad que tiene para caminar, reconocer tempranamente la incapacidad que tiene el paciente, como mejorar esto y con qué tratamiento, esto en el caso de un paciente sintomático”

3.5.3. Recomendación de un Plan de Acción para que el Estado Preste Atención al Problema de Salud Pública de la OA

Siendo la OA un padecimiento crónico-degenerativo por ser incurable y a su vez multifactorial, requiere de la respuesta coordinada por parte del Estado con un abordaje multidisciplinario aplicado en los distintos entornos: hogar, Instituciones médicas, escuelas, etc.

La importancia de revisar la respuesta institucional tiene como principal objetivo generar alternativas de acción viables que sean verdaderas soluciones para el problema que genera la OA, como es el caso de la discapacidad. Y una de esas alternativas la presenta el Dr. Lavalle al comentar “yo creo que corresponde a la SSA y a las academias de trabajar en colaboración para establecer los lineamientos pertinentes para la prevención y tratamiento oportuno de las

enfermedades crónico-degenerativas, en este caso en la prevención y tratamiento de la osteoartritis”.

Su identificación oportuna y la difusión correcta de los factores que la generan, deben ser parte de las estrategias de acción para que esta problemática sea incluida en la agenda pública para su integral atención. Otra alternativa es recomendar incluirla dentro de la atención prioritaria de los padecimientos crónico-degenerativos del sector salud, debido a que se encuentra vinculada con la obesidad misma que es uno de los factores de riesgo que propaga la enfermedad prematuramente.

Los beneficios de detectar y atender este padecimiento evitarán al Estado, costear programas sociales de ayuda económica que en determinado momento son insuficientes para el número de personas que tienen algún tipo de discapacidad pero sobre todo la generada por la OA, desde luego que no se tiene que soslayar la afectación económica y productiva que le repercute al Estado ya que una población sana es económicamente activa. “porque le sale más caro al Estado poner prótesis a los pacientes, eso es lo que tendríamos que analizar cuanto nos está costando. Poner una prótesis de rodilla cuesta aproximadamente \$150 mil pesos”.

Por otro lado, la creación de clínicas que solo tratan al paciente de manera paliativa y que no cuentan con los recursos humanos y materiales suficientes para atender a la población son inoperantes.

Las debilidades y deficiencias del sistema de salud para la detección oportuna de la OA, entre la que destacan la falta de un registro estadístico para la obtención del número de casos de incidencia y prevalencia dentro del primer nivel de atención, siendo este de mayor relevancia por ser el de primer contacto con el afectado no obstante imposibilita conocer el comportamiento de la enfermedad y su perfil epidemiológico que determine los factores de riesgo que den lugar a la realidad de nuestra sociedad.

Este nivel de atención solo realiza valoración del grado en el que se encuentra el padecimiento, no puede involucrarse en más porque su papel es de prevenir enfermedades, por lo general el paciente acude cuando los dolores son incapacitantes. Evitar la fase avanzada de incapacidad funcional es una de las acciones que debe implementarse dentro de las clínicas de primer nivel de atención médica, mediante la exploración y diagnóstico inmediato. Para ello se debe contar con la capacitación de los médicos.

Es de resaltar la labor de la medicina preventiva y la atención médica dentro de los servicios básicos en el sector salud, ya que estos son determinantes en la detección y diagnóstico de los padecimientos que afectan a una población. Sin embargo es importante mencionar que la capacitación de los médicos en el primer nivel de atención no es la correcta. Así lo menciona el Dr. Ramos “la formación ortopédica de la mayoría de los médicos no es la más adecuada, entonces tendríamos que iniciar bien con la capacitación de los médicos en el diagnóstico de la OA”.

Por otro lado en el segundo nivel se atienden a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel que necesitan atención especializada, tales como diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. La detección de acuerdo con la guía está sustentada por medio de estudios de rayos X, al igual que el documento del primer nivel. Sin embargo la diferencia es que en el segundo nivel se determina un interrogatorio y exploración física que determine el diagnóstico de afectación.

La exploración física consiste en observar la deformación articular y crepitación⁸² de la misma. Con esto podemos decir que existe la participación de un médico especialista para la detección de los niveles de afectación del padecimiento, los cuales se Determinan por radiología más avanzada.

Ahora bien, en el Segundo nivel de atención, el tratamiento con medicamentos se prescribe el uso de esteroides y analgésicos controlados, lo que no ocurre en el primer nivel. En cuanto a los ejercicios físicos estos pasan a ser moderados acompañados por una serie de estiramientos más específicos y bajo supervisión de un experto.

Para que el paciente sea enviado al siguiente nivel de atención, es necesario determinar el nivel de gravedad de la enfermedad y esto puede ser por medio de los efectos del tratamiento; de no existir mejora en cuanto al control de dolor y mejores resultados en la terapia de rehabilitación en la movilidad, la persona

⁸² [Ruido](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Crepitacion) especial producido por: **Crepitación ósea**: el [frote](#) de los dos fragmentos óseos de un hueso, consultado en http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Crepitacion

pasará al siguiente nivel, lo que representaría ser candidato a una cirugía o prótesis.

Establecidas las líneas de acción para cada uno de los niveles de atención pasamos al punto que nos concierne, la atención de la OA en cada uno de ellos. De acuerdo a lo revisado hay una transformación en las demandas de atención las cuales se deben a un cambio demográfico y epidemiológico situando a las enfermedades crónicas-degenerativas como principales demandantes de atención, en este sentido se hace mención de las guías clínicas establecidas para la atención de los médicos, mismas que dejan por una parte las enfermedades contagiosas y ponen atención a las musculo esqueléticas como es el caso de la OA. Sin embargo no se llevan a la práctica, ya que muy pocos médicos conocen de su existencia. Lo que nos indica que no existen protocolos que le indiquen al médico los parámetros a seguir, en este sentido el Dr. Lavalle comenta que se tiene que hacer la difusión a nivel nacional porque “nadie está siguiendo ninguna guía ni protocolo para saber la verdadera incidencia y prevalencia de esta enfermedad”.

Estas nuevas enfermedades tienen como punto inicial el primer nivel de atención, en el cual se da la promoción y detección, mientras que el segundo nivel, se ocupa de su atención una vez detectada y clasificada como tal, y en lo que se refiere al tercer nivel, la atención de la OA se da, una vez que se determinó el grado de avance, el que el medicamento paliativo ya no es suficiente y que requiere de cirugía mayor, es decir implante de prótesis de cadera o rodilla.

Ahora bien dentro de estos niveles, se puede determinar que la participación del segundo y tercer nivel es necesaria toda vez que en estos se cuenta con especialistas en Reumatología, Traumatología y Ortopedia que el primer nivel de atención no tiene. Luego entonces podemos ver que el tercer nivel cuenta con rehabilitación, un servicio fundamental para los pacientes que padecen OA avanzada. Ya que esta enfermedad en un momento determinado lleva a los adultos mayores a un punto de discapacidad por dolor y limitación en la movilidad, según datos de las proyecciones de CONAPO 2005-2050, se estima que el porcentaje de adultos mayores se incremente a 12.5% en 2020 y para el año de 2050 llegue a 28.0, es importante recordar que la pirámide poblacional se está invirtiendo, por lo que si en México los adultos mayores son un poco más de 10.8 millones, para el 2050 incrementará a 13 millones 824 mil personas mayores de 65 años, quienes serán posibles afectados por la OA. (Ver anexo 4)

Así lo refiere el Dr. Serna al comentar “que se le dé la importancia a esta enfermedad crónico degenerativa es primordial porque uno tiene que considerar que hay una transición epidemiología y en esa hay un cambio importante, prácticamente se está invirtiendo la pirámide poblacional y ahora vemos personas más viejas y tendemos a ser una población más vieja y entonces quiere decir que las enfermedades de las personas adultas mayores está ocupando ya los primeros lugares”

Un factor que consideramos importante resaltar es que el Seguro Popular es solo un seguro no brinda la atención y su intervención consta en el apoyo para tratamiento a distintos padecimientos de alta especialidad, que son considerados

costosos por el gasto que genera a las familias, en esta categoría no aparece el padecimiento de OA o bien el padecimiento de problemas articulares. Si bien es un padecimiento que no provoca la muerte de quien lo padece, si genera gastos impactantes para la familia del afectado, considerando que se requiere desde rehabilitación hasta implantes de rodilla y cadera que son las articulaciones más afectadas por el padecimiento, ya generada la discapacidad supera el gasto en el presupuesto familiar ya que la persona afectada difícilmente puede obtener un empleo.

CONCLUSIÓN

La salud es un derecho fundamental, amparado por el Artículo 4° Constitucional, estipulado legalmente mediante la intervención estatal, es un factor importante y determinante para el buen funcionamiento en una sociedad. La carencia de salud impacta y perjudica en la productividad humana. Un ciudadano enfermo o bien que padece de alguna discapacidad tiende a enfrentar diversas limitantes que lo hacen difícilmente desempeñarse eficientemente, lo que se traduce en un bajo rendimiento laboral.

La vida cotidiana del ser humano está inmersa en diversas problemáticas sociales, el papel del Estado es decidir, actuar o dar solución de las mismas. De todas las situaciones adversas que hay en el entorno social destacamos las problemáticas de salud que trae consigo la osteoartritis que como hemos mencionado es de interés prioritario.

El presente documento logró identificar un momento coyuntural donde las enfermedades transmisibles suman otros padecimientos clasificados como no transmisibles, originados por una nueva forma de vida, lo cual indica que estos nuevos padecimientos afectan de manera general y gradual la integridad de una persona, como ejemplo el problema de OA.

Ante los problemas de salud, fue necesario que el Estado elaborara modelos de atención que permitieran darles solución, tal es el caso del modelo de salud pública, que como se ha señalado a lo largo del documento, trabaja en conjunto

con otras disciplinas para identificar causales, factores y población o sector afectado por algún padecimiento o enfermedad. No obstante es quehacer del Estado proveer los medios necesarios para que esto sea posible.

Como bien señalamos, entre los deberes del Estado está el proteger la salud e integridad de su población en general, es por ello que al reconocer la existencia de una problemática social decide establecer estrategias y medidas de acción que no solo busquen solucionar la problemática sino también prevenirla. Para que estas acciones se lleven a cabo se destaca la intervención de las Instituciones públicas para la ejecución e implementación de las mismas.

Como se desatacó la disciplina de políticas públicas permite la construcción de estrategias más eficientes que se materializan mediante instituciones públicas para dar solución a problemas públicos como el tema que en este trabajo ocupa.

Se resaltaron tres tipos de políticas: de Estado; de Gobierno y Públicas, cada una de ellas delimitadas e intervenidas por actores como el poder ejecutivo, (gobierno en turno) y la participación ciudadana con objetivo de responder o atender las necesidades sociales mediante Planes Nacionales de Desarrollo de un Estado o en programas públicos y sociales.

Resultado de las investigaciones que hicimos podemos anotar que la osteoartritis debe ser atendida prioritariamente por ser considerada como un problema de salud pública y causar discapacidad. El impacto se ve reflejado en la población de adultos mayores, pudimos observar que aparece en cualquier momento de la

vida de cualquier persona debido a factores de riesgo como la obesidad, las lesiones, actividades físicas y deportivas, entre otras.

Es alarmante saber que existen cifras importantes que identifican la discapacidad motriz como la más frecuente y prevalente en la población mexicana, sin embargo el desconocimiento de enfermedades que la originan es preocupante. La osteoartritis es un padecimiento multifactorial crónico y degenerativo hace falta la participación del primer nivel de atención médica en su difusión y promoción de acciones que hagan posible la prevención de este padecimiento en etapas tempranas y así evitar la discapacidad física.

Respondemos la hipótesis sobre la importancia de la intervención del primer nivel de atención en la identificación de este padecimiento, mediante el siguiente diagnóstico; su participación es limitada y se concreta solo en enviar a la persona en una etapa de la enfermedad avanza, mientras que el segundo y el tercer nivel de atención se encuentra sobresaturado en especialidades como lo es ortopedia, eso indica que las personas no tienen la atención oportuna y por lo tanto la afectación es integral nivel familiar y calidad de vida.

Esta situación produce insatisfacción en la ciudadanía, por lo cual el Estado decide implementar acciones mediante programas sociales para mitigar la problemática, un ejemplo son los apoyos o ayudas económicas a las personas que padecen algún tipo de discapacidad.

Esto determina mayor atención a enfermedades que causan daño irremediable al aparato locomotor y que se traducen en la discapacidad física en la personas. La

osteoartritis es un padecimiento crónico degenerativo y de acuerdo a datos presentados por el IMSS en el año de 2001, se clasificó a la OA como uno de los principales motivos de consulta y discapacidad y a su vez representó la cuarta causa de invalidez y la primera causa de cirugía de reemplazo articular.

Las consecuencias sociales de este problema de salud multifactorial propiciado por el deterioro del cartílago articular y desgaste de las articulaciones de mayor carga, son vinculadas a la fuerte demanda de acceso a servicios médicos de segundo y tercer nivel para la atención especializada, rehabilitación física, obtención de medicamentos controlados y en el peor de los casos la necesidad de una intervención quirúrgica para el implante de prótesis.

De acuerdo a nuestra investigación la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 determinó que para ese año el 1.4% de la población mexicana acudió a los servicios sanitarios, específicamente para atención de problemas osteoarticulares, sin embargo, se calculó que el 40% de los mismos optaron por la medicina privada para su atención, esto demuestra la poca participación de las instituciones públicas para la atención a estos problemas que son prioritarios por ser vinculados a la discapacidad física.

Bajo el perfil epidemiológico en materia de salud, la osteoartritis es frecuente en las mujeres en un 30% en el rango de edad de 45 y 64 años, mientras que para el género masculino tiende a ser a partir de los 65 años en un 86%, no obstante cabe mencionar que uno de los factores de riesgo más importantes para su desarrollo temprano es la obesidad, que si bien se hace presente en las guías

clínicas médicas de las instituciones de salud no hay evidencia de ser población focalizada para la valoración y detección del padecimiento osteoartritis.

La osteoartritis, como se ha mencionado es multifactorial y debido a ello es propensa a afectar a otros sectores de la población, entre los que se destacan los deportistas de alto y bajo rendimiento y trabajadores que tratan con artículos pesados. Su impacto deriva en las lesiones articulaciones, huesos y músculos. Esta situación trae consigo la incidencia de casos nuevos de OA no solo en edades adultas sino también en personas jóvenes.

La respuesta del Estado para la atención y cuidado a la salud mediante la concepción universal de la población es la creación del Seguro popular, que si bien es sólo el medio para proveer al ciudadano de un seguro que garantice el acceso a la atención médica gratuita, para beneficio de las familias con pocos recursos establece parámetros de apoyo para las enfermedades consideradas graves y costosas sin embargo enfermedades como la OA no están contempladas para su tratamiento y atención médica.

Como pudimos identificar la intervención del segundo nivel médico donde figuran hospitales con especialidades es mayor ante el problema de osteoartritis, ya que el primer nivel de salud que contempla los centros de salud de primer contacto canalizan a los afectados que tienen la osteoartritis en etapa avanzada a otras instancias, estos últimos no proveen de medicamentos ni realizan la identificación de los primeros síntomas del padecimiento.

Esta situación fue observada en los datos registrados por la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa en el año 2014, la cual reporto para ese año un total de 3, 136 consultas a personas con problemas de osteoartritis. Cabe mencionar que los datos estadísticos carecen de información específica, se desconoce la etapa en la cual se encuentra desarrollada la enfermedad así como el factor de riesgo que lo desencadena.

No se cuenta con información que indique si esta enfermedad representa mayor riesgo para cierta población independiente a los adultos mayores, esto debido a que se encontró incidencia de casos en grupos de edades jóvenes que aunque son incomparables con los adultos mayores que ocupan las mayores cifras, también aparecen como afectados por el padecimiento. Es por ello que a lo largo de todo el documento se hizo énfasis del gran problema de subregistro en los sistemas de salud, sin esta información se desconoce el impacto real que genera la osteoartritis a nivel primario.

Se identificaron cinco acciones que el Estado decidió llevar a cabo para la atención a problemas de discapacidad (apoyos económicos), crónico degenerativos (creación de clínicas dentro de algunos centros de salud), de salud en los adultos mayores (apoyos económicos) y de enfermedades incurables (clínicas del dolor). De los cuales la única que sobresale y se vincula con el problema de osteoartritis es la clínica del dolor, sin embargo no es de primer nivel, por lo tanto no identifica o atiende en las primeras etapas el padecimiento y su atención aun siendo integral se maneja de manera paliativa, lo cual quiere decir que la persona con osteoartritis seguirá asistiendo a rehabilitación y

consumiendo fármacos que le generarán un costo, por lo tanto en este caso no hay cabida para las acciones preventivas.

Revisando las ayudas económicas a los adultos mayores y personas discapacitadas, se destaca la importancia de estos grupos como vulnerables, sin embargo el apoyo económico también es una acción paliativa ya que la vejez no se contrarresta con ninguna acción al igual que la discapacidad. Por otra parte no se contempla el padecimiento de la osteoartritis en apoyo a tratamiento médico ni terapia de rehabilitación.

En lo que respecta a las clínicas crónico- degenerativas, establecidas en algunos centros de primer nivel (centros de salud) no se contempla el padecimiento de osteoartritis como parte de este grupo de enfermedades que se consideran prioritarias. Por lo tanto no existen acciones de control a la enfermedad ni detección oportuna.

Por último el programa *médico en tú casa* de acuerdo a la investigación, no tiene lugar en ser considerado una acción determinada para la atención al problema de osteoartritis ya que se focaliza en grupos vulnerables como mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad, esto es con la finalidad de brindar atención médica general.

Debido a estas limitantes de acción es que el presente trabajo determina que el segundo nivel de atención es el que se encarga de brindar la atención a este problema de salud. Como quedo especificado, es el segundo nivel constituido por hospitales de atención especializada quien otorga las consultas y tratamientos a

pacientes con problemas de osteoartritis, sin embargo, de acuerdo a la evidencia de la entrevista que realizamos a una paciente de centro de salud, indica que las listas de espera para poder acceder a estas, son bastante largas no obstante que los medicamentos se consiguen por cuenta del paciente ya que no los proveen las instituciones de salud.

Queda fuera el tercer nivel de atención ante este problema ya que éste se conforma de altas especialidades y equipos de alta tecnología y por lo tanto genera un costo, el acceso a este tercer nivel se ve limitado debido a las características que lo destacan, no obstante existen algunos apoyos que benefician a poca población.

Hace falta la evidencia de la sociedad mexicana en cuanto a conocer el comportamiento de este padecimiento que ahora afecta a edades tempranas, realizar censos que dejen fuera al subregistro ya que solo esconde realidades, de esta forma no tiene lugar la focalización de atención en los sectores de la población.

El planteamiento de darle participación al primer nivel se cumpliría, si y solo si, se le otorgue al afectado atención preventiva y paliativa, ya que si en éste se da oportunidad de identificar el padecimiento antes que pase a segundas etapas que se encuentran sobrecargadas, no será necesario llegar a otro nivel de atención. Como bien lo menciona en la entrevista el Dr. Serna, Jefe Jurisdiccional, hace falta una mayor participación por parte de los servicios de salud en primer nivel en cuanto a la promoción de la detección oportuna a este padecimiento llamado osteoartritis.

De acuerdo a lo obtenido en el análisis y diagnóstico del problema *osteoartritis*, se presentan alternativas de acción como propuestas para la administración pública, específicamente los Servicios de Salud de primer nivel, para la creación de un programa Estatal multidisciplinario integrador de bases que muestren la realidad y comportamiento de la población mexicana frente al padecimiento arriba referido, para así fortalecer lo estipulado en los Planes de Desarrollo de los últimos sexenios, así como darle participación a la medicina preventiva.

Es importante mencionar que en el primer nivel de atención, el punto de partida es poner mayor énfasis en datos que nos generen el número real de los pacientes que tienen OA o que sean candidatos a la misma, ya que en este nivel se da el primer contacto médico-paciente. En él se identifican principales factores de riesgo, y lo que hace falta es crear evidencia de un problema que no es identificado correctamente.

Por otro lado, se busca establecer una recomendación viable que sea punto de partida para considerar que la osteoartritis debe ser padecimiento prioritario para el sector salud en el primer nivel de atención, para así posicionarlo en la agenda pública como un problema de salud que propicia la incapacidad de las personas, mediante el análisis de la problemática. Todo lo expuesto nos lleva a una respuesta, la *osteoartritis* es un problema de salud pública porque afecta a la población en general, a mediano o largo plazo, no sólo a los adultos mayores, también a las personas con sobrepeso u obesidad, a las personas que practican algún deporte o actividad de alto impacto y a los que trabajan cargando cosas pesadas.

Dentro de los objetivos de las soluciones analizadas, se pretende evitar la fase avanzada que genera discapacidad funcional. Como medida de acción se considera implementar estrategias dentro de las clínicas de primer nivel de atención médica, una de ellas es la exploración correcta y oportuna así como la identificación inmediata no sólo en los adultos mayores, también en los deportistas de alto y bajo nivel, así como las personas con obesidad y crónicos. Para ello se debe contemplar la capacitación de los médicos y la difusión de las medidas preventivas mediante la creación de programas sociales por medio de medidas preventivas más que paliativas. Así lo refiere el Dr. Ramos “el tratamiento consiste principalmente en medidas preventivas, por ejemplo, mantenerse en su peso ideal, hacer ejercicio moderado, corregir los defectos de alineación de las articulaciones, recibir el tratamiento adecuado con antiinflamatorios y analgésicos. Hacer ejercicio para mantener la fortaleza de los músculos en las articulaciones estabilizándolas.... Para fortalecer los músculos y mantener firmes las articulaciones es necesario hacer ejercicio”.

Otro punto, es el incluir en las clínicas de atención de enfermedades crónico-degenerativas establecidas en algunos centros de salud, el padecimiento de osteoartritis por ser de la misma categoría, mediante un censo que identifique la población afectada y su nivel de afectación así como los determinantes que dieron origen a la problemática.

Para lo anterior es indispensable realizar campañas del sector salud dirigidas a la población en general, que hagan evidente el problema. Un equipo multidisciplinario que se enfoque en atender a la población desde los primeros

síntomas del padecimiento. Los centros de salud deben contemplar la asistencia de un médico especialista en ortopedia, para brindar servicios de rehabilitación desde las primeras señales de afectación en las articulaciones o bien la detección oportuna de osteoartritis.

También se tendrá que diseñar por parte del Sector Salud un programa preventivo, en el que se identifique el número de personas afectadas por la OA, a través de diferentes vertientes, tales como, tamizaje, difusión, información, etc.

Lo importante es como se organizan los servicios de salud, tanto en el primero, segundo y tercer nivel de atención para atacar este problema de salud pública. Se han realizado esfuerzo, uno de ellos es que se está manejando en el Distrito Federal la apertura de consultorios de enfermedades crónico- degenerativas donde se atiende entre otros problemas el de la OA. Pero no es suficiente se necesita que se destinen más recursos para la investigación, para que se experimenten nuevas formas de tratarla y prevenirla. Desde luego tienen que haber políticas públicas que se implementen para que los gobiernos en sus distintos niveles y a través de las secretarías y los servicios de salud las puedan aplicar.

ANEXOS

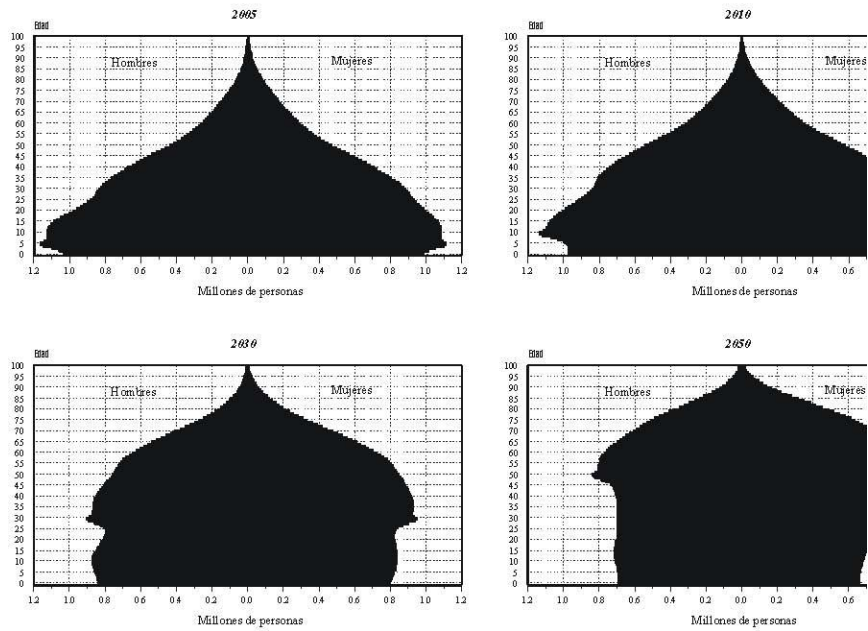
ANEXO 1

Grupos de edad	Distribución de la población por condición y tipo de limitación en la actividad. México, 2010								Sin limitación en la actividad
	Total	Con limitación en la actividad							
		Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Hablar o comunicarse	Atender el cuidado personal	Poner atención o aprender	Mental	
Nacional	4.1	53.6	28.4	11.0	8.8	5.0	4.6	9.9	95.9
Menos de 65 años	2.7	43.6	29.0	7.6	11.9	4.3	6.0	14.0	97.3
65 a 69 años	15.5	66.7	29.4	10.4	3.2	3.6	1.5	2.9	84.5
70 a 74 años	21.1	69.0	27.5	13.1	3.3	4.1	1.7	2.7	78.9
75 a 79 años	28.2	70.4	26.7	16.0	3.5	5.1	2.0	3.0	71.8
80 y más	41.6	72.4	27.1	22.4	4.7	9.8	3.6	3.8	58.4
Hombres	4.2	50.3	27.3	12.1	10.1	4.8	5.0	11.1	95.8
Menos de 65 años	2.9	42.1	27.0	8.0	13.1	4.4	6.5	15.3	97.1
65 a 69 años	15.4	63.4	29.0	13.0	3.8	3.7	1.5	3.4	84.6
70 a 74 años	20.7	65.5	27.4	16.3	3.8	4.1	1.7	3.0	79.3
75 a 79 años	27.7	66.5	27.1	19.8	4.1	4.8	1.9	3.0	72.3
80 y más	40.5	68.0	28.1	26.7	5.0	7.9	3.1	3.3	59.5
Mujeres	4.0	57.0	29.6	9.9	7.6	5.3	4.2	8.6	96.0

Fuente: INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Tabulados básicos del cuestionario básico. La suma de los distintos tipos de limitación en la actividad puede ser mayor al total por aquella población que tiene más de una limitación

ANEXO 2: PIRAMIDES DE POBLACION 2005-2050

Pirámides de población, 2005-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

ANEXO 3: POBLACION MEDIA POR SEXO (HOMBRE) Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, 2005-2050

Población media por sexo y grupos quinquenales de edad, 2005-2050

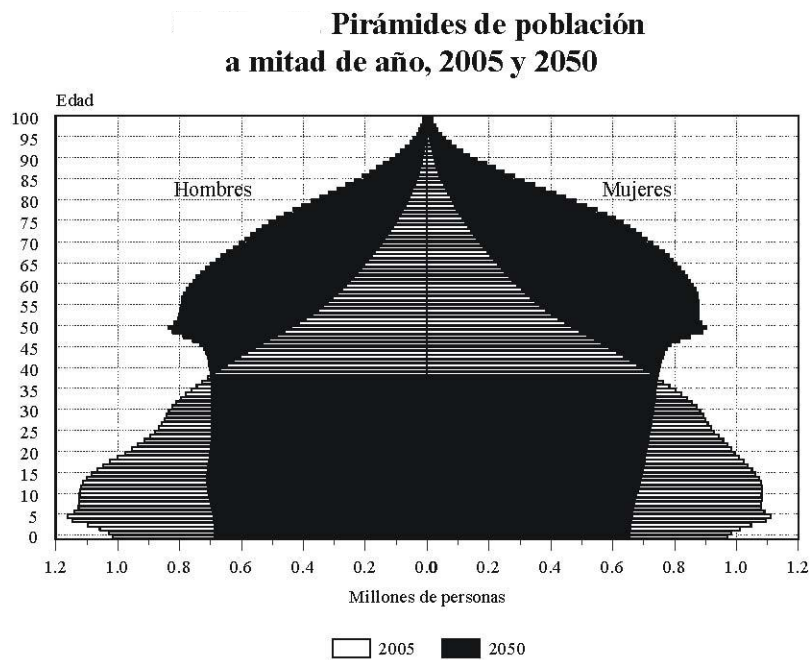
Edad	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Total							
Total	103 946 866	108 396 211	112 310 260	115 762 289	120 928 075	122 936 136	121 855 703
0-4	10 449 530	9 493 079	9 184 863	8 950 676	8 224 259	7 332 346	6 722 902
5-9	11 118 417	10 166 109	9 234 928	8 937 528	8 416 569	7 555 113	6 813 747
10-14	10 972 772	10 830 431	9 907 371	9 002 446	8 495 408	7 810 631	6 966 501
15-19	10 400 539	10 453 089	10 324 392	9 448 075	8 315 246	7 834 754	7 035 384
20-24	9 522 244	9 787 559	9 848 107	9 740 869	8 111 700	7 662 068	7 048 908
25-29	8 834 814	9 062 996	9 329 047	9 398 454	8 539 550	7 521 567	7 094 338
30-34	8 316 142	8 535 092	8 772 859	9 036 662	9 041 571	7 550 794	7 141 866
35-39	7 444 245	8 104 443	8 335 982	8 579 308	8 931 605	8 155 118	7 193 702
40-44	6 416 748	7 273 192	7 934 955	8 176 056	8 694 486	8 741 500	7 322 561
45-49	5 255 443	6 254 607	7 105 217	7 767 048	8 275 048	8 653 853	7 937 788
50-54	4 095 479	5 089 478	6 073 183	6 915 508	7 836 994	8 382 315	8 475 784
55-59	3 204 335	3 922 136	4 890 207	5 853 685	7 344 069	7 892 425	8 309 609
60-64	2 511 506	3 011 235	3 700 893	4 632 496	6 382 086	7 321 864	7 906 712
65-69	1 922 627	2 290 174	2 757 184	3 405 399	5 176 243	6 603 657	7 202 464
70-74	1 404 183	1 674 694	2 001 161	2 422 553	3 818 151	5 379 439	6 300 300
75-79	960 251	1 141 892	1 363 465	1 638 551	2 514 980	3 939 388	5 168 266
80-84	600 427	706 312	840 152	1 010 027	1 521 179	2 499 441	3 656 705
85-89	310 678	380 609	447 938	537 587	813 151	1 321 374	2 178 841
90-94	148 831	157 032	192 353	229 073	351 054	569 794	1 005 365
95-99	48 641	51 942	55 216	68 528	105 788	176 071	314 485
100 o más	9 014	10 110	10 787	11 760	18 938	32 624	59 475
Hombres							
Edad	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Total	51 238 427	53 229 849	54 953 898	56 453 709	58 624 028	59 284 702	58 520 261
0-4	5 345 164	4 848 908	4 692 465	4 573 889	4 204 241	3 749 324	3 438 374
5-9	5 676 290	5 194 201	4 710 624	4 559 968	4 296 163	3 857 751	3 480 075
10-14	5 577 237	5 506 633	5 041 441	4 573 857	4 318 623	3 972 228	3 544 099
15-19	5 220 747	5 245 085	5 182 810	4 746 954	4 172 997	3 934 249	3 534 422
20-24	4 675 611	4 833 713	4 863 039	4 813 786	4 007 064	3 788 385	3 487 740
25-29	4 289 907	4 392 780	4 550 349	4 584 848	4 176 836	3 675 959	3 471 289
30-34	4 042 682	4 108 261	4 217 892	4 373 323	4 384 530	3 663 716	3 471 197
35-39	3 627 597	3 915 784	3 990 233	4 104 263	4 305 454	3 947 652	3 482 237
40-44	3 124 708	3 526 407	3 816 052	3 897 656	4 173 936	4 211 061	3 533 569
45-49	2 547 048	3 029 186	3 427 654	3 718 014	3 930 085	4 146 436	3 824 694
50-54	1 969 614	2 449 332	2 921 885	3 315 341	3 700 457	3 991 972	4 056 347
55-59	1 527 580	1 868 995	2 332 855	2 792 756	3 468 405	3 705 484	3 941 318
60-64	1 184 285	1 418 405	1 743 433	2 185 552	3 004 550	3 401 551	3 711 797
65-69	894 059	1 063 200	1 279 219	1 580 693	2 409 499	3 048 035	3 312 808
70-74	640 714	763 771	911 426	1 102 802	1 742 804	2 453 458	2 840 032
75-79	426 761	509 378	608 186	729 719	1 119 692	1 759 389	2 289 580
80-84	258 077	306 572	366 319	440 156	660 412	1 086 788	1 587 501
85-89	128 719	160 371	190 845	230 023	346 529	561 954	928 624
90-94	59 393	64 332	80 301	96 724	148 817	240 688	425 575
95-99	18 798	20 642	22 587	28 580	44 928	74 717	133 612
100 o más	3 436	3 893	4 283	4 805	8 006	13 905	25 371

ANEXO 4: POBLACION MEDIA POR SEXO (MUJERES) Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, 2005-2050

Concluye							
Edad	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Mujeres							
Total	52 708 439	55 166 362	57 356 362	59 308 580	62 304 047	63 651 434	63 335 442
0-4	5 104 366	4 644 171	4 492 398	4 376 787	4 020 018	3 583 022	3 284 528
5-9	5 442 127	4 971 908	4 524 304	4 377 560	4 120 406	3 697 362	3 333 672
10-14	5 395 535	5 323 798	4 865 930	4 428 589	4 176 785	3 838 403	3 422 402
15-19	5 179 792	5 208 004	5 141 582	4 701 121	4 142 249	3 900 505	3 500 962
20-24	4 846 633	4 953 846	4 985 068	4 927 083	4 104 636	3 873 683	3 561 168
25-29	4 544 907	4 670 216	4 778 698	4 813 606	4 362 714	3 845 608	3 623 049
30-34	4 273 460	4 426 831	4 554 967	4 663 339	4 657 041	3 887 078	3 670 669
35-39	3 816 648	4 188 659	4 345 749	4 475 045	4 626 151	4 207 466	3 711 465
40-44	3 292 040	3 746 785	4 118 903	4 278 400	4 520 550	4 530 439	3 788 992
45-49	2 708 395	3 225 421	3 677 563	4 049 034	4 344 963	4 507 417	4 113 094
50-54	2 125 865	2 640 146	3 151 298	3 600 167	4 136 537	4 390 343	4 419 437
55-59	1 676 755	2 053 141	2 557 352	3 060 929	3 875 664	4 186 941	4 368 291
60-64	1 327 221	1 592 830	1 957 460	2 446 944	3 377 536	3 920 313	4 194 915
65-69	1 028 568	1 226 974	1 477 965	1 824 706	2 766 744	3 555 622	3 889 656
70-74	763 469	910 923	1 089 735	1 319 751	2 075 347	2 925 981	3 460 268
75-79	533 490	632 514	755 279	908 832	1 395 288	2 179 999	2 878 686
80-84	342 350	399 740	473 833	569 871	860 767	1 412 653	2 069 204
85-89	181 959	220 238	257 093	307 564	466 622	759 420	1 250 217
90-94	89 438	92 700	112 052	132 349	202 237	329 106	579 790
95-99	29 843	31 300	32 629	39 948	60 860	101 354	180 873
100 o más	5 578	6 217	6 504	6 955	10 932	18 719	34 104

Fuente: Proyecciones del Consejo Nacional de Población.

ANEXO 5: PIRAMIDES DE POBLACION A MITAD DE AÑO, 2005 Y 2050



COMO PODEMOS VER EN LA GRAFICA, LOS GRUPOS QUINQUENALES DE POBLACION SON DE MAYOR PREVALENCIA DE 5-15 AÑOS DE EDAD, PERO ESA TENDENCIA LLEGA A CAMBIAR EN LOS GRUPOS QUINQUENALES DE 50-65 AÑOS DE EDAD Y DE AHÍ TIENDE A DISMINUIR.

ENTREVISTAS

ACADEMICO

Su nombre, Carlos Lavallo Montalvo, jefe de la subdivisión de especializaciones médicas. Cursó la carrera de medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la especialidad de medicina interna. Especialidad en reumatología e inmunología por el Southwestern Medical School de la Universidad de Texas. Tiene más de 150 publicaciones tanto nacionales como internacionales, 5 libros de medicina y reumatología clínica. Tiene 62 capítulos en libros nacionales e internacionales y más de 150 conferencias.

Medico: Soy miembro del sistema nacional de investigadores, ex presidente de la Sociedad Mexicana de Reumatología, ex presidente del Consejo Mexicano de Reumatología, miembro titular de la Academia Nacional de Medicina y miembro titular de la Academia Mexicana de Cirugía.

Entrevistador: ¿Mi duda es por qué este problema de osteoartritis se está manejando como sub registros y no estadísticamente como un problema que tiene una prevalencia alta y no nada más en personas adultas sino también a temprana edad?

Medico: Lo que pasa es que en parte los médicos somos responsables de esta situación, ya que no hemos hecho la difusión conveniente y necesaria para que se difunda el concepto de problema público, o que a partir de qué momento un problema de salud es un problema de salud pública. Entonces lo que tenemos que ver es revisar las estadísticas, revisar la experiencia mundial en relación al problema, porque no está localizado a un determinado grupo étnico o determinada zona geográfica sino que es un problema que de manera uniforme se presenta en la población mundial. Lo que mencionaba hace un momento de que la osteoartritis tiene una alta prevalencia a partir de los 60 años de edad, por ejemplo a esa edad el 60% de los sujetos que se examinen tienen osteoartritis y a los 100 años el 100% la padece. Y de las articulaciones que afecta la osteoartritis son aquellas que soportan el peso y que permiten desplazarnos, de tal manera que cuando afecta a las rodillas produce un problema serio de incapacidad temporal y permanente. En este libro viene todo lo que ustedes pudieran preguntar con respecto a la osteoartritis.

Medico: La osteoartritis es la más común de las enfermedades reumáticas crónicas en el mundo, se puede decir por medio de los síntomas articulares, por medio de la patología articular y por la combinación de ambas. Con el cambio del panorama epidemiológico de las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas y al envejecimiento de la población mundial, la osteoartritis se ha convertido en un problema de salud pública que debe ser atendido con medidas preventivas, oportunidad y eficacia.

Medico: Debido a su alta incidencia y prevalencia se considera un problema de salud pública, la padece al menos un 15% de la población mundial por arriba de los 60 años de edad. En el contexto de las enfermedades reumáticas, la osteoartritis es de 10 a 12 veces más frecuente que la artritis reumatoide, que es una enfermedad que sirve de parámetro. La prevalencia depende de la precisión del hospital y de los métodos utilizados para su diagnóstico. En una serie de mil casos de autopsias, se documentó evidencia diagnóstica universal de erosión del cartílago en personas mayores de 65 años.

Entrevistador: Doctor, ¿Usted me podría decir que es lo que se entiende cómo osteoartritis?

Medico: La osteoartritis es una enfermedad degenerativa del cartílago articular. El cartílago articular es el que amortigua la articulación de los golpes que se producen al caminar, es una especie de cojín que impide que los huesos choquen uno contra otro, ese es el cartílago articular. Las articulaciones están formadas por diferentes tejidos, por las estructuras óseas, el cartílago, la membrana sinovial que juega un papel importante en el fenómeno inflamatorio. Los tejidos, tendones y capsula articular envuelven a la articulación. Es una enfermedad crónica degenerativa más frecuente con lo que se avanza en la edad, de tal manera que es una enfermedad que es rara que se observe antes de los 35 años de edad, comienza a los 35 y se va haciendo más frecuente mientras se avanza la edad.

Entrevistador: ¿Sin embargo, si se puede presentar antes?

Medico: Si, sobre todo cuando hay problemas como la luxación congénita de cadera, se puede presentar la osteoartritis temprana pero en este caso se puede clasificar como osteoartritis secundaria o enfermedad expertes, como la luxación congénita de cadera. Se puede presentar en sujetos con hiper movilidad articular, que es una característica de elasticidad que tiene el sujeto y que se presenta en una de cada diez personas sanas aparentemente. Con el mayor desplazamiento del síndrome de hiper movilidad se desgasta la articulación y se produce la osteoartritis secundaria. También puede ser secundaria a múltiples enfermedades metabólicas, como ocronosis, también se observa en diabetes juvenil como consecuencia de la neuropatía que afecta y puede lesionar a las articulaciones. En general, se divide en primaria y secundaria. La primaria es aquella que se presenta después de los 35 años de edad y que afecta a las articulaciones por otras razones. La secundaria también puede ser debida a defectos de los ejes de alineación de las piernas, si los ejes centrales están desplazados, por ejemplo, si el sujeto tiene las piernas en forma de charro, se lastima el cartílago articular por la mayor presión que se ejerce en algún extremo de la articulación, lo mismo cuando se tiene pie plano se produce artritis secundaria, o cuando hay exceso de peso. La osteoartritis primaria afecta a la columna vertebral principalmente, las rodillas y se presenta después de los 35 años. De manera que se divide en primaria y secundaria.

Medico: ¿Cuál es el mecanismo por el cual se produce la osteoartritis? Invariablemente secundaria a un proceso degenerativo por muerte de las células que producen el cartílago. Estas células son los condrocitos. Los condrocitos

disminuyen en número conforme la edad va avanzando, son los que sintetizan las fibras que constituyen el cartílago. El cartílago se va deteriorando, rompiendo, fragmentando y finalmente ese colchón que separaba un extremo de la articulación de otra se cierra, se pega hueso con hueso y de esta manera se produce el dolor, la inflamación y todo lo que es secundario a la osteoartritis. El paciente clínicamente se queja de dolor, de rigidez, de invalidez, le cuesta trabajo bajar y subir escaleras cuando afecta a las rodillas por ejemplo. Una parte del fenómeno inflamatorio de la osteoartritis lo juega la membrana sinovial. La membrana sinovial cubre la articulación, y es la que secreta el lubricante que favorece la movilidad de la articulación. Si la membrana sinovial sufre alguna irritación por trauma o enfermedad inflamatoria, como la artritis reumatoide, la membrana sinovial que generalmente tiene pocas células pro inflamatoria, se llena de células inflamatorias, dichas células liberan una serie de sustancias llamadas citosinas que inflaman la articulación y destruyen el cartílago. Por lo que la membrana sinovial juega un papel importante en la destrucción del cartílago articular. Las células que inflaman la articulación son principalmente glóbulos blancos llamados leucocitos polimorfonucleares, macrófagos y linfocitos B y T, de tal manera que el resultado final es la destrucción de la articulación. A pesar de que constituye un problema de salud pública, la osteoartritis no ha sido tratada y manejada ni se ha hecho la investigación adecuada para encontrar un tratamiento específico para esta enfermedad.

Medico: ¿Cómo se manifiesta clínicamente? Generalmente, el paciente comienza, dependiendo de las articulaciones afectadas, por dolor, disminución de los arcos de movilidad, no gira bien las piernas, con dolor en las rodillas al subir y bajar escaleras, hay crepitación de la articulación a la exploración física, limitación de movimiento, aumento de volumen y temperatura local, lo cual se deduce que es un proceso local inflamatorio. En la osteoartritis, generalmente se afectan las rodillas y las manos. En las manos ocasiona deformación de las articulaciones interfalángicas y cuando afecta a las distales, los nódulos que deforman a la articulación se llaman nódulos de Heberden, cuando afecta a las articulaciones de en medio del dedo se llaman nódulos de Bouchard, y esto deforma la articulación y produce limitación para la función y por eso es importante tratar al paciente con toda oportunidad para evitar que esto suceda. Generalmente son las manos las que se afectan con las osteoartritis primarias pero las rodillas también se ven afectadas. Entonces es cuando se produce la limitación a la movilidad, la crepitación, el dolor, el aumento de volumen y todo lo que comentamos. Desde el punto de vista radiológico, son muy característicos, porque los hallazgos radiológicos se limitan a las articulaciones de los dedos y de las manos y las articulaciones de las rodillas principalmente, donde hay disminución del espacio articular, esclerosis (condensación del hueso por desaparición del cartílago), en fin, esto radiológicamente también se puede observar como quistes, poli quistes subcondrales y como esclerosis principalmente.

Entrevistador: Estaba usted comentando en relación a su libro, que es un problema de salud pública, usted así lo considera, ¿por qué?

Medico: Porque usted como acaba de escuchar en lo que dije al principio, se presenta alrededor del 15% al 20% de la población mundial por arriba de los 40 o 50 años. Es decir, pocas enfermedades tienen una manifestación tan prevalente como lo tiene la osteoartritis. La artritis reumatoide es mucho menos frecuente, se encuentra entre el 1% de la población en cambio de la osteoartritis puede ser hasta del 20% dependiendo del grupo de edad. Y las articulaciones que afectan la osteoartritis son principalmente aquellas que soportan el peso, ¿y cuáles son las que soportan el peso? La cadera y las rodillas. Esto produce incapacidad temporal y permanente, por esto representa un problema de salud pública.

Entrevistador: Doctor, leí un artículo donde decía que se pretende crear una iniciativa sobre hacer una Norma Oficial Mexicana, para poder hacer un registro exacto y preciso de los casos que existen de osteoartritis antes de que pasen del segundo o tercer nivel de atención médica y que se identifican desde el primer nivel que son los centros de salud. ¿Usted considera que podría haber más posibilidades de saber un número exacto, tal vez no es el 15% si no que a lo mejor es una mayor cantidad de personas que pueden tener este padecimiento?

Medico: La incidencia y prevalencia dependen mucho de cuál es el juicio que uno toma para poder evaluar la incidencia y prevalencia de la enfermedad. Si es radiológicamente, es como les acabo de decir. Si es sintomáticamente, obviamente el problema presenta un menor número de casos.

Entrevistador: ¿Será por qué no se presentan en las clínicas y hospitales con su médico?

Medico: También. El 6% de la consulta del médico familiar depende de trastornos del sistema musculo esquelético. Y no está bien separado ni se conoce con precisión cuantos casos de artritis sintomáticos tenemos en México. Y eso es lo que falta analizar. Yo creo que lo que se necesita es hacer una entrevista real a nivel nacional para saber la incidencia y prevalencia de osteoartritis de rodilla, que sería la más incapacitante, lo mismo que de columna lumbar. Entonces, más que una Norma Oficial Mexicana (NOM) lo que se necesita es una guía para diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis.

Entrevistador: Existen dos guías, una de diagnóstico de cadera y la otra de rodilla de la SSA. Sin embargo, no hay guías clínicas de la enfermedad.

Medico: Se tienen que hacer a nivel nacional, porque la verdad nadie está siguiendo ninguna guía ni protocolo para saber la verdadera incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

Entrevistador: También leí un artículo donde se menciona que hay un tipo de osteoartritis laboral, donde se menciona que es por cuestiones de postura, personas que no corren adecuadamente y tienen sobrepeso se desarrolla la enfermedad de una manera más rápida en lugar de llegar a una edad más adulta.

Medico: Si, la osteoartritis de índole laboral es muy común, por ejemplo, en los perforadores de concreto, donde las máquinas que vibran mucho pueden producir dos tipos de lesiones independientes, uno es la osteoartritis de manos por el traumatismo constante de la vibración y el otro es el fenómeno de Reynoud, que es otra cosa totalmente diferente. Pero la marcha y el correr producen osteoartritis de columna lumbar, incluso se puede producir una hernia de discos y disminución de espacio articular, compresión de las raíces de los nervios que van a las piernas, como el ciático que puede producir dolor lumbar y ciático.

Entrevistador: Entonces, viendo lo que nos está platicando, usted nos podría decir ¿qué estudios se han realizado sobre el tema y desde que ámbitos?

Medico: Bueno, la osteoartritis ha sido la gran novedad. Muy poca gente investiga realmente a la osteoartritis a nivel mundial, se estudia más al lupus eritematoso, la artritis reumatoide y otras enfermedades inflamatorias principalmente autoinmunes. Pero la osteoartritis desde el punto de vista intelectual, se desprecia porque se considera que es una enfermedad poco atractiva por el desconocimiento de los mecanismos que la producen y desde el punto de vista de la patogenia. Sin embargo, estamos viviendo un momento en el que ha aumentado la investigación clínica y básica en relación a la osteoartritis. El libro que ustedes tiene en sus manos, relatan lo que un grupo al cual pertenezco, que está formado por el doctor Juan **Ancourt**, que es coautor del artículo que escribí, un servidor y otros investigadores, hemos trabajado en tratar de dilucidar cuales son los mecanismos por los cuales la osteoartritis se produce. Y hemos publicado una serie de artículos muy interesantes. Por ejemplo, tenemos aquí el ejemplo de la vitamina D durante la inducción y progresión de la osteoartritis en un modelo en rata, entonces les voy a decir lo que estamos haciendo para que estén enterados de lo que se hace en México. Luego el ejercicio de alto impacto modula diferencialmente la expresión de citosinas de osteoartritis inducida en cartílago en animales experimentales. Hay tienen las citas en el artículo. La muerte de condrocitos es una combinación entre apoptosis y autofagia durante la patogénesis de la osteoartritis en un modelo experimental, todos estos son artículos nuestros, de tal manera que estamos haciendo investigación muy seria en colaboración con el CINVESTAV-IPN. Eso es lo que estamos haciendo.

Entrevistador: ¿Los estudios realizados en el tema y desde que ámbito?

Medico: Bueno, los estudios son desde el punto de vista experimental de investigación básica en colaboración con el CINVESTAV.

Entrevistador: ¿Qué programas se han realizado en torno a la osteoartritis?

Medico: No se ha hecho ningún programa.

Entrevistador: ¿Entonces no se ha hecho ningún programa, ni teórico ni práctico?

Medico: No, lo que hemos hecho es investigación pero no hemos hecho estudios epidemiológicos serios, no tenemos un conocimiento real de que tanta

incapacidad e invalidez presenta la osteoartritis. Este es un caso en el que debemos de trabajar porque no se ha hecho nada.

Entrevistador: Me llama la atención, cuando la osteoartritis laboral en algunos empleos se puede dar. A mí me gusta mucho hacer ejercicio, me gusta hacer pesas ¿usted considera que las personas que se ejercitan diariamente tienen el riesgo de desarrollar este padecimiento a un corto, mediano y largo plazo al hacer ejercicio?

Medico: Claro que sí, está bien demostrado que el ejercicio que no es bien llevado o el exceso de ejercicio produce degeneración de los discos intervertebrales, por ejemplo en la columna lumbar o cervical, en los hombros con el levantamiento de pesas o en la columna lumbar en los corredores que corren sin el tenis adecuado o son corredores de fondo, que corren de 15 a 20 km diarios. Precisamente acabo de ver a uno de mis hermanos que es corredor de fondo y ahora tiene completamente aplastado el disco intervertebral de la quinta lumbar y eso es por correr.

Entrevistador: Desde luego la osteoartritis es multifactorial, y uno de esos factores es el ejercicio, el otro es el climaterio, por ejemplo.

Medico: El climaterio no es una causa de osteoartritis, lo que sí es una causa de osteoartritis es que la mujer climatérica se deje engordar, no cuida la alineación de sus rodillas. El médico general debería participar activamente en la prevención de la osteoartritis simplemente observando la alineación de los miembros inferiores en las personas mayores de 40 años de edad. Si el médico general, que es el que recibe a la paciente de primera vez tuviera el cuidado de darse cuenta que la señora aumento 20 kg en el curso de los últimos 5 años, que las piernas estén en genu varum o genu valgum, que el pie esta plano, si mandara las medidas correctivas oportunas esa osteoartritis se evitaría.

Entrevistador: ¿Entonces usted sugiere a la obesidad como factor de riesgo de la OA?

Medico: La obesidad es un factor de alto riesgo.

Entrevistador: ¿Y la herencia genética?

Medico: Genéticamente, hay estudios que demuestran una asociación genética con la osteoartritis, sin embargo es más importante la prevención con una buena exploración física que el consejo genético para una asociación que no puede ser muy importante.

Entrevistador: ¿Qué alternativas hay para este problema de osteoartritis?

Medico: ¿En tratamiento?

Entrevistador: Si, en tratamiento.

Medico: Bueno, el tratamiento consiste principalmente en medidas preventivas, por ejemplo mantenerse en su peso ideal, hacer ejercicio moderado, corregir los defectos de alineación de las articulaciones, recibir el tratamiento adecuado con

antiinflamatorios y analgésicos, hacer ejercicio para mantener la fortaleza de los músculos en las articulaciones estabilizándolas y evitándola. Es malo hacer ejercicio en exceso pero también es malo no hacerlo, para fortalecer los músculos y mantener firmes las articulaciones es necesario hacer ejercicio.

Entrevistador: Entonces en este caso ¿sería necesario que en todos los centros deportivos exista una persona que realmente corrija esas malas posturas y ese ejercicio mal practicado para evitar este tipo de lesiones?

Medico: Así es. Principalmente lo que debemos fortalecer y ampliar es el campo de acción del médico familiar, del médico general. Nos ahorraríamos muchísimo dinero en incapacidades temporal y permanente si tuviera el médico general el tiempo para poder observar los defectos de alineación que están produciendo dolor en sus pacientes, dolor en las rodillas, en la columna o en la columna cervical y cuáles son las medidas que se deben tomar para tratarlas.

Entrevistador: Doctor ¿usted cree que el estado podría proporcionar alguna alternativa al respecto?

Medico: ¿alguna alternativa? Yo creo que corresponde a la SSA y a las academias de trabajar en colaboración para establecer los lineamientos pertinentes para la prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas, en este caso en la prevención y tratamiento de la osteoartritis.

Entrevistador: Lo que sucede es que México a 20 a 30 años será un país de personas mayores, la pirámide poblacional se va a invertir. Ahorita estamos con jóvenes de 25 a 29 años y en unos 30 años esos jóvenes serán adultos mayores, posibles potenciales para la osteoartritis. Entonces mi pregunta es, ¿Tendríamos que buscar alguna alternativa o solución para que, como usted lo dijo, medicina preventiva, hay que buscar la prevención para que no tengamos que curar en ese sentido? Entonces usted sugeriría ¿Qué se tendría que buscar algún programa o mecanismo para que estos jóvenes de 25 a 29 años que tienen ese perfil de edad, pudiéramos darles alguna alternativa o programa o algo para orientarlos en la prevención de la osteoartritis?

Medico: Seguro, creo que eso es muy importante que haya documentos oficiales en relación a la prevención y manejo oportuno de las enfermedades prevalentes en cuestiones de salud. Y sin duda que en la osteoartritis se requiere una guía clínica que les permita al médico general y al médico familiar reconocer los estadios tempranos de la enfermedad crónico-degenerativa conocida como osteoartritis. Es decir, sería un documento que le permita al médico general desde el momento en que entra su paciente que limitación o dificultad tiene para caminar, reconocer tempranamente la incapacidad que tiene el paciente, como puede mejorar esto y con qué tratamiento, esto en el caso de un paciente sintomático. Pero en toda su población por arriba de los 40 años debería de investigar nada más con levantar la falda a media rodilla y ver cómo están las rodillas y como están alineadas las rodillas, si tiene genu varum o genu valgum, genu valgum es la pierna de charro y el genu varum es al revés, y el pie plano, y ya con eso le

ahorraríamos al estado miles de millones de dólares en atención oportuna para evitar la invalidez temporal o permanente del paciente.

Entrevistador: Una prótesis de cadera o de rodilla ¿le sale muy cara al sujeto a quien se la van a hacer?

Medico: Le sale muy caro al Estado poner prótesis a los pacientes, eso es lo que tendríamos que analizar cuanto nos está costando. Poner una prótesis de rodilla cuesta aproximadamente en 150 mil pesos, que muy poca gente en México puede pagar, y eso le cuesta al Estado. Estamos llegando tardíamente al diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades de tal manera se ahorraría muchísimo si pudiéramos prevenir y tratar adecuadamente. Además podríamos utilizar tratamientos alternativos, por ejemplo, una prótesis sale en 150 mil pesos y el tratar con litio 90 (material radioactivo) a un paciente con osteoartritis de rodilla grado 2 o 3 de acuerdo a la clasificación radiológica, puede darle 5 o 10 años más de movilidad articular antes de la prótesis.

Medico: Eso es lo que debe hacer el médico general, y como ve no se requiere de instrumentos ni de aparatos ni nada costosos. Simplemente ver como tiene el pie y como tiene las rodillas para saber que les va a pasar a esas rodillas. Si no se trata ahorita para fortalecer esos músculos, son los cuádriceps, esos los tiene que fortalecer. Si no se corrige el pie plano y no baja de peso va a empeorar su condición.

Entrevistador: Me llama mucho la atención porque SSA está poniendo las clínicas de crónico-degenerativas en todos los centros de salud, que son los centros de primer nivel para identificación del problema. ¿Por qué si están poniendo estas clínicas por que no incrementa también la acción de otras clínicas que sean para la identificación de este tipo de padecimiento?

Medico: Ahí mismo en esa clínica debe estar. Esta es una enfermedad crónico degenerativa, no solo es la diabetes, de hecho la diabetes es mal llamada crónico degenerativa, crónico si es pero lo degenerativo ¿de dónde? Se está poniendo un nombre al infarto al miocardio, a la arterosclerosis, al síndrome metabólico, pero realmente no son crónico degenerativas si no crónico inflamatorias.

Entrevistador: Es que no vamos al doctor sino hasta que ya no soportamos dolor.

Medico: Pero dígame ¿cuantas señoras gordas no ve el médico general en su consultorio?

Entrevistador: seguramente varias.

Medico: Bueno, con que a esa persona la explorara así de rápido, no le lleva ni dos minutos, puede prevenir un padecimiento invalidante prevalente en la población que le toca atender. Tenemos que regresar al concepto si tu tratas bien a tu paciente, entre menos enfermos tengas en tu comunidad más gana. Y vera que se pone a trabajar. Si en lugar de ganar 15 mil mensuales gana 30 mil por

tener una población sana, es lo que no se dan cuenta. Y se gasta mucho más en tratar la osteoartritis que en pagarle bien al médico.

Medico: Todo lo que quieran saber de enfermedades crónico degenerativas está aquí (escribiendo), definición, criterio diagnóstico, clasificación, epidemiología (incidencia, mecanismos de daño, historia natural de la enfermedad, factores de riesgo), manifestaciones clínicas, exploración de todas las articulaciones, enfoque holístico de la evaluación y manejo de la osteoartritis, evaluación clínica, tratamiento, tratamiento no farmacológico y farmacológico y referencias.

Entrevistador: Muchas gracias.

Medico: A mí me da gusto poder colaborar en algo que es iniciativa, no de médicos reumatólogos ni de médicos generales, si no de ustedes. Eso es muy importante. Vean lo de epidemiología y podamos avanzar con respecto a la epidemiología de la osteoartritis. Y de los artículos que vienen son de los que yo tengo aquí y de los que hemos publicado. Hicimos una editorial, que es una postura de lo que nosotros pensamos de lo que son los mecanismos de la enfermedad, los condrocitos (que son los que sintetizan el cartílago), se activan y son diferenciados durante la patogénesis de la osteoartritis, una revisión de los hallazgos inmunohistoquímicos e histopatológicos. Este trabajo a nivel mundial ha tenido un impacto importante. Y así tenemos muchos artículos. Y que les sirva. Estoy yo para servirles.

Entrevistador: Muchas gracias, mucho gusto.

MEDICO ESPECIALISTA

Entrevista al **Dr. Ramos Olive Marco**, médico especialista en traumatología y ortopedia

Experiencia laboral

Experiencia en práctica privada, ha trabajado en Hospital Ángeles y Hospital Mocel.

trabajó como Director en ortopedia y rehabilitación en hospitales Star Media, actualmente trabaja en la Secretaria de Salud en la Jurisdicción sanitaria Iztapalapa como médico general ya que no hay especialidad en el primer nivel sin embargo tiene a cargo la clínica de enfermedades crónico degenerativas para control de pacientes con obesidad y diabetes, mediante ejercicio y alimentación. Por otra parte también ejerce como personal de staf en el Hospital General de Iztapalapa.

Entrevistador ¿Cómo identifica el primer nivel de atención medica la OA en el paciente? (mediante exploración física, estudio, existe guía clínica que lo sustente)

Medico: La OA es el proceso degenerativo articular normal que todos los seres humanos vamos a presentar y no solo los humanos, todas las especies animales la presentan. El diagnóstico de la OA es un diagnóstico clínico radiográfico, el interrogatorio al paciente va a expresar dolor en una o más articulaciones que generalmente no le hacen caso desde un inicio solo presenta dolor, hasta que le impide realizar sus actividades es cuando empiezan a darle tratamiento y por otro lado la exploración física nos va a dar cambios en las articulaciones en general que pueden ser las articulaciones de carga que pueden ser tobillos, rodilla, caderas, columna y adicionalmente manos o pies de esta manera identificamos que el paciente pueda tener disminución de los rasgos de movimiento, dolor a la palpación, calor en las articulaciones y que les dificulte la movilidad para realizar ciertas actividades específicas por ejemplo subir o bajar escaleras se vuelve algo doloroso y adicionalmente puede existir crepitación de las articulaciones otras alteraciones asociadas al proceso y el diagnóstico lo vamos a confirmar a través de radiografías, las cuales son realizadas en dos proyecciones generalmente ante ambas caras de la articulación y con ellas más el antecedente de realización de historia clínica es suficiente para integrar el diagnóstico. En las radiografías se encuentra disminución del espacio articular, una línea blanca alrededor de la articulación que se conoce como esclerosis subcondral. Como consecuencia de sobrecarga.

El médico identifica el padecimiento a través de esta evaluación clínica radiográfica, ya descartado que sea otro grupo de enfermedades por ejemplo artritis reumatoide, lupus, etc. otros tipos de ortosis, se integra el diagnóstico de OA.

Entrevistador: ¿Y qué pasa con la normativa oficial?

Medico: Existen las guías de práctica clínica, el problema es que siendo muy estrictos la formación ortopédica de la mayoría de los médicos no es la más adecuada, entonces tendríamos que iniciar bien con la capacitación de los médicos en el diagnóstico de la OA.

Entrevistador: ¿Cuál es el seguimiento o procedimiento de un paciente con OA? (donde se registra)

Medico: Se lleva el control de los diagnósticos a través de una hoja diaria de consulta externa, el principal problema vendría en que cuando los pacientes vienen a la consulta a veces esos problemas de articulaciones no son el principal diagnóstico, el paciente viene por alguna otra situación, por algún otro problema de salud, faringitis, problema digestivo pero aparte de eso les duele la articulación y generalmente lo que hacemos en la consulta es que los médicos colocan en la hoja diaria un diagnóstico y como no hay espacio para colocar más de un diagnóstico, muchas veces si no se da el tratamiento tampoco se consigna el diagnóstico para que en una cita posterior se le pudiera dar el tratamiento.

Ahora bien en cuanto a tratamiento de OA hay una gran discrepancia en cuanto a las alternativas de tratamiento. El tratamiento inicial debería estar basado conociendo el proceso inflamatorio en un analgésico antiinflamatorio más un

antioxidante que nos ayudara a retardar el proceso degenerativo articular sin embargo actualmente en el mercado existe una gran cantidad de sustancias que van desde sustancias derivadas del aguacate, la glucosamina, etc., que en realidad se ha visto que no tienen el efecto protector o reparador del cartílago articular que dicen los proveedores de los productos. De esta manera lo que la recomendación de la guía de practica nos dice es que las medidas generales serían muy importantes el bajar de peso, el tener una alimentación balanceada, no someternos a actividades que pongan en riesgo nuestras articulaciones que sería una carga excesiva, evitar las situaciones de riesgo en todos los entornos digamos en el entorno laboral, los que están sometidos a sedentarismo excesivo o los que están sometidos a sobre esfuerzos a vibraciones que pueden tener un factor de riesgo para que se presenten en forma temprana la enfermedad.

Ahora bien como parte del panorama de la obesidad, esto es pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) superiores a 30 serían lo que tendrían mayor riesgo de presentar OA

Entrevistador: ¿qué pasa con el paciente, a donde se refiere o envía?

Medico: Ya identificado el paciente, se hace la referencia a segundo nivel, pero generalmente ya se hace en forma tardía, es decir, cuando el paciente tiene una articulación severamente lesionada y que no es susceptible ya de una recuperación a través de tratamiento conservador, si se identificara a fase temprana al paciente se tendría que referir a segundo nivel, muy frecuentemente el paciente con el analgésico antiinflamatorio, el antioxidante más terapia física y rehabilitación sería suficiente para recuperar las condiciones para realizar sus actividades de vida diaria de forma adecuada.

Entrevistador: ¿Cuál es el papel de la medicina preventiva a primer nivel en la detección oportuna para el problema de OA?

Medico: Esta es una pregunta muy interesante porque el tratamiento de la OA cuando ya se ha establecido generalmente es un tratamiento radical quirúrgico y que a pesar de lo que todos quisiéramos que fuera un tratamiento ideal que le devolviéramos al paciente la fuerza, la movilidad, la capacidad para desempeñar sus actividades laborales como lo venía haciendo antes de recibir un implante la realidad es que no, lo ideal sería que el paciente fuese captado en fases tempranas de la enfermedad y recibiera todas las medidas de protección y prevención a través de lo que ya comentábamos de disminuir el factor de riesgo más importante que es la obesidad que actualmente oscila en la población mexicana entre el primero y segundo lugar, muchas veces tenemos la duda de que si es el primer o segundo lugar porque en Estados Unidos la incidencia de obesidad se incrementa o bien porque nuestros obesos en México se mueren más y entonces eso disminuye la prevalencia de obesidad en México y por eso nos bajan al segundo nivel no por que bajen de peso los pacientes

Entrevistador: ¿Qué pasa con los registros o sub registros de este padecimiento la OA?

Medico: El sub registro es algo muy importante, en nuestro país tenemos muy malas costumbres que creo que tendríamos que empezar a corregir de raíz. El sub registro muchas veces ocurre porque la cantidad de trámites que hay que hacer después de haber registrado una enfermedad son muchísimos, entonces a veces se prefiere colocar solo un diagnóstico y con eso es suficiente, estas cumpliendo con el requisito que te solicita tu centro de salud, y por supuesto ahí la carga de trabajo tiene un perfil importante, sin embargo siendo éticos y estrictos todo mundo tendríamos que tener la obligación de poner en la hoja diaria todos los diagnósticos que tenga el paciente y de esta manera poder llevar un mejor control.

Entrevistador: En primer nivel de atención, el padecimiento de OA es catalogado como un padecimiento importante de mayor impacto al igual que los padecimientos crónico- degenerativos aunque sabemos que son asociados.

Medico: No tiene el mismo nivel que tendría por ejemplo la diabetes la hipertensión o la obesidad incluso si volteamos a ver cómo estamos distribuyendo las actividades pues existe un grupo de crónicos en donde se ven diabéticos, hipertensos y obesos que porten también dislipidemia y están clasificados en clínicas específicas para el control de la obesidad. Y están las clínicas específicas las UNEME donde se hace un control de diabéticos e hipertensos cuando estos lugares no son suficientes, existen los servicios de medicina interna de los hospitales de segundo y tercer nivel e incluso hay endocrinólogos dentro del sector salud que se dedican a ver los casos más complicados sin embargo en el caso de la OA generalmente son padecimientos que pasan por desapercibidos durante largo tiempo, cuando mucho el paciente ha recibido un analgésico antiinflamatorio pero también el paciente no acude a la valoración porque tenga el dolor simplemente se limitan a dar el tratamiento analgésico y hasta ahí termino el manejo de la OA

Entonces en cuanto al manejo y la importancia que se le debería de dar no se le da peso específico.

Entrevistador: Dentro de la Clínica de pacientes con problemas crónicos degenerativos se contempla la valoración, exploración del paciente candidato a OA, considerando que estos problemas están asociados con la misma

Medico: ¿te refieres a que si en la esta clínica diagnosticamos el padecimiento?

Entrevistador: si

Medico: si se está haciendo, solo que no conozco otro centro de salud que lo hace en este momento, a los pacientes le estoy dando el tratamiento de elección que el analgésico con un antioxidante. Desafortunadamente dentro de nuestro cuadro básico de medicamentos, el que más se utilizaba era el ácido ascórbico, sin embargo, hay escases en el medicamento, entonces la otra alternativa que se

tiene sería dar vitamina E o bien ácidos grasos tipo omega 3, 6 Y 9 que ayudarían a mejorar las condiciones articulares, sin embargo esos en el cuadro básico en el primer nivel de atención no son contemplados

Entrevistador: ¿la Secretaria de salud no los contempla?

Medico: No hay como tal un tratamiento que este contemplado en el cuadro básico de medicamento pero tampoco los médicos lo diagnostican y aunque sea que el paciente tomara medidas por fuera o sea que ellos adquiriesen el medicamento por su salud y esto tiene su importancia en el sentido que una vez que el paciente ha desarrollado el proceso degenerativo en etapas avanzadas el tratamiento es bastante costoso, un implante de rodilla o cadera se encuentra entre los 140,000 pesos solo de costos de implante más los gastos indirectos que genera las instituciones o las familias porque alguien tiene que acompañar al paciente y esa persona generalmente va a perder sus ingresos y la recuperación de la colocación de un implante no termina con el alta del paciente del hospital si no que una vez que sale tiene una serie de demandas de atención que van desde controlar procesos metabólicos adicionales, hacer la rehabilitación física que repercute tanto para las unidades hospitalarias como para las familias en pérdidas insensibles.

Entrevistador: ¿De las personas que acuden cuántas de ellas, saben o conocen los síntomas de la OA, que características tienen, cuál es el predominio de factor de riesgo en esa población?

Medico: Generalmente las personas que saben que son portadoras de un problema degenerativo articular están conscientes desde el momento que tienen dolor, este padecimiento va a tener molestias prácticamente todo el tiempo no tiene un predominio de horario durante el día, luego les va a limitar la capacidad que tienen para realizar sus actividades normales del día a día sobre todo las laborales, o en el caso de actividades eventuales que tengan que realizar en las cuales realicen un esfuerzo, entonces no son capaces de realizarlas y entonces se está consciente pero no sabe identificar plenamente que es una OA y tampoco puede ir a pedir ayuda a un segundo nivel de atención toda vez que en el primer nivel de atención no se le brinda la atención que necesitaría dirigida especialmente al problema de salud OA

Entrevistador: ¿cuántas personas se atienden mensualmente con problemas de OA?

Medico: En la clínica de crónicos degenerativas prácticamente el 100% tiene problemas articulares, tanto la diabetes, hipertensión, dislipidemia y la obesidad también van a deteriorar las articulaciones. Los pacientes cautivos a este nivel prácticamente todos lo tienen, lo interesante es que anteriormente cuando llevábamos consulta abierta en población en general y no me encontraba en la clínica de crónicos, las personas que acudían por dolor articular que eran compatibles con diagnóstico de OA oscilaban entre los 30 años en adelante esto quiere decir que cada vez son personas más jóvenes las que están presentado este problema pero adicionalmente esas personas jóvenes ya tienen problema de obesidad muchas veces desde la infancia, entonces es por ello que es importante

que el abordaje que se haga de todas estas enfermedades sea integral y holístico para que nosotros veamos absolutamente todos los factores que se interrelacionan en el desarrollo no solo de OA sino de todas las enfermedades crónico degenerativos.

Entrevistador: ¿ya se ha preguntado sobre las referencias a otras instancias al identificar OA en caso avanzado, que pasa con la referencia a clínicas del dolor?

Medico: No, el objetivo de la clínica del dolor es controlar el dolor en pacientes que no pudieron ser controlados por alguna otra vía, esto quiere decir que ya agote mis medicamentos antiinflamatorios, anti esteroideos y esteroideos, y no se puede controlar el dolor del paciente, entonces si se envía a clínica del dolor en donde los cuidados son paliativos, el paciente ya no va a recuperar la función, pacientes que tienen por ejemplo cáncer o problemas de columna los cuales ha sido tan severa la lesión y que requieren de bloqueos terapéuticos, de aplicaciones de otras cuestiones, de hecho apoyo psicológico.

No son curativas ni mejoran el estado físico del paciente con OA, la mejor opción es el diagnóstico temprano y capacitación de los médicos en esta materia, así como asegurar el surtimiento de analgésicos antiinflamatorios y de antioxidantes en las clínicas del primer nivel y esto a largo plazo va a repercutir junto con la baja de peso de la población, la educación en materia alimentaria. De esta manera se prevé el problema

Entrevistador: Por último, ¿qué pasa con el ámbito deportivo con el sector del deporte o actividad física como impacta este padecimiento. Hay información y promoción sobre los riesgos de OA en esta área?

Medico: Lo importante sería, ¿qué tanto estamos haciendo ejercicio, en buena situación y con buena información y de manera adecuada? generalmente cuando los pacientes vienen a la consulta se les recomienda que no realicen actividades de impacto, esto representa que todo lo que es brinco o la utilización de un step para esos pacientes estaría contraindicados, de tal manera que si tenemos pacientes que tengan problemas articulares y aparte de ello si practican actividad física pero esa actividad requieren de impacto estos pacientes están realizando de manera inadecuada porque al tener sobrepeso y actividad las articulaciones se desgastan de forma más rápida.

Por lo tanto es importante dar información a la población abierta y hacer la capacitación, la introducción de los medicamentos necesarios para su tratamiento de forma intencionada y eso directamente impactaría en que habría menos necesidad de realizar implantes articulares.

COMENTARIOS ADICIONALES

Medico: Básicamente es muy importante que en todos los niveles de atención primero y segundo, los médicos que están encargados del control de los pacientes

en general, tuvieran en mente cuando se haga la evaluación integral de los pacientes por ejemplo; en los pacientes de primera intervención, cuando se realiza la historia clínica, que llevaran a cabo un diagnóstico articular de las de carga, rodillas, cadera, columna, manos y pies, para saber si realmente estamos haciendo un adecuado diagnóstico temprano de la OA y de esa manera crear una casuística nacional de datos **reales, de cuál es el estado actual de la enfermedad.** **No hay artículos de investigación que tengan** sustento adecuado que indiquen la incidencia y prevalencia de la OA, pero sobre todo hablando de la forma como se realiza la investigación en México, no es necesario que sigamos en una percepción positivista, si no que cambiemos el enfoque y se vea desde una perspectiva integral. También y de esta manera poder realizar protocolos de investigación que tuvieran validez en nuestro entorno para conocer la realidad de las enfermedades crónicas degenerativas en nuestro país.

Entrevistador: Así crear nuestra propia realidad y no basarnos en realidades o modelos de otros países

Medico: así es, se conoce nuestra realidad y tomar propias medidas preventivas el día de hoy para tener personas saludables mañana.

ENTREVISTA FUNCIONARIO PUBLICO

Dr. Francisco Javier Serna Alvarado, Director Jurisdiccional de Secretaria de Salud Iztapalapa.

Con 7 años en la Jurisdicción Iztapalapa, ha participado en programas de sector salud sustantivos, prioritarios alrededor de 30. unos que destacan más que otros como es el problema de la mujer de acuerdo a edad y sexo, programa cervico uterino, cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de pulmón, problema de tuberculosis, programa de vacunación universal, programa de jóvenes y adolescentes, salud sexual y reproductiva. Los programas se adecuan dependiendo de cada jurisdicción y su población.

Entrevistador: Doctor ¿podría definir la OA?

Medico: la osteoartritis es enfermedad crónica degenerativa, se presenta regularmente en personas mayores a 45 y 50 años de edad.

Entrevistador: Doctor ¿cuál es la importancia de la OA?, Y ¿la existencia de una norma oficial podrá identificar casos de OA?

Medico: el que se le dé importancia a esta enfermedad crónico degenerativa es muy importante porque uno tiene que considerar que hay una transición epidemiológica y en esa hay un cambio, un cambio importante prácticamente se está invirtiendo la pirámide poblacional y ahora vemos personas más viejas y tendemos a ser una población más vieja y entonces quiere decir que las enfermedades de las personas adultas mayores están ocupando ya los primeros lugares, inclusive esta transición por medio de la ciencia se ha podido atacar todas las enfermedades trasmisibles y estamos viendo una emergencia de

enfermedades crónicas, enfermedades del corazón, cánceres que ocupan los primeros lugares de la mortalidad.

Entrevistador: ¿cómo impacta el padecimiento en el sector salud a primer nivel de atención?

Medico: no están preparados desde mi punto de vista los servicios de salud pública a primer nivel de atención, no, como debieran es decir hay muchos programas que son preventivos donde se procura informar a la gente sobre estilos de vida distintos, hay factores de riesgo muy importantes como son el sedentarismo, el sobre peso, la obesidad, personas que trabajan en lugares fríos, que están expuestos a estar en contacto con el agua, etc. son factores pero lo que importa aquí es como se organizan los servicios de salud, tanto el primero, el segundo y tercer nivel para atacar este problema de salud pública. Realmente hay esfuerzos, no lo podemos negar, uno de esos esfuerzos que se está manejando en todo el D.F es la apertura de consultorios de enfermedades crónico degenerativas, donde se atiende en otros problemas, éste problema de OA, reumatismo, Artritis, etc.

No en todos los centros de salud, pero si hay una clínica en el Centro de salud Rafael Carrillo, donde se atiende específicamente, los demás centros de salud refieren estos pacientes, y bueno ahí se valora en su caso se da tratamiento y si no, se hace la referencia a segundo o tercer nivel

Otro programa importante también es el “médico en tu casa”, pero en realidad es un programa de visita domiciliaria a toda la población considerada vulnerable, porque puede estar postrada o en una situación de discapacidad por este problema, no tenemos datos pero si sabemos que hay mucha gente discapacitada o postrada por los grados en los que ha avanzado esta enfermedad.

Entrevistador: Ante esta problemática ¿qué hace falta para que este panorama cambie? también se considera que exista la desigualdad social, hay personas que pueden tratarse y otras no, porque los medicamentos son caros.

Medico: afortunadamente en el D.F. hay un programa que se llama de atención médica y medicamentos gratuitos, eso permite que la gente no derechohabiente acceda, el derechohabiente tiene la oportunidad del seguro social o el ISSSTE, pero sin embargo, creo que no están atacando el problema de fondo porque al final buscan la atención en el centro de salud.

Es lo que se está tratando de atender es decir cómo nos preparamos para atender antes, entonces los programas de primer nivel de atención deben ser de promoción e informativos dentro de esta problemática de enfermedad y tienen que ser preventivo eso que quiere decir que tenemos que informar a la población en general dentro de los centros de salud ,derechohabiente o no, y a su vez llevar la información hacia afuera o sea, porque efectivamente es una enfermedad que a la larga es discapacitante, entonces, la gente tendrá dificultades para desplazarse y finalmente si no trabaja genera una carga aunque no se quiera decir para los familiares.

Entonces nosotros tenemos que estar promocionando que la gente coma bien, que no tenga sobrepeso, no tenga obesidad con todas las consecuencias que ellos traen, si además tienen esta enfermedad (OA) es una complicación agravante pero se recomienda el ejercicio temprano, de esta manera hay frutos, la gente tendrá menos inmovilidad, la gente tendrá menos rigidez y más oportunidades de estar con una vida más saludable además de informar a la gente qué debe evitar.

Entrevistador: En su experiencia en el ámbito político ¿Cómo considera que se podría manejar al Estado, al decir que existe un problema de salud pública, y porque lo cataloga así, como hacerle ver que existe un problema que está generando otros problemas?

Medico: En esta ocasión no me toca a mí, yo estoy en la parte de gobierno, ahora solo ejecuto lo que se legisla, pero creo que la Ley General de Salud, en el D.F. - a propósito a mí me toco reformar la Ley de Salud del D.F.- Y entre otras cosas se reafirmó el acceso a los servicios de salud, la gratuidad a los servicios de salud como un derecho universal de la población y obviamente aquí engloba todo pero hablando particularmente de esta enfermedad pues considero que debe de abrirse aún más las instituciones en buscar otras alternativas médicas o medicinas alternativas para tratar esta enfermedad.

Tiene que destinarse más recursos para la investigación, para que de igual manera se conozca más, para que se experimenten nuevas formas de tratarlo y prevenirlo. Desde luego tiene que haber políticas públicas que se bajen para que los gobiernos y las secretarías y Servicios de salud puedan aplicar.

Entre otras cosas, yo creo que se debe llevar a cabo mayor promoción y difusión de lo que representa esta enfermedad y lo que significa en horas de trabajo perdidas o de esparcimiento que no les permiten también.

Entrevistador: Retomando un poco ¿la parte deportiva, la práctica deportiva mal elaborada también genera un riesgo, debido a las fracturas? ¿Considera que en esta parte debe extenderse la promoción que mencionaba?

Medico: Fíjate que ahora que lo señalas es muy importante porque no tenemos la cultura, efectivamente acudimos a un parque y corremos como loquitos y es cierto que los niños son muy flexibles y ágiles además, pero de igual manera no tenemos el hábito de calentar antes de, y efectivamente tenemos desgarres, pero efectivamente no hay cultura y ahí es donde debería aplicarse como política pública, sería una educación física considerada en escuelas, aunque si la hay no esta tan extendida, mucha gente que por su trabajo no puede hacer, a propósito este gobierno puso en marcha los gimnasios al aire libre, también me ha gustado mucho que han promovido mucho el uso de la bicicleta, de alguna manera es la integración familiar pero por otro lado es estar en movimiento.

Otro programa importante fue el “muévete y metete en cintura” que se lleva también en parques públicos, también promueve esto. Otro fue quitar la sal de los restaurantes y finalmente la gente que consume más sal es un factor de riesgo

para el sobre peso, la obesidad y la presión arterial, con mucho peso y problema de OA es más complicado.

Entrevistador: ¿Entonces considera que la obesidad es un factor de riesgo de mayor impacto en la OA?

Los factores de riesgo son claros, tú tienes una alimentación balanceada lógicamente tienes cuerpo sano y todo dentro de lo normal, pero si tu consumes más carbohidratos, más chatarra, tiendes a un sobre peso esto carga a una columna vertebral que si bien equilibra a todo, entonces existe un desbalanceo que traduce en dolores musculares de todo tipo, ese es un factor de riesgo al igual que el sedentarismo, lo vuelvo a señalar la gente que no hace deporte y no se mueve.

Entrevistador: Panorama epidemiológico, específico Iztapalapa. Existencia de registros de casos OA

Medico: Creo que hay que pensar en la enfermedad y luego registrarla, es decir, a los centros de salud llegan muchas personas en su mayoría mujeres ya que los hombres por su actividad laboral no llegan tan seguido, las mujeres son personas grandes que la desarrollan, no es exclusiva de los hombres, pero si tenemos un registro de las principales causas de enfermedad por las cuales acuden a consulta y si aparece enfermedades crónicas pero si aparece muy general, no específicamente esto como la diabetes, o caries que tampoco ocupan los primeros lugares

La OA está englobada como escondida, tal vez lo que debería de asociarla o precisar más es esta búsqueda, porque si es un problema de salud pública quizás no como el primer lugar quizás porque es más importante diagnosticar y registrar otras, pero emparejado a estas se puede tener OA y no se ha registrado, si hay un subregistro importante.

Por último se entrevistó a una mujer de 48 años de edad paciente del Centro de Salud Chinampac de Juárez.

Entrevistador: ¿Dónde vive?

Paciente: Nezahualcóyotl

Entrevistador: ¿Cuál es su ocupación?

Paciente: ama de casa

Entrevistador: ¿Dónde le diagnosticaron OA?

Paciente: en el ISSSTE

Entrevistador: ¿Cuáles fueron los síntomas que presentó?

Paciente: dolor en las rodillas

Entrevistador: ¿La enviaron a otro lugar (clínica u hospital) o ahí mismo recibió tratamiento?

Paciente: No fui enviada a ningún otro lugar, en mi clínica familiar solo me mandaron medicamento para el dolor, no me hicieron ningún otro estudio, análisis, etc.

Entrevistador: **¿Qué medicamento le recetaron y donde los obtiene?**

Paciente: Colágeno de tiburón y glucosamina, los compro en la farmacia

Entrevistador: **¿Sabe usted qué tipo de OA padece, el médico le informo?**

Paciente: No solo me dijo que tenía osteoartritis y me mando el medicamento

Entrevistador: **¿Qué actividades le son difíciles de realizar o no puede hacer?**

Paciente: Caminar y subir y bajar escaleras, es muy molesto

Entrevistador: **¿Qué tipo de tratamiento lleva actualmente y dónde?**

Paciente: Solo consumo antiinflamatorios, analgésicos para el dolor, las terapias de rehabilitación son complicadas para tomar ya que hay que agendar citas, he investigado de otros lugares donde cobran desde 100 pesos por sesión

Entrevistador: **¿El consumo de los medicamentos que utiliza, le han mejorado su calidad de vida? esos gastos que realiza repercuten en su economía, el tiempo que ocupa en sus terapia le ha ayudado a sentirse mejor?**

Paciente: Gasto de manera constante en los medicamentos, ya que si no los compro no me ayudan a quitar el dolor sin embargo, no he notado mejoría. Las terapias solo voy cuando tengo tiempo ya que las actividades del hogar en ocasiones no me lo permiten

Entrevistador: **¿Cuántos años tiene con el padecimiento?**

Paciente: Llevo dos años

Entrevistador: **¿Realiza alguna actividad física, independiente a su terapia?**

Paciente: Cuando puedo pagar y tengo tiempo práctico natación.

Entrevistador: **¿Consulta un médico especialista o médico general, para el control de su problema y donde acude?**

Paciente: Voy con el médico familiar, pero ahí me tratan la hipertensión que es otro problema que tengo. Ya que de la OA solo me dan medicamento para el dolor. Y me atiendo en el ISSSTE

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar Villanueva Luis F. 1992, Estudio de las Políticas Públicas. Miguel Ángel Porrúa, Libero-Editor, México
2. Aguilar Villanueva Luis F. 1993, Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, México. Pàg 25
3. Álvarez E, Ripoll P, Restrepo A, Forriol F, 2010, “Revisión de la reparación del cartílago. Posibilidades y resultados” Trauma Fund MAPFRE, Vol 21 nº 2:117-134
4. Bobbio, Norberto, et. All, 2005, Diccionario de Política, décimo cuarta edición, México, siglo XXI editores.
5. Cairos, Arturo, Díaz José A., Paradinas, Jesús, “Introducción a la Historia de la Filosofía- Volumen I- Filosofía Griega” . Curso 2007-2008, Distrito Universitario de Canarias.
6. Caminal Badia, Miguel, 2005, Manual de Ciencia Política, 5ª Reimpresión, Editorial Tecnos, Madrid (Grupo Anaya S.A)
7. Carlos H. Acuña, 2007, Compilador, “Lecturas Sobre el Estado y Las Políticas Públicas. Retomando el Debate de Ayer para Fortalecer el Actual”, Jefatura de Gabinete de Ministros, Buenos Aires. Página 361
8. Cordera, Ronaldo, 2012. “Los Determinantes Sociales de Salud en

México”, Fondo de Cultura Económica, México

9. De Pavia-Mota, Larios.-González MG, Briceño-Cortés M. 2005. Manejo de la osteoarthritis. Med. Fam. 7:93-98.
10. William K. Beatty, et. Al., 2004, Diccionario Medico de Stedman, “Diccionario Bilingüe de ciencias médicas, ingles – español-ingles, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, pag. 318
11. E. Castro, Juan Manuel, “Promoción de la salud. A 10 años de Ottawa: salud- mercancía o derecho social? artículo, nueva época/salud problema/año 2 núm. 2/junio 1997
12. Frenk, Julio, Chacón, Fernando. Bases conceptuales de la nueva salud internacional Salud Pública de México [en línea] 1991, 33 (julio-agosto) : [Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633402>> ISSN 0036-3634
13. González, Guerrero, 1986, “Epidemiología”, Fondo Educativo Iberoamericano, México.
14. Losina E, Rochelle P. Cost-effectiveness of Total Knee Arthroplasty in the United States Arch Intern Med. 2009;169(12):1113-1121
15. March LM, Bachmeir CJ. 1997. Economics of osteoarthritis. A global perspective. Baillieres Clin Rheumatol 11: 817-834
16. Milena Rodríguez, Claudia, Políticas Públicas en Salud. Capítulo II, Derecho a la Atención a la Salud, Pàg. 21
17. Pérez Arguelles, Mariana (coordinadora), 2010, Cinco Miradas Sobre el

Derecho a la Salud: Estudios de Caso en México, el Salvador y Nicaragua, Fundar, Centro de Análisis e investigación, A.C., México. pag 14

18. Ramírez León, Lucero, 2013, El Control Parlamentario y el Rediseño de las Políticas Públicas. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, México. Cámara de Diputados.

19. Severo Giannini, Massimo. 1991, Derecho Administrativo. Ministerio para las Administraciones Públicas (MAP), Madrid, p.47

HEMEROGRAFIA

1. *Artículo “definiciones de prioridades para la intervenciones de salud en el sistema de protección social en Salud de México, consultado en salud pública de México / vol.49, suplemento 1 de 2007*
2. Catalogo único de unidades médicas 2013, ISSSTE
3. Diario Oficial de la Federación, miércoles 30 de mayo 2001, segunda sección
4. Diario Reforma, Sección Nacional, p 4; cifras con base al Programa Nacional de Población (PNP) 2014-2018
5. Gloria Molina Marín, Revista, Políticas Públicas en Salud: Aproximación a un Análisis. Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud. Primera Edición 2008.
6. Manual de Organización General de la Secretaria de Salud; Diario Oficial de la Federación, de fecha 17 de Agosto de 2012

7. Programa de Publicaciones. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Washington, DC. EEUU. José A. Tapia Granados
8. Revista la Buena Salud, septiembre 25. 2013.
<http://www.revistabuenasalud.com/un-dia-para-tomar-conciencia-sobre-las-enfermedades-reumaticas/> consultado el día 3/08/2014
9. Artículo “Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad” Rev. Hum. Med. Vol. 2 No. 1, Ciudad de Camaguey Ene-Abr. 2002

MESOGRAFIA

1. Alejandro M. Rossi. Autoridad y Poder Político.
http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1087/Autoridad_Rossi.pdf?sequence=1
2. Agenda estadística 2012, Secretaria de Salud del Distrito Federal,
consultada en
<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2012/inicio.html>
3. **Enciclopedia de salud pública, vista en**
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000423.htm>
4. American College of Rheumatology en <http://www.rheumatology.org/>
5. artholink.com
6. Artrosis ocupacional y postraumática. Aspectos médico-legales de su etiopatogenia. Dr. Antonio Paolasso, Especialista en Medicina del Trabajo, Perito Medico Judicial.

7. Carta de Ottawa, Organización Mundial de la Salud, en la 59° Asamblea Mundial de la Salud, A59/21, punto 11.15 del Orden del día provisional el 4 de mayo 2006
8. Carta de Bangkok, consultada en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
9. Carta de Bangkok, consultada en http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf
10. Carta de Derechos y Obligaciones del Seguro Popular 2014. Secretaria de Salud. http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/beneficios/ARMADO_CARTA_DER_Y_OBLIG_Low.pdf consultado el día 13 de noviembre del 2014
11. Directorio de hospitales y centros de salud- servicios de salud del distrito federal
12. El momento de la salud en México y el Informe de Determinantes Sociales de la Salud. Ronaldo Cordera, Ciro Murayama. “Los determinantes sociales de la salud en México”.
13. Guía Para el Manejo y Control de las Enfermedades Reumáticas más frecuentes. Las Enfermedades Reumáticas como un Problema de Salud Comunitario. Organización Panamericana de la Salud, 1988
14. Guías diagnósticas de consulta externa, 2008
15. [políticas de salud, la reforma en México y en el mundo, consultado en <http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/cap-III-Obs-de-la-Salud.pdf>,](http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/cap-III-Obs-de-la-Salud.pdf)

16. Iknelia Visión Democrática A.C. Conceptos Básicos y el México Actual: Retos y Oportunidades para la Participación Ciudadana
17. INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012) Base de datos
18. INEGI, XII Censo General de la Población y Vivienda 2000. Base de datos
19. Informe sobre la salud en el mundo 2013
20. Observatorio de la salud, III. políticas de salud, la reforma en México y en el mundo
21. Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012, Secretaria de Salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño
22. Olvera, Alberto J. 2009, La Participación Ciudadana y sus Retos en México. Revisado en http://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/lic/DE/DC/AM/09/La_participacion_ciudadana_y_sus_retos_en_mexico.pdf
23. Palacios Cruz, Víctor, El concepto de poder político en Hannan Arendt. Reflexiones del contexto actual. revisado en [http://www.um.edu.uy/upload/descarga/web_descarga_77_HUMANIDAD ES 3 PALACIOS.pdf](http://www.um.edu.uy/upload/descarga/web_descarga_77_HUMANIDAD_ES_3_PALACIOS.pdf)
24. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006
25. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, pag. 57
26. Proyecciones de CONAPO 2010
27. Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. Guadalupe Soto

- Estrada, apartado II La Salud Pública y la Medicina, consultado en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/15.pdf>
28. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006
 29. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, pag. 57
 30. Proyecciones de CONAPO 2010
 31. Secretaría de Salud. Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2013.
 32. Partida, Virgilio, 2006, "Proyecciones de la Población de México, 2005-2050" Consejo Nacional de Población, México.
 33. Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. Guadalupe Soto Estrada, apartado II La Salud Pública y la Medicina. Consultado en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/cap10.pdf>
 34. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008, Secretaria de Salud, primera edición 2009, México.
 35. Segundo Informe de Actividades y Gobierno, Delegación Iztapalapa, visto en http://www.iztapalapa.df.gob.mx/htm/20141204_001.html
 36. http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/area_medica/c_dolor/inicio.html consultado el día 3 de mayo de 2015.

LEYES

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
2. Ley General de Salud 28/05/2012
3. Encuesta Nacional de Salud 2012
4. Catalogo único de unidades médicas del ISSSTE, diciembre 2013
5. Catalogo Universal de Servicios de Salud 2010.
6. Encuesta Nacional de Salud 2012
7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Discapacidad y Dependencia en Adultos Mayores Mexicanos
8. Estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud, 2007, pag. 9
9. Ley de Seguridad Social
10. Ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores; Diario Oficial de la Federación, 02 de abril 2014
11. Ley del Seguro Social.
12. Ley general de salud. Diario oficial de la federación, última reforma publicada en el DOF 04 de junio 2014
13. Programa Delegacional de Desarrollo Urbano para la Delegación Iztapalapa, visto en http://www.seduvi.df.gob.mx/portal/docs/programas/PDDU_Gacetas/2015/PP

[DU-IZTAPALAPA.pdf](#)

14. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Disponible en [Http://dof.gob.mx/_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013](http://dof.gob.mx/_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013)

PAGINAS ELECTRONICAS

1. http://www.who.int/features/factiles/universal_health_coverage/facts/en/index9.html
2. www.unicef.org
3. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
4. <http://www.arthrolink.com/es/dossiers-osteoartritis/todos-los-dossiers/osteoartritis-e-historia-2>
5. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
6. http://www.unicef.org/spanish/health/index_bigpicture.html
7. http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_basica_14.pdf
8. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1087/Autoridad_Rossi.pdf?sequence=1
9. <http://embamex.sre.gob.mx/eua/images/Documentos/nuevapoliticanacionaldesalud.pdf>
10. <http://orconultores.com/oswram/libro-de-la-semana-30-claves-para-entender-el-poder-vol-i/>
11. <http://sgm.issste.gob.mx/medica/>

12. <http://www.aldf.gob.mx/leyes-107-2.html>
13. <http://www.amepar.org.mx/acerca-de-amepar-ac> consultado el día 3/08/2014
14. <http://www.arthrolink.com/es/dossiers-osteoartritis/todos-los-dossiers/osteoartritis-e-historia-2>
15. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
16. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/bonita.pdf> consultado el día 3/08/2014
17. http://www.iqb.es/patologia/e11_004.htm consultado el da 3/08/2014
18. <http://www.onu.org.mx/onu.html>
19. <http://www.revistainterforum.com/espanol/articulos/042502Naturalmente.html>
20. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
21. <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1> consultado el día 15 de diciembre del 2014.
22. http://www.unicef.org/spanish/health/index_action.html
23. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index2.html, página revisada el 15 de octubre 2013.
24. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
25. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>
26. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> revisada el día 18/04/2014
27. http://www.who.int/topics/primary_health_care/dgspeeches/en/#

28. http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ consultado el día 1/08/2014.
29. <https://osteoarthritis.wordpress.com/2013/05/08/muy-joven-para-tener-osteoarthritis/> consultado el día 2 de enero 2015
30. www.juridicas.unam.mx
31. <http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/Osteoarthritis%20Spanish.pdf>
32. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=9>