

2026

DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN MÉXICO

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

FUNSALUD

SOMMA
Sociedad Mexicana para el Estudio de Movimientos Anormales, A.C.

Diagnóstico Integral de la Enfermedad de Parkinson en México

D.R.©
Alejandra Almeida Velasco ORCID iD 0009-0002-8064-422X
Héctor Rubén Martínez Hernández ORCID iD 0000-0001-8550-4336
Alejandro Cabello López ORCID iD 0000-0001-9175-5617
Rosalía Fascinetto Dorantes ORCID iD 0000-0003-4537-6274
Jesús Jaime Ponce Águila ORCID iD 0009-0003-9447-9891
Diagnóstico Integral de la Enfermedad de Parkinson en México, Funsalud 2026.

D.R.©
Fundación Mexicana para la Salud
Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
Periférico Sur 4809, Col. Arenal Tepepan, Tlalpan, Ciudad de México
http://funsalud.org.mx

Primera Edición: 500 ejemplares

ISBN Obra independiente (Versión digital): 978-607-7897-49-1
ISBN Obra independiente (Versión impresa): 978-607-7897-48-4

Diseño Gráfico: LDG Alejandro Rodríguez Torres
Fotografías de interiores: Freepick, Depositphotos

La reproducción total o parcial de este libro, su incorporación a un sistema informático o su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, está permitido por los titulares de los derechos siempre y cuando se cite la fuente.
Citación Sugerida: Almeida Velasco. A., Martínez Hernández. R., Cabello López. A., Fascinetto Dorantes. R., Ponce Águila. J. **Diagnóstico Integral de la Enfermedad de Parkinson en México**. México, Funsalud, 2026.

Las opiniones expresadas en este libro son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan la posición de la Fundación Mexicana para la Salud.

Los términos utilizados en esta publicación, así como la forma en que se presentan los datos, no implican juicio alguno. El documento tiene como propósito realizar un diagnóstico de la situación actual y plantear propuestas a partir de las áreas de oportunidad identificadas. No se emite opinión sobre la manera en que se organizan actualmente los sistemas de atención a los y las pacientes con Parkinson.

Se tomaron precauciones para verificar la información que se presenta. La lista completa de fuentes se encuentra al final del documento. Para las gráficas se presenta la fuente de los datos. Sin embargo, la interpretación y uso que se haga del material son responsabilidad del lector.

Por este medio, asentamos nuestra independencia en el desarrollo, ejecución, planeación y planteamiento del contenido de esta publicación. Por lo tanto, las opiniones y puntos de vista contenidas en el texto son responsabilidad directa y exclusiva de las personas autoras.

La mención en el presente documento de entidades públicas o privadas, organismos y asociaciones, no implican de ninguna manera que sean recomendadas o aprobadas por las personas autoras o por Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Impreso y hecho en México.

Agradecimientos

La elaboración del presente Documento titulado "Diagnóstico Integral de la Enfermedad de Parkinson en México", fue posible gracias a la colaboración y aportaciones de diversas personas expertas que, con generosidad y compromiso, dedicaron tiempo a la lectura de versiones preliminares del documento.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Raúl Carrillo Esper, el Dr. Carlos Zúñiga Ramírez, el Dr. Leonel Villa Villegas, la Dra. Paulina De Regil González, la Psic. Nadia Paulina Arvizú Martínez, el Dr. Julián Eduardo Soto Abraham y el Lic. Héctor Valle Mesto, quienes revisaron el contenido, compartieron observaciones y realizaron comentarios que permitieron fortalecer la calidad, claridad y pertinencia de esta propuesta.

Asimismo, un agradecimiento especial a los pacientes y cuidadores que generosamente compartieron sus experiencias, el Sr. Gerardo Josué Izquierdo Bustamante, el Sr. José Ramón Martínez Alonso y el Sr. Gerardo Izquierdo Bustamante.

Sus contribuciones ayudaron a enriquecer el desarrollo del documento y avanzar en la construcción de un marco orientado a mejorar la atención y comprensión de las personas con diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

El trabajo inicial de la iniciativa y la publicación de este documento se elaboró gracias al financiamiento de Sociedad Mexicana para el Estudio de Movimientos Anormales, A.C. (SOMMA) en conjunto con la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD)

A todas y todos, reiteramos nuestro profundo reconocimiento y gratitud por su apoyo.

FUNSALUD

SOMMA
Sociedad Mexicana para el Estudio de Movimientos Anormales, A.C.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO 7

INTRODUCCIÓN 8

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON 8

CONTEXTO INTERNACIONAL 10

PREVALENCIA GLOBAL Y PROYECCIONES 10

ENFERMEDAD DE PARKINSON 14

RESOLUCIONES GLOBALES 26

MODELOS INTERNACIONALES EXITOSOS 29

MARCO NORMATIVO EN MÉXICO 30

VISIÓN ESTRATÉGICA Y ALINEACIÓN CON LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE 34

DIAGNÓSTICO NACIONAL 36

MAGNITUD DEL PROBLEMA 36

DISTRIBUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN MÉXICO 40

LA PROBLEMÁTICA EN MÉXICO 43

CENTROS HOSPITALARIOS CON CAPACIDADES PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON 46

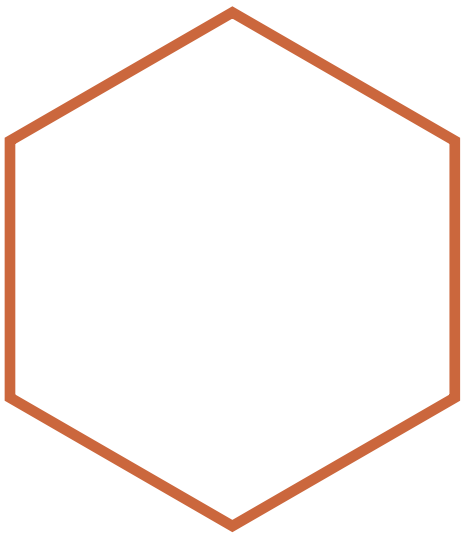
ORGANIZACIONES CIVILES 49

LA VOZ DE LOS ESPECIALISTAS, PACIENTES Y CUIDADORES 51

RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS CON PARKINSON 66

MENSAJE DE CIERRE 68

REFERENCIAS 70





RESUMEN EJECUTIVO

Este documento denominado **"Diagnóstico Integral de la Enfermedad de Parkinson en México"** presenta una visión general de la situación de la enfermedad en el país y analiza sus principales retos en materia de epidemiología, diagnóstico, tratamiento, recursos humanos, infraestructura, rehabilitación, acceso a terapias, información y marco normativo. Su objetivo es identificar las principales brechas y proponer elementos que permitan fortalecer la respuesta nacional.

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico y progresivo que afecta principalmente el control del movimiento, aunque su impacto trasciende ampliamente la esfera motora. Se manifiesta mediante síntomas motores como temblor en reposo, rigidez muscular, bradicinesia e inestabilidad postural, así como por un conjunto amplio de síntomas no motores que incluyen deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, alteraciones del sueño, disfunción autonómica y fatiga. *(1,2)*.

El diagnóstico identifica áreas de oportunidad importantes en información epidemiológica, diagnóstico oportuno, disponibilidad y distribución de especialistas, acceso a medicamentos y terapias avanzadas, rehabilitación y atención multidisciplinaria.

La atención de las personas con Parkinson requiere avanzar hacia un modelo integral y centrado en la persona, que articule neurología con rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, neuropsicología, nutrición, enfermería, trabajo social y cuidados paliativos, de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

A partir de los hallazgos encontrados, el documento plantea líneas prioritarias de acción orientadas a fortalecer la detección y diagnóstico oportuno, desarrollar redes multidisciplinarias, formar y capacitar profesionales, mejorar el acceso a medicamentos, rehabilitación y terapias avanzadas, fortalecer los sistemas de información y promover la participación de pacientes y cuidadores.

Finalmente, el documento no se limita a describir la problemática, sino que presenta ejemplos, experiencias y propuestas que pueden servir como punto de partida para actuar desde ahora.

El objetivo es anticiparse al crecimiento esperado de la enfermedad y avanzar hacia una atención oportuna, integral, equitativa y centrada en las personas con Parkinson y sus familias.

INTRODUCCIÓN

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico y progresivo que afecta principalmente el control del movimiento, aunque su impacto trasciende ampliamente la esfera motora. Se manifiesta mediante síntomas motores como temblor en reposo, rigidez muscular, bradicinesia e inestabilidad postural, así como por un conjunto amplio de síntomas no motores que incluyen deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, alteraciones del sueño, disfunción autonómica y fatiga. En conjunto, estas manifestaciones generan una afectación significativa de la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida de las personas *(1,2)*.

En los últimos 25 años, la enfermedad de Parkinson ha tenido un incremento importante a nivel mundial, ya que su prevalencia se ha duplicado. Para 2019, cerca de 8.5 millones de personas a nivel mundial padecían la enfermedad, provocando 5.8 millones de años de vida ajustados por discapacidad y 329 000 defunciones *(3)*. De acuerdo con proyecciones realizadas a partir de los datos del estudio de la carga global de la enfermedad (GBD), en 2023 se estimaron 426 724 defunciones, 11.6 millones de casos prevalentes y 7.974 millones de años de vida ajustados por discapacidad, y para 2050 cerca de 25 millones de personas vivirán con enfermedad de Parkinson, lo cual representa un incremento del 112% a partir de 2021. Además, se estima un incremento del 76% en la prevalencia mundial de la enfermedad, que se traducirá en 267 casos por 100 000 habitantes *(4)*.

Por otro lados los costos asociados a la enfermedad de Parkinson son sustanciales y aumentan de manera significativa conforme progresa la enfermedad, aunque existen diferencias importantes entre regiones geográficas tanto en el monto total como en los principales componentes del gasto. En términos generales, los costos anuales de utilización de recursos sanitarios en personas con enfermedad avanzada son entre dos y tres veces mayores

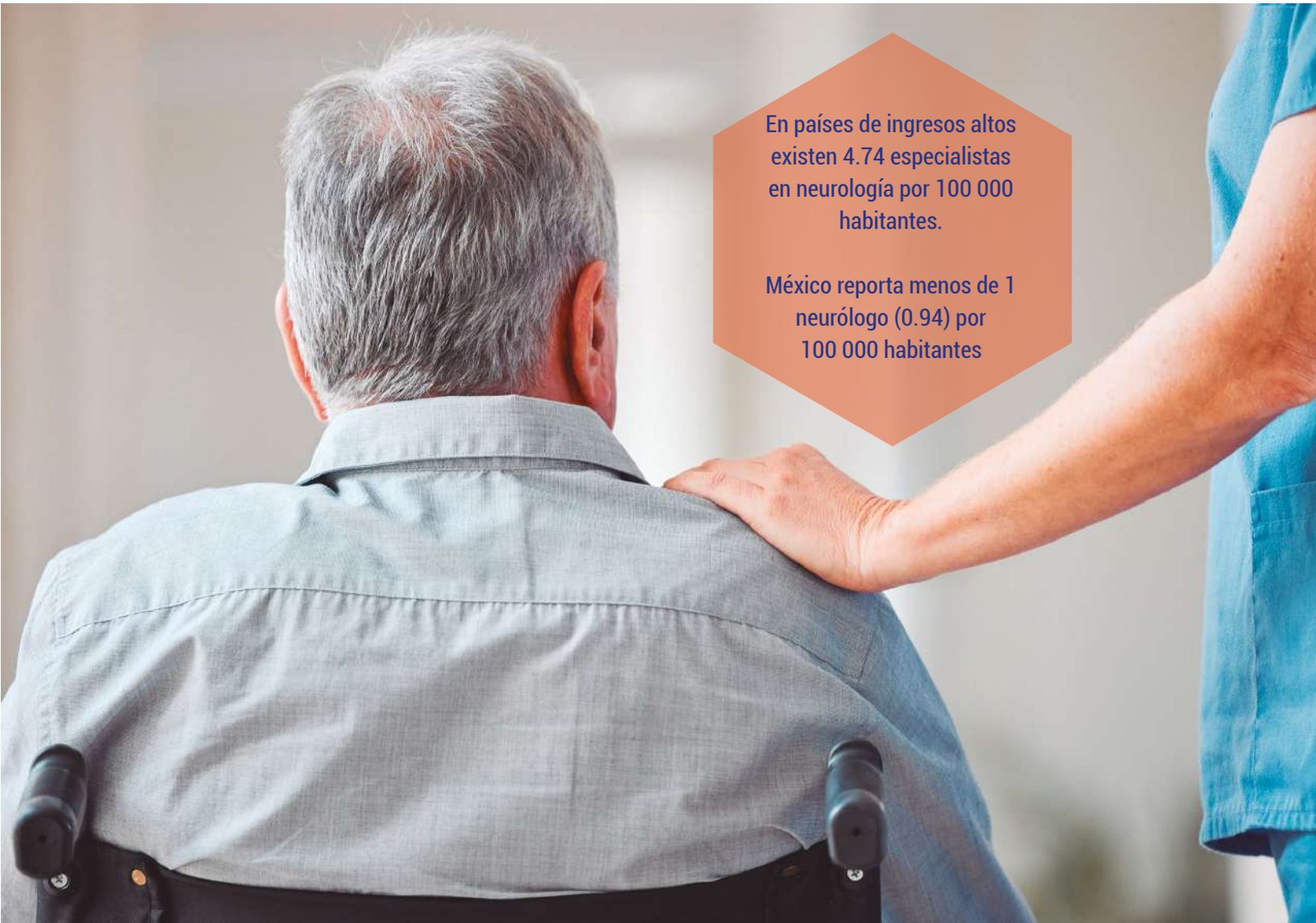
Para 2050 cerca de 25 millones de personas vivirán con enfermedad de Parkinson a nivel mundial

que en aquellas con enfermedad en estadio intermedio en Estados Unidos y Europa (35 287 USD frente a 14 988 USD, y 15 628 € frente a 5 864 €, respectivamente), mientras que en Japón el incremento es menor (1 695 963 JPY frente a 1 219 426 JPY); sin embargo, los costos en la enfermedad avanzada permanecen elevados de forma consistente en todas las regiones *(5)*.

Aunado a la carga de la enfermedad en términos poblacionales y económicos, un aspecto fundamental está relacionado con la atención y el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. En este sentido, un informe de la Organización Mundial de la Salud enfatiza las desigualdades que se presentan en términos de la fuerza de trabajo para la atención de la enfermedad: mientras en países de ingresos altos existen 4.74 especialistas en neurología por 100 000 habitantes, en países de ingresos bajos existen 0.03 especialistas por cada 100 000 habitantes (aproximadamente 82 veces menos que en países de ingresos altos según datos actualizados). En países de ingresos medios-bajos y medios-altos la densidad es intermedia, alrededor de 0.1 a 1 por 100 000 habitantes, con escasez marcada en América Latina donde México reporta menos de 1 neurólogo (0.94) por 100 000 habitantes y brechas rurales-urbanas pronunciadas. Aunado a esto, profesionales de otras disciplinas como fisioterapia, terapia ocupacional, psicología y terapia del lenguaje son escasos en estos últimos países *(6)*. Respecto a la disponibilidad de levodopa, que se mantiene como el tratamiento más efectivo para la enfermedad de Parkinson, sólo se encuentra disponible en el primer nivel de atención en 34% de 110 países, de los cuales ninguno corresponde a países de ingresos bajos, donde posiblemente es mucho menor *(7)*.

En México existe un marco normativo general para trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson, centrado en guías de práctica clínica (GPC) *(8)* y normas transversales para atención integral, sin una Norma Oficial Mexicana (NOM) exclusiva para la enfermedad de Parkinson. Es decir, la atención se regula a través de NOM generales como la NOM-015-SSA-2023 (Atención a la Discapacidad) *(9)* y la NOM-017-SSA2–2012 (Vigilancia Epidemiológica) *(10)*, enfocándose en la rehabilitación, atención integral y registro de enfermedades neurológicas crónicas, abarcando desde la prevención hasta la atención médica especializada. Sin embargo, las guías de práctica a pesar de ser un instrumento que dicta el marco normativo para la atención de la enfermedad de Parkinson, no es vinculante a nivel nacional ni de primer contacto lo que favorece un abordaje fragmentado y heterogéneo entre instituciones y regiones.

Desde una perspectiva de salud pública, la enfermedad de Parkinson debe entenderse no sólo como una enfermedad neurológica, sino como una condición que evoluciona hacia distintos grados de discapacidad a lo largo del curso de la vida. Su progresión implica una creciente dependencia de servicios médicos especializados, rehabilitación continua y apoyos sociales, así como una carga importante para cuidadores informales, generalmente familiares *(6)*. El abordaje de la enfermedad exige un modelo de atención integral, continuo y multidisciplinario que combine diagnóstico oportuno, tratamiento farmacológico, rehabilitación física y cognitiva, atención psicosocial y cuidados de largo plazo. No obstante, en muchos contextos — particularmente en países como México— la atención suele fragmentarse, concentrándose en el manejo farmacológico y dejando rezagados componentes clave como la rehabilitación, el acompañamiento psicosocial y el apoyo a cuidadores.



CONTEXTO INTERNACIONAL

PREVALENCIA GLOBAL Y PROYECCIONES

A nivel mundial, la enfermedad de Parkinson afecta a entre 1 y 2 personas por cada 1000 habitantes, lo que se traduce en una prevalencia estimada en 1% entre las personas mayores de 60 años. Cabe destacar que entre el 5% y el 10% de estos pacientes tienen una predisposición genética para la enfermedad *(5)*.

La enfermedad de Parkinson se encuentra entre los trastornos neurodegenerativos de más rápido crecimiento en el mundo. El aumento de la prevalencia se ha atribuido en parte al envejecimiento de la población, a una mayor duración de la enfermedad, a posibles cambios en los factores de riesgo ambientales o sociales, y a un mayor reconocimiento y diagnóstico en la atención médica rutinaria *(5)*.

De acuerdo con proyecciones realizadas a partir de los datos del estudio de la carga global de la enfermedad (GBD), en 2023 se estimaron 426 724 defunciones, 11.6 millones de casos prevalentes y 7.974 millones de años de vida ajustados por discapacidad, y para 2050 cerca de 25 millones de personas vivirán con enfermedad de Parkinson, lo cual representa un incremento del 112% a partir de 2021. Además, se estima un incremento del 76% en la prevalencia mundial de la enfermedad, que se traducirá en 267 casos por cada 100 000 habitantes *(4)*.

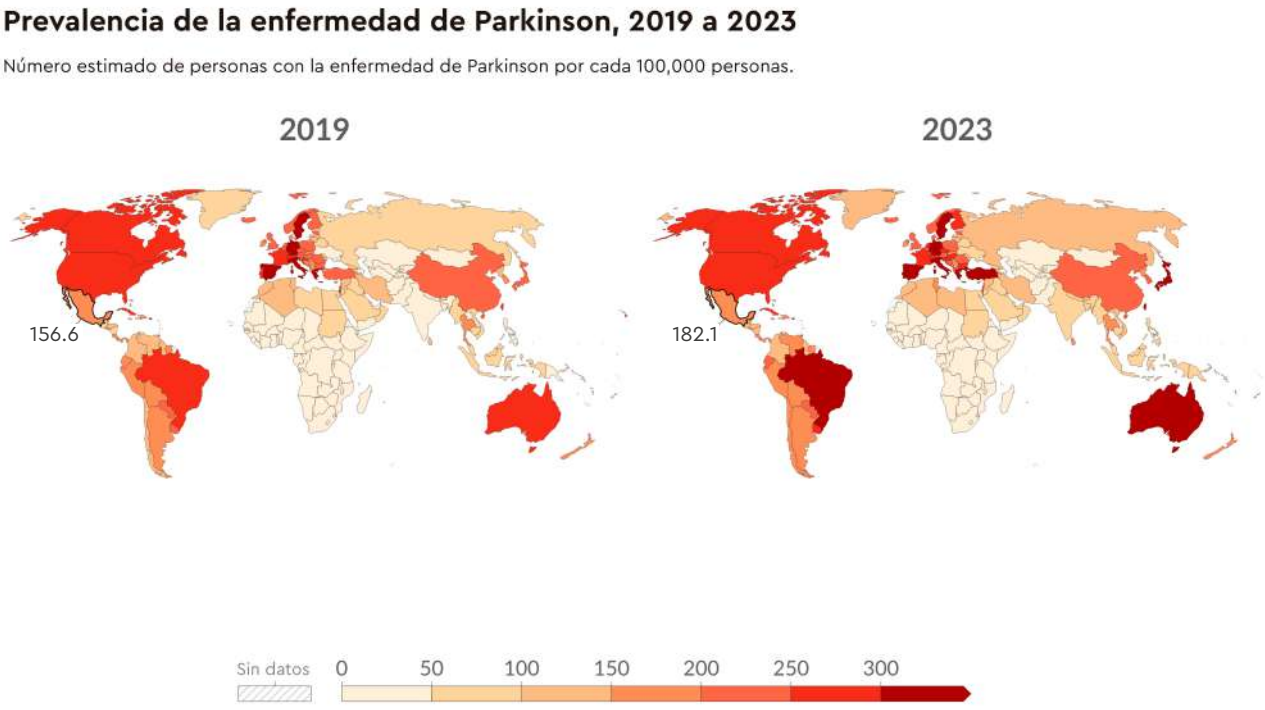


Figura 1. Prevalencia mundial de la enfermedad de Parkinson. *Fuente: Our World in Data (11).*

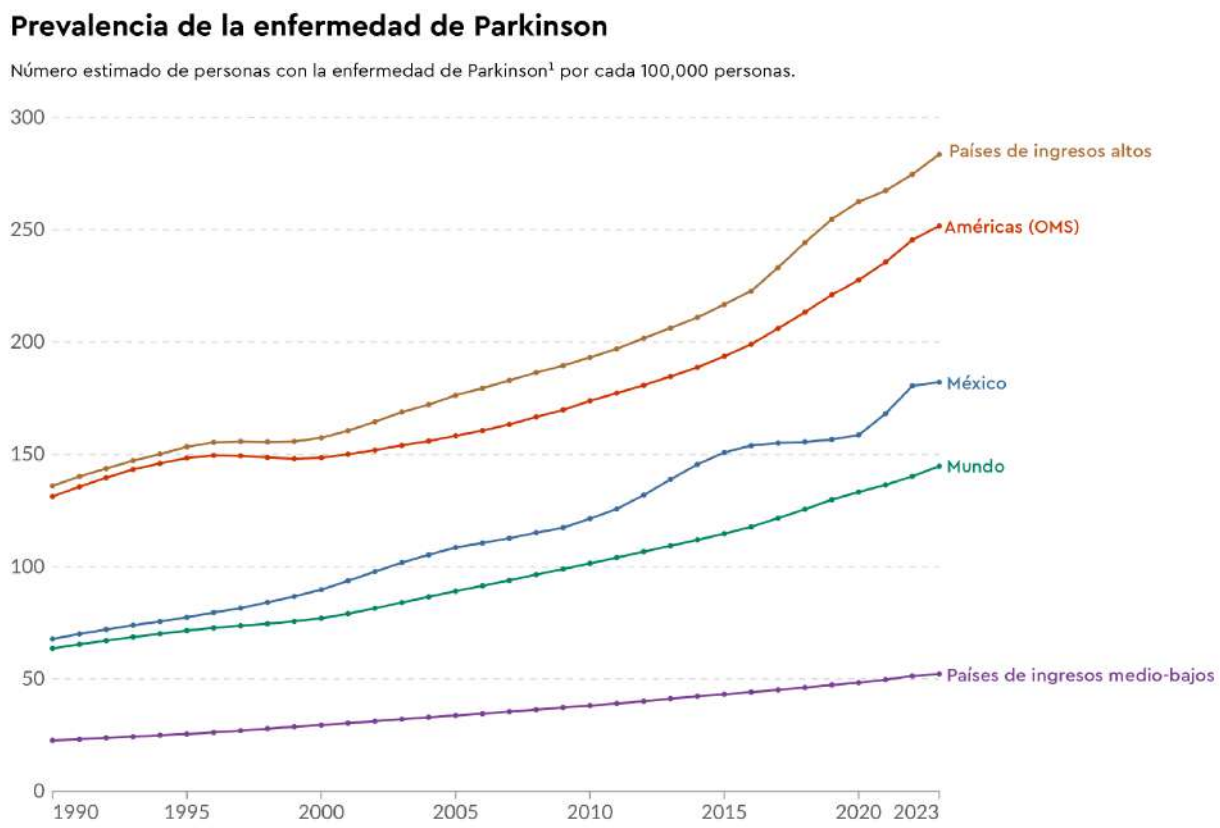


Figura 2. Evolución de la prevalencia de la enfermedad de Parkinson en diferentes países y regiones, en comparación con México.
Fuente: Our World in Data (11).



A nivel regional, en 2019 la Organización Panamericana de la Salud registró 52 760 muertes debido a la enfermedad de Parkinson, lo que se traduce en una tasa estandarizada de 3.3 muertes por cada 100 000 habitantes, así como 851 003 años de vida ajustados por discapacidad, con una tasa de 58.9 años por cada 100 000 habitantes *(12)*.

Métricas resumidas para muertes y discapacidad debido a trastornos mentales y por uso de sustancias y condiciones neurológicas entre 2000 y 2019

	Mortalidad[a]					Carga de la enfermedad[a]				
	Número de muertes	Tasa 2019	M:F	Cambio: 2000–2019	Porcentaje de cambio	Número de AVAD	Tasa 2019	M:F	Cambio: 2000–2019	Porcentaje de cambio
Trastornos por uso de drogas	85,984	8.0	1.97		↑ 198	7,989,705	782.2	1.58		↑ 102
Trastornos depresivos	0	0.0	–	–	–	6,904,307	657.7	0.55		↓ 7
Trastornos de ansiedad	65	<0.1	–	–	–	5,530,174	534.3	0.57		↓ 7
Trastornos por consumo de alcohol	32,939	2.9	5.95		↓ 4	4,106,589	388.3	2.87		↓ 5
Esquizofrenia	1,884	0.1	1.44		↑ 25	2,376,648	224.4	1.09		↓ 3
Todas salud mental[b]	121,883	11.1	2.47		↑ 89	32,673,376	3,159.8	1.06		↑ 10
Migraña	9	<0.1	–	–	–	3,858,359	379.0	0.49		↑ 1
Alzheimer / demencias	390,473	22.3	0.83		↑ 89	5,853,793	368.5	0.89		↑ 43
Epilepsia	13,080	1.2	1.54		↑ 9	1,737,914	171.0	1.15		↓ 2
Cefalea no migraña	0	0.0	–	–	–	653,754	62.0	0.77		↓ 1
Enfermedad de Parkinson	52,760	3.3	2.13		↑ 34	851,003	58.9	2.06		↑ 24
Total de neurológicas[c]	533,172	32.9	1.03		↑ 60	15,708,713	1,289.8	0.87		↑ 15

Notas:

[a] La mortalidad se describe utilizando la tasa de mortalidad estandarizada por edad. La carga de la enfermedad se describe utilizando la tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) estandarizada por edad. Ambas tasas se presentan por cada 100,000 habitantes.

[b] Incluye todos los trastornos mentales y por uso de sustancias. Otras condiciones no enumeradas incluyen trastornos bipolares, trastornos alimentarios, autismo y síndrome de Asperger, trastornos de la conducta infantil y discapacidad intelectual idiopática. (Todos los trastornos mentales y por uso de sustancias: códigos CIE-10: F04–F99, G72.1, Q86.0, X41–X42, X44, X45).

[c] Incluye todas las condiciones neurológicas. Otras condiciones no enumeradas incluyen esclerosis múltiple, parálisis cerebral, enfermedad de la neurona motora. (Todas las condiciones neurológicas: códigos CIE-10: F01–F03, G06–G98, menos G14 y G72.1).

Figura 3. Mortalidad y carga de las enfermedades neurológicas, mentales y por uso de sustancias en las Américas 2000–2019.
Fuente: PAHO (12).

Datos más actualizados de la misma organización muestran que en 2021 los siete países que registraron las tasas estandarizadas de mortalidad más altas fueron Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Honduras, Bolivia, Estados Unidos, Dominica y Santa Lucía. Este grupo de países (exceptuando Santa Lucía y agregando Haití) tuvo las tasas más altas de años de vida ajustados por discapacidad (mín 89.99, máx 128.44). Asimismo, Canadá, Perú, Bolivia, Ecuador, Chile, Honduras y Uruguay fueron los países con el nivel más alto de años vividos con discapacidad por cada 100,000 habitantes (máx 25.81-mín 14.96). En ese mismo año, los países con mayores tasas de años de vida perdidos por cada 100 000 habitantes fueron Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Honduras, Bolivia, Haití, Dominica y Estados Unidos (máx 115.76-min 76.92) *(12,13)*.

El envejecimiento de la población está afectando a los países de ingresos medios y bajos a un ritmo más rápido que a los países de ingresos altos, especialmente a los de América Latina. El cambio demográfico en Latinoamérica viene acompañado de una transición sanitaria impulsada por cambios en los hábitos y estilos de vida, donde las enfermedades no transmisibles, como la enfermedad de Parkinson, se están convirtiendo en la principal causa de morbilidad y discapacidad. Por lo tanto, determinar la prevalencia de la enfermedad de Parkinson y los factores de riesgo es particularmente relevante para la planificación de la salud pública en Latinoamérica *(13)*. En este sentido, en un estudio de cohorte con base poblacional en 6 países de Latinoamérica, incluido México, se observó que la prevalencia de la enfermedad de Parkinson era similar a la que se ha reportado en países con mayores ingresos, sin diferencias significativas entre poblaciones rurales y urbanas, aunque la enfermedad es más frecuente entre los hombres en comparación con las mujeres *(13)*.

Proyecciones

Se ha estimado que aproximadamente dos tercios de los casos mundiales de la enfermedad de Parkinson en 2050 se encontrarán en los 10 países con mayor número de casos, siendo China el país con la mayor cantidad (10.5 millones [intervalo de incertidumbre del 95%: 9.2 a 12.9 millones]), seguido de India (2.8 millones [2.3 a 3.5 millones] y Estados Unidos (0.9 millones [0.8 a 1.1 millones]). Dos países con un índice sociodemográfico medio ingresaron a este grupo de los 10 primeros a partir de 2021: Indonesia y México. Entre los 10 países principales, se pronostica el mayor aumento en el número de pacientes de 2021 a 2050 en Indonesia (184%, 163% a 301%), seguido de México (171%, 152% a 243%) e India (168%, 126% a 237%) *(4)*.

La gran mayoría de los estudios epidemiológicos sobre la enfermedad de Parkinson se han llevado a cabo en países de ingresos altos. Existen importantes lagunas en la comprensión de la epidemiología de la enfermedad de Parkinson y el parkinsonismo, así como una amplia variación geográfica en su manejo y tratamiento. Por lo tanto, es de interés para la salud pública monitorear la prevalencia e incidencia de la enfermedad de Parkinson, así como su variabilidad entre subgrupos poblacionales, para orientar las futuras políticas sanitarias *(14)*.



ENFERMEDAD DE PARKINSON

¿Qué es la enfermedad de Parkinson?

El parkinsonismo es un término general que abarca varias afecciones, incluida la Enfermedad de Parkinson, que comparten síntomas motores similares pero que pueden no tener los síntomas cardinales que conducen a un diagnóstico específico *(14)*.

La enfermedad de Parkinson se manifiesta mediante síntomas motores, en donde los síntomas cardinales son 4: bradicinesia, temblor en reposo, rigidez muscular y alteraciones posturales/equilibrio, así como por un conjunto amplio de síntomas no motores que incluyen deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, alteraciones del sueño, disfunción autonómica y fatiga. En conjunto, estas manifestaciones generan una afectación significativa de la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida de las personas *(5)*.

A medida que la enfermedad progresa, algunas personas con enfermedad de Parkinson se vuelven cada vez más dependientes de los cuidados, frecuentemente proporcionados por personas no profesionales. La carga que experimentan los cuidadores se correlaciona con diversos aspectos de la enfermedad, incluyendo la duración de esta y el cuidado, y síntomas no motores como trastornos del sueño, ansiedad o depresión. Además de las importantes restricciones laborales, la carga del cuidador puede resultar en una reducción del tiempo dedicado a la familia o a actividades sociales y de ocio, alteración del sueño y ansiedad o depresión *(5)*.

La enfermedad de Parkinson se manifiesta mediante síntomas motores, en donde los síntomas cardinales son: bradicinesia, temblor en reposo, rigidez muscular y alteraciones posturales/equilibrio



Fisiopatología

La enfermedad de Parkinson se caracteriza como un trastorno neurodegenerativo crónico y progresivo impulsado principalmente por la degeneración de las células dopaminérgicas dentro de la sustancia negra en el cerebro y la acumulación anormal de agregados de proteína alfa-sinucleína (conocido como, cuerpos de Lewy). La consiguiente disminución de dopamina en la vía nigroestriatal da lugar a las manifestaciones características de la enfermedad, que incluyen síntomas motores y no motores *(15)*.

Síntomas

La enfermedad de Parkinson afecta a cada persona de forma distinta. La velocidad de progresión y los síntomas específicos varían entre individuos. Los síntomas suelen comenzar en un lado del cuerpo. Sin embargo, la enfermedad eventualmente afecta ambos lados, aunque los síntomas suelen ser menos graves en un lado que en el otro *(16)*.

Los síntomas principales de la enfermedad de Parkinson son ***(16)***:

1. **La bradicinesia es una ralentización del movimiento espontáneo y de algunos movimientos automáticos**. Puede dificultar tareas sencillas y actividades que antes la persona podía realizar con rapidez y facilidad, como lavarse o vestirse. El rostro de la persona puede ser menos expresivo (cara enmascarada).

2. **El temblor (sacudida) suele comenzar en la mano, aunque a veces afecta primero el pie o la mandíbula.** El temblor específico asociado con la enfermedad de Parkinson presenta un movimiento rítmico de vaivén. A menudo, el temblor hace que la persona se frote el pulgar y el índice, lo que puede parecer como si estuviera "rodando pastillas". Es más evidente cuando la mano está en reposo o cuando la persona está bajo estrés. Este temblor suele desaparecer durante el sueño y puede mejorar cuando la persona realiza un movimiento intencionado.

3. **La rigidez muscular o resistencia al movimiento afecta a la mayoría de las personas con enfermedad de Parkinson.** Los músculos se mantienen tensos, por lo que la persona siente dolor o rigidez. Si otra persona intenta mover el brazo de la persona, este se moverá solo con movimientos cortos y bruscos (rigidez en rueda dentada).

4. **Las alteraciones posturales y del equilibrio suelen presentarse en estadios más avanzados de la enfermedad** y se manifiestan como encorvamiento y desviaciones del tronco hacia alguno de los lados y con una tendencia a presentar caídas que limitan la marcha y por lo tanto la independencia para trasladarse.

Además de los síntomas característicos mencionados anteriormente, las personas con enfermedad de Parkinson pueden experimentar otros problemas *(16)*:

- **Problemas de salud mental y emocional,** como depresión o ansiedad, pueden presentarse durante la etapa inicial de la enfermedad, incluso antes de la aparición de problemas de movimiento.

- **Dificultad para deglutir (tragar) y masticar.** Los problemas para deglutir y masticar pueden presentarse en etapas posteriores de la enfermedad. La comida y la saliva pueden acumularse en la boca y la parte posterior de la garganta, lo que provoca atragantamientos o babeo. Puede ser difícil para las personas en las etapas avanzadas de la enfermedad de Parkinson obtener suficientes nutrientes.

- **Cambios en el habla.** La mayoría de las personas con enfermedad de Parkinson tienen dificultades para hablar, lo que puede incluir hablar en voz baja o monótona. Algunas personas pueden dudar antes de hablar. También pueden arrastrar las palabras, hablar demasiado rápido o repitiendo palabras o sílabas.

- **Problemas urinarios o estreñimiento.** En la enfermedad de Parkinson, el sistema nervioso autónomo, que controla movimientos y funciones en las que no tenemos que pensar, no funciona con normalidad. Esto puede causar problemas de vejiga e intestino.

- **Hipotensión ortostática.** La hipotensión ortostática, también un problema del sistema autónomo es una caída repentina de la presión arterial al levantarse una persona tras estar acostada o sentada. Esto puede causar mareos, aturdimiento y, en casos extremos, pérdida del equilibrio o desmayos.

- **Problemas de la piel.** Las personas pueden presentar un aumento de la grasa facial, especialmente en la frente y a los lados de la nariz. El cuero cabelludo también puede volverse graso, lo que provoca caspa. En otros casos, la piel puede resecarse mucho o la persona puede experimentar sudoración excesiva.



- **Problemas de sueño.** Los problemas de sueño comunes en la enfermedad de Parkinson incluyen dificultad para conciliar el sueño por la noche, sueño intranquilo, pesadillas y sueños emocionales, somnolencia o quedarse dormido repentinamente durante el día. Otro problema común es el trastorno de conducta del sueño REM, en el que las personas representan sus sueños. Esto puede provocar lesiones a sí mismas o a sus parejas. Los medicamentos utilizados para tratar la enfermedad de Parkinson pueden contribuir a mejorar algunos problemas de sueño.

- **Demencia u otros problemas cognitivos.** Algunas personas con enfermedad de Parkinson desarrollan problemas de memoria y lentitud de pensamiento. Los problemas cognitivos se agravan en las últimas etapas de la enfermedad de Parkinson, y a algunas personas se les diagnostica demencia. La capacidad para procesar el habla, para organización y planeación, tareas múltiples, las habilidades visoespaciales, la atención, el lenguaje, el razonamiento, memoria y otras habilidades cognitivas pueden verse afectadas.

- **Calambres musculares y distonía.** La rigidez y la falta de movimiento normal asociadas con la enfermedad de Parkinson suelen causar calambres musculares, especialmente en las piernas y los dedos de los pies. La enfermedad de Parkinson también puede estar asociada con distonía (contracciones musculares sostenidas que provocan posiciones forzadas o torcidas).

- **Dolor.** Las personas con enfermedad de Parkinson pueden presentar dolores musculares y articulares debido a la rigidez y las posturas anormales propias de la enfermedad.

- **Fatiga y pérdida de energía.** Muchas personas con enfermedad de Parkinson suelen presentar fatiga, especialmente al final del día. La fatiga puede estar asociada con la depresión o los trastornos del sueño, pero también puede deberse a problemas de control motor, como dificultad para iniciar o realizar movimientos, temblores o rigidez.

- **Disfunción sexual.** Dado que afecta las señales nerviosas del cerebro, la enfermedad de Parkinson puede causar disfunción sexual. La depresión relacionada con la enfermedad de Parkinson o el uso de ciertos medicamentos también pueden causar disminución del deseo sexual y otros problemas.



Diagnóstico

No existen pruebas específicas para diagnosticar la enfermedad de Parkinson. El diagnóstico generalmente se basa en:

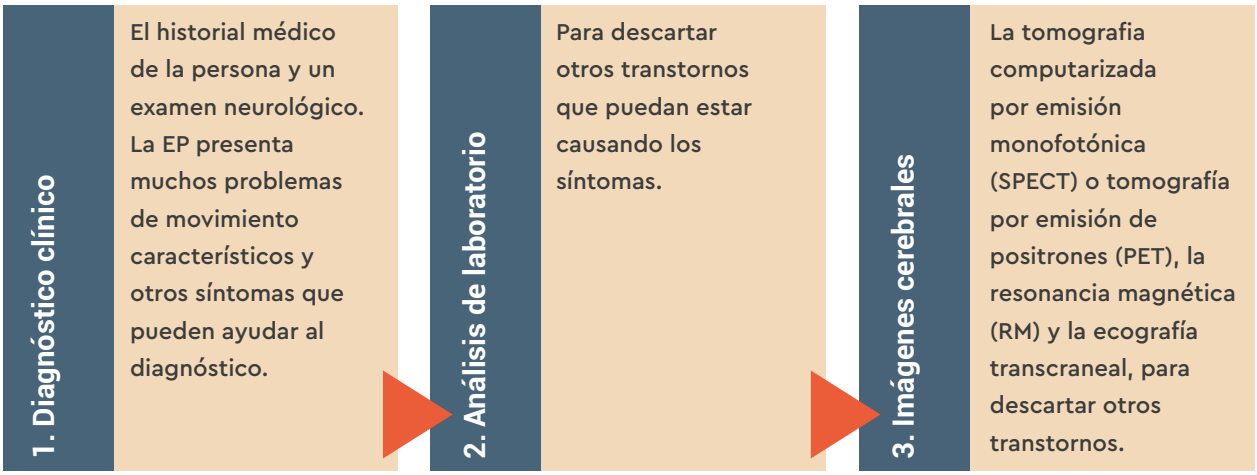


Figura 4. Aproximación diagnóstica para la enfermedad de Parkinson (17,18).

Diagnóstico clínico

El prerrequisito para aplicar los criterios MDS 2015 (Sociedad Internacional de Trastornos del Movimiento por sus siglas en inglés) para el diagnóstico clínico de la enfermedad de Parkinson es "el establecimiento de la presencia de parkinsonismo, que es definido por bradicinesia en combinación con cualquiera de los dos siguientes: temblor en reposo o rigidez, o ambos". Aunque la inestabilidad postural es una característica del parkinsonismo, "no hace parte de los criterios MDS 2015 para parkinsonismo causado por enfermedad de Parkinson. A menudo ocurre en etapas tardías, pero su presencia temprana sugiere un diagnóstico alternativo". Una vez se ha establecido que el paciente tiene parkinsonismo, se aplican los criterios MDS 2015 para determinar si este es secundario a la Enfermedad de Parkinson *(17)*.

Imagen Cerebral

Existen diversos estudios de imagenología tales como la ecografía cerebral, la tomografía por emisión de positrones y la resonancia magnética que son empleados para descartar otras patologías neurológicas. Sin embargo, no son estudios concluyentes para diagnosticar la enfermedad de Parkinson. Por ejemplo, existe un tipo específico de tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), denominada estudio del transportador de dopamina, la cual puede coadyuvar en el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, así como para descartar temblores por otras causas *(18)*.

Otras pruebas

Diagnóstico genético. Se deben ofrecer pruebas genéticas diagnósticas a solicitud del paciente si dos familiares de primer grado o uno de primer grado y uno de segundo grado fueron diagnosticados con enfermedad de Parkinson, o si la enfermedad se manifiesta antes de los 50 años. En estos pacientes se deben examinar los genes PRKN, PINK1, DJ1, LRRK2, SNCA y VPS35 *(16)*.

Prueba de alfa-sinucleína. Una prueba de laboratorio desarrollada recientemente por

investigadores, llamada ensayo de amplificación por siembra de alfa-sinucleína (SAA), puede detectar niveles anormales de alfa-sinucleína en el líquido cefalorraquídeo de personas con enfermedad de Parkinson. Los estudios sugieren que esta prueba también puede detectar la enfermedad de Parkinson en personas que aún no han sido diagnosticadas *(18)*.

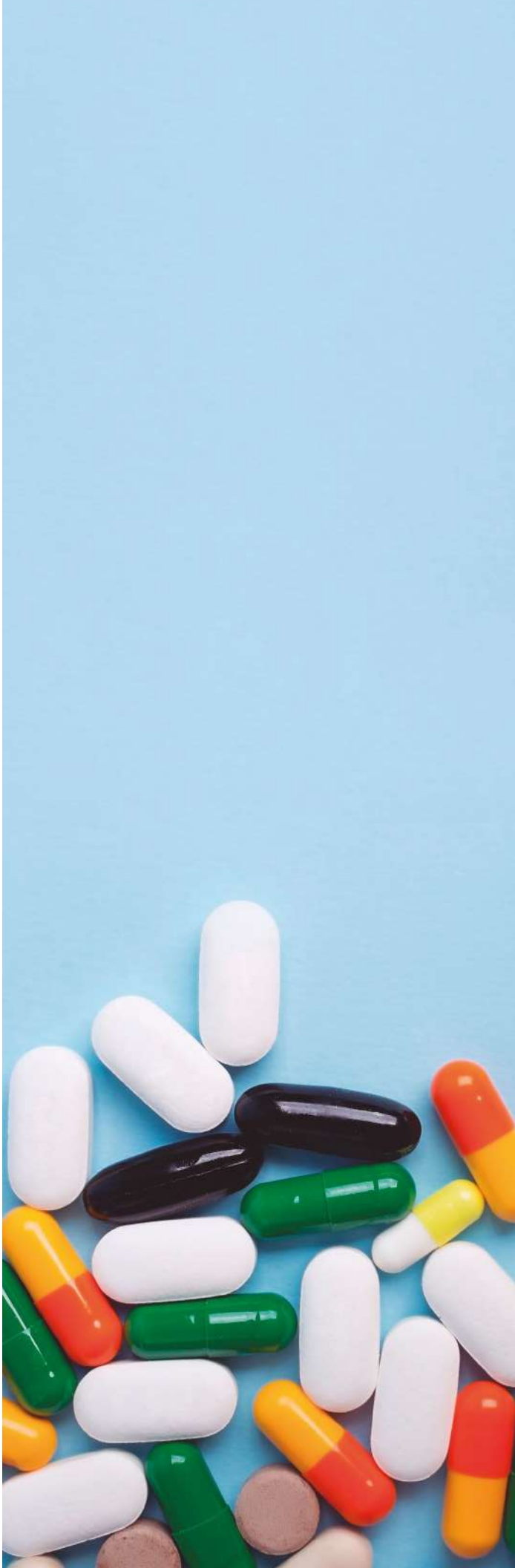
Tratamiento

Opciones farmacológicas para síntomas motores

- **Levodopa:** La piedra angular del tratamiento de la enfermedad de Parkinson es un medicamento llamado levodopa (también conocido como L-dopa). La levodopa puede reducir los síntomas de la enfermedad de Parkinson relacionados con el movimiento, pero no reemplaza las células nerviosas perdidas ni detiene su progresión. La levodopa suele ser muy eficaz para reducir o eliminar los temblores y otros síntomas motores de la enfermedad de Parkinson durante las primeras etapas de la enfermedad. Es posible que sea necesario aumentar la dosis de levodopa gradualmente para obtener el máximo beneficio. Los efectos secundarios iniciales de la levodopa pueden incluir náuseas, presión arterial baja, inquietud y somnolencia. Con el uso prolongado de levodopa, se puede experimentar discinesia, alucinaciones o psicosis (18). La levodopa se administra en combinación, en la misma tableta, con carbidopa o benserazida que son sustancias que favorecen su disponibilidad a nivel cerebral y evitan su destrucción en su paso por el sistema digestivo y la sangre, además de bloquear efectos adversos como la náusea *(18)*.

- **Agonistas dopaminérgicos:** Los agonistas dopaminérgicos no ergólicos (pramipexol, ropinirol, piribedil, rotigotina, apomorfina) pueden utilizarse para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson *(18)*.

- **Inhibidores de la COMT (Catecol-O-metiltransferasa):** La entacapona y la opicapona tienen un efecto prácticamente equivalente como inhibidores de la COMT y pueden utilizarse



para tratar las fluctuaciones de la respuesta a la levodopa en la enfermedad de Parkinson *(18)*. De estos solamente la entacapona se encuentra disponible en México en una formulación combinada con levodopa/ carbidopa *(18)*.

- **Inhibidores de la MAO-B (monoaminooxidasa B):** Los inhibidores de la MAO-B selegilina o rasagilina pueden utilizarse como monoterapia para la enfermedad de Parkinson temprana o en combinación con levodopa para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson con fluctuaciones *(18)*.

- **Amantadina:** Es un fármaco con múltiples formas de acción, entre ellas es un antagonista del receptor NMDA (N-metil-D-aspartato), un liberador de dopamina y tiene efectos anticolinérgicos y antiglutamatérgicos. Este medicamento es útil en el tratamiento de los síntomas de la enfermedad de Parkinson especialmente útil en el control de discinesias (movimientos involuntarios relacionados con el avance de la enfermedad y uso de levodopa) *(18)*.

- **Anticolinérgicos:** Los anticolinérgicos ya no deben utilizarse como agentes antiparkinsonianos debido a su perfil riesgo-beneficio desfavorable, ya que se relacionan con un alto riesgo de deterioro cognitivo. Su uso debe restringirse a casos excepcionales para el control del temblor *(18)*.



Monoterapia inicial

La selección de las distintas clases de fármacos para la monoterapia inicial debe considerar su diferente eficacia, efectos secundarios, edad del paciente, comorbilidades y perfil psicosocial. En las últimas dos décadas se prefirió utilizar agonistas dopaminérgicos o iMAO-B como los tratamientos iniciales, como "ahorradores" de levodopa, y bajo la premisa de que estos evitarían complicaciones como las discinesias en el futuro; sin embargo, estudios más recientes como el LEAP, con publicaciones en 2019 y 2024, no mostró que el inicio temprano de la levodopa incrementa este riesgo y el perfil de mejoría en general fue mejor con este fármaco desde el inicio. La evidencia actual ha mostrado que los efectos adversos conductuales observados con agonistas dopaminérgicos, en especial el Síndrome de Pobre Control de Impulsos, son muy frecuentes —más del 40% a 5 años de uso— con estos fármacos y pueden deteriorar severamente la calidad de vida de los pacientes *(18)*.

Las razones para la decisión de qué medicamentos utilizar inicialmente pueden incluir la gravedad de los síntomas, la necesidad de efectos terapéuticos rápidos, la multimorbilidad, los efectos secundarios observados o esperados de otros grupos de medicamentos (p. ej., trastornos del control de impulsos con agonistas) y una posible mejor tolerabilidad individual *(18)*.

Terapia combinada

Se debe considerar la terapia farmacológica combinada tras la monoterapia inicial cuando la eficacia de esta a una dosis intermedia de mantenimiento para los síntomas sea insuficiente o cuando no se pueda alcanzar la dosis necesaria para el control de los síntomas debido a efectos secundarios limitantes *(18)*.

Tabla 1. Tratamiento de síntomas no motores *(18)*

Síntoma	Tratamiento
Deterioro cognitivo/demencia	Inhibidores de colinesterasa (ej. rivastigmina), estimulación cognitiva
Depresión	Antidepresivos (inhibidores de la recaptura de serotonina), terapia psicológica
Ansiedad	Antidepresivos, ansiolíticos, terapia cognitivo-conductual
Psicosis (alucinaciones, delirios)	Ajuste de fármacos dopaminérgicos, antipsicóticos específicos (ej. pimavanserina, clozapina)
Trastornos del sueño	Higiene del sueño, melatonina, clonazepam (en REM)
Somnolencia diurna	Ajuste de medicación, estimulantes en casos seleccionados
Fatiga	Ejercicio, ajuste farmacológico
Dolor	Analgésicos, ajuste dopaminérgico, fisioterapia
Disfunción autonómica	Manejo específico según órgano afectado
Hipotensión ortostática	Medidas físicas, fludrocortisona, midodrina
Estreñimiento	Dieta rica en fibra, laxantes
Disfunción urinaria	Anticolinérgicos, entrenamiento vesical
Disfunción sexual	Ajuste de tratamiento, terapia específica
Trastornos del habla y deglución	Terapia del lenguaje, rehabilitación
Trastornos olfatorios (anosmia)	No hay tratamiento específico (manejo sintomático)

Tratamientos no farmacológicos

Terapias invasivas

- **Terapias de bombeo**

  Se han aprobado cuatro terapias con bombas (infusión subcutánea continua de apomorfina (CSAI), gel intestinal de levodopa-carbidopa (LCIG), gel intestinal de levodopa/entacapón/carbidopa (LECIG) e infusión de foslevodopa/foscarbidopa (CSFLI)) para el tratamiento de las fluctuaciones motoras que no pueden tratarse adecuadamente de forma conservadora. México cuenta con la infusión subcutánea continua de apomorfina en centros de alta especialidad, principalmente en instituciones públicas de referencia y algunos hospitales privados con clínicas de trastornos del movimiento *(18,19)*.

- **Estimulación Cerebral Profunda**

  La estimulación cerebral profunda (ECP) utiliza electrodos implantados quirúrgicamente en el cerebro, generalmente a nivel del núcleo subtalámico, globo pálido interno o ventral intermedio del tálamo. Al activarse, el generador de impulsos y los electrodos estimulan el área específica cerebral de forma indolora, lo que ayuda a modular las señales que causan muchos de los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson. La ECP no detiene la progresión de la enfermedad de Parkinson; algunos problemas pueden reaparecer gradualmente *(18)*. La estimulación cerebral profunda (ECP) no ha demostrado detener ni modificar la progresión biológica de la enfermedad de Parkinson. Su beneficio principal es sintomático, especialmente sobre síntomas motores levodopa-responsivos, fluctuaciones motoras, períodos OFF, discinesias y temblor en pacientes adecuadamente seleccionados. Además, la ECP puede mejorar algunos síntomas no motores y funcionales, como calidad de vida, dolor, fatiga, ansiedad o ciertas fluctuaciones no motoras, aunque estos efectos son variables y dependen del perfil clínico del paciente, el blanco de estimulación, la programación y características propias del dispositivo. Los síntomas axiales, como alteraciones de la marcha, alteraciones gastro intestinales, postura, equilibrio, habla y deglución suelen tener una respuesta menos predecible y pueden reaparecer o progresar con el tiempo como parte de la evolución natural de la enfermedad *(20–23)*.





- **Procedimientos ablativos**
  - La cirugía puede considerarse para personas con enfermedad de Parkinson cuando la farmacoterapia ya no es suficiente para controlar los síntomas. Un tipo de cirugía denominada cirugía de lesión consiste en la destrucción selectiva de partes específicas del cerebro que contribuyen a los síntomas de la enfermedad. La cirugía de lesión más común se llama palidotomía, la cual consiste en la destrucción selectiva de regiones del globo pálido, mejorando el temblor, la bradicinesia y la rigidez. Otro procedimiento, denominado talamotomía, consiste en la destrucción quirúrgica de parte del tálamo; este enfoque es útil principalmente para reducir el temblor *(18)*.

  - Ultrasonido focalizado guiado por resonancia magnética (FUS/MRgFUS)
    El ultrasonido focalizado guiado por resonancia magnética (FUS, por sus siglas en inglés) es un tratamiento no invasivo utilizado para controlar el temblor en pacientes con enfermedad de Parkinson o temblor esencial que no responden adecuadamente a los medicamentos. Este procedimiento utiliza ondas de ultrasonido de alta intensidad dirigidas con gran precisión mediante resonancia magnética, las cuales se concentran en una región específica del cerebro relacionada con el control del movimiento, generalmente en el tálamo. En el punto donde convergen las ondas se genera calor controlado que produce una pequeña lesión terapéutica, lo que reduce la actividad anormal responsable del temblor, sin necesidad de realizar incisiones ni implantar dispositivos *(18)*.

Terapias complementarias

La enfermedad de Parkinson requiere un abordaje integral que complemente el tratamiento farmacológico y rehabilitador convencional. En este contexto, el Grupo de Trabajo Internacional sobre Bienestar de la International Parkinson and Movement Disorder Society propone un modelo de atención centrado en el paciente, basado en un enfoque biopsicosocial que incorpora estrategias relacionadas con la actividad física, la nutrición, el sueño, la salud mental, las intervenciones mente-cuerpo, la participación social y el autocuidado. El objetivo de estas intervenciones es favorecer el bienestar, mejorar la calidad de vida y optimizar la funcionalidad de las personas que viven con enfermedad de Parkinson, más que sustituir los tratamientos médicos establecidos *(24)*.

Es importante señalar que las recomendaciones descritas a continuación representan un panorama general de las intervenciones complementarias con mayor respaldo científico disponible. La indicación del tipo de ejercicio, patrón de alimentación o terapia complementaria debe individualizarse de acuerdo con el estadio de la enfermedad, los síntomas motores y no motores, la capacidad funcional, las comorbilidades, las preferencias del paciente y la valoración del equipo multidisciplinario tratante *(24)*.

Se puede utilizar una amplia variedad de terapias complementarias y de apoyo, así como cambios en el estilo de vida, entre los que se incluyen *(16,24,25)*:

- **Disartria/Disfagia**

  Los pacientes con trastornos del habla o de la deglución relacionados con la enfermedad de Parkinson deben recibir terapia del habla y de deglución respectivamente.

- **Actividad física y ejercicio**

  La actividad física es una de las intervenciones complementarias con mayor evidencia en la enfermedad de Parkinson. Diversos estudios muestran beneficios sobre la movilidad, la fuerza, el equilibrio, la marcha y otros síntomas no motores como alteraciones del sueño, dolor, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y estreñimiento. Se recomienda iniciar el ejercicio desde etapas tempranas e incluir actividad aeróbica, fortalecimiento, ejercicios de equilibrio y flexibilidad, además de modalidades como danza, tai chi, pilates, yoga o ejercicios acuáticos. El tipo, intensidad y frecuencia del ejercicio deben individualizarse de acuerdo con el estadio de la enfermedad, la capacidad funcional, las comorbilidades y los objetivos terapéuticos de cada paciente.





- **Alimentación y nutrición**

  Una adecuada alimentación constituye un componente esencial del manejo integral del Parkinson. La evidencia disponible favorece patrones de alimentación tipo mediterráneo o predominantemente basados en alimentos de origen vegetal, ricos en frutas, verduras, leguminosas, cereales integrales, nueces, pescado y aceite de oliva, los cuales se han asociado con menor riesgo de desarrollar la enfermedad, progresión más lenta y menor mortalidad. También es importante mantener una hidratación adecuada y considerar factores como la interacción entre proteínas y levodopa, la disfagia o el estreñimiento; por ello, las recomendaciones nutricionales deben adaptarse a la situación clínica, las preferencias y el contexto de cada persona.

- **Estrategias mente-cuerpo**

  Las intervenciones mente-cuerpo, como mindfulness, meditación, yoga, tai chi han demostrado beneficios principalmente sobre la ansiedad, la depresión, el estrés y la calidad de vida, además de contribuir al equilibrio, la estabilidad postural y la capacidad funcional. Algunos estudios también sugieren efectos antiinflamatorios potenciales, aunque aún se requiere mayor evidencia.

- **Musicoterapia, danza y arte**

  Las terapias artísticas representan herramientas complementarias que pueden favorecer tanto los síntomas motores como el bienestar emocional. La evidencia señala que la musicoterapia y el canto mejoran aspectos relacionados con la marcha, el equilibrio, el habla y el congelamiento de la marcha, mientras que la danza contribuye al equilibrio, la función motora y la interacción social. Por su parte, la terapia artística favorece habilidades visoespaciales y la expresión emocional, contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

- **Participación social y bienestar emocional**

  La participación social constituye un componente fundamental del bienestar en las personas con enfermedad de Parkinson, ya que el aislamiento y la soledad se asocian con peor calidad de vida y mayor gravedad de síntomas como depresión, ansiedad, fatiga y deterioro cognitivo.

RESOLUCIONES GLOBALES

En el contexto de la cobertura sanitaria universal, se requiere una respuesta urgente de salud pública para satisfacer las necesidades sanitarias y sociales de las personas con enfermedad de Parkinson, mejorar el funcionamiento, la calidad de vida y prevenir la discapacidad a medida que aumenta la longevidad global. Asimismo, es urgente implementar medidas preventivas eficaces para frenar la creciente incidencia de la enfermedad de Parkinson ante un escenario de saturación de los servicios de salud nacionales.

La Organización Mundial de Salud, en consonancia con el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y otros trastornos Neurológicos 2022–2031, dirige a los responsables de las políticas y de los programas de salud, los proveedores de atención médica, los investigadores, personas con enfermedad de Parkinson y cuidadores, una descripción de las áreas cruciales para la intervención en la enfermedad de Parkinson y estrategias para la acción *(6)*:

1. **Políticas sanitarias globales**: aprovechar el impulso del plan de acción mundial intersectorial sobre epilepsia y otros trastornos neurológicos para promover la agenda de enfermedad de Parkinson; incluir organizaciones de la sociedad civil, personas con enfermedad de Parkinson y sus redes de apoyo;
2. **Promoción y sensibilización**: modificar políticas para mejorar la atención y los servicios para la enfermedad de Parkinson; aumentar sensibilización y comprensión de la enfermedad de Parkinson; modificar actitudes y prácticas relacionadas con la estigmatización y la discriminación; creación de grupos de apoyo e iniciativas comunitarias;
3. **Prevención y reducción de riesgos**: prohibir plaguicidas y productos químicos que se han relacionado con la enfermedad de Parkinson; acelerar la reducción de contaminación atmosférica, factor de riesgo para la enfermedad de Parkinson; profundizar el abordaje de otros factores de riesgo; aumentar acceso y promover comportamientos saludables;
4. **Garantizar la disponibilidad de medicamentos básicos y terapias interdisciplinarias**: en países de ingresos medios y bajos se insta a adaptar o modificar la legislación para la fabricación y producción de medicamentos genéricos, realizar un registro sanitario; incluir dopaminérgicos en la lista de medicamentos esenciales; negociar con empresas para garantizar tratamientos asequibles; evaluar suministro y adquisición de medicamentos;
5. **Fortalecer los sistemas sanitarios y sociales y desarrollar capacidades**: fortalecer la atención primaria



de salud mediante programas educativos, capacitación y trayectorias profesionales para el personal neurológico; fortalecer los sistemas de información para el registro de personas afectadas por la enfermedad de Parkinson; incrementar las innovaciones como la telemedicina; integrar equipos interdisciplinarios dentro de la cobertura sanitaria universal;

6. **Apoyo al cuidador**: aumentar la concientización sobre el impacto del cuidado de personas con enfermedad de Parkinson, proteger a los cuidadores de la discriminación, apoyarlos en su labor y promover la autodefensa. Ayudar a implementar programas de capacitación para cuidadores y familias;
7. **Investigación sobre la enfermedad de Parkinson**: ampliar la financiación para la investigación de nuevos diagnósticos y tratamientos; recopilar datos epidemiológicos y de factores de riesgo; mejorar intercambio de datos; fortalecer la investigación en países de ingresos medios y bajos; involucrar en la investigación a personas con enfermedad de Parkinson, sus familias y cuidadores; evaluar modelos comunitarios de atención y apoyar financieramente a organizaciones que desarrollen modelos de atención replicables.



Por su parte, el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y otros trastornos Neurológicos 2022–2031 tiene como objetivo mejorar el acceso a la atención y el tratamiento de las personas que viven con trastornos neurológicos, prevenir nuevos casos y promover la salud y el desarrollo cerebral a lo largo de la vida. Asimismo, promover los derechos humanos, y abordar el estigma y la discriminación que afectan al bienestar y actúan como barreras para la búsqueda de atención médica; por lo que se fundamenta en una perspectiva de derechos humanos basada en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Derechos Políticos, el Pacto Internacional sobre los Derechos Humanos, Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad *(26)*.

El Plan de Acción Mundial es coherente con la Agenda 2030 y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible con fuertes vínculos con salud, envejecimiento, salud cerebral y trastornos neurológicos, contemplando algunas áreas estratégicas *(26)*:

1. Elevar la prioridad de las políticas y fortalecer la gobernanza;
2. Proporcionar diagnóstico, tratamiento y atención eficaces, oportunos y receptivos;
3. Implementar estrategias de promoción y prevención;
4. Fomentar la investigación y la innovación, y fortalecer los sistemas de información.

Cabe destacar que los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud establecieron una agenda en 2025 para "avanzar en la salud y el bienestar en todas las Américas, con la aprobación del Plan Estratégico de la OPS 2026–2031, el cual fue elaborado para comprometerse en lograr resultados transformadores en salud durante los próximos seis años, abordando las enfermedades no transmisibles, la salud mental, la seguridad sanitaria, la fragmentación en los sistemas y servicios de salud, entre otros". Este plan contempla cinco objetivos estratégicos que guiarán la acción regional en salud hasta 2031 *(27)*:

1. Acelerar los esfuerzos en pro de la salud, abordando los determinantes sociales de la salud, los desafíos ambientales y los factores de riesgo.
2. Construir sistemas de salud resilientes basados en la atención primaria de salud para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
3. Acelerar la agenda de eliminación de enfermedades y mejorar la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y de los problemas de salud mental.
4. Prevenir, prepararse, detectar y dar una mejor respuesta a las emergencias de salud.
5. Reforzar el liderazgo, la gobernanza y el desempeño de la OPS en la agenda de salud regional y prestar cooperación técnica.

En este marco, el 11 de abril se conmemora el Día Mundial del Parkinson con el objetivo de crear conciencia e informar a la población sobre esta enfermedad, con el fin de ayudar a las personas que la padecen, así como implementar acciones para la prevención o el retraso de la aparición de síntomas. Dentro del contexto del continente americano, algunos países cuentan con diversas acciones para el abordaje de la enfermedad de Parkinson:

Modelos internacionales exitosos

Tabla 2. Ejemplos de acciones para el abordaje de la enfermedad de Parkinson.

País	Acciones para el abordaje de la enfermedad de Parkinson
Argentina (28,29)	● En 2023 se crea el Sistema Provincial en Buenos Aires para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con enfermedad de Parkinson; brindar terapias de apoyo, acompañamiento a familiares, y promover la participación de organizaciones no gubernamentales. ● El Ministerio de Salud y hospitales provinciales: a) Actualizan el uso de terapias quirúrgicas (estimulación cerebral profunda) y guías para la rehabilitación física, cognitiva y psicosocial. b) Subrayan la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario. ● Hospitales públicos aplican técnicas de neuro modulación de forma gratuita para tratar el temblor, la lentitud o la rigidez.
Brasil (30,31)	● En 2025 el Ministerio de Salud de Brasil aprobó las Directrices Terapéuticas para la enfermedad de Parkinson: a) Rehabilitación y fisioterapia, práctica de tai chi, terapia ocupacional y tratamiento de la voz. b) Intervención de enfermería, psicología con terapia cognitivo-conductual, y de nutrición. c) Se interrumpe producción de selegilina. d) Cirugía de implante de estimulación cerebral profunda (ECP). e) Cuidados paliativos con enfoque holístico. f) Incorporan rivastigmina al Sistema Único de Salud (SUS). ● Participación de Asociación Brasileña de Parkinson (ABP) con categoría de servicio público federal, estatal y municipal: a) Abordaje con equipo multidisciplinario. b) Actividades físicas y apoyo psicológico para cuidadores. c) Talleres artísticos diseñados para mejorar la coordinación motora de los pacientes.
Chile (32,33)	● A través del seguro público de salud de Chile, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), toda persona con diagnóstico de enfermedad de Parkinson tiene acceso a tratamiento y a continuarlo, evaluación con especialista, consulta con neurólogo o internista, tratamiento farmacológico y acceso a rehabilitación. ● El Centro de Parkinson (CENPAR) colabora con FONASA y brinda atención integral a los pacientes y su entorno más cercano en tres áreas: a) Área Clínica y de Rehabilitación (neurología, neurokinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, neuropsicología y psicología). b) Área Social (atención social para personas con la enfermedad, familiares, cuidadores y comunidad). c) Alianza de colaboración con organismos internacionales (National Parkinson Foundation de Estados Unidos).
Uruguay (34,35)	● El Ministerio de Salud Pública de Uruguay realiza el abordaje de la enfermedad de Parkinson de forma integral, multidisciplinario e individualizado (rehabilitación, fonoaudiología, actividad física, apoyo psicológico, cuidados y sostén social) ● El Ministerio trabaja en tres líneas principales: a) Incluir la cirugía del Parkinson (estimulación cerebral profunda) en la canasta de prestaciones. b) Mejorar el acceso a los fármacos en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud. c) Impulsar centros multidisciplinarios de rehabilitación en el país. ● En 2023 aprobó la incorporación a la cobertura financiera del Programa de Neuromodulación en enfermedad de Parkinson y Distonías con estimulación cerebral profunda (Implante de Neuroestimulador Cerebral). ● La Asociación Uruguaya de Parkinson trabaja con grupos terapéuticos y multidisciplinarios con pacientes y sus familias.

MARCO NORMATIVO EN MÉXICO

En México no existe legislación específica exclusiva para la enfermedad de Parkinson en cuanto a su diagnóstico y tratamiento integral; en su lugar, se rige por el marco general de la Ley General de Salud y Guías de Práctica Clínica (GPC) oficiales de la Secretaría de Salud (SS), ahora Protocolos Nacionales para la Atención Médica (PRONAM). Estas normativas garantizan el acceso universal a servicios médicos, incluyendo atención para enfermedades crónicas degenerativas como la enfermedad de Parkinson, a través del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, las guías de práctica a pesar de ser un instrumento que dicta el marco normativo para la atención del Parkinson, no es vinculante a nivel nacional ni de primer contacto lo que favorece un abordaje fragmentado y heterogéneo entre instituciones y regiones.

Ley General de Salud *(36)*

La Ley General de Salud (última reforma DOF 15-01-2026) establece el derecho a la protección de la salud para todos, con énfasis en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles, como la enfermedad de Parkinson (clasificado en CIE-10: G20).

No menciona explícitamente la enfermedad de Parkinson, pero obliga a la SS a coordinar servicios integrales, incluyendo rehabilitación y atención a discapacidades derivadas (artículos 1, 3 fracción XVII y XXVII Bis sobre dolor).

A continuación, se enlistan los artículos de la Ley General de Salud que consideran la atención integral de las enfermedades entre ellas la de Parkinson; teniendo en cuenta desde la promoción y prevención del Parkinson, hasta la atención médica integral del paciente con enfermedad de Parkinson.

Título Primero/Disposiciones Generales

Artículo 1º.- La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. *Artículo reformado DOF 29-05-2023.*

Artículo 2º.- El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades (en sus numerales):
I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. Fracción reformada DOF 14-01-2013.
VIII. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. *Fracción adicionada DOF 08-11-2019.*

Artículo 3º.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general (en sus numerales):
VI. La salud mental; *Fracción recorrida DOF 24-02-2005. Recorrida (antes fracción VIII) DOF 10-06-2011.*





XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud de la persona; *Fracción recorrida DOF 24-02-2005. Recorrida (antes fracción XV) DOF 10-06-2011. Reformada DOF 16-03-2022*.
XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles, sindemias y accidentes; *Fracción recorrida DOF 24-02-2005. Recorrida (antes fracción XVIII) DOF 10-06-2011. Reformada DOF 29-03-2022*.
XVII. La prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas con discapacidad; *Fracción recorrida DOF 24-02-2005. Recorrida (antes fracción XIX) DOF 10-06-2011. Reformada DOF 08-04-2013*.
XXVII Bis. El tratamiento integral del dolor; *Fracción adicionada DOF 05-01-2009. Remunerada (antes fracción XXX) DOF 10-06-2011. Reformada DOF 15-01-2026*.

Título Tercero/Prestación de los Servicios de Salud. Capítulo 1 Disposiciones Comunes

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a (en sus numerales):
XI. La atención médica a las personas adultas mayores en áreas de salud geriátrica. *Fracción adicionada DOF 30-01-2012. Reformada DOF 29-11-2019.*

Título Tercero/Prestación de los Servicios de Salud. Capítulo 2 Atención Médica

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse de las herramientas metodológicas generadas con medicina basada en evidencia, como son las Guías de Práctica Clínica, Protocolos y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud. *Párrafo reformado DOF 15-01-2026 Artículo reformado DOF 28-05-2012, 01-06-2016.*

Artículo 33. Las actividades de atención médica son (en sus numerales):
I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; *Fracción reformada DOF 05-01-2009.*
III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad; *Fracción reformada DOF 05-01-2009, 08-04-2013.*
IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario. *Fracción adicionada DOF 05-01-2009.*

Título Noveno/Asistencia Social, Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad *reformada DOF 08-04-2013 Capítulo único*.

Artículo 167.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por "Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva".

Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

En México, las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) relevantes para la enfermedad de Parkinson se aplican de manera indirecta, ya que no hay una NOM dedicada exclusivamente a esta enfermedad. A continuación, se describen brevemente las principales normas que tienen relación con el tratamiento integral del Parkinson.

NOM-015-SSA-2023 (Discapacidades) *(37)*

Esta norma establece criterios para la prestación de servicios de atención médica integral a personas con discapacidad (actualización de la NOM-015-SSA3–2012). En relación con el Parkinson, aplica a pacientes con discapacidades motoras, cognitivas o funcionales derivadas de la enfermedad, promoviendo atención multidisciplinaria (rehabilitación, terapia ocupacional, apoyo psicológico) en todos los niveles de atención para mejorar la calidad de vida y autonomía.

NOM-017-SSA2–2012 (Vigilancia Epidemiológica) *(38)*

Norma para la vigilancia epidemiológica que regula el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), con criterios para recolección sistemática de datos sobre enfermedades, eventos de salud y determinantes. En relación con la enfermedad de Parkinson, obliga a reportar casos (código G20 CIE-10), monitorear prevalencia, mortalidad y tendencias en enfermedades crónicas no transmisibles, apoyando políticas de prevención y asignación de recursos en salud pública.

PROY-NOM-011-SSA3–2010 (Cuidados Paliativos) *(39)*

Proyecto para cuidados paliativos en enfermedades crónico-degenerativas terminales. Aplicable en etapas avanzadas de Parkinson con dolor severo, disfagia o demencia, enfatizando atención ética, científica y multidisciplinaria para calidad de vida.

NOM-001-SEDATU-2021 (Espacios Públicos) *(40)*

Es la norma oficial vigente que regula el diseño, construcción y mejora de calles, parques y plazas para asegurar que sean utilizables por todas las personas, incluyendo aquellas con discapacidad.

NOM-030-SSA3–2013 (Salud) *(41)*

Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

NOM-034-STPS-2016 (Centros de Trabajo) *(42)*

Regula las condiciones de seguridad para el acceso y tránsito de trabajadores con discapacidad, garantizando la accesibilidad en instalaciones laborales.



Guías de Práctica Clínica (GPC)

La guía SSA-305–10-ER (2010) constituye el principal referente nacional para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson en México en el tercer nivel de atención. Incluye criterios clínicos basados en estándares internacionales (como el Banco de Cerebros del Reino Unido), evaluación de la respuesta a levodopa, manejo farmacológico (levodopa y agonistas dopaminérgicos), abordaje de síntomas no motores, tratamiento quirúrgico (estimulación cerebral profunda) y rehabilitación integral *(8)*.

Por otro lado, **la guía IMSS-144–08 actualizada en el 2012** está enfocada en el deterioro cognitivo del adulto mayor, incluyendo casos asociados a Parkinson, pero no es específica para esta enfermedad *(43)*.

Como se mencionaba anteriormente, las Guías de Práctica Clínica se trasforman a los Programas Nacionales de Acción Multidisciplinaria (PRONAM), que son de observancia obligatoria (Programa Sectorial de Salud 2025–2030), centrados en Atención Primaria en Salud (APS) y prevención de enfermedades crónicas; sin embargo, aún no hay PRONAM específico para la enfermedad de Parkinson *(44)*.

En México no existen leyes, normas oficiales ni decretos específicos para la enfermedad de Parkinson publicados en el Diario Oficial de la Federación. Su atención se encuentra integrada dentro del marco de la Ley General de Salud y de las políticas generales dirigidas a enfermedades crónicas y neurológicas.

En este contexto, el Senado presentó una iniciativa para expedir la Ley General de Neuroderechos y Neurotecnologías, cuyo objetivo es establecer principios para regular el uso de estas tecnologías y proteger la dignidad y los derechos humanos, particularmente ante su capacidad de intervenir en la actividad cerebral en ámbitos como el médico, la investigación, el laboral y el educativo *(45)*.

Hasta 2026, no se han identificado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) publicaciones que establezcan una estrategia integral, un programa nacional o una normativa específica dedicada exclusivamente a la enfermedad de Parkinson.



VISIÓN ESTRATÉGICA Y ALINEACIÓN CON LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Globales, fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad.

Los 17 ODS reconocen que *"la acción en un área afectará los resultados en otras áreas y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental. Los países se han comprometido a priorizar el progreso de los más rezagados"*.

El abordaje de la enfermedad de Parkinson puede integrarse dentro del marco de los siguientes ODS *(46)*:

1. ODS 1. El fin de la pobreza. *"Reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños que viven en la pobreza. Implementar sistemas y medidas de protección social apropiados a nivel nacional y garantizar que personas pobres y vulnerables se beneficien de ellos. Garantizar igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, nuevas tecnologías entre otros"*.
2. ODS 3. Salud y bienestar. *"Lograr la cobertura sanitaria universal, incluido el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos. Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. Apoyar la investigación y el desarrollo de medicamentos para las enfermedades no transmisibles"*.
3. ODS 5. Igualdad de género. Poner fin a todas las formas de discriminación y violencia contra todas las mujeres. Valorar los cuidados y el trabajo doméstico, como los realizados por los cuidadores de enfermos de Parkinson y que no son remunerados, y reconocerlos mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social.
4. ODS 10. Reducción de las desigualdades. *"Empoderar y promover la inclusión social, económica y política de todos, garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades"*.
5. ODS 11. Ciudades y comunidades sostenibles. *"Proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles y accesibles, considerando las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, como las personas de edad, así como proporcionarles acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles"*.
6. ODS 16. Mejorar la coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible y las alianzas que movilicen e intercambien conocimientos, especialización, tecnología y recursos financieros, a fin de apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *"Fomentar y promover alianzas en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil"*.



Los ODS relacionados con el abordaje de la enfermedad de Parkinson coinciden con las áreas cruciales para la intervención en esta enfermedad que propone nuevamente la OMS con el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y otros trastornos Neurológicos 2022–2031, a través de objetivos como: promover los derechos humanos; garantizar la cobertura sanitaria, el acceso a servicios de atención de salud, a medicamentos y a terapias interdisciplinaria; el fortalecimiento de la atención primaria de salud, de los sistemas de información, y el apoyo a la investigación. Así como implementar programas de capacitación para cuidadores y familias. En ese sentido, se busca proporcionar a los pacientes, cuidadores y familias, servicios y apoyos que representen una mejora en su salud, calidad de vida y bienestar.

México ha incorporado parte de estos objetivos en sus estrategias y acciones en materia de salud, a través del Programa sectorial de Salud 2025–2030.

Programa sectorial de Salud México 2025–2030

El programa sectorial de salud establece mediante 6 objetivos clave las acciones que se seguirán para garantizar el acceso universal a los servicios de salud para garantizar el bienestar de todos los mexicanos. En este sentido, el gobierno de la República se ha comprometido a mejorar la cobertura de los servicios de salud, eliminando las barreras que puedan existir tanto para quienes cuentan como para quienes no cuentan con seguridad social. Esta meta no solo implica ofrecer atención médica oportuna, sino también garantizar que sea adecuada a las necesidades de cada individuo, con un enfoque que priorice la prevención, la promoción de la salud y la reducción de las desigualdades en salud entre diferentes grupos y regiones del país *(47)*.



Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025–2030 *(47)*

1.- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población.

2.- Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.

3.- Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población.

4.- Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.

5.- Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población.

6.- Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables.

El Programa Sectorial de Salud 2025–2030 está alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y, como política de Estado intersectorial y transversal, requiere la coordinación entre las instituciones de salud nacionales y estatales, así como de la cooperación internacional frente a un escenario de incremento en el número de personas con enfermedad de Parkinson en México y en el mundo. Por lo que una de las áreas de oportunidad importantes que identifica el Programa sectorial es la continuidad de los tratamientos y el seguimiento de las enfermedades crónico degenerativas.

DIAGNÓSTICO NACIONAL

MAGNITUD DEL PROBLEMA: ¿DÓNDE ESTAMOS UBICADOS A NIVEL GLOBAL?

Como se ha mencionado, a nivel global se espera que el número de personas con enfermedad de Parkinson se incremente hacia el 2050. Uno de los países que presentará cambios más evidentes será México. Según estas estimaciones, de 2021 a 2050 el país experimentará un incremento del 171% (ICr 152, 243%), siendo el segundo país con el mayor aumento en el periodo referido a nivel mundial *(4)*. En este sentido, la tendencia que México ha presentado desde 1990 hasta la fecha ha sido en franco ascenso, ya que en ese año el país ocupaba el lugar 20 a nivel mundial con 27 000 personas con enfermedad de Parkinson; para 2021, se estimaron 125 000 personas y las proyecciones



apuntan hacia un incremento a 172 000 personas para 2030, 248 000 personas para 2040 y 338 000 personas para 2050, y para entonces México se ubicará en el noveno lugar a nivel mundial de personas viviendo con enfermedad de Parkinson (Figura 5) *(4)*. Por otro lado, a nivel regional la carga de la enfermedad de Parkinson presenta matices variados dependiendo de la métrica utilizada (Figura 6) *(48)*. Por ejemplo, según datos de la Organización Panamericana de la Salud, en 2021 la tasa de mortalidad estandarizada por edad por enfermedad de Parkinson en México se ubicó en 1.00 por cada 100 000 habitantes, por debajo de la mediana regional de 3.10 por cada 100 000 habitantes. De forma similar, los años de vida ajustados por discapacidad (30.23 por cada 100 000) y los años de vida perdidos (16.81 por cada 100 000) se encontraron por debajo de la mediana regional (59.88 y 50.14, respectivamente). Sin embargo, México se ubicó en el quintil 4 de los años vividos con discapacidad, superando la mediana regional (13.43 vs 11.96 por cada 100 000) *(48)*.

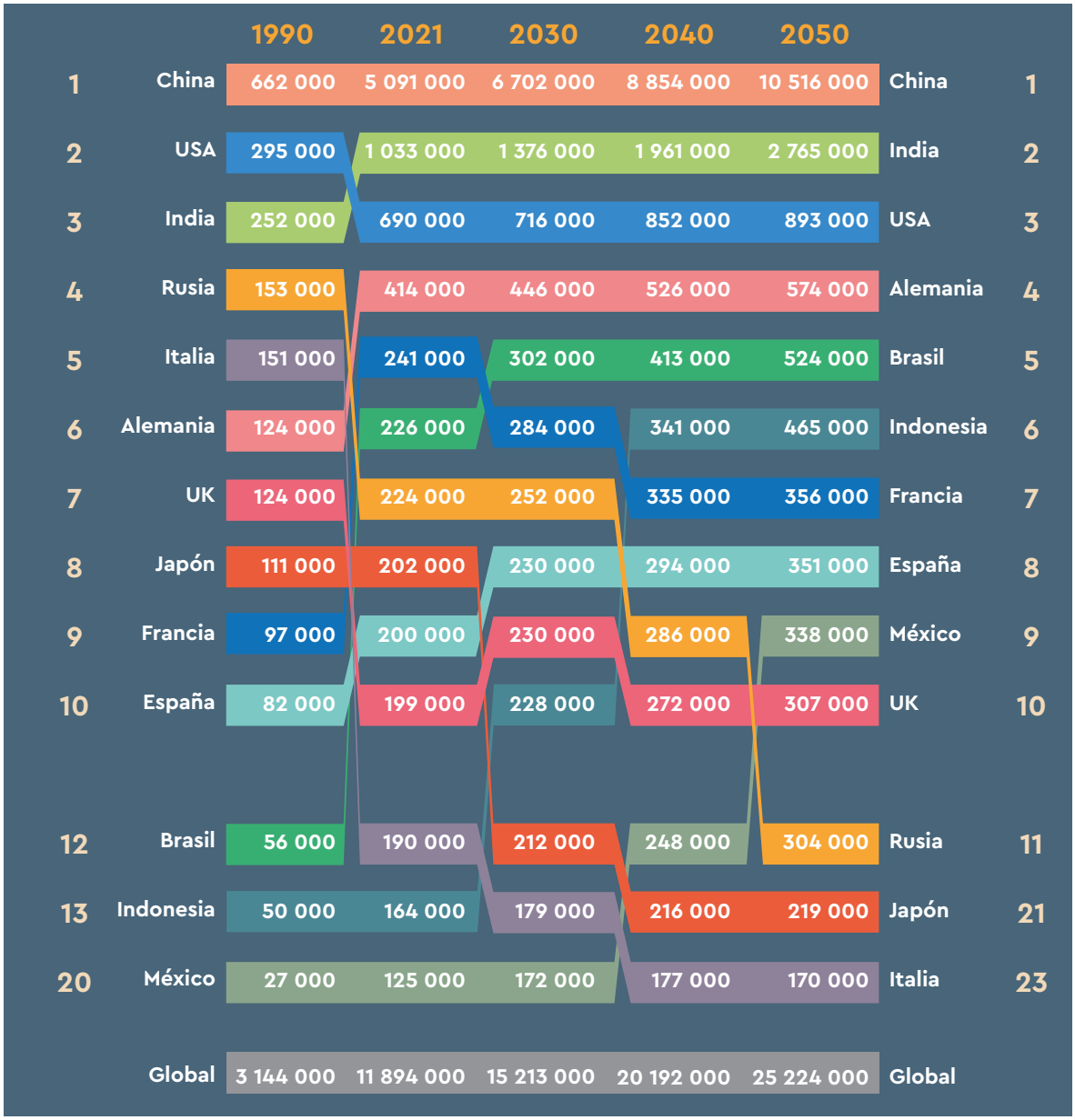


Figura 5. Relación de países con mayor número de personas con Enfermedad de Parkinson y proyecciones hacia 2050.
Fuente: Su et al, 2025 (4).

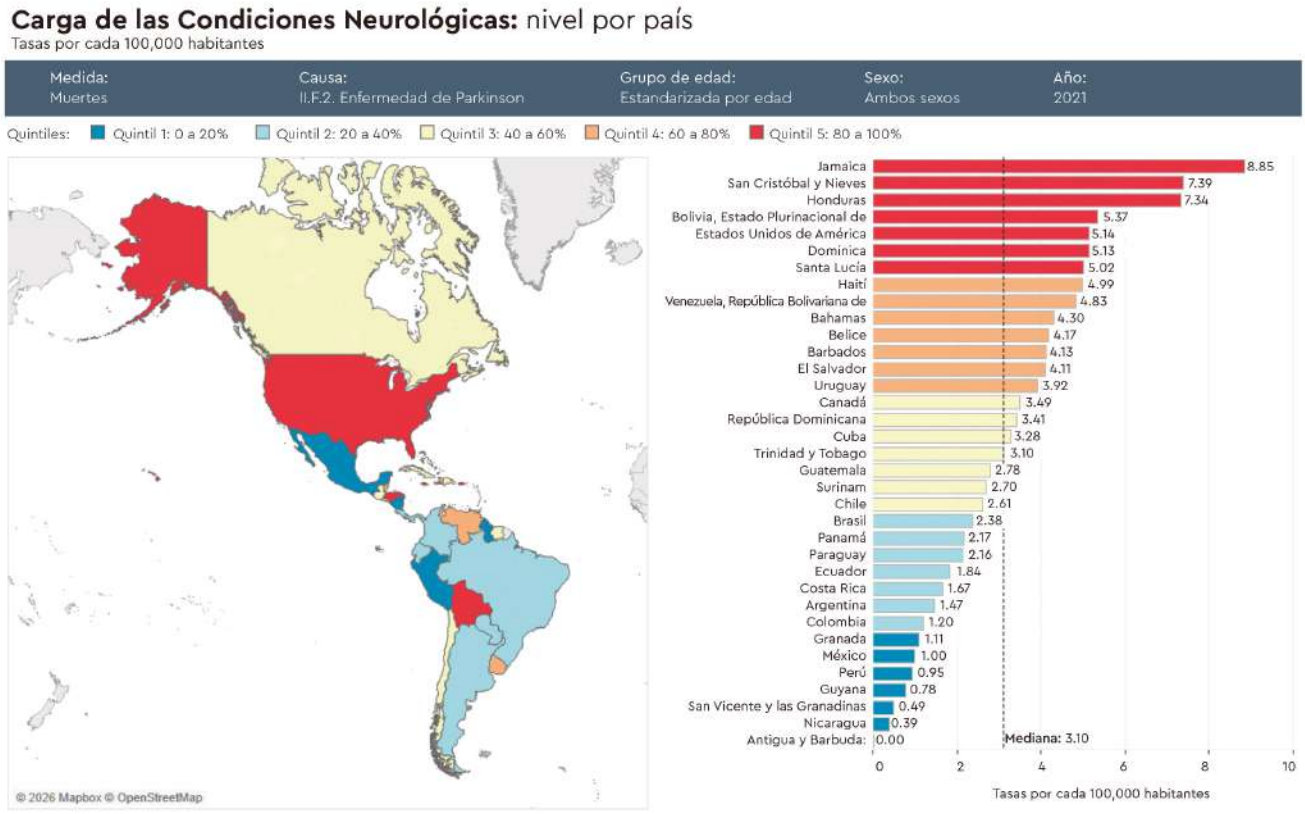


Figura a. Muertes por Parkinson

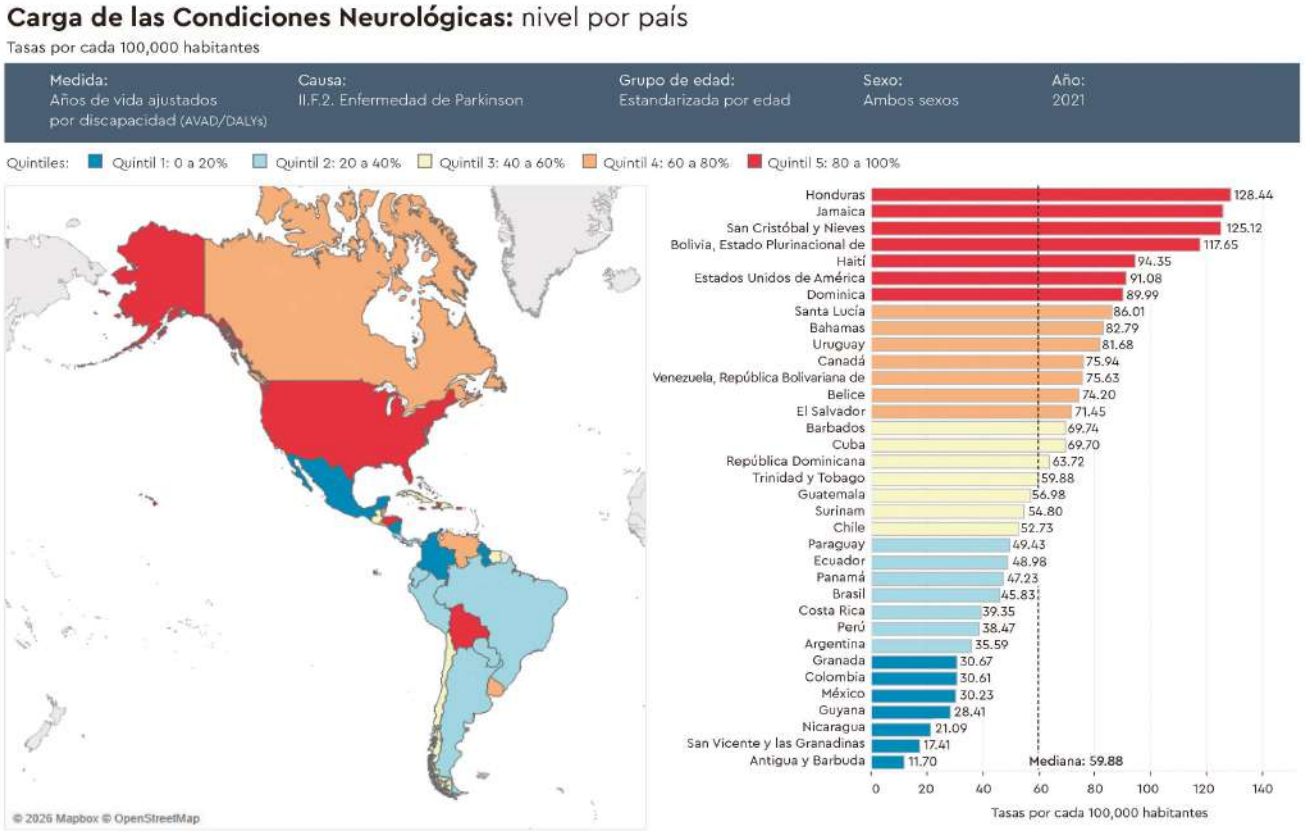


Figura b. Años de vida perdidos por discapacidad por Parkinson

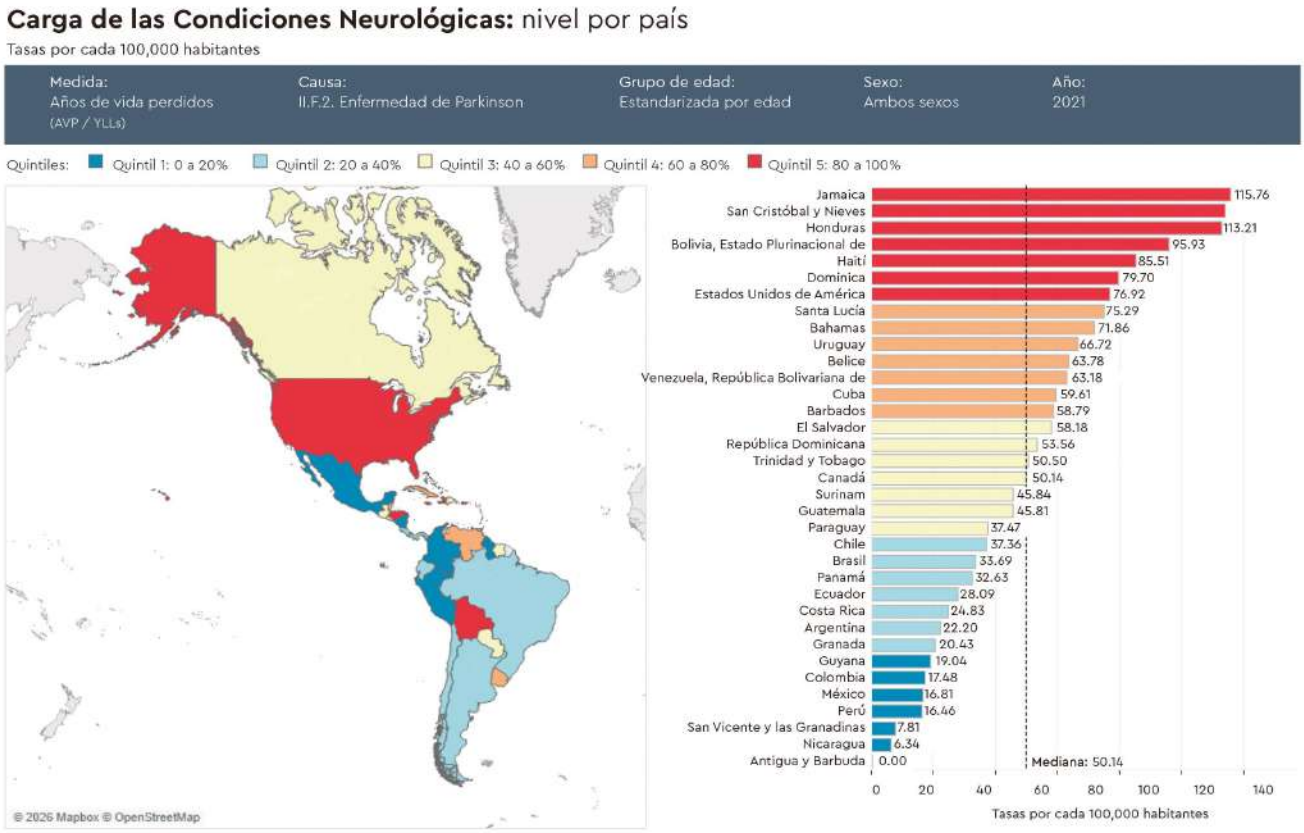


Figura c. Años de vida perdidos por Parkinson

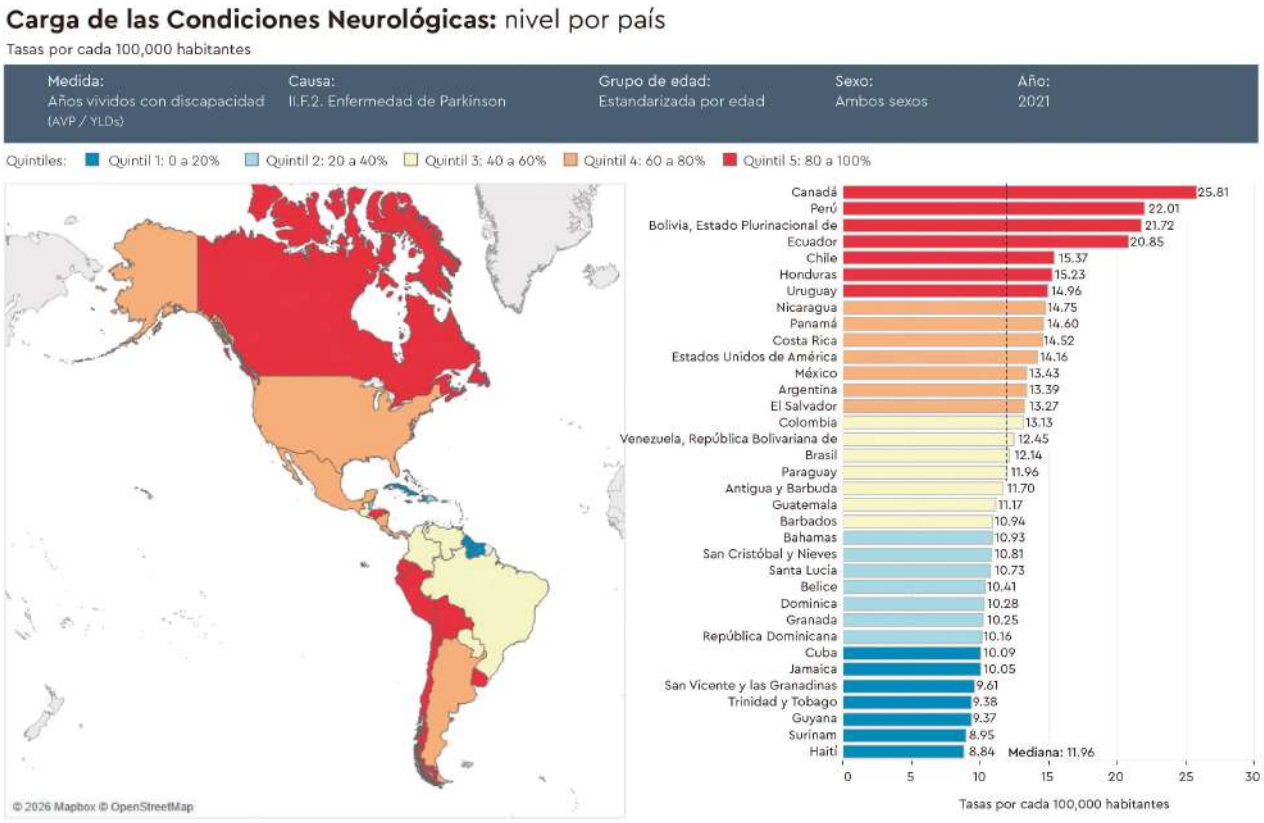


Figura d. Años de vida vividos con discapacidad por Parkinson

Figura 6. Comparativa de la carga de la enfermedad de Parkinson en México y los países de América. A: muertes. B: años de vida ajustados por discapacidad. C: años de vida perdidos. D: años de vida vividos con discapacidad. *Fuente: The burden of neurological conditions in the Region of the Americas, 2000–2019. Pan American Health Organization (48)*

DISTRIBUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN MÉXICO

De acuerdo con los datos de mortalidad reportados por el Instituto de Estadística y Geografía (INEGI), Yeverino y cols. estimaron las tasas de mortalidad ajustadas por edad para la enfermedad de Parkinson durante el periodo 2000–2020 en México. La tasa ajustada promedio fue de 1.26 por cada 100 000 habitantes (IC95% 1.21, 1.30), con tasas mayores entre los hombres en comparación con las mujeres (1.58 vs 0.99 por cada 100 000 habitantes) *(49)*. Asimismo, las tasas más elevadas se presentaron en personas adultas mayores, principalmente en aquellas de 70 años o más (20.04 por cada 100 000 habitantes), seguido por las personas de 60 a 69 años (2.24 por cada 100 000 habitantes), de 50 a 59 años (0.38 por cada 100 000 habitantes), y de 40 a 49 años (0.10 por cada 100 000 habitantes) *(49)*. En referencia al análisis de tendencias, en todo el periodo estudiado se observó un discreto incremento (0.51% anual, IC95% -0.05, 1.08); el incremento fue mayor durante los años 2000 a 2005, así como entre los hombres y las personas de 70 años y más (0.65%, IC95% 0.10, 1.20, y 0.75%, IC95% 0.18, 1.32, respectivamente) *(49)*.

En la tabla 3, se concentra el número de muertes por enfermedad de Parkinson en México 2020–2024 y su distribución en el territorio mexicano. Se observa que en términos generales existe un aumento conforme avanzan los años y que los estados con el mayor número de muertes por Parkinson son de mayor a menor: Jalisco, CDMX, Estado de México, Veracruz y Nuevo León (Figura 7).



Entidad	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Aguascalientes	24	19	29	30	27	129
Baja California	37	37	40	37	47	198
Baja California Sur	13	14	13	11	14	65
Campeche	8	7	10	7	12	44
Coahuila	46	26	54	68	63	257
Colima	18	14	22	27	18	99
Chiapas	56	50	53	44	62	265
Chihuahua	69	53	50	45	67	284
CDMX	147	126	182	139	141	735
Durango	23	13	14	14	21	85
Guanajuato	75	66	63	67	75	346
Guerrero	50	36	40	36	34	196
Hidalgo	27	23	44	26	28	148
Jalisco	152	151	140	145	188	776
México	123	124	145	149	154	695
Michoacán	67	68	73	65	78	351
Morelos	40	28	27	29	35	159
Nayarit	28	31	26	23	29	137
Nuevo León	94	112	111	116	99	532
Oaxaca	55	59	61	57	65	297
Puebla	61	52	58	50	56	277
Querétaro	20	29	32	28	28	137
Quintana Roo	10	24	26	14	21	95
San Luis Potosí	39	36	49	40	44	208
Sinaloa	54	42	54	66	74	290
Sonora	53	47	64	52	59	275
Tabasco	28	35	32	28	33	156
Tamaulipas	52	37	55	60	52	256
Tlaxcala	19	11	14	11	8	63
Veracruz	140	77	135	156	141	649
Yucatán	-	-	22	24	27	73
Zacatecas	-	-	20	20	24	64
Nacional	**1628**	**1447**	**1758**	**1684**	**1824**	**8341**

Tabla 3: Número de Muertes por Enfermedad de Parkinson en México 2020–2024. *Fuente: Estadísticas de defunciones registradas INEGI (50).*

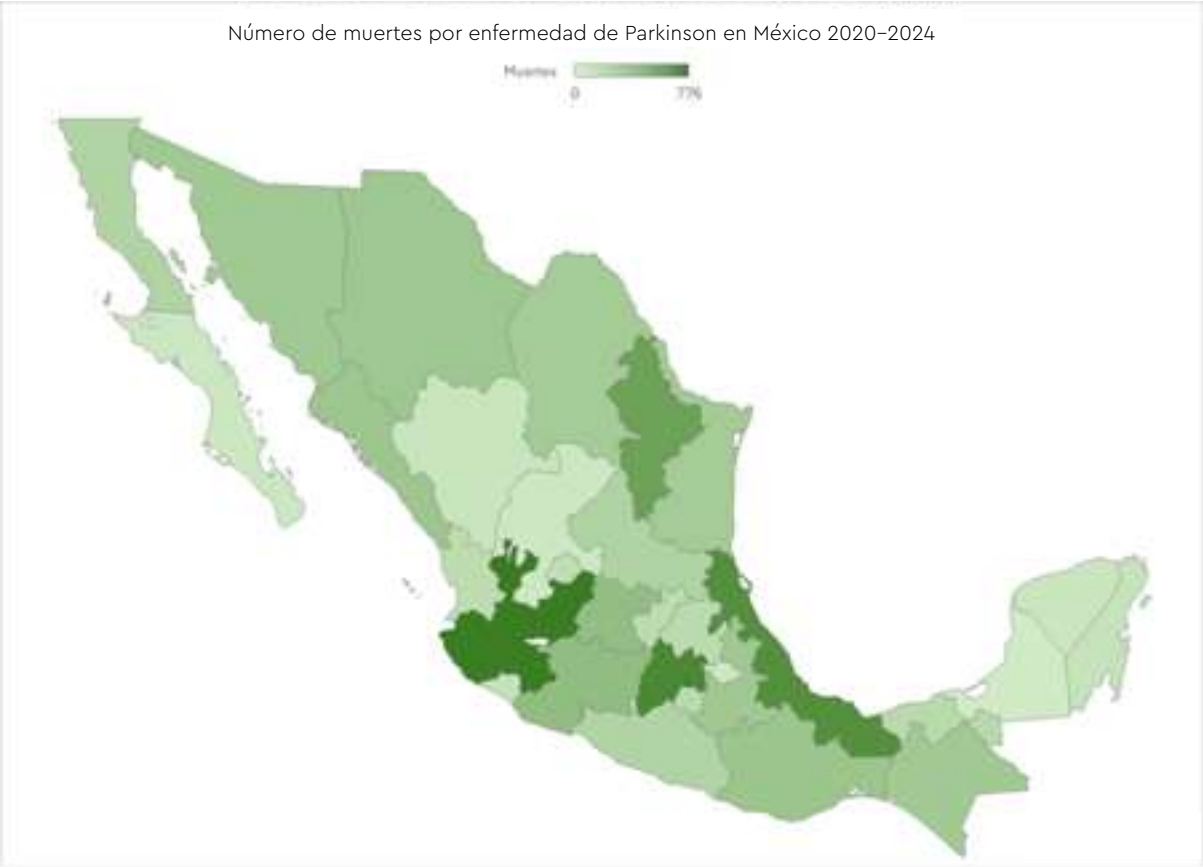
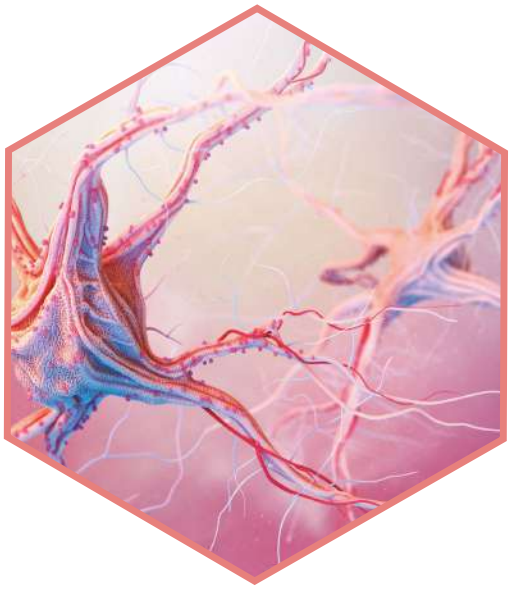
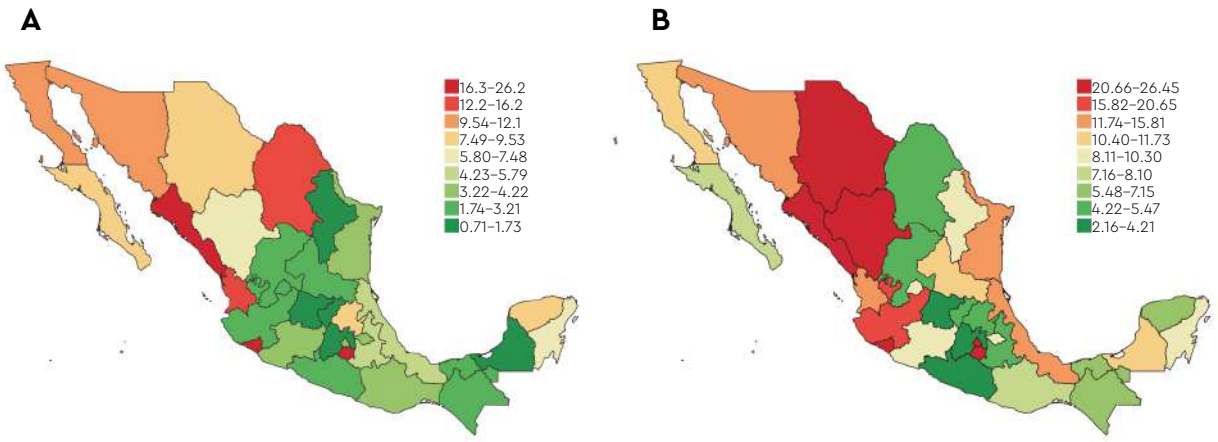


Figura 7. Distribución de muertes por enfermedad de Parkinson en México, 2020–2024. *Fuente: Estadísticas de defunciones registradas INEGI (50).*



Por otro lado, la incidencia de la enfermedad de Parkinson se ha estimado con datos registrados en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) de la Secretaría de Salud. Durante el periodo 2014 a 2017 se registraron 28 457 nuevos casos de la enfermedad, con un incremento anual promedio de 26.70% *(51)*. La incidencia fue mayor entre los hombres en comparación con las mujeres (42.22 vs 34.78 por cada 100 000 habitantes), durante el periodo estudiado, y las tasas de incidencia fueron mayores en las personas de 65 años y más (313.94 por cada 100 000 habitantes). Además, los estados con mayor incidencia entre 2014 y 2018 fueron Sinaloa (27.6), Colima (23.5) y Durango *(20)*, con una mayor concentración de personas afectadas por la enfermedad de Parkinson en el noroeste y oeste de México (Figura 8) *(52)*.



A:incidencia de enfermedad de Parkinson (EP) en 2014. Los estados con mayor concentración de enfermedad fueron los de la región noroeste de México.
B: incidencia de EP en 2018. Los estados con mayor concentración de enfermedad fueron los de las regiones noroeste y occidente del país (cinturón de Parkinson)

Figura 8. Distribución geográfica de la enfermedad de Parkinson en México, 2014 y 2018. *Fuente: Martínez Ramírez et al., 2020 (52).*

LA PROBLEMÁTICA EN MÉXICO

En abril de 2021, un grupo de trabajo organizado por la Organización Mundial de la Salud identificó líneas de acción/trabajo para abordar la enfermedad de Parkinson, en especial en países de ingresos medios y bajos. De esta discusión se identificaron desafíos y se desprendieron recomendaciones para mejorar la atención de la enfermedad de Parkinson *(53)*.

Entre las áreas de oportunidad se identificó la falta de datos epidemiológicos de calidad para la toma de decisiones. En este sentido, en México no existe un registro nacional de base poblacional sobre la enfermedad de Parkinson; sin embargo, existen diversos esfuerzos por documentar cohortes de pacientes que reciben atención médica debido a la enfermedad. Tal es el caso del Registro Mexicano de Enfermedad de Parkinson (ReMePark), el cual consiste en una cohorte prospectiva multicéntrica de alcance nacional que tiene por objetivo evaluar los determinantes motores, no motores y genéticos de la enfermedad de Parkinson en la población mexicana *(54)*. Por otro lado, se ha constituido la Red Mexicana de Investigación del Parkinson (MEX-PD), la cual se centra en la investigación de las diversidades fenotípicas de la enfermedad de Parkinson con base en las características clínicas, genéticas, neuropsicológicas y ambientales de las personas participantes *(55)*. Finalmente, en una colaboración latinoamericana que incluye 12 865 participantes, de los cuales 2003 son de México, se ha estimado la carga de la enfermedad de Parkinson y se han comparado las experiencias en los diferentes países participantes *(56)*. Estas iniciativas pueden ser un punto de partida para proponer registros que abarquen a un número mayor de personas con la enfermedad a mediano y largo plazo.

Profesionales de la salud e infraestructura. Referente a los profesionales de la salud en México, en 2018 se contaban con 1146 especialistas en neurocirugía, 135 en neurofisiología clínica, 1345 en neurología, 21 en neuropatología y 103 en neurorradiología *(57)*. Para el 2024 entre todas las instituciones públicas de salud existían 782 especialistas en neurología, 816 especialistas en geriatría y 10 307 profesionales de psicología *(58)*. Adicionalmente, actualmente existen 2040 neurólogos y neurólogas certificadas por el Consejo Mexicano de Neurología, de los cuales 1317 son especialistas en neurología de adultos *(59)*. Sin embargo, se desconoce el número de especialistas que dediquen su práctica principalmente a la atención de la enfermedad de Parkinson o de trastornos del movimiento, así como el número de profesionales de otras disciplinas como enfermería, rehabilitación, terapia física,

entre otras. Por otro lado, en términos de infraestructura en 2024, de acuerdo con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) a nivel nacional se contaba con la siguiente infraestructura para la atención de problemas neurológicos: 368 consultorios, 580 camas y 426 electroencefalógrafos *(58)*.

Tratamientos disponibles (Tabla 4), existen diversos tratamientos para la enfermedad de Parkinson, los cuales se encuentran disponibles en México de acuerdo con los reportes disponibles:

Tabla 4. Tratamientos disponibles.

Autoría y año	Población	Tratamientos reportados
Cervantes Arriaga et al., 2013 *(54)*	1083 participantes del estudio ReMePARK.	Entre las personas con enfermedad de Parkinson temprana, el 56.3% contaba con levodopa, 52.9% con pramipexol (agonista dopaminérgico), 12.6% rasagilina (inhibidor de la MAO), 11% rotigotina (agonista dopaminérgico), 6.2% amantadina (antagonista NMDA y anticolinérgico), 3.9% selegilina (inhibidor de la MAO) y 0.3% entacapone (inhibidor de la catecol-O-metiltransferasa). Entre las personas con enfermedad de Parkinson avanzada, el 88.3% contaba con levodopa, 42.5% con pramipexol, 9.1% rasagilina, 6.5% rotigotina, 23% amantadina, 9.9% selegilina y 4.3% entacapone.
García Villa et al., 2022 *(60)*	68 personas con enfermedad de Parkinson que acudieron al Hospital General Dr. Manuel Silva en Morelia y a consultas privadas con especialistas de la Asociación Michoacana de Neurociencias A.C.	83.6% de las personas incluidas en el estudio recibían levodopa/carbidopa, 31.1% pramipexol, 21.3% biperideno (anticolinérgico), 14.8% rasagilina y 10% amantadina.
Verduzco Mendoza et al. 2025 *(61)*	289 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson atendidos en la consulta externa del servicio de neurología del Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" de la Ciudad de México.	64% de los pacientes contaba con tratamiento con levodopa/carbidopa, 30% biperideno, 14% pramipexol y 12% con otros dopaminérgicos y antagonistas NMDA.

Por otro lado, existen terapias no farmacológicas que son empleadas en los pacientes con enfermedad de Parkinson en el sector público. En este sentido, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con un programa de cirugías funcionales y estimulación cerebral profunda, la cual funciona al emitir impulsos eléctricos a grupos de neuronas que participan en la generación de movimiento, con lo cual pueden dejar de presentarse síntomas hasta por 15 años *(62,63)*. A nivel privado, además de la estimulación cerebral profunda recientemente se ha introducido la tecnología focused ultrasound, la cual utiliza ondas sonoras dirigidas a zonas específicas del cerebro para la reducción de síntomas motores como los temblores *(64)*.

La comunidad y sus carencias. Si bien existen tratamientos y unidades de atención para las

personas con enfermedad de Parkinson, es importante señalar que existen algunos desafíos en el acceso a los servicios de salud. Entre estos se encuentra la falta de información sobre la enfermedad y la consecuente búsqueda de atención médica *(65)*, lo cual puede comprometer el tratamiento oportuno. Así mismo, se han identificado problemas de accesibilidad (visibilidad de los servicios de salud relevantes para la enfermedad), la aceptabilidad de los servicios de salud con base en valores y creencias personales, sociales y profesionales, una inadecuada disponibilidad de los servicios y recursos de atención, así como la asequibilidad principalmente relacionada con gastos de bolsillo *(65)*. Otro punto importante es que a pesar de que existen tratamientos especializados en México para la atención de la enfermedad de Parkinson, y que en general tienen buena aceptación entre los profesionales de la salud, existen obstáculos de diversa índole para su adecuada implementación. En este sentido, una encuesta realizada entre profesionales de la salud en Nuevo León identificó cuatro grandes barreras para la implementación de la estimulación cerebral profunda: factores económicos tales como costos elevados de mantenimiento y del procedimiento; recursos e infraestructura concentrada en grandes ciudades; conocimiento limitado sobre los beneficios de la terapia; y riesgo perceptivo basado en ideas imprecisas acerca de los resultados del tratamiento *(66)*. En términos de las personas cuidadoras, quienes llevan una carga importante de la enfermedad, se ha observado que las personas que llevan a cabo tareas de cuidado en México son familiares o tienen alguna relación con la persona enferma, lo que también explica la vulnerabilidad laboral en la que se encuentran, ya sea por estar desempleadas o en trabajos de medio tiempo *(67)*. Finalmente, la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson se ve afectada principalmente por la discapacidad motriz, así como elementos no relacionados con la motricidad tales como la ansiedad, depresión, problemas de memoria y cardiovasculares *(68)*.

Por su parte, la población de personas mayores representa también un grupo prioritario que requiere una política integral de cuidados con acciones en salud claramente identificables. De acuerdo con datos del INEGI, en 2020, el 8% de la población total era adulta mayor. Del total de defunciones (847,716) registradas en 2022, poco más de 58% fue en población adulta mayor *(47)*.

Se espera que para 2030 la población de 65 y más ascienda a 14.1 millones de personas (10% del total de la población proyectada), lo cual conlleva una necesidad inminente de políticas para garantizar la calidad de vida de esta población. El acercamiento de los servicios de salud, a través de estrategias como el programa "Salud Casa por Casa", es una parte medular de una política de cuidados nacional. Asimismo, la atención de enfermedades crónicas, pero también de la atención de problemáticas como la demencia y salud mental, requieren estrategias de atención focalizadas y urgentes. Otro grupo prioritario en la política de cuidados y visibilización son las personas con discapacidad. De acuerdo con datos del INEGI, en 2020 aproximadamente el 5% de la población presentó alguna discapacidad. De esta población, 2.9 millones de discapacitados corresponden a la población económicamente activa y 2.6 millones son adultos mayores con discapacidad, sin conocerse si derivada de una enfermedad neurológica como la enfermedad de Parkinson *(47)*. La accesibilidad a los establecimientos de salud se dificulta hasta 6 veces más para personas con discapacidad, por lo que se requiere acercar los servicios de salud con estrategias como el programa "Salud Casa por Casa" y otras acciones enfocadas a esta población *(47)*.

CENTROS HOSPITALARIOS CON CAPACIDADES PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Hospitales Públicos

A continuación, se presenta un listado con los hospitales/institutos/clínicas que cuenten con alguno de los siguientes servicios para atender el Parkinson: clínicas/centros de trastornos del movimiento, terapias avanzadas (ECP, infusiones), formación especializada (fellowships, maestrías).

Tabla 5. Hospitales públicos con capacidad para manejo de Parkinson

Hospital/Instituto	Ubicación	Nivel	Servicios relevantes en enfermedad de Parkinson
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	Ciudad de México	3er nivel	Clínica de trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, apomorfina, LCIG, diagnóstico avanzado, formación especializada *(69)*
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	Ciudad de México	3er nivel	Neurología especializada en trastornos de movimiento, manejo integral *(70)*
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga	Ciudad de México	3er nivel	Neurología, neurocirugía funcional *(71)*
Hospital Juárez de México	Ciudad de México	3er nivel	Neurología especializada en trastornos de movimiento, manejo integral
Centro Médico Nacional Siglo XXI	Ciudad de México	3er nivel	Clínica de trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, manejo de Parkinson avanzado, formación *(72,73)*
Centro Médico Nacional La Raza	Ciudad de México	3er nivel	Atención neurológica especializada en Parkinson, neurocirugía funcional, ECP *(74)*
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ciudad de México	3er nivel	Neurocirugía funcional, ECP, seguimiento integral, formación *(75)*
Hospital Central Militar	Ciudad de México	3er nivel	Neurología, manejo de Parkinson avanzado, neurocirugía funcional, ECP *(76)*
Hospital Naval de Alta Especialidad	Ciudad de México	3er nivel	Neurología, manejo de Parkinson avanzado, neurocirugía funcional, ECP *(77)*
Instituto Nacional de Rehabilitación	Ciudad de México	3er nivel	Rehabilitación neurológica, terapia física y ocupacional
Hospital General Ajusco Medio	Ciudad de México	2do nivel	Neurología, unidad de trastornos de movimiento y sueño *(78,79)*

Continuación

Hospital/Instituto	Ubicación	Nivel	Servicios relevantes en enfermedad de Parkinson
Clínica Geriátrica Iztacalco	Ciudad de México	2do nivel	Rehabilitación neurológica, terapia física y ocupacional
Centro Médico de Occidente	Guadalajara, Jal	3er nivel	Clínica de trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, formación *(80)*
Hospital Regional Valentín Gómez Farías	Guadalajara, Jal	3er nivel	Clínica de trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, referencia a alta especialidad
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde	Guadalajara, Jal	3er nivel	Clínica de neurología de trastornos del movimiento, formación *(81)*
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25	Monterrey, N. L	3er nivel	Neurología, manejo de Parkinson avanzado, neurocirugía funcional, ECP *(82)*
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González	Monterrey, N. L	3er nivel	Clínica de neurología de trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, investigación, formación *(83)*
Centro Médico Lic. Arturo Montiel Rojas, ISSEMYM	Toluca, EDOMEX	3er nivel	Rehabilitación neurológica, neurocirugía funcional, ECP, neurología *(84)*
Hospital General de Querétaro	Querétaro, Qro	3er nivel	Clínica de Parkinson y Trastornos del Movimiento
UMAE No. 71 IMSS Coahuila	Torreón, Coah.	3er nivel	Neurología, manejo de Parkinson avanzado, neurocirugía funcional, ECP *(85,86)*
UMAE No. 1 en el Centro Médico Nacional Bajío (CMNB)	León, Gto	3er nivel	Neurología, manejo de Parkinson avanzado, neurocirugía funcional, ECP *(87)*
Hospital General Regional No. 1 León	León, Gto	2do nivel	Neurología, manejo clínico

Hospitales Privados

Tabla 6. Hospitales privados con capacidad para manejo de Parkinson

Hospital/Clínica	Ubicación	Nivel	Servicios relevantes en enfermedad de Parkinson
Centro Médico ABC Observatorio	Ciudad de México	3er nivel	Neurología, trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, terapias avanzadas (88)
Centro Médico ABC Santa Fe	Ciudad de México	3er nivel	Neurología, trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, terapias avanzadas (88)
Hospital Médica Sur	Ciudad de México	3er nivel	Neurología, trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, terapias avanzadas (89)
Hospital Ángeles del Pedregal	Ciudad de México	3er nivel	Neurología, manejo clínico
Hospital Ángeles Metropolitano	Ciudad de México	3er nivel	Neurología, manejo clínico, consulta de Parkinson y trastornos de movimiento, ECP
Hospital Español de México Unidad de Trastornos del Movimiento UTMON (en el Hospital Español)	Ciudad de México	3er nivel	Clínica enfocada en Parkinson y trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, terapias avanzadas (90,91)
Hospital San Ángel Inn	Ciudad de México	3er nivel	Neurología clínica, unidad de trastornos de movimiento
Hospital San Javier Unidad de Movimientos Anormales y enfermedades neurodegenerativas UMANO	Guadalajara, Jal	3er nivel	Clínica enfocada en Parkinson y trastornos del movimiento
Hospital Ángeles Monterrey	Monterrey, N. L	3er nivel	Neurología, unidad de trastornos del movimiento, manejo integral
Hospital Zambrano Hellión	Monterrey, N. L	3er nivel	Neurología, neurocirugía funcional, ECP, ECP con ultrasonido focalizado, centro de Parkinson y trastornos de movimiento (64)

Continuación

Hospital/Clínica	Ubicación	Nivel	Servicios relevantes en enfermedad de Parkinson
Hospital Ángeles Lomas	Huixquilucan, EDOMEX	3er nivel	Neurología, especialidades
Hospital Ángeles Querétaro	Querétaro, Qro	3er nivel	Neurología, unidad de trastornos del movimiento (Unidad Parkinson Care), manejo integral
Hospital Médica Campestre	León, Gto	3er nivel	Neurología, neurocirugía funcional, ECP (92)
Hospital Ángeles Puebla	Puebla, Puebla	3er nivel	Neurología, trastornos del movimiento, neurocirugía funcional, ECP, terapias avanzadas
Star Médica Chihuahua	Chihuahua, Chih	3er nivel	Neurología, unidad de trastornos del movimiento, manejo integral
Christus Muguerza Mérida/ Mayab	Mérida, Yuc	3er nivel	Neurología, neurocirugía funcional, ECP (93)
Neurología y Trastornos del Movimiento Tijuana	Tijuana, B. C	3er nivel	Clínica enfocada en Parkinson y trastornos del movimiento
Hospital Prisma	San Luis Potosí, S. L. P	3er nivel	Centro de atención avanzada en Parkinson, movimientos anormales y demencias

ORGANIZACIONES CIVILES

1. Asociaciones Centradas en Parkinson y Movimientos Anormales

Sociedad Mexicana para el Estudio de Movimientos Anormales (SOMMA A.C.)

Qué hacen: Agrupa profesionales de salud (neurólogos, geriatras, psiquiatras) especializados en trastornos del movimiento como Parkinson, temblor, distonía y otras condiciones neurológicas.

Promueven educación médica continua, investigación, congresos, eventos para pacientes y familias, y difusión de información.

Dónde: Principalmente Ciudad de México, con eventos en varias ciudades (Monterrey, Mérida, Querétaro).

Asociación Mexicana de Parkinson (AMPAC A.C.)

Qué hacen: Asociación civil sin fines de lucro formada por pacientes, familiares y voluntarios.

Ofrecen actividades terapéuticas, ejercicios, talleres, clases de rehabilitación, apoyo emocional y grupos de convivencia.

Dónde: Ciudad de México (Benito Juárez – Portales).

Grupos de Apoyo y Redes Locales de Parkinson

Este tipo de grupos existen en varias partes del país y sirven para apoyo comunitario, intercambio de experiencias y acompañamiento emocional:

- Amigos del Parkinson (Veracruz)
- Asociación Parkinson y Artritis (Cuernavaca, Morelos)
- Grupo de Apoyo de Puebla
- Asociación de Parkinson de Guadalajara
- Grupo de Apoyo Parkinson Monterrey
- Parkinson Xalapa (Veracruz)
- Grupo de Apoyo Chiapas
- Grupo de Apoyo Xicoténcatl (CDMX)

Estas redes suelen organizar encuentros, apoyo presencial o vía grupos locales y grupos de Whatsapp o Facebook para compartir recursos y apoyo mutuo entre pacientes y familias.

2. Alzheimer, Demencias y Envejecimiento

Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA A.C.)

Qué hacen: Organización civil enfocada en personas con Alzheimer y demencias, pero también trabaja con programas de concientización, educación, capacitación de cuidadores y reducción del estigma asociado a la pérdida cognitiva.

Dónde: Monterrey, Nuevo León (sede principal), con impacto nacional a través de iniciativas, cursos y campañas educativas.

Dementia Friends México (Iniciativa social)

Qué hacen: Programa de difusión para eliminar el estigma de las demencias y generar comunidades capacitadas para apoyar a personas con deterioro cognitivo. Ofrecen cursos, talleres de sensibilización, redes de voluntariado y actividades educativas en varios estados.

Dónde: Diversas entidades del país a través de representación local y voluntarios.

3. Organizaciones relevantes dentro de neurología/apoyo clínico

Consejo Mexicano de Neurología A.C.

Entidad profesional que certifica neurólogos en todo México y coordina estándares de calidad en neurología.



LA VOZ DE LOS ESPECIALISTAS, PACIENTES Y CUIDADORES

Herramientas de recolección de datos

El 28 de mayo del 2026 se realizó una entrevista semiestructurada por medio de una mesa de discusión multidisciplinaria, en modalidad virtual, a un grupo de reconocidos expertos en el ámbito de la enfermedad de Parkinson en México, con una duración de 1 hora 20 minutos.

El 18 de junio se llevó a cabo una plática de forma presencial que incluyó a dos personas con enfermedad de Parkinson y a una persona cuidadora, con una duración de 1 hora 40 minutos.

Objetivos

- Analizar la situación actual de la atención de la enfermedad de Parkinson en México desde la perspectiva de los profesionales de la salud, las personas con la enfermedad y personas cuidadoras.
- Identificar los recursos médicos disponibles para el diagnóstico y tratamiento.
- Identificar las brechas de acceso, atención integral y normatividad.
- Generar propuestas estratégicas y viables.
- Promover una visión multidisciplinaria del abordaje.

Expertos participantes

Inicialmente se contactaron a siete médicos de diferentes especialidades, con conocimiento y experiencia en diagnóstico y atención del Parkinson y/o trastornos del movimiento, y pertenecientes a

No.	Especialidad	Institución
1	Neurología con especialidad en movimientos anormales	Pública/Privada
2	Geriatría	Pública/Privada
3	Rehabilitación	Privada
4	Neuropsicología	Privada
5	Neurocirugía	Pública/Privada

Paciente/Cuidador participantes

A través de WhatsApp se invitó a participar en una plática para compartir sus experiencias a dos personas con enfermedad de Parkinson, quienes accedieron a participar; la plática se realizó el 18 de junio de 2026 de forma presencial, a la cual asistió también una persona cuidadora. Ambos pacientes reciben atención médica en el sector privado.

Metodología

Para la realización de la Mesa y la plática se llevó a cabo una revisión documental, normativa y estadística nacional e internacional relacionadas con la enfermedad de Parkinson. Posteriormente, se compararon las experiencias y modelos de atención de la enfermedad en países de América Latina.

Con base en la información recopilada y la redacción del documento "Diagnóstico Integral de la Enfermedad de Parkinson en México", se preparó una entrevista semiestructurada a través de seis ejes temáticos, los cuales se abordaron en la Mesa de discusión con los expertos; en el caso de la plática con los pacientes y el cuidador se abordaron temas relacionados con sus experiencias con la enfermedad y la atención médica; ambas sesiones con la presencia de dos moderadoras.

Previo a la realización de la Mesa, a los cinco expertos se les envió vía correo electrónico la siguiente información:

- Guía con los detalles del proceso a realizar.
- Documento "Diagnóstico Integral de la Enfermedad de Parkinson en México" (en su versión extensa y ejecutiva).
- Breve cuestionario sobre centros hospitalarios para la atención del Parkinson en México.
- Lista de los principales temas a abordar durante la mesa.
- Enlace para la Mesa de discusión virtual vía Google Meet, fecha, hora y estructura de esta.

Con base en los objetivos de la entrevista semiestructurada con los expertos y de la plática con los pacientes y cuidador, se plantearon ejes temáticos agrupados a su vez en cuatro apartados; para abordar los ejes temáticos se identificaron subtemas o categorías adaptados a preguntas detonadoras, mismas que facilitaron la conducción de la entrevista y de la plática:

I. Diagnóstico
Situación actual del Parkinson en México
Diagnóstico y atención clínica

II. Acceso, tratamiento integral
Acceso a tratamiento, infraestructura y recursos humanos
Brechas para la atención integral

III. Legislación
Marco normativo nacional

IV. Aprendizajes internacionales
Estrategias para avanzar en la atención integral del Parkinson

La entrevista semiestructurada con los expertos en enfermedad de Parkinson, así como la plática con los pacientes y el cuidador, permitieron obtener información valiosa en cada eje temático y alcanzar los objetivos planteados. A continuación, se presentan por eje temático las opiniones, consensos, áreas de oportunidad y propuestas de los especialistas, pacientes y cuidador que amplían la información respecto al panorama de la enfermedad de Parkinson en México.

I. Diagnóstico

Ejes temáticos: Situación actual del Parkinson en México. Diagnóstico y atención clínica

Sistema de salud ante el crecimiento del Parkinson

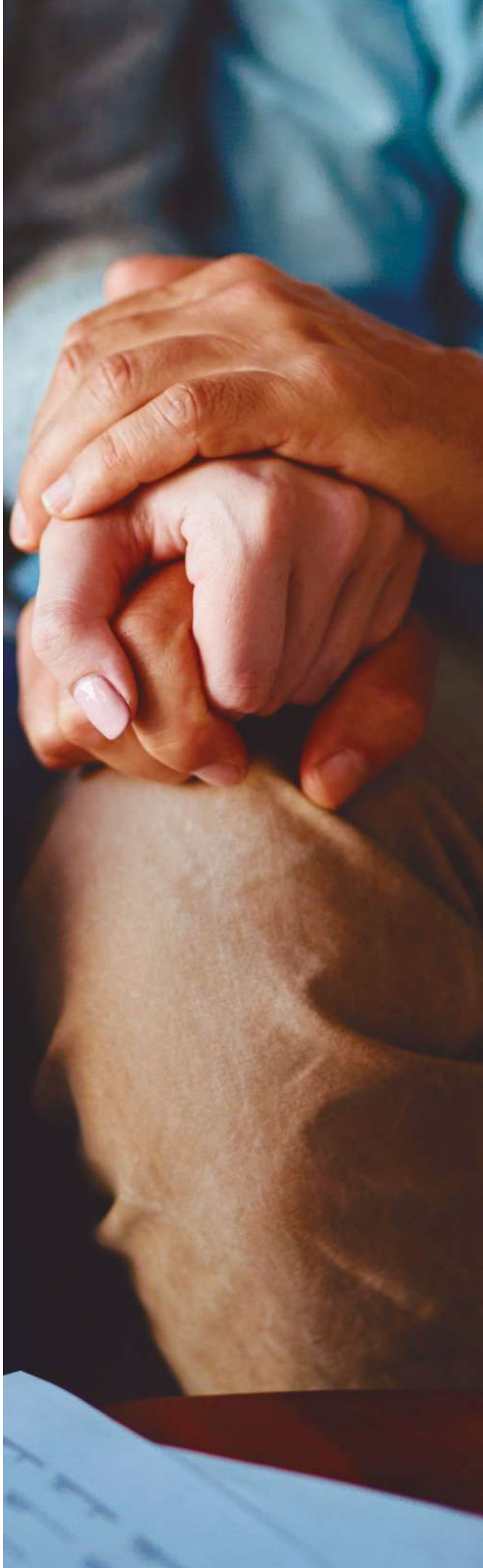
Expertos

La opinión de los expertos desde las diferentes especialidades, en el ámbito público y privado, así como de varias zonas geográficas del país, coincide en que México no está preparado para el crecimiento poblacional de la enfermedad de Parkinson, proyectado en más de 100% para el año 2050, debido a los recursos limitados, la infraestructura insuficiente en instalaciones, tecnología, atención y recursos formativos.

Los expertos señalan específicamente que las carencias tecnológicas impiden estar a la vanguardia en el diagnóstico y tratamiento adecuados, por ejemplo, para el diagnóstico se requieren estudios muy sofisticados, tecnologías de difícil acceso y costosas, tales como la amplificación de la alfa-sinucleina y que no hay en México, o el PET con 18 Fluorodopa y solo disponible en Guadalajara, Ciudad de México y Monterrey; o bien no todos los centros de rehabilitación cuentan con un laboratorio de marcha.

A su vez, faltan recursos humanos con formación sólida en estas patologías y en salud mental, así como de grupos especializados con neurólogos, neurocirujanos funcionales, neurogeriatras, neuropsiquiatras, neuropsicólogos, neurorehabilitadores, psiquiatras y psicólogos, psicólogos especializados o especialistas en neuropsicología. Asimismo, señalan que son pocas las sedes formadoras de recursos humanos, públicas y privadas, ya que los centros para subespecializarse en enfermedades neurodegenerativas únicamente existen en ciudades como Guadalajara y Ciudad de México, y a su vez estos centros reciben poca difusión.

En consecuencia, con el objetivo de preparar al sistema de salud para afrontar la enfermedad de Parkinson como desafío de salud pública, los expertos subrayan la necesidad de más centros hospitalarios que ofrezcan subespecialidades y ampliar mucho más el rubro de los especialistas, no solamente a médicos, así como promover su formación y lograr que no se concentren en las grandes ciudades del país como Monterrey, Guadalajara y Ciudad de México.



Barreras para un diagnóstico oportuno

Expertos

Los expertos concuerdan en que la enfermedad de Parkinson se diagnostica tardíamente, hasta con siete años de retraso por una mala referencia; que el Parkinson está subdiagnosticado, debido por ejemplo a que el temblor esencial no es necesariamente Parkinson, y que la enfermedad es mal catalogada, ya que no hay una forma estandarizada o escrutinio adecuados para reconocerla y diagnosticarla oportunamente, por lo que el paciente se subdiagnostica y llega a atención en etapas con la enfermedad muy avanzada y con opciones terapéuticas muy limitadas, además de que no es referido a rehabilitación, sino hasta que ya tiene problemas y no hay mucho que ofrecerle.

Asimismo, existe consenso en que desde el primer contacto entre paciente y médico general o familiar se puede avanzar en el proceso de diagnóstico, por ejemplo, se propone realizar *screening* de sospecha de la enfermedad de Parkinson o parkinsonismo con el médico, lo que podría evitar los múltiples filtros para derivar al paciente a otras especialidades, y que lo más conveniente sería referirlo con un grupo conformado por neurólogo, geriatra y rehabilitación. Inclusive se señala que el *screening* es muy importante y puede ser una buena práctica para pacientes sin acceso a un hospital privado.

Pacientes

Las dos personas con enfermedad de Parkinson que participaron en la plática, tienen siete años con diagnóstico de la enfermedad y reciben atención en el Centro Médico ABC. Por tema de confidencialidad, se hará referencia a primer y segundo paciente. El primero comparte que recibió el diagnóstico a los 58 años, por medio de dos estudios de PET SCAN en el Instituto Nacional de Neurología y por diagnóstico clínico, que visitó a dos médicos antes de llegar con el neurólogo en el Centro Médico ABC, mientras que la población en general visita en promedio entre 5 y 6 médicos antes de llegar a un diagnóstico cierto.

El segundo paciente refiere diagnóstico desde los 37 años en el Centro Médico ABC, inició con síntomas a los 29 años, empezó a caminar hacia atrás, por lo que acudió con varios doctores, probó terapias alternativas como acupuntura, sin mejoría, hasta que llegó a neurología donde le diagnosticaron distonía. Por lo que se le prescribe el trihexifenidilo con buenos resultados, se siente *"bien, lo tranquiliza"* y decide permanecer con ese medicamento. Sin embargo, después de 10 años de tomarlo, empieza a caerse



Expertos concuerdan en que la enfermedad de Parkinson se diagnostica tardíamente, hasta con siete años de retraso

Desde el primer contacto entre paciente y médico general o familiar se puede avanzar en el proceso de diagnóstico



y a presentar otros problemas motrices, inclusive en casa se estrella contra la pared y su papá decide llevarlo con un doctor. El doctor lo refiere a su vez con el neurólogo, quien le diagnostica finalmente Parkinson, primero con revisión clínica y luego con un estudio de genética, donde se observa *"2-3 de los 5 tipos de Parkinson"*. Ambos pacientes comparten que terminaron por aceptar el diagnóstico y aprenden a vivir con él.

Con base en lo que ellos han observado y conocido de otros pacientes, comentan dos características del sector público con respecto al diagnóstico y tratamiento, que si en el sector salud no hay un cuadro básico de medicamentos y si no hay médicos de primer contacto que identifiquen síntomas y un presunto cuadro de Parkinson, entonces los pacientes seguirán viendo entre 5 y 6 médicos para obtener el diagnóstico. Es decir, si hubiera un cuadro básico de medicamentos en el sector salud, y si hubiera formación dirigida para médicos de primer contacto, se podría identificar de forma temprana el Parkinson y dar la oportunidad a una mejor calidad de vida.

Manejo no farmacológico

Expertos

Se identificaron perspectivas diferentes con respecto a derivar a los pacientes, pues la especialidad de Rehabilitación del sector privado señala que el sistema público tarda mucho en referenciar a los pacientes, no los envían a neurorrehabilitación, debido a que es poco frecuente que se tenga la subespecialidad, por lo que los mandan a terapia física. Por su parte, desde Geriatría en el medio institucional se señala que sí se deriva al paciente a servicios de rehabilitación, neurología, psiquiatría, neuropsicología, pero el seguimiento con el especialista es de 4 a 6 meses, debido a la sobresaturación en el sistema. Mientras que, en el sector privado, la demora al derivar es por decisión del paciente, ya que depende de su cultura y educación, pues subestiman, infravaloran o ignoran las otras intervenciones o terapias, ya que no conocen sus beneficios o la mejora en la calidad de vida que ofrecen la rehabilitación y la salud mental.

A su vez, los especialistas opinan que existen diferencias entre las personas que tienen más estudios y medios económicos, de quienes no los tienen, respecto a la comprensión de los síntomas, la enfermedad y la importancia de buscar ayuda médica oportuna, así como el acceso al servicio de salud, y cómo el estar informado impacta positivamente en su tratamiento y seguimiento terapéutico. Por ejemplo, en el medio privado se atiende a un

sector cada vez más empapado de lo que es la enfermedad y su atención, mientras que el nivel educativo es notorio en población de escasos recursos, ya que prefieren atender síntomas motores y después otros problemas, debido a que priorizan regresar a sus actividades cotidianas. Por ello, se señala como área de oportunidad con los pacientes y el cuidador la sensibilización de los síntomas, motores y no motores.

Pacientes

En el Centro Médico ABC cuentan con la Unidad de Neurología, cuentan con terapia neurológica, terapia física, terapia de la voz debido a la disfagia, y de la escritura por la micrografía. Para acceder a la cirugía de la estimulación cerebral profunda, al primer paciente le informa su neurólogo que necesita tres años de tratamiento y eventualmente valorarlo si es candidato; se le envía con un doctor para el procedimiento HIFUS, Ultrasound, pero el doctor le informa que no es candidato para esta operación. Tampoco califica para probar una pulsera para un protocolo de congelamientos de la marcha. Por otra parte, experimenta alteraciones de la marcha, por lo que todos los días trabaja en eso, le enseñaron a volver a caminar, es el beneficio de estar bajo vigilancia de algún terapeuta.

El segundo paciente comparte que conoce la Asociación Mexicana de Parkinson, AMPAC, en donde se da fisioterapia, teatro, danza, terapia física, ocupacional, con las manos y plastilina, motriz. Él consideró realizarse la intervención de la estimulación cerebral, pero ha escuchado que *"los que se operan en el seguro los operan mal o que salen peor, que ponen el neuroestimulador mal, mientras que en el ABC le dicen que sale bien, nada más que la diferencia es el costo"*.

En ese sentido, opta por otro tratamiento, la Estimulación Magnética Transcraneal, le *"ha servido muchísimo, inclusive empezaría nuevamente el tratamiento en los próximos días"*, debido a que le ayuda bastante para el congelamiento, la rigidez, aunque el tratamiento vale 100 mil pesos.

También consultó con su neurólogo sobre la nicotina que sirve para quitar síntomas de Parkinson, pero no le recomienda fumar, y el paciente comparte que un cigarro al día le relaja de la rigidez del cuerpo.



II. ACCESO, TRATAMIENTO INTEGRAL

Ejes temáticos: Acceso a tratamiento, infraestructura y recursos humanos. Brechas para la atención integral

Tratamientos y barreras para su acceso

Expertos

Con relación al tratamiento farmacológico, el experto en Neurología y especialista en movimientos anormales destaca que la levodopa es la opción más barata y efectiva para tratar la sintomatología motora y no motora de la enfermedad de Parkinson, que los anticolinérgicos ya no se usan debido a sus efectos colaterales graves, por ejemplo su uso crónico arriesga la cognición del paciente; asimismo, que los agonistas dopaminérgicos deben quedar en el olvido, también por sus efectos colaterales graves. Es por ello que, de acuerdo con el experto, la industria farmacéutica se enfoca en mejorar la biodisponibilidad de la levodopa a través de diferentes formulaciones: la duodopa, foslevodopa, foscarbidopa, levodopas de liberación prolongada, formulaciones con inhibidores de Catecol-O-metil-transferasa, con un parche o una píldora. Asimismo, subraya que, si se tratan oportunamente las etapas tempranas y formas benignas de la enfermedad, la expectativa de vida y la calidad de vida son muy similares a las de una persona sin la enfermedad. De ahí la importancia de dar tratamientos altamente efectivos como la levodopa y que el sector salud, público y privado, deba de tener siempre a disposición este medicamento.



A su vez, el experto en Geriatría confirma que no todos los pacientes tienen acceso al tratamiento farmacológico, que el medicamento escasea bastante y que los pacientes recurren a comprar meses de tratamiento con antelación.

Por otro lado, el neurólogo y especialista en movimientos anormales destaca que, además del tratamiento farmacológico, la cirugía es uno de los grandes cambios, aunque solo 20% de las personas con la enfermedad son candidatos reales para la estimulación cerebral profunda. Sin embargo, existen estrategias más novedosas como el ultrasonido focal de alta frecuencia o de ondas de radiofrecuencia. Un metaanálisis que analiza los trasplantes celulares autólogos para tratar la enfermedad de Parkinson reportó mejora en escala motora y en actividades cotidianas hasta 24 meses después del trasplante. Asimismo, el experto cita que las medidas no farmacológicas son altamente eficaces para tratar los síntomas, tales como cambio en el estilo de vida, ejercicio, buena alimentación, sueño adecuado, evitar situaciones estresantes, y rehabilitación adecuada del área motora, cognitiva y afectiva.

A su vez, el experto en Neurocirugía refiere que en el sector privado también es difícil el acceso a las terapias, muchas veces se limita al tratamiento farmacológico, y que al llegar al tratamiento quirúrgico el cuidado integral es lo más complicado, considerando también la expectativa de la familia como otro factor.

Pacientes

El tema de los tratamientos es abordado ampliamente por los pacientes. El segundo paciente por ejemplo refiere que utilizó el agonista dopaminérgico y estuvo excelente, pero le causó muchos efectos secundarios, tales como gastar dinero y realizar compras compulsivas en las noches, por lo que lo sustituyen por levodopa, ya 6 años y medio con ese medicamento, además de amantadina, Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina y continúa con trihexifenidilo. Todos estos medicamentos los compra él, pues no es derechohabiente, tiene seguro médico y acaba de cubrir el deducible para empezar a cobrarle al seguro.



En ese sentido se considera afortunado, ya que sabe que *"en el Seguro no les dan medicinas porque no hay, solo levodopa"*. Asimismo, comparte que quienes están en la Asociación *"es gente de muy bajos recursos, por ello trata de ayudar con comida, los manda al doctor, inclusive a uno de ellos le paga sus terapias"*; que *"van pacientes de varias partes de la ciudad y del Estado de México, llegan en transporte público y son súper constantes en su asistencia y terapias"*.

El primer paciente refiere que su neurólogo le prescribió Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina, pero se siente exactamente igual, pese a que lleva tomándolo cuatro años; también usa levodopa con benserazida, fentermina y levodopa con carbidopa, en algunos de los periodos de desabasto intentó mudarlo a éste, pero ni con ondansetron pudo resistirlo, los efectos secundarios eran como si le pusieran quimioterapia. Entonces continúa con levodopa con benserazida, toma 200 o a veces más pastillas al mes, generalmente seis pastillas al día.

El segundo paciente refiere que toma una pastilla y media al día. Comenta que no solo hay escasez de levodopa, también de amantadina, entonces tiene que tratar de conseguirlo o en otra marca, y en ese sentido, el primer paciente dice que no varía mucho el efecto de las marcas, ya que compró parte de la medicina en España, y la presentación es de liberación prolongada, y no le fue mal con esa presentación, pero sabe que a otras personas no les va bien. Cuando su neurólogo le manda una y media, pero en cápsula, le ayudó la presentación en España porque son pastillas y le facilita fraccionarlas a la mitad, en ese sentido en México no hay tantas presentaciones, no hay esa disponibilidad. Se cuestionan por ejemplo *"cómo es posible que hay laboratorios en Europa que ya autoricen la levodopa, y cómo es posible que siendo exactamente el mismo medicamento aquí en México no lo autoricen o no llegue"*.

Se hace mención que *"en el sexenio anterior se destruyeron las cadenas de distribución en México, permanece el mismo problema de desabasto con muchos medicamentos y en muchas aseguradoras. Si realmente hubiera una compra consolidada se gana escala, se bajan precios, se vive mejor"*.

Otra alternativa es buscar a alguien que les pueda comprar fuera del país, por ejemplo, el

paciente provee a siete personas de levodopa con benserazida que compra en España. Aquí en México, el frasco cuesta entre $1,200 a $2,000, cuando hay disponibilidad. En España el costo es de 15 euros (alrededor de 300 pesos mexicanos).

"*En España asumen que cuando una persona no puede comprar ese medicamento, es porque o tienen un seguro privado o porque está en la seguridad social; la mayoría de la gente está en la seguridad social, entonces dan acceso a la medicación a la gente a un precio que sea asequible, el gobierno apoya en ese sentido*".

"Otro ejemplo de diferencia de precios es en el medicamento rosuvastatina, aquí cuesta más de 2 mil pesos la caja, allá cuesta 9 euros, entonces el gobierno en México debe canalizar bien los recursos porque es un problema de salud pública, es mejor tener un enfermo bien medicado y atendido que en los hospitales".

Con respecto a los procedimientos con las aseguradoras, en el sector privado, basta mencionar la batalla cada dos o tres meses para ver qué le pagan al primer paciente, le pagan terapias neurológicas, terapias físicas, aunque una cantidad límite. Señala que *"los tabuladores son horribles, no alcanza para pagarle a los médicos, no dan los medicamentos, no dan las terapias o no todas se reembolsan, la administración es espantosa"*. Por ejemplo, de las consultas del neurólogo le reembolsan solo 60%. El paciente suma al mes consultas médicas, medicación, terapias en el hospital, el ejercicio, un estudio que su neurólogo le acaba de mandar, una polisomnografía de $27,000 y no lo cubre el seguro. Su cuenta al mes aproximadamente es de entre 26,000 a 32,000 pesos.

El primer paciente expresa que *"es un privilegio contar con seguro de gastos médicos, de otra manera no hay manera, es impagable"*. Y advierte que *"a las aseguradoras les conviene mucho más tratar a un paciente antes de que la enfermedad avance, para que su negocio tampoco se vea perjudicado, entonces las aseguradoras van a jugar un papel muy importante"*. Menciona que solo el 5% de las personas en este país tienen un seguro de gastos médicos.

Igualmente, el segundo paciente refiere gastos por su cuenta, por ejemplo, terapia física $1,000 pesos la hora, 2 días a la semana; psicóloga $1,000 pesos la hora también, y subraya la diferencia con la Asociación que cobra $1,000 todo el mes.

Cuidador

En la plática participa también un cuidador, es papá de un paciente, es viudo y tiene 71 años, con respecto al abasto de los medicamentos comenta que *"es tema de permisos, de trámites, todo eso que conlleva a que no solamente esos medicamentos de levodopa, sino la mayoría de los medicamentos están en este país detenidos por COFEPRIS"*. Se pregunta *"por qué el gobierno no puede acordar compras con los laboratorios como en España, si una persona puede traer medicamento de ese país, cuánto más el gobierno, podría hacerlo cien mil veces mejor"*.

Con respecto a las aseguradoras, señala que *"se debería de poner atención en ellas, empezar a empujar y orillar a que se cubran las enfermedades más importantes, de principio a fin, porque el primer y esencial obstáculo es el costo"*. Considera que *"especialistas que cobren $2,000 mil pesos por 45 minutos, es un abuso"*.

Atención integral e implementación de equipos multidisciplinarios

Expertos

Los expertos coinciden en que *"en el medio privado es mucho más fácil la formación de equipos interdisciplinarios, ya que la comunicación entre las diversas áreas que ven al paciente es más fácil porque no hay saturación de pacientes que tiene el área pública"*; sin embargo, se destaca que en muchos centros se carece del manejo integral de estos pacientes.

En el medio privado también *"se atiende a una población con más conocimiento de la enfermedad, se les brinda atención y seguimiento neuropsicológico, y se apegan a sus programas de rehabilitación física"*; se reitera que *"un paciente bien informado desde una versión multidisciplinaria es la mejor herramienta para permear la información, sobre lo que puede traer las consecuencias de la enfermedad"*.

Sin embargo, desde Geriatría se advierte que *"un gran problema es el costo económico de los servicios que requieren las subespecialidades, los cuales no son tan asequibles como en el medio institucional, y no todos los pacientes pueden pagar"*. En ese sentido, el especialista en Neuropsicología aclara que *"existen clínicas con programas que atienden a pacientes de beneficencia, en conjunto con el Instituto Nacional de Neurología"*. Por otro lado, informa que *"los síntomas neuropsiquiátricos a veces pasan desapercibidos hasta que son un problema serio y muy desgastante para la familia"*.

Desgaste y apoyo familiar

Expertos

Los expertos están de acuerdo en que se necesitan apoyos que beneficien al paciente y que velen por el cuidador, quien generalmente es un integrante de la familia, como los hijos y la pareja principalmente, con más participación de las mujeres y con el estigma que implica la enfermedad, el del rol de cuidador de las mujeres, aunque se aclara que *"hay hijos hombres que lo hacen muy bien"*. En general, estos cuidadores primarios podrían experimentar lo que se conoce como el síndrome del colapso del cuidador.

La especialidad de Rehabilitación destaca que *"la sociedad mexicana tiene la cultura del núcleo y quien cuida al enfermo, por lo que es muy poco probable que alguien adicional a la familia aporte, apoye o disminuya el desgaste generado por los cuidados"*. La familia puede contratar un cuidador, pero el costo es una limitante, porque *"la levodopa no es barata, la rehabilitación al realizarse a mediano plazo tampoco resulta barata, por lo que es difícil que alguien que no sea de la familia nuclear o alguien pagado se involucre en las labores de cuidados"*. Asimismo, indica que *"se tendría que tener la habilidad para capacitar al cuidador, al familiar"*, como principal aliado en la rehabilitación para dar seguimiento y constancia.

Cuidador

Por su parte, el cuidador comparte que *"en esta batalla empezaron su esposa y él, pero su esposa falleció hace 3 años. Que gracias a la forma que su hijo tiene de ver la enfermedad la están superando, esa ligereza y motivación por las ganas de ayudar a la gente que la tiene, empuja a todos, a toda la familia"*. Menciona que es difícil económicamente, él tiene una pensión, pero se le hace injusto que no tengan el apoyo por quien debería de asumirlo, porque todos pagan impuestos y cuando sucede una enfermedad así, van solos.

Asimismo, expresa sus preocupaciones con respecto a su hijo, que no le gusta que salga solo, por su seguridad, procura acompañarlo, llevarlo, se convierte en su *"lazarillo"*, deja de hacer muchas cosas por estar con él. Pero agradece a Dios por ser persona jubilada y tener salud, *"así lo puedo llevar, traer y andar con él"*. Por el lado psicológico, no cree que le haya afectado, porque al verlo en las mañanas con las ganas y después de saber los dolores que tiene por esta enfermedad, le empuja a seguir adelante. En ese sentido, enfatiza que *"lo más importante de la familia nuclear es que entiendan a la persona que padece esto, después de la aceptación"*, y aprendan ellos sobre la marcha a otorgarle sus espacios, ver cómo lo ayudan.

Entonces se debe involucrar a la familia, papás, hermanos e hijos, entre más gente está involucrada más conciencia toman, más entienden el problema y ayudan mejor.

Pacientes

El primer paciente dice que *"esta experiencia es la excepción, porque lo que le pasa a los cuidadores es que acaban desgastados"*. Menciona que su familia también lo apoya, cuando les pidió que lo acompañaran a uno de los congresos de la Sociedad Mexicana para el Estudio de Movimientos Anormales (SOMMA) se impactaron, porque vieron lo que es la enfermedad, la realidad de lo que van a ver con él, les está costando entender y aceptar que el estadio 5 de Parkinson es demencia, se rehúsan, ojalá haya manera de evitar eso. Entonces se debe involucrar a la familia, papás, hermanos e hijos, entre más gente está involucrada más conciencia toman, más entienden el problema y ayudan mejor.

Los pacientes buscan apoyos para ayudar a otros, para formar neurólogos, hacer investigación, capacitar a los médicos, etcétera. Y en la búsqueda de modelos exitosos, se entrevistaron con la directora de la Asociación de Parkinson en España, esta organización se mantiene íntegramente de los cuidadores, hay mucha gente que quiere ayudar y hay mucha gente que necesita el dinero. En lugar de buscar donadores, se apoyan en una red de cuidadores, los propios familiares de las personas que tienen Parkinson pagan una cantidad menor, pero lo multiplican por todas las partes. La gente se afilia a la Asociación y cede de su tiempo para ayudar, y se gana unos euros, pero eso lo hacen por 120, por 1000, y eso les da recursos para hacer otras cosas.

El primer paciente comenta que conforme la gente se entera que él tiene la enfermedad y que trabaja con SOMMA, le llaman para que platique con otras personas que tienen la enfermedad y necesitan orientación, y les comparte su experiencia, los cambios y cuidados en alimentación, terapia, ejercicio, tomar las medicinas en horarios y dormir cuando se pueda, se ha enterado que la gente cambia positivamente su actitud ante la enfermedad luego de platicar con él.

Asimismo, expresa que ellos experimentan síntomas del temblor en reposo, lentitud, bradicinesia, constipación, hiposmia y muchos más, que no son momentos raros, sino del día con día, entonces si la gente tiene información, si los cuidadores tienen información van a tener más conexión con el paciente.

Finalmente, ambos pacientes concuerdan en que son dos personas de edades diferentes, que han tenido trabajos diferentes, en momentos de vida diferentes, con sintomatologías diferentes, pero que coinciden, convergen. Aunque en temas distintos, al final les duele, les aprieta, les preocupa, todo lo que se estuvo platicando los abraza.

Integración del cuidador en modelo de atención

Expertos

Con el objetivo de integrar al cuidador en el modelo de atención, los expertos coinciden en que un importante y buen punto de apoyo son los grupos, en el sector privado por ejemplo existen grupos de apoyo de varias patologías y podrían ser un buen parteaguas; lo ideal es siempre formar el equipo y, además del neuropsicólogo, derivar a los grupos de apoyo. Se subraya también que hay mucho qué trabajar para estructurar grupos y redes de apoyo para los familiares, ya que la atención se centra en el propio paciente, pues muchos de ellos aún están en etapa productiva y ellos mismos se costean los tratamientos.

Por ello, los expertos plantean diversas estrategias para apoyar al paciente, cuidador y familia, por ejemplo desde la Neuropsicología se proponen los *centros de día* para los pacientes, ya que le permitiría al cuidador tener horas de descanso y para realizar otras actividades; cursos para los cuidadores, pues hay pacientes que no tienen un círculo o red de apoyo, que viven solos; buscar empoderar al cuidador y diversificar esa red, con amistades por ejemplo, porque se ha observado que la familia delega ciertas tareas a amistades, no el cuidado completo, pero si acompañan un día al paciente a la consulta, son estrategias que se recomiendan y dan cierto respiro a los cuidadores.

La Geriatría también propone la psicoeducación, derivar al neuropsicólogo e incluir a la familia al tener la capacidad de integración de la información, y se retoma el problema constante de la poca información con la que cuenta, así como la importancia de tener a un paciente bien informado.

Los expertos plantean diversas estrategias para apoyar al paciente, cuidador y familia, por ejemplo desde la Neuropsicología se proponen los centros de día para los pacientes, ya que le permitiría al cuidador tener horas de descanso y para realizar otras actividades.



III. LEGISLACIÓN

Eje temático: Marco normativo nacional

Norma Oficial Mexicana o programa nacional

Expertos

En el ámbito normativo, los expertos en Neurocirugía, Neuropsicología y Geriatría expresan opiniones similares sobre la necesidad de normar en el país y en toda la Secretaría de Salud, aspectos de los servicios de salud para la enfermedad de Parkinson, por ejemplo el acceso a tratamiento farmacológico y a otras terapias, ya que en el sector público existe un programa y un cuadro básico de tratamiento para enfermedades crónicas, sobre todo degenerativas, pero no lo están cubriendo de forma completa; a su vez se está muy condicionado a la "medicina basada en existencias", inclusive se menciona que hay preocupación nacional con la integración de un sistema único de salud, porque habrá limitaciones en estos tratamientos. Otra problemática que se plantea es que en un hospital público ya se puede solicitar el apoyo para los estimuladores cerebrales profundos, pero eso depende del presupuesto del hospital, y para resolver esa limitante el apoyo se está solicitando con gastos catastróficos.

Por ello, la estrategia que se necesita implementar es la creación de un programa nacional, como en su momento para los pacientes con VIH, y actualmente la diabetes y la hipertensión. Este programa nacional para enfermedades de tipo neurodegenerativo *"le conviene al gobierno, pues le interesa ahorrar y estas son patologías que gastan y devastan al paciente, familiares y al sistema de salud*". Asimismo, se puede crear el programa nacional como una enfermedad catastrófica, que incluya gastos, productividad de los pacientes y desgaste familiar, ya que la mayor parte de los pacientes costean las terapias y tratamientos a través de su seguro de gastos médicos amplios, pero la mayoría de la población no tiene acceso a eso.

Paciente

El segundo paciente informa que en enero de 2026 una diputada presentó una propuesta de iniciativa de ley para Parkinson, pero la archivaron. El paciente y la diputada retomaron la propuesta para impulsarla, *"es necesario tratar el tema de desabasto, procesos de COFEPRIS relacionados a los medicamentos, la participación de las aseguradoras, el papel del cuidador, que se capaciten y ellos también reciban apoyo"*.

Actores impulsores de cambios normativos y acciones a corto plazo

Expertos

El acercamiento con las autoridades puede ser a través de presentar estudios de costo-beneficio, pues son muy importantes para mostrar a las secretarías de salud el aumento de personas con enfermedades neurodegenerativas y los costos que representan, y poder prever ahorros; lo anterior como parte del derecho que tienen los especialistas de explicar y difundir lo que saben con estudios locales, como los estudios de costo-beneficio.

Además, los especialistas refieren plantear un estudio científico rigurosamente elaborado, mostrar con números que la enfermedad le cuesta al sistema de salud y a las familias mexicanas, sería un inicio, una pauta para que sociedades como SOMMA pueda adentrarse en esas políticas, ya que como sociedad debe visibilizar el padecimiento, con sustento legal y del impacto social, acercarse

Se requieren programas de difusión y de estudios de costo-beneficio que visibilicen cuánto está costando la enfermedad de Parkinson al país.

con la parte política, por ejemplo, la Comisión de Salud en el Senado, para legislar y generar un presupuesto a nivel nacional. Por ello es urgente programas de difusión y de estudios de costo-beneficio que visibilicen cuánto está costando la enfermedad de Parkinson al país.

Asimismo, se plantea la importancia de legislar la personalidad del cuidador, que no sea solamente una ley para la atención al paciente, sino una legislación y cuidados específicos, que garantice e incentive los cuidados también para el propio cuidador.

Pacientes

El segundo paciente y la diputada buscan impulsar esa iniciativa de ley, para generar estos cambios normativos se requiere el apoyo de los especialistas, de sociedades como SOMMA, de las personas con Parkinson, de sus familias, lo que ayudaría para presionar y que no vuelvan a desechar la propuesta.

Se identifica que la normatividad es urgente y necesaria, también tendrá impacto en otros ámbitos, por ejemplo, en la Asociación le han dicho que *"van en los transportes públicos y se burlan de ellos o dicen que van tomados, o sea, en este país falta muchísimo crecimiento, falta mucha sensibilización, y eso puede cambiar si cada vez hay más gente que entienda la problemática y que en esa medida se vaya haciendo un tema de conocimiento público"*.

IV. APRENDIZAJES INTERNACIONALES

Eje temático: Estrategias para avanzar en la atención integral del Parkinson

Escenario actual

Expertos

Desde las especialidades de Neurocirugía y Neuropsicología se plantea la situación actual de la atención de la enfermedad de Parkinson en México, por ejemplo, que ahora hay más especialistas enfocados en esta terapia y tratamientos, lo que representa un avance como grupo médico para la atención de esta enfermedad; se ha logrado organización y tratar de compaginar la experiencia de todos los especialistas en el tratamiento.

Paciente

Es importante el logro por parte del segundo paciente, quien realizó el Foro sobre Parkinson en la Cámara de Diputados el 15 de abril del 2026, el primero sobre Parkinson que se hace en toda la historia de la Cámara. Después del Foro, hubo muchísimas llamadas por parte de personas que tenían Parkinson a AMPAC, muchísimas visitas a Facebook, y menciona que *"no es que cueste tanto trabajo, hacer algo para que la gente que tiene la enfermedad se entere de que existe una asociación que les brinda atención, que alguien quiere ayudar, gente que toma acciones, que existe SOMMA, nada más falta difusión"*.

Actualmente trata de apoyar a AMPAC consiguiendo nuevas donatarias; *"es un problema, el SAT está viendo que se quiere ayudar a los enfermos y pone requisitos ilimitados"*, y es que *"la Asociación tuvo muchos problemas, pero ya recibía donaciones de varias empresas, ahora es tratar de recuperar eso, la intención es entrar a la Asociación, ir a los laboratorios, con gente que puede hacer donaciones, pero hay que esperar la donataria, se tarda y pide muchos requisitos"*.

Áreas de oportunidad

Expertos

En contraparte, se advierte que falta organización para trabajar en conjunto una estrategia nacional, no de forma individualista, falta organización para visibilizar a los especialistas y el tratamiento de la enfermedad a nivel nacional.

Asimismo, se identifica la importancia de no separar el tratamiento del seguimiento al paciente a quien se le implantó el electrodo, pues se debe visibilizar su proceso y sus necesidades después de la implantación. Se sugiere replicar las acciones llevadas a cabo en España, en donde

todos tienen derecho a las terapias, los grupos especializados deciden qué pacientes van a ser los mejores candidatos para una intervención u otra para optimizar los recursos, ya que en el medio privado en México si el paciente tiene el recurso se le ofrece, aunque probablemente no sea el mejor candidato.

Con relación a los costos, la posibilidad que hoy se tiene de hacer evaluaciones neuropsicológicas y seguimiento a los pacientes en línea es muy importante, debido a que se puede trabajar con pacientes de otros estados y eso es valioso, eso disminuye costos y facilita también que la atención llegue para los pacientes que no pueden viajar, entonces es una herramienta que suma en beneficio de los pacientes y sus cuidadores.

Pacientes

El primer paciente cierra con un comentario sobre el desabasto, que *"el día que COFEPRIS tenga procesos correctos, expeditos y que haga bien lo que tiene que hacer, los medicamentos van a llegar"*.

Si bien los pacientes que participaron en la plática son un tipo específico de paciente con Parkinson, por contar con un seguro de gastos médicos, les recomiendan que *"para hacer algo hay que pensar en la Sierra de Oaxaca, piensen en Chiapas, en gente que tienen que ir a un Centro de Salud, que tienen que caminar 5 horas, o sea, entender la problemática y realidad de la mayoría de los pacientes"*.

De diferentes formas están tratando de ayudar a otros, consideran la idea de preparar material de difusión, una guía rápida sobre si hay problemas para evacuar, para dormir, sensación de caída, mareos al levantarse y agacharse, hay que revisarse con el médico; es decir, siempre se habla de lo que deben hacer los médicos de primer contacto, pero también se puede hacer mucho por gente en las comunidades con otras estrategias.

Otras necesidades para mejorar la atención son *"los espacios de rehabilitación, redes de rehabilitación, a lo mejor hasta por internet, terapias, medicinas gratuitas en los laboratorios, tienen la obligación de darles tratamientos gratuitos para la gente"*.

Asimismo, *"se podría ahorrar al gobierno mucho dinero, a los cuidadores muchas penas y a los pacientes muchas broncas, si se tuviese un poco más de detección temprana"*. Resalta que lo que tienen ahora *"son paliativos de la sintomatología, no la cura"*.

Finalmente, pacientes y cuidador agradecen el espacio brindado para poder externar sus preocupaciones y vivencias.



RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS CON PARKINSON

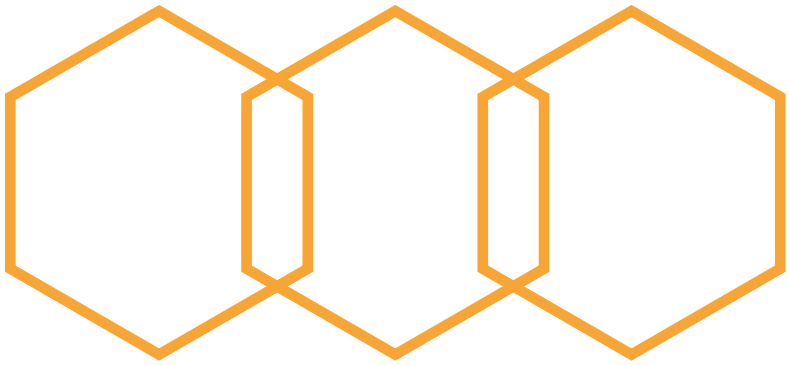
A lo largo del presente documento, se ha evidenciado que la enfermedad de Parkinson es un problema de salud pública en México; que en el mediano plazo incrementará la carga relacionada con esta enfermedad, aunado a los costos familiares, sociales y económicos; que existen recursos materiales y profesionales de la salud para su atención, si bien son escasos para el volumen de personas afectadas y son de acceso limitado relacionado con el costo financiero y la falta de concientización sobre la enfermedad entre el público general; y que los profesionales de la salud, las personas enfermas y cuidadoras tienen perspectivas complementarias que sin duda son necesarias para formular estrategias de atención para enfrentar esta patología.

El diagnóstico situacional evidencia que la atención del Parkinson en México requiere evolucionar de un modelo centrado en la atención especializada hacia un modelo integral, continuo y centrado en la persona, que garantice el acceso oportuno al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados a lo largo de todo el curso de la enfermedad.



Para lograrlo, se proponen las siguientes recomendaciones estratégicas:

- **Fortalecer la detección y el diagnóstico oportuno**, mediante la capacitación del personal del primer nivel de atención, el establecimiento de rutas claras de referencia y contrarreferencia, y la actualización de los protocolos nacionales de atención.
- **Consolidar redes de atención multidisciplinaria**, integrando neurología, geriatría, rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, neuropsicología, nutrición, enfermería, trabajo social y cuidados paliativos, de acuerdo con la etapa clínica de cada paciente.
- **Fortalecer la capacitación continua** del personal de salud del primer y segundo nivel de atención, así como ampliar la formación y mejorar la distribución nacional de médicos especialistas, con el fin de favorecer el reconocimiento oportuno de los signos y síntomas de la enfermedad de Parkinson, incrementar la capacidad diagnóstica y promover un diagnóstico en etapas más tempranas de la enfermedad.
- **Garantizar el acceso equitativo a medicamentos, terapias de rehabilitación y tratamientos** avanzados, reduciendo las diferencias existentes entre instituciones, regiones y niveles de atención.
- **Desarrollar centros de excelencia y redes regionales de referencia** que permitan descentralizar la atención especializada y acercar servicios de alta complejidad a las diferentes regiones del país.
- **Incorporar herramientas digitales**, como telemedicina, tele-rehabilitación y sistemas de seguimiento remoto, que permitan ampliar la cobertura, particularmente en zonas con limitada disponibilidad de especialistas.
- **Fortalecer los sistemas de información**, impulsando un Registro Nacional de Enfermedad de Parkinson que permita conocer la magnitud del problema, monitorear resultados y orientar la planeación de políticas públicas.
- **Reconocer e incorporar activamente a pacientes y personas cuidadoras dentro del modelo de atención**, brindando educación, apoyo psicosocial, capacitación y estrategias para disminuir la carga del cuidado.
- **Fortalecer el marco normativo y las políticas públicas**, desarrollando instrumentos específicos para la atención integral del Parkinson, alineados con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y con las experiencias exitosas documentadas en países como Brasil, Chile y Uruguay.



MENSAJE DE CIERRE

La enfermedad de Parkinson representa uno de los mayores retos emergentes para el sistema de salud mexicano debido al envejecimiento poblacional y al incremento esperado de personas que vivirán con esta condición durante las próximas décadas. Las proyecciones muestran que México será uno de los países con mayor crecimiento en el número de casos hacia 2050, lo que hace indispensable actuar desde ahora.

El presente diagnóstico pone de manifiesto que el país cuenta con capacidades clínicas, experiencia académica y grupos de investigación altamente especializados; sin embargo, persisten importantes brechas relacionadas con la oportunidad del diagnóstico, la distribución de especialistas, el acceso a tratamientos, la rehabilitación, la coordinación entre niveles de atención, la generación de información epidemiológica y la existencia de un marco normativo específico.

Como siguientes pasos se recomienda:

- **Elaborar** una Estrategia Nacional para la Atención Integral de la Enfermedad de Parkinson, con participación de autoridades, instituciones de salud, academia, organizaciones de pacientes y sociedades médicas.
- **Actualizar y homologar** los protocolos nacionales de atención clínica con base en la mejor evidencia científica disponible.
- **Continuar impulsando** el actual levantamiento de un Registro Nacional de Enfermedad de Parkinson para fortalecer la vigilancia epidemiológica, la investigación y la planeación de recursos.
- **Consolidar redes regionales** de atención multidisciplinaria que reduzcan las desigualdades geográficas y faciliten la referencia oportuna de los pacientes.
- **Garantizar el acceso** continuo a medicamentos, rehabilitación y terapias avanzadas bajo criterios de equidad y calidad.
- **Impulsar programas permanentes de capacitación** para profesionales de la salud, especialmente en el primer nivel de atención.
- **Promover y fortalecer la formación** de especialistas para la atención integral del Parkinson.
- **Promover la investigación, la innovación y la evaluación** continua de los modelos de atención para generar evidencia que oriente la toma de decisiones.

En conjunto, estas acciones permitirán transitar hacia un modelo de atención más oportuno, integral, equitativo y centrado en las personas, capaz de responder al creciente impacto de la enfermedad de Parkinson en México y de mejorar la calidad de vida de quienes viven con esta condición y de sus familias.



REFERENCIAS

1. Stanford Medicine. Parkinson's Symptoms: Motor and Non Motor Signs | Stanford Parkinson's Community Outreach | Stanford Medicine [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 28]. Available from: https://med.stanford.edu/parkinsons/symptoms-PD.html

2. Mayo Clinic. Enfermedad de Parkinson – Síntomas y causas – Mayo Clinic [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 28]. Available from: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/parkinsons-disease/symptoms-causes/syc-20376055

3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Parkinson [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 28]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease

4. Su D, Cui Y, He C, Yin P, Bai R, Zhu J, et al. Projections for prevalence of Parkinson's disease and its driving factors in 195 countries and territories to 2050: modelling study of Global Burden of Disease Study 2021. BMJ. 2025 Mar 5;388:e080952. doi:10.1136/bmj-2024-080952

5. Chaudhuri KR, Azulay JP, Odin P, Lindvall S, Domingos J, Alobaidi A, et al. Economic Burden of Parkinson's Disease: A Multinational, Real-World, Cost-of-Illness Study. Drugs Real World Outcomes. 2024 Mar 1;11(1):1–11. doi:10.1007/s40801-023-00410-1

6. World Health Organization. Parkinson disease: a public health approach: technical brief [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 28]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240050983

7. Institutional Repository for Information Sharing | World Health Organization. Atlas: country resources for neurological disorders [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 28]. Available from: https://iris.who.int/items/e77a2055-7ad5-4145-acb6-b7e403dd8801

8. Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud – Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica – Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson inicial y avanzada en el tercer nivel de atención [Internet]. México; 2010. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx

9. Secretaría de Gobernación. DOF – Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2012 [cited 2026 Mar 28]. NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012#gsc.tab=0

10. Secretaría de Gobernación. DOF – Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2013 [cited 2026 Mar 28]. NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013#gsc.tab=0

11. IHME Global Burden of Disease – with major processing by Our World in Data. Parkinson's disease prevalence [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 28]. Available from: https://ourworldindata.org/grapher/parkinsons-disease-prevalence-ihme?time=2019..latest&mapSelect=~MEX

12. Organización Panamericana de la Salud. Leading causes of death and disease burden in the Americas: Noncommunicable diseases and external causes [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 28]. Available from: https://iris.paho.org/items/1a4b356b-729e-4dc3-a386-8481d0d067bf

13. Llibre-Guerra JJ, Prina M, Sosa AL, Acosta D, Jimenez-Velazquez IZ, Guerra M, et al. Prevalence of parkinsonism and Parkinson disease in urban and rural populations from Latin America: A

community based study. The Lancet Regional Health – Americas. 2022 Mar;7:100136. doi:10.1016/j.lana.2021.100136

14. Kim DJ, Isidro- Pérez AL, Doering M, Llibre- Rodriguez JJ, Acosta I, Rodriguez Salgado AM, et al. Prevalence and Incidence of Parkinson's Disease in Latin America: A Meta- Analysis. Movement Disorders. 2024 Jan 8;39(1):105–18. doi:10.1002/mds.29682

15. Gujral J, Gandhi OH, Singh SB, Ahmed M, Ayubcha C, Werner TJ, et al. PET, SPECT, and MRI imaging for evaluation of Parkinson's disease. Am J Nucl Med Mol Imaging. 2024;14(6):371–90. doi:10.62347/AICM8774 PubMed PMID: 39840378.

16. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Parkinson's Disease | National Institute of Neurological Disorders and Stroke [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/parkinsons-disease

17. Saavedra Moreno JS, Millán PA, Buriticá Henao OF. Introducción, epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. Acta Neurológica Colombiana. 2019 Sep 1;35(3 Supl 1):2–10. doi:0.22379/24224022244

18. Höglinger G, Bähr M, Becktepe J, Berg D, Brockmann K, Buhmann C, et al. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease (guideline of the German Society for Neurology). Neurol Res Pract. 2024 Jun 6;6(1):30. doi:10.1186/s42466-024-00325-4

19. Navarro-Roa C, Rodríguez-Violante M, Cervantes-Arriaga A. Terapias de infusión en la enfermedad de Parkinson avanzada. Revista Mexicana de Neurociencia. 2019 Nov 22;20(1). doi:10.24875/RMN.M19000018

20. Fabbri M, Coelho M, Guedes LC, Rosa MM, Abreu D, Gonçalves N, et al. Acute response of non-motor symptoms to subthalamic deep brain stimulation in Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord. 2017 Aug;41:113–7. doi:10.1016/j.parkreldis.2017.05.003

21. Deuschl G, Schade-Brittinger C, Krack P, Volkmann J, Schäfer H, Bötzel K, et al. A Randomized Trial of Deep-Brain Stimulation for Parkinson's Disease. New England Journal of Medicine. 2006 Aug 31;355(9):896–908. doi:10.1056/NEJMoa060281

22. Dafsari HS, Reddy P, Herchenbach C, Wawro S, Petry-Schmelzer JN, Visser-Vandewalle V, et al. Beneficial Effects of Bilateral Subthalamic Stimulation on Non-Motor Symptoms in Parkinson's Disease. Brain Stimul. 2016 Jan;9(1):78–85. doi:10.1016/j.brs.2015.08.005

23. Schuepbach WMM, Rau J, Knudsen K, Volkmann J, Krack P, Timmermann L, et al. Neurostimulation for Parkinson's Disease with Early Motor Complications. New England Journal of Medicine. 2013 Feb 14;368(7):610–22. doi:10.1056/NEJMoa1205158

24. Subramanian I, Ricciardi L, Schrag A, Appel- Cresswell S, Kola S, Domingos JM, et al. A Holistic Wellness Prescription for Parkinson's Disease: Evidence- Based Perspectives and Unmet Needs. Mov Disord Clin Pract. 2026 Mar 14;13(3):631–46. doi:10.1002/mdc3.70381

25. Kola S, Subramanian I. Updates in Parkinson's Disease Integrative Therapies: an Evidence-Based Review. Curr Neurol Neurosci Rep. 2023 Nov 3;23(11):717–26. doi:10.1007/s11910-023-01312-z

26. World Health Organization. Intersectoral global action plan on epilepsy and other neurological disorders. Geneva; 2023.

27. Organización Panamericana de la Salud. OPS lanza Plan Estratégico 2026–2031 para acelerar el progreso en salud en la región de las Américas – OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.paho.org/es/noticias/29-9-2025-ops-lanza-plan-estrategico-2026-2031-para-acelerar-progreso-salud-region

28. Sistema Argentino de Información Jurídica – SAIJ. Crea el Sistema Provincial para la Promoción y Protección de las personas que padecen Parkinson y garantiza el ejercicio de sus derechos [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.saij.gob.ar/15459-local-buenos-aires-crea-sistema-provincial-para-promocion-proteccion-personas-padecen-parkinson-garantiza-ejercicio-sus-derechos-lpb0015459-2023-09-28/123456789-0abc-defg-954-5100bvorpyel?&o=24&f=Total%7CFecha/2023%5B20%2C1%5D%7CEstado%20de%20Vigencia/Vigente%2C%20de%20alcance%20

29. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. La Provincia realiza cirugías para tratar Parkinson en hospitales públicos | Provincia de Buenos Aires [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_realiza_cirug%C3%ADas_para_tratar_parkinson_en_hospitales_p%C3%BAblicos

30. Associação Brasil Parkinson. Associação Brasil Parkinson | Serviços [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.parkinson.org.br/copy-of-fonoaudiologia-1

31. Ministério da Saúde. Pacientes com Parkinson e demência passam a contar com nova linha de tratamento no SUS — Ministério da Saúde [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/pacientes-com-parkinson-e-demencia-passam-a-contar-com-nova-linha-de-tratamento-no-sus

32. Centro de Parkinson. Prestaciones y Beneficios | Cenpar [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://cenpar.org/prestaciones-y-beneficios/

33. Fondo Nacional de Salud. Enfermedad de Parkinson: Mejora tu calidad de vida [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://nuevo.fonasa.gob.cl/coberturas-de-salud/enfermedad-de-parkinson/

34. Ministerio de Salud Pública. Enfermedad de Parkinson | Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/biblioteca-salud/biblioteca-salud/enfermedad-parkinson

35. Fondo Nacional de Recursos. Comienzo de cobertura de Neuromodulación en Enfermedad de Parkinson y Distonías con Estimulación Cerebral Profunda – Fondo Nacional de Recursos [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.fnr.gub.uy/noticia_slide/comienzo-de-cobertura-neuromodulacion/

36. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Ley General de Salud. 1984.

37. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5689454

38. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica [Internet]. 2012 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo=5288225%26fecha=19/02/2013#gsc.tab=0

39. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3–2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos [Internet]. 2014 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014#gsc.tab=0

40. Secretaría de Desarrollo Agrario T y U. NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SEDATU-2021, Espacios públicos en los asentamientos humanos [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5643417

41. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3–2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del … [Internet]. 2013 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5313974&fecha=12/09/2013#gsc.tab=0

42. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo [Internet]. 2016 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5445287

43. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica GPC – Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención [Internet]. México; 2010. Available from: http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx

44. Consejo de Salubridad General. PRONAM – Protocolos Nacionales de Atención Médica [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://pronamsalud.csg.gob.mx/

45. Senado de la República. Coordinación de Comunicación Social – Abordarán en el Senado iniciativa para expedir la Ley General de Neuroderechos y Neurotecnologías [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://comunicacionsocial.senado.gob.mx/informacion/comunicados/10226-abordaran-en-el-senado-iniciativa-para-expedir-la-ley-general-de-neuroderechos-y-neurotecnologias

46. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals

47. Secretaría de Gobernación. Programa Sectorial de Salud 2025–2030 – DOF Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5767240&fecha=04/09/2025#gsc.tab=0

48. Pan American Health Organization. Burden of Neurological Conditions [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 18]. Available from: https://www.paho.org/en/enlace/burden-neurological-conditions

49. Yeverino Gutiérrez ML, González González M del R, González Santiago O. Trends in Parkinson's mortality in Mexico 2000–2020. Gac Sanit. 2024 Jan 1;38:102361. doi:10.1016/j.gaceta.2024.102361

50. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Información Demográfica y Social [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 27]. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Available from: https://www.inegi.org.mx/programas/edr/

51. Rodríguez-Violante M, Velásquez-Pérez L, Cervantes-Arriaga A. Incidence rates of Parkinson's disease in Mexico: Analysis of 2014–2017 statistics. Revista Mexicana de Neurociencia. 2019 Jul 5;20(3). doi:10.24875/RMN.M19000043

52. Martínez-Ramírez D, Rodríguez-Violante M, Velázquez-Ávila ES, Cervantes-Arriaga A, González-Cantú A, Corona-Vázquez T, et al. Incidencia y distribución geográfica de la enfermedad de Parkinson en México. Salud Publica Mex. 2020 Nov 24;62(6, Nov-Dic):873–5. doi:10.21149/11750

53. Schiess N, Cataldi R, Okun MS, Fothergill-Misbah N, Dorsey ER, Bloem BR, et al. Six Action Steps to Address Global Disparities in Parkinson Disease. JAMA Neurol. 2022 Sep 1;79(9):929. doi:10.1001/jamaneurol.2022.1783

54. Cervantes-Arriaga A, Rodríguez-Violante M, López-Ruiz M, Estrada-Bellmann I, Zuñiga-Ramírez C, Otero-Cerdeira E, et al. Caracterización de la enfermedad de Parkinson en México: estudio ReMePARK. Gac Med Mex. 2013;149:497–501.

55. Lázaro-Figueroa A, Reyes-Pérez P, Morelos-Figaredo E, Guerra-Galicia CM, Estrada-Bellmann I, Salinas-Barboza K, et al. Clinical and genetic insights of Parkinson's Disease in a Mexican cohort: highlighting Latino's diversity. medRxiv : the preprint server for health sciences [Internet]. 2023. Available from: http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.08.28.23294700 doi:10.1101/2023.08.28.23294700

56. Kim DJ, Rodriguez-Salgado AM, Llibre-Rodriguez JJ, Acosta I, Sosa AL, Acosta D, et al. Burden of Parkinsonism and Parkinson's Disease on Health Service Use and Outcomes in Latin America. J Parkinsons Dis. 2023 Oct 9;13(7):1199–211. doi:10.3233/JPD-230114

57. Heinze-Martin G, Olmedo-Canchola VH, Bazán-Miranda G, Bernard-Fuentes NA, Guízar-Sánchez DP. Los médicos especialistas en México. Gac Med Mex. 2018 May 4;154(3):342–51. doi:10.24875/GMM.18003770

58. Dirección General de Información en Salud (DGIS) | Secretaría de Salud. Recursos en Salud [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 19]. Available from: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html

59. Consejo Mexicano de Neurología AC. Resumen de Neurólogos Certificados [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 19]. Available from: https://www.consejomexicanodeneurologia.org/neurologos-certificados.html

60. García-Villa M, Leal-Cantú R, Madrigal-Salas RG, Rodríguez-Leyva I, Quintana-Díaz MA, Gonzalez-García CL. Parkinson's disease in the state of Michoacan, evolution, and treatment. Revista Mexicana de Neurociencia. 2022 Sep 16;23(1). doi:10.24875/RMN.21000018

61. Verduzco-Mendoza A, León-Hernández SR, Ávila-Luna AL, Bueno-Nava A, Olmos-Hernández AS, Gálvez-Rosas A. Aspectos demográficos de pacientes con enfermedad de Parkinson en el Instituto Nacional de Rehabilitación "'Luis Guillermo Ibarra Ibarra'" en la Ciudad de México. Investigación en Discapacidad. 2025;11(2):44–50. doi:10.35366/121455

62. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuenta IMSS con programa único en el sector salud de cirugía funcional y estimulación cerebral profunda para tratar Parkinson | Instituto Mexicano del Seguro Social | Gobierno | gob.mx [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 22]. Available from: https://www.gob.mx/imss/prensa/cuenta-imss-con-programa-unico-en-el-sector-salud-de-cirugia-funcional-y-estimulacion-cerebral-profunda-para-tratar-parkinson

63. Instituto Mexicano del Seguro Social. Para el tratamiento del mal del Parkinson, el IMSS cuenta con terapias que favorecen el control del movimiento | Sitio Web "Acercando el IMSS al Ciudadano" [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 22]. Available from: https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202404/173

64. Tecnológico de Monterrey. TecSalud incorpora tratamiento de vanguardia contra el Parkinson | Tecnológico de Monterrey [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 22]. Available from: https://conecta.tec.mx/es/noticias/nacional/salud/tecsalud-incorpora-tratamiento-de-vanguardia-contra-el-parkinson

65. Jeyachandran C, Spooner C, Salgado AMR, Prina M, Rhee J, Llibre- Guerra JJ, et al. Barriers and Facilitators to Accessing Healthcare for People With Parkinson's Disease in Latin America: A Qualitative Study. Health Expectations. 2025 Aug 13;28(4). doi:10.1111/hex.70380

66. Martinez-Ramirez D, Diaz-Martinez A, Dávila-García ME, Tapia-Rodríguez DF, Amezcua-Gómez PA, Sánchez-Ramírez KI, et al. Knowledge, attitudes, and barriers toward deep brain stimulation for Parkinson's disease in Mexico. Revista Mexicana de Neurociencia. 2025 Sep 2;26(4). doi:10.24875/RMN.24000069

67. Smith ER, Perrin PB, Tyler CM, Lageman SK, Villaseñor T. Cross- cultural differences in Parkinson's disease caregiving and burden between the United States and Mexico. Brain Behav. 2020 Sep 18;10(9). doi:10.1002/brb3.1753

68. Rodríguez-Violante M, Cervantes-Arriaga A, Corona T, Martínez-Ramírez D, Morales-Briceño H, Martínez-Martín P. Clinical Determinants of Health-related Quality of Life in Mexican Patients with Parkinson's Disease. Arch Med Res. 2013 Feb;44(2):110–4. doi:10.1016/j.arcmed.2013.01.005

69. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/salud/prensa/068-el-innn-fortalece-la-atencion-formacion-e-investigacion-en-enfermedad-de-parkinson?idiom=es. 2026. 068. El INNN fortalece la atención, formación e investigación en enfermedad de Parkinson.

70. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Departamento de Neurología y Psiquiatría [Internet]. 2016 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/medicina/subEpidemiologia/Neurologia/actividad.html

71. Secretaría de Salud. La neurocirugía funcional y la estereotaxia benefician a pacientes con parkinson y epilepsia | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx [Internet]. 2015 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.gob.mx/salud/prensa/la-neurocirugia-funcional-y-la-estereotaxia-benefician-a-pacientes-con-parkinson-y-epilepsia

72. Instituto Mexicano del Seguro Social. Con neuroestimulación, el IMSS trata los efectos del Mal de Parkinson | Instituto Mexicano del Seguro Social | Gobierno | gob.mx [Internet]. 2017 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.gob.mx/imss/articulos/con-nueroestimulacion-el-imss-trata-los-efectos-del-mal-de-parkinson

73. Instituto Mexicano del Seguro Social. Con cirugías de vanguardia avanza IMSS en el tratamiento contra la enfermedad de Parkinson; más de 500 pacientes beneficiados | Sitio Web "Acercando el IMSS al Ciudadano" [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202504/183

74. Instituto Mexicano del Seguro Social. Con estimulación cerebral profunda pacientes con enfermedad de Parkinson pueden vivir sin síntomas de 15 a 20 años | Sitio Web "Acercando el IMSS al Ciudadano" [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 29]. Available from: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202206/296

75. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Aplica Issste tratamientos para control de síntomas a pacientes con enfermedad de Parkinson | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Gobierno | gob.mx [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.gob.mx/issste/prensa/aplica-issste-tratamientos-para-control-de-sintomas-a-pacientes-con-enfermedad-de-parkinson?idiom=es-MX

76. Muciño Bolaños MC, Meneses Rodríguez F, Sámano Osuna JA, Ayar Hernández CB, Torres Alarcón CG. Estimulación cerebral profunda en núcleo subtalámico bilateral en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Central Militar. Rev Sanid Milit. 2019 Mar 10;73(2):90–5. doi:10.56443/rsm.v73i2.16

77. La Jornada. Marina introduce nuevas cirugías para tratar Parkinson en México [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.jornada.com.mx/noticia/2025/09/21/sociedad/marina-introduce-nuevas-cirugias-para-tratar-parkinson-en-mexico

78. Secretaría de Salud | Ciudad de México. CON TRATAMIENTO ADECUADO ES POSIBLE PROLONGAR LA EXPECTATIVA DE VIDA DE LOS ENFERMOS DE PARKINSON [Internet]. 2018 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/con-tratamiento-adecuado-es-posible-prolongar-la-expectativa-de-vida-de-los-enfermos-de-parkinson

79. Secretaría de Salud | Ciudad de México. Unidad de Trastornos del Movimiento y Sueño (UTMS) [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.salud.cdmx.gob.mx/ver-mas/unidad-de-trastornos-del-movimiento-y-sueno-utms

80. Centro Universitario de Ciencias de la Salud – Universidad de Guadalajara. Especialidad en Neurología del UMAE Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS | Centro Universitario de Ciencias de la Salud [Internet]. 2019 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.cucs.udg.mx/espneurologiaimss/vinulacion

81. Universidad de Guadalajara. Alzheimer y Parkinson, enfermedades con más prevalencia en mayores de 60 años – Gaceta UDG [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.gaceta.udg.mx/alzheimer-y-parkinson-enfermedades-con-mas-prevalencia-en-mayores-de-60-anos/

82. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coloca UMAE No. 25 del IMSS Nuevo León neuroestimulador cerebral para recuperar funcionalidad en paciente con Parkinson | Instituto Mexicano del Seguro Social | Gobierno | gob.mx [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.gob.mx/imss/prensa/coloca-umae-no-25-del-imss-nuevo-leon-neuroestimulador-cerebral-para-recuperar-funcionalidad-en-paciente-con-parkinson

83. Fran León | Saludiario. ¿Cuáles son los principales centros para el tratamiento del Parkinson en México? | Saludiario [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.saludiario.com/cuales-son-los-principales-centros-para-el-tratamiento-del-parkinson-en-mexico/

84. Redacción TabloideRevista.com. https://tabloiderevista.com/el-issemym-atiende-enfermedades-de-parkinson-en-adultos-y-jovenes-e3TQ1NzE1OQ.html. 2019. El ISSEMyM atiende enfermedades de parkinson en adultos y jóvenes.

85. El Heraldo de Saltillo. Tratamiento para el Parkinson permite a pacientes del IMSS Coahuila mejorar su calidad de vida [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://elheraldodesaltillo.mx/2025/04/10/tratamiento-para-el-parkinson-permite-a-pacientes-del-imss-coahuila-mejorar-su-calidad-de-vida/

86. El Sol de la Laguna. Realiza IMSS Coahuila cirugías de estimulación para el tratamiento de Parkinson [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://oem.com.mx/elsoldelalaguna/ciencia-y-salud/realiza-imss-coahuila-cirugias-de-estimulacion-para-el-tratamiento-de-parkinson-18207238

87. Instituto Mexicano del Seguro Social. Con estimuladores cerebrales profundos UMAE No. 1 del IMSS Guanajuato cambia calidad de vida a pacientes con Parkinson [Internet]. León; 2024 Apr. Available from: https://imssmx.sharepoint.com/:f:/s/comunicacionsocial/EmB-Fz0B-
88. Centro Médico ABC. Clínica para el Tratamiento de Parkinson | Centro Médico ABC [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://centromedicoabc.com/centro-neurologico/clinica-de-parkinson/

89. Médica Sur. Centro de Trastornos del Movimiento y Neuromodulación de Médica Sur – Medicina Internacional de Médica Sur [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.medicasurmexico.com/centro-integral-de-trastornos-del-movimiento-y-neuromodulacion.html

90. Hospital Español de México. Neurología | Hospital Español de México [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.hespanol.com/Especialidades/neurologia

91. Hospital Español de México. Unidad de Trastornos del Movimiento y Neurociencias de México [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.utmon.com.mx/

92. Hospital Médica Campestre. Operan con éxito a paciente de Parkinson en Médica Campestre [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://medicacampestre.com/operan-con-exito-a-paciente-de-parkinson-en-medica-campestre/

93. Christus Muguerza Sistema de Salud. Paciente norteamericana logra controlar el Parkinson tras cirugía en Hospital Faro del Mayab | Christus Muguerza [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://christusmuguerza.com.mx/sala-de-prensa/paciente-norteamericana-logra-controlar-el-parkinson-tras-cirugia-en-hospital-faro-del-mayab/