



**UNIVERSIDAD DEL
SURESTE
CAMPUS TABASCO**



MATERIA: salud publica

TEMA: DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGIA

**NOMBRE DEL MAESTRO: ENF. GABRIELA
PRIEGO JIMENEZ**

NOMBRE DEL ALUMNO: JORGE PERALTA VÁZQUEZ

GRADO: 3

GRUPO: D

INTRODUCCIÓN

Este trabajo hablara de la importancia de rol que juega la economía dentro de una población así como la epidemiologia de ciertas enfermedades crónico degenerativas en relación a la situación demográfica

Situación demográfica y epidemiológica.

La demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición. Tales procesos son los de fecundidad, mortalidad y migración: emigración e inmigración. La variedad de combinaciones de estos fenómenos, interdependientes entre sí, supone la velocidad de las modificaciones de la población, tanto en sus dimensiones numéricas como en su estructura poblacional. Los dos tipos o partes de la demografía están interrelacionados entre sí, y la separación es un tanto artificial, puesto que el objetivo de estudio es el mismo: las poblaciones humanas.

- Demografía estática: Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas en un momento de tiempo determinado desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales.
- Demografía dinámica: Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas desde el punto de vista de la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de las poblaciones. Ejemplos de tales mecanismos son la natalidad, la mortalidad, la familia, la fecundidad, el sexo, la edad, la educación, el divorcio, el envejecimiento, la migración, el trabajo, la emigración y la inmigración.

Los datos estadísticos sobre las poblaciones también son sometidos a análisis predictores o de futuro: interpolaciones, extrapolaciones, series de tiempo, curvas logísticas, patrones de crecimiento según tipo de sociedad, patrones de disminución por desastres naturales o epidemias o guerras, etc. Desde el siglo XIX se descubrió que la gráfica del crecimiento de las poblaciones sigue la forma de una S alargada, de crecimiento rápido o modelo exponencial, llega a un punto de inflexión y continúa con un crecimiento suave, y es un reflejo del paso de una sociedad agrícola a una sociedad industrial: la reducción en el número de nacimientos y el aumento en la población que se halla en la tercera edad.

Según el modelo de la transición demográfica los cambios en una población tienen tres componentes: nacimientos, muertes y migración. La transición demográfica como proceso, disminuye el efecto de cuatro grandes riesgos sociodemográficos: la alta mortalidad, la elevada fecundidad, el acelerado crecimiento demográfico y la estructura etaria joven.

El Celade ha elaborado topologías para identificar los riesgos sociodemográficos por los que atraviesan los países, según el grado de avance de la transición demográfica. La transición demográfica se caracteriza por diferentes fases.

- La transición incipiente: con alta natalidad y mortalidad y con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.
- La transición moderada: alta natalidad, pero cuya mortalidad es moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. En esta etapa se ubica, por ejemplo, Guatemala, donde el descenso de la mortalidad, sobre todo durante el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia.
- La plena transición: con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2%. Aquí el descenso de la fecundidad es reciente y la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.
- La transición avanzada: con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%.

La segunda transición demográfica, en un contexto estable de baja fecundidad y mortalidad, describe los cambios en la composición de la familia y de las uniones en los patrones de reconstitución de las familias en países occidentales. Además de niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo y sostenidos en el tiempo, la segunda transición demográfica se caracteriza por: incremento de la soltería, (ii) retraso del matrimonio, (iii) postergación del primer hijo, (iv) expansión de las uniones consensuales, (v) expansión de los nacimientos fuera de matrimonio, (vi) alza de las rupturas matrimoniales, (vii) diversificación de las modalidades de estructuración familiar.

La teoría de la revolución reproductiva está descrita por John MacInnes y Julio Pérez Díaz. Los autores señalan la radical relevancia que tiene en su teoría y en los nuevos fenómenos demográficos el concepto de eficiencia reproductiva, así como la longevidad y el reemplazo generacional en las sociedades modernas.

Variación de edades y sexo. En la mayoría de países del planeta la población de las mujeres es mayor a la de los hombres.

Enfoque de riesgo

Entendemos como estimación de riesgo cada una de las características que perfilan a un grupo considerado vulnerable. Estos grupos están conformados por individuos en situación de indefensión o inseguridad, que son propensos al déficit social, económico, político, cultural u otros. Así, por ejemplo, la pobreza, la desestructuración familiar y la precariedad en materia de salud; son estimaciones de riesgos asociadas a las adultas mayores viudas en países pobres. El comportamiento estructural de la estimación de riesgo variará según el manejo que desde afuera se haga de la misma. Estas estimaciones de riesgo son:

1. Personas de 75 años y más de edad: dado el aumento progresivo de la esperanza de vida.
2. Ancianos (as) que viven solos: la vulnerabilidad que ocasiona a un anciano el vivir solo se traduce; por un lado, en no contar con apoyo familiar constante, y por otro, la menor capacidad de mantener una red de relaciones sociales y afectivas, la disminución de la capacidad económica, sentimientos de soledad y la declinación de las actividades.
3. Matrimonios de ancianos que viven solos: se asocia a la carencia de un apoyo familiar constante, factor de riesgo para el aislamiento de la pareja que afecta de forma negativa la salud y el bienestar de las personas de edad; aunado a la precariedad económica cuando hay bajos ingresos.
4. Matrimonios de ancianos donde uno de ellos está gravemente enfermo o discapacitado: en atención a esta variable, la incapacidad física les dificulta el valerse por sí mismos y por ende realizar sus actividades de la vida diaria, con el consiguiente perjuicio para su calidad de vida y la posible claudicación del cuidador.
5. Ancianos (as) sin hijos: son ancianos proclives a la institucionalización por no presentar descendencia, bien por no haber constituido una familia propia o haber quedado solteros.
6. Ancianos (as) institucionalizados: habitualmente, los adultos mayores sufren una ruptura con el núcleo familiar al ser trasladados a instituciones totales, generando sentimientos de aislamiento e inutilidad; por esta razón se constituyen en un grupo de población de especial riesgo para sufrir soledad y abandono, factores que contribuyen a aumentar su vulnerabilidad, empeorar aspectos somáticos, psicológicos, así como reducir su calidad de vida acortando, incluso, la esperanza de vida.
7. Ancianos que viven con ayudas del Estado o incluso menos: sobre este aspecto el seguimiento de la CEPAL no deja lugar a dudas; las condiciones de seguridad económica para la población de adultos en América Latina y el Caribe son deficientes, desiguales y poco equitativas; tanto en las áreas urbanas como en las rurales, más de un tercio de las personas de 65 años y más no dispone de ingresos de pensiones o jubilaciones, ni de un trabajo remunerado.

Relaciones entre economía y salud

La interrelación entre desarrollo económico y salud es un problema complejo, el cual permanece poco comprendido, aun cuando existe una apreciación general de que a un mayor nivel de desarrollo económico se elevarán los niveles de salud de la población. De esta manera, se considera que el crecimiento económico es un determinante básico para la elevación de las condiciones de salud de una población, de la mejor organización y prestación de los servicios de salud. Al igual que en los servicios de salud, el modelo imperante de atención curativa ha impuesto una barrera a la elevación de las condiciones de salud de la población, por su énfasis en el uso intensivo de recursos costosos para las condiciones de un país no industrializado, como es el caso de los insumos importados (equipo y materiales) o del empleo del profesional médico.

A pesar de los avances tecnológicos que la ciencia ha generado en el área de la salud para evitar los males de las epidemias como en el caso de la viruela, existe todavía una brecha entre el conocimiento científico y la disponibilidad de estos bienes a toda la población, la cual no ha permitido abatir problemas de salud pública básicos como las enfermedades transmisibles o infecciosas en los países no industrializados.

El desarrollo económico se le han asignado múltiples connotaciones, algunas con objetivos o metas alcanzables y otras más como la expresión de un proceso o camino deseable a recorrer. Las teorías que estudian el proceso de desarrollo económico dan diferentes versiones respecto del proceso causal que permite el desarrollo económico de un país, y de las posibles alternativas para superar las condiciones del subdesarrollo. Las principales versiones desde el punto de vista de los países desarrollados enfatizan la ausencia de niveles adecuados de ahorro e inversión, y cómo el desarrollo se daría a través de un proceso en etapas y no mediante un proceso lineal y continuo.

Al desarrollo económico se asocian el crecimiento y distribución del PNB, el estado de la tecnología y las condiciones institucionales que permiten el crecimiento. En palabras de A. Lewis, el desarrollo económico, a la vez que nos permite tener mayor disponibilidad de bienes, nos ofrece mayores oportunidades de elección y de ocio. De esta forma el Banco Mundial ha venido clasificando a los países con diferentes procesos de desarrollo con base en su nivel del PNB per cápita, en dólares de los Estados Unidos.

- a) Economías con ingresos elevados: que alcanzaron un PNB per cápita anual igual o superior a \$ 6 200 dólares.
- b) Economías con ingresos medios: países con un PNB per cápita de \$ 570 a \$ 6 199 dólares.
- c) Economías con ingresos bajos: países con un PNB per cápita menor a \$ 570 dólares.

los gobiernos orienten sus esfuerzos a la satisfacción de las necesidades esenciales. Las nuevas estrategias de los procesos de ajuste con "human face" que han venido impulsando los organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el Banco Mundial, con el "combate a la pobreza" buscan reducir el fuerte

deterioro que la población de bajos ingresos ha sufrido con las políticas de ajuste macroeconómico.

DESARROLLO ECONÓMICO Y NIVEL DE SALUD

El nivel de salud no está asociado exclusivamente con la disponibilidad de los servicios de salud, pues ésta es un proceso complejo al cual afectan significativamente la disponibilidad de otros elementos como la alimentación, la vivienda y el ingreso de las familias. Inglaterra y los Estados Unidos se tomaron dentro del grupo de países con economías de elevados ingresos; en el caso de Inglaterra los servicios de salud son ofrecidos en su mayoría por el gobierno, y en el caso de los Estados Unidos se ofrecen a través de un mercado privado de los servicios de salud.

la asociación entre los niveles de bajos ingresos y las menores condiciones de salud de la población es un hecho claro, así como la asunción de que una forma de elevar los niveles de salud poblacionales es el aumento del PNB per cápita. En los niveles muy bajos de desarrollo, como en el caso de Haití, parece ser que la elevación del PNB per cápita tendría un impacto directo en los niveles de salud. La Fundación Rockefeller llevó a cabo una investigación, con el propósito de ver las condiciones que permitirían elevar los niveles de salud poblacionales sin esperar a una fuerte elevación de los niveles del PNB per capita, y en sus conclusiones afirma que el crecimiento económico no es el determinante, sino que no para que pueda elevarse el nivel de salud de una población.

DESARROLLO ECONÓMICO Y NIVEL DE SALUD EN MÉXICO

desarrollo económico y niveles de salud en el caso de México, se realiza una comparación entre algunos países con diferentes niveles del PNB per cápita, con algunos indicadores de salud de la población, de la disponibilidad de los recursos de los servicios de salud y de la eficacia con que éstos operan. El caso de Inglaterra los servicios de salud son ofrecidos en su mayoría por el gobierno, y en el caso de los Estados Unidos se ofrecen a través de un mercado privado de los servicios de salud. También se tomaron Colombia, Costa Rica y México dentro de los países de ingresos medianos; en el caso de Costa Rica, los servicios de salud tienen una cobertura casi completa a través de un esquema gubernamental. La vinculación del nivel de desarrollo y de la situación de salud se analiza a través de la relación entre el nivel del PNB per cápita y de la tasa de mortalidad infantil de los niños menores de cinco años. el indicador que emplea UNICEF para evaluar el nivel de desarrollo y de bienestar de una población, en oposición al simple PNB per cápita que atiende más al aumento de bienes y servicios en general, sin considerar las condiciones en que se genera su crecimiento, y su impacto sobre los grupos más vulnerables de la sociedad. La relación del PNB per cápita y de la esperanza de vida al nacer muestra una asociación directa; los países con ingresos elevados tienen la mayor esperanza de vida al nacer y los países con menores niveles de ingreso registran una menor esperanza de vida. Las condiciones de bienestar y de salud en general están estrechamente vinculadas con las condiciones de la vivienda, disponibilidad de alimentos y de ingreso, junto con la disponibilidad de adecuados servicios de salud y educativos. Los servicios de salud ofrecen una cobertura completa en el caso de los países de ingresos elevados Inglaterra y Estados Unidos. en México sólo se ofrecen estos servicios al 45 por ciento de la población. Para México este promedio es el

resultado de una cobertura del 90 por ciento en el medio urbano, pero de una ausencia de servicios de salud adecuados en el medio rural.

POLÍTICA ECONÓMICA Y POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO

El crecimiento económico de México, al igual que la mayoría de los países en vías de desarrollo, se ha caracterizado por una polarización de la sociedad. En el caso de México, la política económica se ha orientado a apoyar al crecimiento industrial. El llamado milagro económico mexicano llegó a su fin en los setenta, sin haber sentado las bases de un desarrollo sostenido a largo plazo y con una marcada desigualdad económica y social.

La nueva política económica, bajo un enfoque neoliberal, redujo en mayor proporción el gasto en educación y salud. De esta forma, la inversión y el gasto corriente del sector salud se redujeron al mínimo, en términos reales, para alcanzar una operación eficiente.

En los aspectos financieros del sector salud, se debe tener en cuenta que la mayor parte del presupuesto ejercido corresponde al gasto de las instituciones de seguridad social (75%), un 9 por ciento a la Secretaría de Salud (SSA), y el resto a las otras instituciones, por lo que las acciones de las primeras ejercen una acción fundamental en el sector. El gasto curativo absorbía el 82 por ciento en 1977, y diez años después se mantenía en un nivel similar (82.4%), los programas de las instituciones de seguridad social Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con los de la SSA. Para 1987, el IMSS y el ISSSTE orientaban el 93.8 por ciento y el 90.5 por ciento de su gasto a la atención curativa, respectivamente, mientras que la SSA en acciones preventivas la SSA destinaba el 38.5 por ciento de su presupuesto, el IMSS el 36.1 por ciento y el ISSSTE el 10.9 por ciento.

El bajo nivel que representan los gastos de prevención en el total del gasto en salud (5.2%), y la disminución del gasto real per cápita en salud afectaron la eficacia de los programas de prevención. Las estrategias generales a seguir son las siguientes:

- a) Mejorar la calidad de los servicios de salud
- b) Atenuar las desigualdades sociales
- c) Modernizar el sistema de salud
- d) Descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

La acumulación de capital en México se realizó con base en una creciente desigualdad social, que en términos de salud se manifiesta en las dimensiones que aún asume la patología de la pobreza en el país.

Principios básicos de economía y su relación con la salud

La economía es la ciencia o quizás, el arte que estudia la forma en que los seres humanos resuelven el problema de cómo satisfacer sus necesidades materiales ilimitadas, frente a una disponibilidad escasa de recursos. La escasez como la deficiencia ya sea en cantidad o calidad de bienes y servicios que es posible adquirir con los recursos disponibles, frente a las cantidades que la gente desea. La economía sólo reflexiona sobre las mejores formas de asignar los recursos materiales la economía de la salud necesita una definición más restringida. La economía de la salud es la ciencia que estudia las consecuencias de la escasez en el sistema de salud. Entendemos por sistema de salud la forma en que se organizan las instituciones que proveen, aseguran, regulan y supervisan los servicios de salud en un país.

Grandes áreas de la economía

La economía en general, y la economía de la salud en particular, se dividen en dos grandes ramas de pensamiento:

- La microeconomía estudia el comportamiento económico de los productores y consumidores individuales. Asimismo, estudia el comportamiento económico de grupos de productores y consumidores, los que se denominan —mercados, por ejemplo, el —mercado de servicios de salud.

Principales mercados

En el sector salud hay varios mercados importantes, sujetos a características propias. Algunos de ellos son:

1. Mercado de servicios de salud.
2. Mercado de seguros.
3. Mercado de productos farmacéuticos y otros insumos.
4. Mercado de equipos y tecnología.

- La macroeconomía estudia los fenómenos económicos en función de todo el sistema. En el caso del sector salud, le interesa conocer los flujos financieros en todo el sistema de salud.

El estudio de la macroeconomía de la salud permite sacar conclusiones entre la situación de salud, su financiamiento y el potencial de desarrollo económico de un país. Mediante la macroeconomía de la salud podemos saber si ésta se distribuye equitativamente entre toda la población o si hay grupos menos favorecidos. A través del financiamiento público, el Estado tiene el potencial de mejorar la equidad y reducir la pobreza. De esta forma, contribuye al desarrollo de la sociedad.

La economía de la salud nos ayuda a comprender el sistema de salud y el papel que juegan las instituciones del sector. A través de ella aprendemos a seleccionar las prioridades y asignar mejor los recursos para beneficiar a la población y mejorar su estado de salud y su nivel de vida.

Principales recursos económicos para la salud

La introducción del análisis económico en el sector de la salud ha permitido incorporar los conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos, analizar los procesos y los costos de producción y evaluar los resultados obtenidos de un modo efectivo en función del costo según su impacto no solo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de la vida.

La economía de la salud se aplica para investigar los siguientes aspectos principalmente: los factores que determinan y afectan a la salud; el desarrollo de instrumentos de política; la salud y su valor económico; la demanda y la oferta de atención médica; el equilibrio del mercado; la planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias; la evaluación integral del sistema de salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas; y la evaluación microeconómica.

La planificación sanitaria debe basarse en las necesidades de salud sentidas por la población y en su situación de salud, teniendo en cuenta que la salud obedece a múltiples causas y se ve influida por factores determinantes de índole socioeconómica y por factores biológicos relacionados con el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. La planificación a menudo se concibe como un proceso continuo

compuesto de momentos encadenados sistemáticamente, que consiste en un ciclo de cuatro fases:

- a) la explicativa (los antecedentes de la situación, la situación actual, las tendencias observadas)
- b) la normativa (la situación deseada)
- c) la estratégica (lo que es factible)
- d) la táctica operacional (lo que se va a hacer).

la planificación requiere un concepto más allá de la cantidad de dinero que el sector de la salud gasta en bienes y servicios. La planificación de las decisiones y orientaciones que tendrán consecuencias a largo plazo se conoce por planificación estratégica y consiste en un esfuerzo por tomar decisiones y emprender acciones para orientar a una organización en su quehacer, en su manera de hacer las cosas y en las razones que tiene para hacerlas, enfocado todo hacia el futuro. Hay 3 pilares fundamentales de la planificación estratégica los valores, la misión y la visión, y todos contribuyen a definir la viabilidad política, económica e institucional de un programa.

El método propuesto en el marco de la planificación local para mejorar la salud en el ámbito comunitario se basa en los siguientes pasos: identificar los problemas y establecer prioridades; concebir y poner en marcha proyectos y programas, y evaluar el impacto de las intervenciones. Las políticas de salud disponer de información fiable sobre el financiamiento y el gasto destinado a la salud, a fin de analizar la eficiencia y la evolución del sistema sanitario. En el ámbito internacional, la forma más común de comparar los gastos es determinando qué porcentaje del producto interno bruto (PIB) representa el GNS.

Entre los mecanismos más comunes de financiamiento del sector sanitario figuran los fondos públicos, los seguros de salud, el cobro a los usuarios, la seguridad social y la cooperación internacional. El gasto tiene diferentes grados de impacto sobre la situación de salud, según el tipo de sistema y las estrategias, programas e intervenciones que se adopten. Las CNS muestran las fuentes y destinos de los fondos dedicados a la atención de salud, la concentración de gastos en los diferentes servicios y programas, y la distribución del presupuesto sanitario entre diferentes regiones y grupos de población. el constante incremento del gasto, las unidades de salud necesitan establecer y sistematizar controles económicos y financieros internos, así como tener la posibilidad de interactuar con los organismos

rectores de la salud pública en el marco de las regulaciones establecidas. los factores clave del incremento del gasto en la salud se encuentran el envejecimiento de la población; el desarrollo de la tecnología; los pagos al personal; el precio de los medicamentos; las nuevas enfermedades y las enfermedades reemergentes; los problemas de origen ambiental; las necesidades de investigación y capacitación; y la gestión administrativa. Los principales objetivos de la contabilidad de costos son:

- 1) generar informes para medir la utilidad proporcionando el costo correcto de producción, ventas o servicios
- 2) determinar los costos de los inventarios
- 3) proporcionar informes para facilitar la planeación, ejercer el control administrativo y tomar decisiones.

Esto Sirve no solo para indicar la cantidad de fondos necesaria para llevar a cabo los programas, sino también para determinar el uso dado a los recursos humanos, materiales y financieros en la prestación de servicios a la población.

La evaluación económica consiste en valorar una acción concreta en términos del monto de inversiones que precisa y su rentabilidad económica y social. los métodos de evaluación económica se dividen en parciales y completos atendiendo a tres elementos: costos, consecuencias o resultados, y alternativas. Entre los estudios parciales se encuentran los siguientes:

- Los estudios de descripción de consecuencias
 - Los estudios de descripción de costos
 - Los estudios de costos y consecuencias
 - Los estudios de eficacia y efectividad
 - Los análisis de costos
 - Los análisis de minimización de costos
 - Los estudios de costo-beneficio

La tecnología sanitaria desempeña un papel determinante en la calidad de los servicios médicos y en su costo. Si a ello se suma la premisa de que los recursos son limitados y las necesidades siempre crecientes, también habrá que realizar, en lo referente a la tecnología sanitaria, una búsqueda permanente de la mejor relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos. La tecnología sanitaria abarca los instrumentos, técnicas, equipos,

dispositivos, medicamentos, procedimientos médicos y quirúrgicos, programas sanitarios y sistemas de información destinados a prevenir, diagnosticar y tratar afecciones específicas, a rehabilitar a quienes las padecen, y a mejorar la calidad de vida de las personas y la comunidad.

la evaluación fármaco económica compara las propiedades terapéuticas de distintos medicamentos y otras formas de tratamiento y los costos de usarlos como métodos alternativos, así como la factibilidad de aplicar conceptos económicos de costo-beneficio para tomar decisiones en el sector farmacéutico y en el sistema sanitario. La farmacoeconomía puede definirse como la aplicación del análisis económico al campo de los medicamentos. La evaluación económica de los medicamentos podría definirse también como el proceso de determinar la eficiencia. La aplicación de los conocimientos y técnicas de la evaluación económica al campo de los medicamentos permite centrar el análisis en el tratamiento de los problemas que plantea una adecuada prescripción, tanto desde el punto de vista de la efectividad terapéutica, como de la eficiencia; es decir, la obtención de un beneficio social a un costo razonable.

La investigación, cuyo objetivo es explicar la realidad, enfrenta obstáculos a los que no escapan los estudios en el campo de la economía de la salud. La investigación emplea procedimientos e instrumentos para resolver problemas y adquirir conocimientos

Conclusión

La económico en el sector de la salud ha permitido incorporar la planeación, regulación, monitoreo de las acciones sanitarias y la evaluación integral del sistema de salud, además de conocer los factores que influyen para el desarrollo del sector salud y la manera de conocer la distribución de los recursos económicas y manejos de los materiales.

BLIBLIOGRAFIA

ANTOLOGIA LEN303 SALUD PUBLICA