

FACULTAD DE ECONOMÍA

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

SEMINARIO DE TITULACIÓN

FAUSTO ESTRADA RODRÍGUEZ

**EL ESTADO EN EL DESARROLLO ECONÓMICO “SALUD”
LA MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA EN EL IMSS
1998-2002**

PROFESOR: LIC. JAVIER MERAZ MARTÍNEZ

GRADO DE LICENCIATURA EN ECONOMÍA

MÉXICO DISTRITO FEDERAL DICIEMBRE DE 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EL ESTADO EN EL DESARROLLO ECONÓMICO “SALUD”
LA MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA EN EL IMSS
1998-2002

INDICE

Introducción

Capitulo 1

El Estado en el desarrollo económico

- 1.1 El estado y las fallas de mercado.
- 1.2 Fallas de competencia y monopolios.
- 1.3 Los bienes públicos
- 1.4 Tendencias actuales sobre el comportamiento del mercado (Información).

Capitulo 2

La Seguridad Social

- 2.1 Antecedentes.
- 2.2 Evolución.
- 2.3 Las Reformas.

Capitulo 3

La mortalidad perinatal hospitalaria

- 3.1 Principales causas de la mortalidad fetal tardía.
- 3.2 Principales causas de la mortalidad neonatal temprana.
- 3.3 Tendencias y niveles nacional y regional de la mortalidad perinatal.
- 3.4 Población que atiende el instituto con relación al total del país.

Capitulo 4

Coordinación de salud reproductiva.

- 4.1 Disminución de las incidencias más frecuentes.
- 4.2 Evaluación sobre los resultados obtenidos.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION

En el curso de los últimos 30 años se ha presentado una reducción de la mortalidad del menor de un año, tanto en el país como en el instituto, lo cual ha repercutido en la mortalidad neonatal dentro de aquella. Este fenómeno ha cobrado tal magnitud, que para 2002 el 79 % de las defunciones infantiles ocurrieron en el período neonatal y la gran mayoría obedecieron a afecciones originadas en el período perinatal; de hecho las afecciones perinatales representan actualmente el 30 % de los años de vida saludable perdidos, entre los menores de 5 años y el 10 % del total por la razón anterior, entre otras, el cuidado de la salud perinatal ha cobrado una importancia creciente dentro del sector salud y evidentemente dentro del instituto y se han fortalecido las acciones destinadas a:

- 1) Conocer con mayor precisión sus niveles y tendencias;
- 2) Identificar sus principales causas con el fin de diseñar las intervenciones más eficaces para lograr su reducción y
- 3) Evaluar sus resultados

En este contexto, se inscribe el presente ensayo cuyo propósito central consiste en describir el comportamiento de la mortalidad perinatal ocurrida en las unidades hospitalarias del I.M.S.S. durante el quinquenio 1998-2002, proporcionar las bases técnicas para el análisis de su causalidad y uniformar los criterios para el estudio epidemiológico correspondiente.

Los datos quinquenales, nacionales, regionales y delegacionales que se presentan, fueron obtenidos de los certificados de defunción por vía del sistema e información en mortalidad (SISMOR) que nos permitieron uniformar las cifras disponibles y en el sistema reducir al mínimo posible las inconsistencias al efectuarse los procesos de análisis y evaluación.

Por otra parte, el presente estudio consta de cuatro capítulos, los cuales se describen brevemente a continuación: En el capítulo primero, definimos parte de la economía del bienestar, principales causas por las cuales interviene el Estado en el sector salud, así como los problemas por los que atraviesan tanto el mercado como el Estado en proporcionar los servicios sanitarios.

Se describe la existencia de las fallas del mercado y porque es importante la intervención del gobierno para resolver esas deficiencias.

Posteriormente, se hace referencia a la existencia de monopolios u oligopolios que distorsionan el mecanismo de los precios y hacen funcionar mal al sistema de economía libre; consecuentemente surgen los bienes públicos, que no son suministrados o lo son insuficientemente por el mercado, al final de este capítulo, se hace referencia a los actuales problemas de información que existen; así como

las tendencias actuales del comportamiento de la oferta y la demanda dentro de la libre empresa.

En el capítulo segundo, se describe brevemente la Seguridad Social y su formación, pasando primeramente por sus antecedentes; así como la evolución hasta llegar a las reformas actuales que rigen al instituto.

En el capítulo tercero, se expone el comportamiento de la Mortalidad Perinatal hospitalaria, separando las muertes fetales tardías de las muertes neonatales tempranas, que son los componentes de la mortalidad perinatal, hasta llegar al modelo reciente de atención a la salud y la prevención de padecimientos, a continuación, se detallan las principales causas de deceso fetal tardía (cuadro 1) que se dividen en seis principales causas en orden de importancia.

Luego se describen las principales causas de la mortalidad neonatal temprana (cuadro 2), así como sus principales causas de la mayor a la menor de acuerdo a sus frecuencias.

Así mismo, se exponen tendencias a nivel nacional y regional de la mortalidad registrada dentro del quinquenio de estudio, tanto en el lugar de ocurrencia como en el de adscripción, esto se debe al sistema de referencia y contra referencia. Por lo tanto, se presenta un doble registro.

Consiguientemente, se hace referencia a la cantidad de población que atiende el instituto a nivel nacional.

En el capítulo cuatro, referente a la coordinación de salud reproductiva, se describen los diferentes procesos por los cuales se han disminuido los índices de crecimiento demográfico, así como su relación con los procesos económicos y sociales; demostrando que sí es posible disminuir las incidencias más frecuentes y tratando de mejorar la salud.

Por último, se habla de la evaluación y tendencias actuales sobre los resultados obtenidos; los cuales son satisfactorios a pesar de que todavía es necesario tener mayor cuidado en las detecciones oportunas y el diagnóstico y tratamiento a seguir para continuar con la tendencia actual.

CAPITULO 1

El Estado en el desarrollo económico "Salud"

Sin lugar a duda, los mercados garantizan que la economía sea eficiente en el sentido de Pareto. No obstante, en muchas ocasiones los resultados no son satisfactorios.

En vista que los mercados competitivos, pueden generar una distribución de la renta muy desigual y dejar a algunas personas recursos insuficientes para vivir; dando lugar a la existencia de un Estado que proteja a los ciudadanos, la propiedad que vele por los derechos de todos sus representados.

Solamente, en determinadas condiciones, la economía es eficiente dando lugar a nuevos procesos, en los cuales los mercados no son tan eficientes y se denominan: fallos de mercado y constituyen un argumento importante a favor de la intervención del Estado en la economía.

Los seis fallos básicos del mercado son:

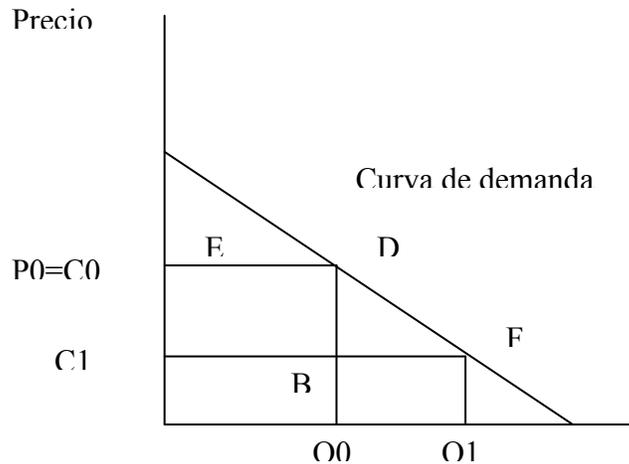
1. Competencia imperfecta
2. Bienes públicos
3. Externalidades
4. Mercados incompletos
5. Información imperfecta
6. Paro y otras perturbaciones económicas ¹

En el presente, las fallas de mercado se dan en ciertos sectores, hay pocas empresas o una empresa solamente dando origen a monopolios o hay unas cuantas generando oligopolios.

Consecuentemente, esto genera una distorsión de mercado dando paso a competencia monopolística, rompiendo las condiciones como la eficiencia en el intercambio, en la producción y en la distribución.

Por lo tanto, se puede ver que la competencia imperfecta, lleva a la ineficiencia económica.

¹ Stiglitz Joseph E. La economía del sector público. Publicado por Anthony Boch-Editor. Barcelona. 2000. Impreso en España. Pág. 101.



La gráfica anterior, representa la curva de demanda de mercado de una mercancía X; muestra la pérdida cuando se da la falla; el coste de producción es C_0 , antes de descubrir el producto. Por lo tanto, el equilibrio competitivo está en (P_0, Q_0) , que se encuentra en el punto D.

Posteriormente, la empresa que realizó el invento tiene un costo de producción menor C_1 , cobrando un precio inferior a P_0 y se queda con todo el mercado; por lo tanto, sus beneficios son A, B, D, E y sus ventas Q_0 .

Si se dieran las condiciones de libre mercado y se conociera la información, el precio descendería a C_1 y la cantidad aumentaría a Q_1 . Por lo que la empresa poseedora del monopolio da como resultado un nivel de producción más bajo y un exceso de gravamen, (B, D, F), si todos conocieran la información las condiciones del mercado cambiarían y la economía sería más eficiente.

Por otra parte, las fallas de mercado han configurado la intervención del Estado en la salud, a consecuencia de los excesivos costos, la limitada cobertura de los seguros. Pero la realidad del mercado sanitario está plagado de imperfecciones. Algunas de las cuales llevan a realizar excesivos gastos. En primer lugar, tenemos información Imperfecta cuando los consumidores van al médico, lo que compran es en gran medida sus conocimientos y su información.

Como pacientes los consumidores deben de confiar, en sus opiniones sobre el tratamiento farmacológico, intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos necesarios. Como carecen de conocimientos de medicina, no pueden valorar y evaluar correctamente los consejos de los médicos, es posible que ni siquiera puedan saber si un médico está cualificado. Eso explica por qué el Estado interviene en la concesión de permisos para ejercer la medicina y en la regulación de los medicamentos que pueden administrarse a los pacientes.

Estos problemas de información, son mucho más graves que los que tienen los consumidores en otras áreas, en vista de que no compran regularmente procedimientos médicos, probablemente se pudiera uno remitir a los indicadores

de resultados y aún así no tener la información apropiada. Incluso las aseguradoras, también tienen problemas relacionados con los médicos y los pacientes y, por lo tanto, deben de confiar en los procedimientos necesarios y útiles.

Competencia limitada, la información imperfecta, reduce el grado efectivo de Competencia por las mismas razones, la heterogeneidad de los servicios médicos dificulta las comparaciones de precio y calidad e impide así que se difunda eficazmente la información. Por otro lado, también es reducida la competencia entre hospitales; la mayoría de ciudades pequeñas cuenta con pocos hospitales, en caso de una urgencia no hay mucho que elegir.

Ausencia de ánimo de lucro, otra diferencia importante entre los mercados médicos y los mercados competitivos convencionales, es el importante papel que desempeñan las organizaciones sin fines de lucro, hoy la mayoría de los hospitales en muchos países industrializados, son instituciones sin fines de lucro; la consecuencia de estas ausencias de mercado, son magnificadas por la forma en que el Estado y las compañías aseguradoras reembolsan a los hospitales sus gastos en la mayoría de los casos después de analizar las fallas de mercado y aunado a que las aseguradoras, no quieren dar pólizas a gente de alto riesgo, la preocupación por la falta de cobertura de algunos grupos de alto riesgo de la población, especialmente los ancianos, ha constituido uno de los principales motivos por lo que ha aumentado la intervención del Estado.²

Por otra parte hay otra respuesta posible dado que los pacientes no saben que atención es necesaria y correcta.

Pero una de las principales razones por las que interviene el Estado en la salud, no tiene nada que ver con la eficiencia; incluso aunque los mercados fueran absolutamente eficientes. Muchos creen que no debe negarse la asistencia a la salud a ninguna persona, independientemente de su renta; si se debiera de elegir los atributos deberían de ser la edad los servicios médicos son diferentes a otras mercancías.

El derecho a la vida, el acceso a los servicios médicos, no debe ser controlado por el mercado; la idea de que hay servicios que deben ser suministrados a todas las personas, independientemente de su renta, se conoce como igualitarismo específico, el Estado moderno, ha asumido la responsabilidad de la Seguridad Social, a pesar de que difiere en que se autofinancia con cuotas de empresas y trabajadores.

² Idem. Págs. 351,360.

Por otra parte, recordemos que una de las funciones principales del Estado es velar por toda su población; asimismo, nos encontramos con la novedad que de acuerdo a su ingreso se destina el gasto del año en cuestión.

Por otro lado, los programas de seguridad, son formas de seguro contra determinados riesgos, por medio de la seguridad social se proporciona un seguro y redistribuye la renta, con el propósito de garantizar un mínimo de sobrevivencia surgen los sistemas de seguridad social.

Una de las características importantes, es que los programas de Seguridad Social están indiciados y los programas de seguros privados, no lo están por el alto riesgo que esto conlleva, el mercado no puede proporcionar un seguro contra la inflación.

El Estado sí puede, ya que tiene la característica de recaudar impuestos, asume riesgos repartiéndolos en las generaciones.

La Seguridad Social, proporciona a la gente un seguro justo, lo suficientemente alto para que el Estado no consuma más.

1.1 El Estado y las fallas del mercado “Salud”

Se puede considerar que dentro de la economía del bienestar y a pesar de los avances obtenidos en el sector salud, por existir fallas dentro del mercado es necesaria la intervención del Estado para proteger a los ciudadanos y velar por el cumplimiento de los contratos y los derechos de los mismos.

Por otro lado, se puede decir que al no cumplirse las condiciones que determina el mercado, para que exista una libre competencia es necesaria la participación del gobierno al existir mercados incompletos, en el sector salud ha sido importante la participación decidida de la sociedad, para establecer un programa público de seguros médicos, ya que bastantes personas no lograban conseguirlos dentro del libre mercado.

Así es; como en las últimas décadas, el Estado ha intervenido activamente no sólo para resolver las deficiencias de los mercados de riesgos, sino también para apoyar a disolver las tensiones que esto generaba. Si nos remitimos a la economía del bienestar, nos especifica que analiza el papel activo y positivo en la promoción del bienestar de la sociedad en su conjunto, a través de políticas sociales como: los seguros contra el desempleo, pensiones y jubilaciones, así como la ampliación de oportunidades de educación y servicios médicos.³

³ Ayala Espino José. Diccionario de economía pública moderna, Elección Pública. Economía del Bienestar, Federalismo, Finanzas y empresa pública, privatización, desregulación, impuestos, acción colectiva, burocracia, bienes públicos, externalidades, gasto público, fallas del gobierno. Cátedra: Extraordinaria “Ignacio Ramírez” en economía y finanzas públicas. Pág. 30

Pero regresando a la economía, donde deberían de coincidir los supuestos del libre mercado, donde se viera realmente la competencia, ese sería el mecanismo más eficiente y daría pauta a mejores resultados.

Pero en general, los mercados son imperfectos y las fallas en alcanzar resultados óptimos y eficientes en la gran mayoría de las más no logran resultados socialmente equitativos; por lo tanto, ante las fallas del mercado en el sector salud se abre la posibilidad de la participación del Estado en este rubro.

Asimismo, los mercados pueden fallar por diferentes razones. Normalmente nos vamos a encontrar con monopolios y oligopolios, por lo que difícilmente se podrán verificar los supuestos del libre mercado.

Las grandes empresas, actualmente no compiten a través de precios e información para toda su clientela potencial, sino que en la realidad, la competencia se está dando, para quienes tengan la tecnología de punta, donde cada seis meses se actualizan los productos con tecnologías cada vez más avanzadas, que en general las tienen las empresas, que invierten un gran capital en ciencia y tecnología y que generalmente terminan siendo monopolios u oligopolios.

Por otra parte, la información es restringida, dando márgenes a distorsiones de mercado, dando lugar a cambios en las conductas macroeconómicas, a la elección de los agentes entre los que destacan son:

La selección adversa: es cuando los mejores riesgos dejan de comprar un seguro las primas aumentan, solo los riesgos peores compran un seguro; en otras palabras sólo una de las partes tiene información importante sobre la forma o calidad de un bien o servicio y la otra parte la desconoce, para atenuar esta falla el gobierno sutilmente puede conminar a sus ciudadanos a comprar un seguro y de esa manera redistribuir los riesgos.⁴

El riesgo moral se da cuando una de las partes aseguradas tiene información relevante, sobre la calidad de un bien o servicio y la otra lo desconoce.

La información asimétrica normalmente surge cuando una de las partes tiene menos información que la otra parte, esto genera incertidumbre en la otra parte respecto al bien o servicio que se trate.

⁴ Stiglitz Joseph E. La economía del sector público. Publicado por Anthony Boch-Editor. Barcelona. 2000. Impreso en España. Pág. 392.

Por otra parte, el modelo de competencia perfecta parte de los supuestos donde el vendedor y el comprador reciben los beneficios, tanto de producir como de demandar a los precios del mercado suponiendo que las elecciones de los hombres son independientes, pero en la realidad, las relaciones son un cuanto tanto estratégicas, ya que las decisiones de unos afectan a otros independientemente de su voluntad, se da en las externalidades negativas.

Por otro lado, encontramos en el modelo competitivo, de que el mercado de bienes es por definición completo, no se cumple en todos los casos; por lo tanto, la afirmación de que cualquier mercancía puede ser encontrada en el mercado por los consumidores no se cumple cabalmente.

En vista de que existen, mercados de bienes y servicios en los cuales a pesar de que los consumidores los desean, no existe oferta a ningún precio. Por otro lado, existe muy poca o nula demanda de ciertos bienes al tener precios prohibitivos.

Parte de estas distorsiones de mercado, las podemos ver en la realidad, por ejemplo en la provincia existen pocos o nulos servicios por ser incosteables o por no tener suficiente mercado.

En síntesis, encontramos que los supuestos del libre mercado y la competencia no siempre se cumplen, otra de las reglas es que los mercados pueden asignar eficientemente los recursos pero la distribución del ingreso resulta poco aceptable.

En conclusión, se pueden presentar algunas de las situaciones antes mencionadas; por lo tanto, existir una falla de mercado. Consecuentemente, surge la necesidad de la intervención del Estado. La teoría de las fallas del mercado no propone la intervención gubernamental todo el tiempo y en todo lugar, por el contrario, sólo justifica las intervenciones públicas temporalmente, hasta el punto donde la curva de posibilidades de la producción alcanza un nuevo nivel de equilibrio competitivo y eficiente en el sentido de Pareto y, además, asume que la intervención del Estado no es una solución perfecta a las fallas del mercado, pero si es un mecanismo que ayuda a que mejore su funcionamiento.

Por lo que respecta a dichas fallas, nos encontramos que pueden ocurrir tanto de lado de la demanda como de la oferta; las fallas del lado de la demanda se pueden generar cuando ocurren algunas de las siguientes situaciones.

Las preferencias colectivas o sociales, no reflejan adecuadamente las necesidades o demandas sociales de bienes públicos y/o de bienes preferentes, esto ocurre por cuatro razones:

Primera; porque los distintos mecanismos de votación, que se utilizan para conocer la demanda social sesgan o distorsionan las preferencias de los consumidores en el mercado.

Segunda; porque los individuos no pueden revelar sus preferencias a través de los mecanismos del mercado, en el caso de los bienes públicos y/o bienes preferentes.

Tercera; porque las preferencias de grupos sociales pequeños o de las comunidades pequeñas, no necesariamente coinciden con las preferencias de los grupos grandes que viven en regiones extensas.

Cuarta; porque la demanda de bienes públicos, puede ser distorsionada por la presencia de personas que no quieran pagar el bien público; por lo tanto, habrá un grupo de personas que no querrá pagar el bien si terceras personas no pagan por ellos.

Las fallas en el lado de la oferta se generan cuando ocurre alguna de las siguientes posibilidades:

Primero; los costos privados de la producción no reflejan, a precios de mercado, los costos sociales, además, éstos son mayores que los costos privados. Por ejemplo, los costos de producción de la industria química, no reflejan el costo social de tirar sus aguas residuales y la contaminación que esto genera para la sociedad.

Cuando en el intercambio entre dos partes, las acciones personales o de empresa afectan a terceras personas, ya sea en costo o beneficio y las diferencias no pueden resolverse por medios de mercado, por lo tanto, los costos y beneficios no pueden ser internalizados o asumidos por los precios del mercado, por alguna de las partes o por las dos. En este caso surge una externalidad.

La externalidad (positiva o negativa) impiden que la asignación de recursos sea eficiente en el sentido de Pareto, por lo tanto, es necesaria la intervención del gobierno. Normalmente, en el caso de una externalidad negativa, el Estado puede cobrar, impuestos especiales a las empresas contaminantes, los recursos obtenidos a través de dichos impuestos se usan para compensar la pérdida del bienestar de aquellos individuos que resultaron afectados, por haber sido aquejados por la contaminación, en el caso de una externalidad positiva el gobierno realiza obras públicas de distinta naturaleza, que benefician a toda la sociedad, este tipo de obras no serían realizadas por los agentes privados ya que no verían lucro o ganancia y, por lo tanto, estarían fuera de los precios de mercado.

Por otra parte, cuando los beneficios privados de maximización de la producción o de los beneficios individuales, no coinciden con la maximización del bienestar social, de esto existen varios ejemplos en la realidad los monopolios, la concentración industrial, las economías de escala que pueden y han llevado la producción y los precios a lo nunca antes imaginado e incluso a un nivel incompatible con la eficiencia más sofisticada de mercado.

Tenemos por ejemplo que en la actualidad los monopolios, impactan con sus precios, muy por encima del mercado por los mismos desequilibrios que existen por otra parte, en la actividad económica, ocurre un aumento de los costos promedios de producción en el largo plazo, como resultado de una expansión de la producción y del surgimiento de rendimientos crecientes a escala, los productores tendrán precios ineficientes.

La estrategia maximizadora de beneficios de las empresas en actividades productivas, en las cuales los costos marginales de producción tienden a cero pueden conducir al desabasto de la producción insuficiente de los bienes que tienen esta característica.

Desde otro punto de vista, la producción o provisión de bienes de este tipo, no dan los incentivos suficientes, para que los productores quieran producirlos y, por lo tanto, en cierto momento el mercado de estos bienes no pueda constituirse por lo cual habría mercados incompletos o segmentados.

Los agentes económicos sólo adquieren la información económica que necesitan hasta el punto en que sus costos y beneficios marginales se igualan, mas allá de este punto los costos medios tenderían a elevarse.

Por último, la ausencia de derechos de propiedad de algunos recursos naturales o del medio ambiente, resulta en una frecuente omisión de los costos sociales, asimismo los beneficios asociados a un uso racional de los recursos y la conservación del medio ambiente no son aprovechados por los agentes económicos que invierten parte de sus recursos en estas actividades. Con lo anterior y aunado a la falta de definiciones de derechos, inhibe en incentivo para que haya inversiones que ayuden a la protección del ambiente.

1.2 Fallas de competencia y monopolios.

El mecanismo de los precios sólo puede funcionar cuando hay condiciones competitivas, sin embargo, esto no siempre es así.

Lo más común es que:

- 1) En algunas ramas de la economía como pocas empresas dominan una gran parte del mercado;
- 2) Que el Estado establezca o propicie la formación de monopolios;
- 3) Que ciertas características de la producción asociadas a las economías de escala, la concentración industrial, los transportes de bienes y servicios, entre otras, generen mercados monopolícos y,
- 4) Que las grandes empresas impongan barreras a la entrada de otros productos manteniendo así los monopolios.

Ninguna de estas características por sí mismas generan monopolios, definir los mercados monopólicos o competitivos no es tan sencillo, en ocasiones la presencia de grandes empresas, de monopolios estatales, de concentración industrial y economías de escala, no son indicadores suficientes para definir un mercado monopólico.

La competencia debería ser una condición general en los sectores de la economía, sin embargo, los mercados sólo son por excepción competitivos y, en general, en la economía existen mercados monopólicos y oligopolios que obstruyen a la competencia.

La presencia de los monopolios impide la competencia, y entonces se justifica la intervención del Estado. En este caso, se pueden establecer regulaciones y mecanismos fiscales, diseñados específicamente para el tipo de monopolio en cuestión, las actividades económicas en que operan y la gravedad de los problemas que pueden generar.⁵

1.3 Los bienes públicos.

Se trata de bienes que no son suministrados o lo son de manera insuficiente por el mercado, lo cual hace necesaria la intervención del Estado para corregir dicha falla.

Los llamados bienes públicos, deben de tener dos características tiene el bien la propiedad de no consumo rival y la otra tiene la propiedad de no-exclusión⁶ por lo tanto no es viable racionar su uso ni tampoco es posible o deseable hacerlo, para estos bienes el costo que se genera al ser usados por una persona adicional o sea su costo marginal es nulo, si el precio es igual al costo marginal como se sugiere en la teoría económica, no existirían ingresos para los productores por lo tanto no se produciría el bien en el mercado privado, por lo que este problema impedirá al mercado alcanzar una solución eficiente, en esta caso concreto la solución requiere necesariamente de la intervención por parte del Estado, un ejemplo de bien puro es la que nos ofrece, la Secretaría de la Defensa Nacional. La cual le es indiferente si se agregan más ciudadanos, puesto que todos gozaran de la protección de la misma.

⁵ Ayala Espino José. Mercado, elección pública e instituciones, una revisión de las teorías modernas del Estado, México D.F. Facultad de economía UNAM 1996. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. Págs. 148, 149.

⁶ Stiglitz Joseph E. La economía del sector público. Publicado por Anthony Boch-Editor. Barcelona. 2000. Impreso en España. Pág. 150

Por otra parte, nos encontramos con los bienes públicos impuros o mixtos los cuales se caracterizan porque sus costos marginales de producción no tienden a cero y es posible excluir de su consumo a los individuos. Existen varios ejemplos pudiendo ser la educación, las carreteras públicas, los parques, terminales aéreas y la salud pública entre otros etc.

Los consumidores adicionales, que pueden acceder a estos bienes, están restringidos por las limitaciones físicas de las escuelas, carreteras, los parques y los hospitales. Por lo que el racionamiento y la exclusión están limitados a su capacidad.

En consecuencia, la identificación de los bienes públicos puros y su provisión por el gobierno, no representan mayor grado de dificultad ya que no es difícil reconocerlos y prácticamente son contados.

En cambio, los bienes públicos mixtos son más difíciles de identificar y definir en vista de que sus fronteras con los bienes públicos puros se cruzan y crean controversia para decidir si el Estado o el mercado deben encargarse de la producción de dicho bien, por otro lado, la clasificación precisa de los bienes públicos mixtos no es solamente un aspecto de interés analítico, sino un asunto que tiene relevancia política.

Primero; es necesario definir que agente económico el Estado o el mercado pueden producir y proveer más eficientemente.

Segundo; los consumidores tienen preferencias y demandan los bienes públicos en el mercado de bienes y servicios, o por medio de sus votos pero ambos mecanismos no son confiables, ya que son susceptibles de fallar, ya que no necesariamente expresan las reales preferencias y, consecuentemente, el mercado y el gobierno se pueden equivocar en la producción de estos bienes.

Una de las razones básicas para que se presente esta falla, en la provisión de los bienes públicos, está asociada con la racionalidad humana. Dada la naturaleza de los bienes públicos, los individuos tienen motivos para tratar de eludir el pago de un bien que puede disfrutar sin erogar nada a cambio.

Normalmente; ya existen los mecanismos de mercado que están adaptados con una provisión de bienes privados, que se basa en el intercambio y éste se produce cuando existen los títulos de propiedad que se va a intercambiar, por lo tanto, es el mercado el que envía las señales a las empresas de los requerimientos de los consumidores, en este sistema los individuos sí pueden ser excluidos de un bien si no están dispuestos a pagarlo, por lo tanto, la aplicación del principio de exclusión tenderá a ser siempre una solución eficiente de mercado.

En los bienes públicos, sucede lo contrario porque el principio de la exclusión es ineficaz, en vista de que el consumo de un bien por parte de una persona no

reduce el consumo de la otra, por lo tanto, en estas condiciones los beneficios de los bienes públicos no se transforman en exclusividad para una persona, por lo cual, el mercado no puede funcionar si los bienes están a disposición de todos los consumidores y no darán voluntariamente un pago, a los oferentes de estos bienes y servicios; consecuentemente, se rompe el vínculo entre empresarios y consumidores, dando paso al Estado para que se ocupe de la provisión del bien en cuestión, pasando al lado de la oferta de bienes públicos, nos encontramos que están determinados por el grado de apertura de la sociedad, la cultura, las políticas que imperan en el país de lo cual, se deduce que de acuerdo a nuestra carta magna, gozamos de la libertad de expresión, libertad de tránsito, podemos emigrar, tener igualdad de oportunidades, de empleo, sin distinción de género.

Por otro lado, se cuenta con un capital humano muy bajo, el cual demanda bienes públicos, como sería: El derecho al trabajo, a la educación, a la vivienda, a la salud, etc. Al disponer de estos bienes se podrá contribuir a la mejora de la distribución del ingreso en la economía.

1.4 Tendencias actuales sobre el comportamiento del Mercado.

Actualmente, es difícil encontrar comportamientos de mercado que cumplan con los supuestos que establecen los teóricos para que se de la libre competencia generalmente están plagados de inconsistencias, por lo cual es poco realista suponer que la información que existe de ellos es completa y libre de costos, lo que está ocurriendo en la realidad es justamente lo contrario, generalmente no encuentras la información que buscas o no esta disponible y para adquirirla hay que pagar un costo.

También, se tendrá que procesar, para estar en condiciones de emitir un juicio racional sobre el mismo. Por lo cual es prácticamente imposible, que tanto los consumidores como los productores conozcan la naturaleza y precio de todos los bienes.

Actualmente existen algunos economistas, que coinciden que existen mercados imperfectos, y sostienen que los supuestos de que las empresas tienen una información perfecta, sobre la productividad de los trabajadores o que los inversionistas, conocen el rendimiento de sus distintas inversiones, no son supuestos realistas todo lo contrario, con lo que cuentan es información imperfecta transforman el funcionamiento y resultado de los mercados perfectamente competitivos.

De lo cual deducimos, que lo que se conoce es incompleto y no se encuentra repartido equitativamente en los componentes de la sociedad. De tal manera que el conocimiento imperfecto de la información, logra que los mercados fallen en alguna de las siguientes situaciones: primero, los productores ofrecen en exceso algunos bienes y muy poco de otros; segunda, los consumidores unilateralmente

pueden dejar de consumir ciertos bienes; tercera, los mercados no logran desarrollarse al máximo.

Por lo cual, los agentes económicos requerirán en todos los casos tener la suficiente información, para poder mejorar la asignación de los recursos y estar en condiciones de maximizar los beneficios. Pero como no se dan estas condiciones generalmente con la información distorsionada y la conducta de los empresarios de maximizar los beneficios terminan en situaciones de ineficiencia.

Actualmente; se han diseñado diferentes rumbos de cómo adquirir los conocimientos, que los agentes económicos necesitan para la toma de decisiones en cuanto a inversión, consumo, ahorro y planeación financiera, etc. Pero actualmente casi en todos los órdenes económicos no se cuenta con lo verídico por lo tanto, surgen problemas para adquirir la información completa de ahí se deriva la existencia de informaciones incompletas e información asimétrica.

La información incompleta se presenta cuando los precios del mercado no están transmitiendo toda la información necesaria y esto tiene efectos sobre los agentes económicos ya que genera riesgo e incertidumbre poniendo en riesgo los mercados.

Por otro lado, la información incompleta, puede perpetuar o reforzar la permanencia de mercados incompletos y segmentados, lo que se traduce en un desabasto de bienes y servicios y los que expende los da a precios más caros.

Pasando a la tendencia de la asimetría de la información, cuando cierto grupo involucrado en el cambio de bienes y servicios tiene acceso más fácil y barato a la información y, por lo tanto, esto le dará un mayor poder de negociación que utilizará en su beneficio, perjudicando a la parte que desconoce los procedimientos, la existencia de este tipo de maniobras tiene consecuencias como pueden ser las siguientes: dan origen a mercados que se encuentran estancados o existen pocos demandantes y oferentes; por otra parte, dicha distorsión acentúa la selección adversa, donde una de las partes tomará las decisiones ignorando lo que sabe o posee la segunda parte al darse las condiciones anteriores se dan las faltas de incentivos para que los empresarios se involucren en el intercambio y la producción.

Con las tendencias actuales en los mercados se ha dado un avance significativo con respecto a si existe la información perfecta y completa pero que no resuelve los problemas de la información. Por otro lado, la economía de la información, tiene diferencias sobre como enfrentar los problemas de mercados imperfectos, ya que unos opinan que es viable que el mercado resuelva las imperfecciones, para otros será necesaria la intervención del Estado. En algunos casos ha sido posible la liberación de los mercados y la introducción de prácticas más competitivas, ya que esto es lo idóneo si queremos lograr la eficiencia.

Pero en algunos será necesaria la introducción de regulaciones e incluso que el gobierno se haga responsable de cierta producción pública, para resolver casos más serios y complejos donde nadie esté dispuesto a ofertar a ningún precio el bien que algunas personas demandan en el mercado, por los altos riesgos que esto implica, por ejemplo, un seguro de gastos médicos mayores o de jubilación cuando las personas son de la tercera edad o las primas que cobran son excesivamente costosas o simplemente no existen en el mercado, ahí es donde interviene el sector público.

Por otra parte, en su gran mayoría los pacientes, que acuden al médico buscan por lo general, orientación sobre sus padecimientos o males que los aquejan para saber en que condiciones se encuentran y que procede al respecto.

Asimismo, normalmente el mercado de la salud, no se puede comparar con el mercado de automóviles ya que las necesidades al respecto son contadas y se ocurre con poca frecuencia, por lo cual una decisión de compra al respecto es más difícil para la mayoría de la población, muchas de las veces también existe el factor de la ignorancia sobre la utilización de los servicios médicos que generalmente quedan en manos del proveedor, dando así lugar a la demanda inducida por la oferta.

En otro orden de ideas, los beneficios de la atención a la salud no son individuales sino familiares, repercutiendo en la comunidad y en la sociedad en su conjunto, por ejemplo, los servicios de salud de medicina preventiva.

Por ejemplo, las campañas de vacunación, el tratamiento de las enfermedades transmisibles benefician a toda la población, aún los cuidados de la salud en las personas, representan insumos de desarrollo económico y una inversión en el capital humano de un país. Aún en ausencia de argumentos utilitarios, puede existir una preferencia social y política por no permitir que ningún individuo sufra deterioros evitables en sus niveles de salud.

En las tendencias actuales de mercado de los seguros médicos, nos encontramos que tienen varias imperfecciones, las más importantes con las que batallan las aseguradoras son la selección adversa y el riesgo moral. La selección adversa consiste en que las personas de mas alto riesgo o que tienen mayores posibilidades de utilizar el servicio medico son las que se aseguran y los de menos riesgos no lo hacen por lo tanto la aseguradora no puede repartir sus costos entre unos y otros quedando expuestas a los costos de la atención futura.

El riesgo moral, significa que tanto prestadores del servicio, como asegurados suelen modificar su conducta, por el hecho mismo que éstos últimos estén asegurados.

Como en el mercado de los seguros, se manejan con cierta discreción en la utilización y servicios que requieran, sus asegurados tienden a utilizar más

servicios y los prestadores se concretan a prescribir mayor número de procedimientos, dando por resultado un uso irracional a los recursos. En vista de que el asegurado y el proveedor no cubrirán la factura de sus decisiones.

Actualmente, las aseguradoras han efectuado una serie de estudios actuariales y de mercado, para cubrirse de los riesgos que conlleva poniendo nuevas cláusulas a los contratos que suscriben, por ejemplo, tiempo de espera, no tener un padecimiento anterior al aseguramiento, antes de entrar en vigencia la póliza.⁷

Pero: con estos cambios se deja de cubrir precisamente a quien más necesita del servicio. Generando una situación moral que es discutible. En consecuencia, nos encontramos que el mercado de la salud está lleno de imperfecciones e incertidumbres y que las tendencias actuales apuntan que, las necesidades de salud son ilimitadas y los recursos para atenderlas son limitados, por lo cual es necesario reflexionar, sobre que será lo más recomendable en un futuro para la salud de la población.

⁷ Idem. Pag. 358

CAPITULO 2

La Seguridad Social

Los antecedentes que se tienen sobre el origen de la seguridad social se remontan al año de 1883, cuando el canciller alemán Bismarck, los instituyó y consistían única y exclusivamente en dos tipos de seguros: los de riesgos de trabajo que éstos eran obligatorios y el estado los regulaba, posteriormente, se establecieron los primeros fondos de retiro.

Posteriormente, en épocas más recientes en el año de 1942 se publica en el Reino Unido el informe Beveridge que constituyó un nuevo concepto de seguro social que era más moderno y complejo que el modelo anterior y estaba basado en el precepto, de que la sociedad tenía el compromiso de proteger a su población en una forma completa y universal ante las contingencias, que la vida laboral les pudiera deparar, a esto lo denominaron “concepto integral de la seguridad social “ ya que incluía aparte de los dos seguros antes mencionados contemplaba los de las incapacidades de las madres por maternidad y de enfermedad y en algunos casos hasta el seguro de desempleo para todos sus ciudadanos, que comprendía desde el nacimiento hasta la defunción de los mismos.

Pasando al concepto de seguridad social, hacia lo que constituye el Estado mexicano, nos encontramos que sus antecedentes están en la carta magna, en el texto del artículo 123 del 05 de febrero de 1917 donde en el inciso sexto; se denomina del trabajo y la previsión social, por este medio se constituyó la previsión y la seguridad social de los trabajadores de México, y se convirtió en un antecedente que vino a dar paso a la ley del I.M.S.S.

La intervención del Estado, en el mercado de salud pública, es originada por las fallas del mercado que existen al respecto y repercuten, en que algunos servicios de salud adquieren la categoría de bienes públicos, para casi el cincuenta por ciento de la población, en vista de que los costos de los servicios de salud en el mercado privado, son para una gran mayoría de la población impagables por el bajo ingreso per cápita que tienen los trabajadores y, por lo tanto, es imposible que el sistema de mercado se haga cargo de este sector.

En consecuencia, la estructura institucional y organizacional del Estado, es una variable que nos servirá para pulsar las fallas del gobierno y corregirlas a través de los servicios que prestan. El estado y el mercado son partes del orden espontáneo y no creaciones o construcciones de nadie, las instituciones surgen, como un fruto de producto de mercado resultado no institucional de la acción individual, por lo tanto, un mínimo de instituciones es benéfico, ya que son resultado de la competencia y sólo sobreviven las más fuertes y necesarias como en el mercado.

También, son un recurso del que se han valido, para reducir la incertidumbre propia de la interacción humana, originadas principalmente por las faltas de

información incompleta de los agentes en cuestión; por otro lado, la eficiencia de las instituciones está relacionada con el aparato que se encarga de la ejecución.

También, es necesario señalar las diferencias entre una institución y organización primeramente, señalaremos que una institución son las reglas que organizan a la sociedad y pueden ser formales e informales, legales o extralegales, por lo tanto, existen instituciones que organizan el intercambio y mecanismos de coordinación institucional, que junto con los sistemas de precios producen señales para el funcionamiento del mercado.

Las organizaciones son por su parte sistemas ordenados estructurados y coordinados con base en normas de funcionamiento diseñadas por un grupo humano con objetivos definidos para el estudio de la seguridad social es importante considerar los marcos institucionales y organizacionales del país.

Pasando a las características del Seguro Social:

- 1.-Atiende distintos riesgos sociales a través de programas separados como pueden ser riesgos de trabajo, enfermedades, pensiones.
- 2.-Su cobertura comprende principalmente a la clase trabajadora de la iniciativa privada.
- 3.- El financiamiento es tripartito pagadas por el trabajador, el patrón y el Estado.
- 4.- Sus prestaciones están directamente vinculadas con la cuotas que se aporten.
- 5.- Existe un régimen técnico financiero que es de capitalización.

Características de la seguridad social:

- 1.- Igualdad de derecho entre asegurados (principio de igualdad).
- 2.- Unificación bajo un solo organismo gestor o coordinador de los diversos programas del seguro social, con la asistencia pública y la atención a la salud (tanto curativa como preventiva) y con los programas de empleo y asignaciones familiares (principio de unidad).
- 3.- Cobertura total de la población, sin distinción entre la empleada y la no empleada (principio de universalidad).
- 4.- Que contenga todos los riesgos sociales posibles (principio de integralidad).
- 5.- Financiamiento a través de los impuestos y contribuciones progresivas de acuerdo al ingreso (principio de solidaridad).⁸

⁸ Moctezuma Barragán Javier y Narro Robles José (Compiladores). La seguridad social y el Estado moderno, Editorial Fondo de Cultura económica, 1992 I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E. Págs. 163-191.

Por lo tanto, la seguridad social concilia las diferencias entre los factores de la producción como son capital y trabajo y da consolidación al Estado en un papel de regular su actividad participando en la economía como mediador en la solución de los conflictos de las clases sociales.

Por último, las fallas en las que puede incurrir el gobierno en la provisión de los servicios de salud pueden ser los siguientes:

- 1.- Ineficiencia en la asignación de los programas de gasto público.
- 2.- Falta de inversiones en áreas estratégicas de la institución.
- 3.- Problemas en la provisión de bienes públicos.⁹

Asimismo, el Estado no se puede considerar eficiente o ineficiente, esto lo determinará a través de las instituciones que lo conforman y la capacidad de respuesta de éstas a las necesidades crecientes de su población en cuanto a la demanda de servicios de salud.

2.1 ANTECEDENTES

Desde tiempos de la colonia, las cofradías y las capellanías apoyaban a sus miembros en casos de enfermedad o muerte. Las asociaciones mutualistas así como las organizaciones de asistencia dependientes de los gobiernos estatales y la beneficencia pública son los antecedentes más importantes del siglo XIX del sistema de previsión social de la actualidad.

Remontándonos al año de 1904 se expide en el Estado de México una ley de protección al trabajador y en 1906 en Nuevo León, por lo que se refiere a los aspectos de enfermedad, accidente o muerte por causas de trabajo.

Posteriormente, surge en el año de 1912 el Departamento del Trabajo de Fomento Colonización e Industria donde se establece una jornada máxima de 10 horas y un salario mínimo. Hacia el año de 1915 en Yucatán se expide una ley de trabajo donde ya se contemplan preceptos relacionados con la seguridad social . Con la constitución de 1917 se da paso al inicio de lo que a futuro sería la base del origen de los derechos de los trabajadores.

⁹ Ayala Espino José. 1992. Límites del mercado, límites del Estado. México. Instituto Nacional de Administración Pública.

En 1921, el presidente Obregón, empieza con un estudio sobre la conveniencia de un seguro para instalarlo en el país. Pero, el antecedente más fuerte se da con el presidente Lázaro Cárdenas quien manda la iniciativa para la creación del Instituto Nacional de Seguros Sociales, y no fue sino hasta 1942 que dicha propuesta es avalada por los soportes de estudios técnicos actuariales, y es hasta 1943 cuando en el mandato del general Manuel Ávila Camacho se promulga la primera ley del Seguro Social, donde se contempla las bases legales de su creación como institución de seguridad social, contemplando la incorporación de los trabajadores al servicio del Estado, y fue hasta el año de 1959 que se reforma la ley y se constituye el ISSSTE; asimismo, la Ley del Seguro Social de 1943 sufre una transformación con la nueva ley de 1973.

Recapitulando sobre los antecedentes de la seguridad social, tenemos que en el país se dan formalmente iniciadas las actividades del Seguro Social en 1943, año en el cual el departamento de Salubridad es ascendido a Secretaría de Estado.

Posteriormente, en el año de 1956, se extiende la actividad del Seguro Social creándose casas de asegurados, que son antecedentes de lo que actualmente se denominan Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar, extendiéndose a las brigadas Médico-Culturales y de Primeros Auxilios, Capacitación y Preparación Juvenil, cubriendo casi en su totalidad a la población en general, hacia el año de 1959, la ley sufre reformas y se extiende la cobertura a ejidatarios y pequeños propietarios, así como aparceros en el medio rural y, también, se cubre a los artesanos, comerciantes y profesionales que trabajan por su cuenta en el medio urbano. El IMSS. Constituye el fundamento social de la atención de la salud en México, esta noble institución representa para un gran porcentaje de la población el acceso a la atención médica, farmacéutica y hospitalaria, siendo en su gran mayoría, casi el único medio al que tienen derecho y que les garantiza al final de su vida productiva una pensión .

El IMSS. Da a sus trabajadores afiliados servicios de atención social por enfermedades, maternidad, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. Así como también, cubre los riesgos de trabajo, guarderías y mas recientemente el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).

En los últimos ejercicios, el Instituto ha recurrido a una serie de ajustes en su operación para ser más eficiente, ya que al crecer su población derechohabiente ha sido necesario ampliar su capacidad de respuesta para mejorar la atención de los pacientes. Para lo cual se han propuesto revisar a fondo sus mecanismos de operación, revisando el financiamiento que no afecte tanto a los factores de la producción que contribuyen, y efectuando las adecuaciones necesarias en la operación del mismo.

2.2 EVOLUCION

En el período 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo sociomédico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la Ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958, se buscó asegurar el equilibrio financiero de la Institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes, continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962, quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964, ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, cifra que se incrementaría en 50 % en el período comprendido entre 1964 y 1970.

A partir de 1970, hay un giro importante en la manera de entender la realidad nacional; se percibe la necesidad de hacer extensivos a toda la población los frutos del desarrollo económico logrado por el país. El Seguro Social se entiende como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos y se busca favorecer su expansión y consolidar su funcionamiento. Durante 1972, se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social; fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república.

El rasgo más trascendente de esta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir una "seguridad social integral". En estos términos se entiende la facultad otorgada al IMSS, de extender su acción a poblaciones marginadas, sin capacidad de pagar cuota alguna. Así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y por el Estado. Se convirtió, en 1979, en el Programa IMSS-Coplamar por Cooperación Comunitaria y, al desaparecer el organismo Coplamar, tomó el nombre que lleva hasta la fecha: Programa IMSS-Solidaridad.

A pesar de los momentos difíciles de los años 1982 y siguientes, el Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorporara al sistema de seguridad social. Para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuáles más de 7 millones eran asegurados permanentes.

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

2.3 Las Reformas

Cualquier reforma de la seguridad social deberá considerar tanto las demandas de la economía como los requerimientos del bienestar. Solo así habrá oportunidad de lograr eficacia y justicia social, lo que es un prerrequisito para que los sistemas de seguridad social contribuyan al bienestar humano.

Para el I.M.S.S., la transición epidemiológica y demográfica que describen las condiciones de salud de la población planteaba retos específicos:

Es necesario que la atención a la familia se de en forma permanente para conseguir éxito en las estrategias preventivas, ya que ello no es posible si el trabajador está en la economía informal y llega al I.M.S.S. sólo cuando se enferma; es necesario que el esquema de financiamiento incentive la inversión y la expansión en regiones marginadas del desarrollo, lo que no se cumple con el antiguo sistema de financiamiento proporcional al salario y, finalmente, es indispensable mantener y reforzar las acciones sobre la población en pobreza extrema.

Además de esta realidad, había dos condiciones básicas para la redacción de una iniciativa de nueva ley del seguro social:

Una era el compromiso y convicción del gobierno de la república para conservar los principios originales de la ley del seguro social, es decir, había que cambiar las formas jurídicas de financiar y prestar los servicios institucionales, manteniendo la orientación de justicia social, los principios humanistas, solidarios, universales y la naturaleza de la seguridad social mexicana que es tutelar de los derechos de los trabajadores y redistribuidora del ingreso.

La otra condicionante era la decisión del Estado mexicano de seguir siendo el garante del seguro social. El carácter público de la misma no estaba sujeto a discusión ni el papel rector que debía desempeñar el gobierno de la República, pero había que conciliarlos con la necesidad de aprovechar al máximo otros elementos que daban certeza jurídica al asegurado, respecto a la forma de financiar una pensión en el futuro. Tal es el caso del derecho de propiedad que se otorga al trabajador, sobre los recursos acumulados de su cuenta individual.

Bajo estas circunstancias se elaboró la iniciativa de ley del seguro social que modificó la estructura de los seguros. Incluye figuras jurídicas novedosas, tiene aspectos técnicos complejos y se apega a los principios del artículo 123 constitucional.

Ahora bien, entre los cambios jurídicos más relevantes en la nueva ley se encuentra el nuevo sistema de pensiones. Se separan los cuatro rubros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, para formar dos nuevos seguros:

Invalidez y vida (I.V.), sustituyendo el anterior de invalidez y muerte, así como los gastos médicos de pensionados.

Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (R.C.V.), integrándose las aportaciones del SAR e infonavit.

**** *Sistemas de Pensiones del I.M.S.S.***

La reforma al sistema de pensiones busca ser real la posibilidad de pensiones adecuadas, protegidas contra la inflación; afianzar los elementos de solidaridad social bajo un esquema de redistribución y manejo transparente de las reservas, corrigiendo las distorsiones del sistema anterior; mejorar la relación entre el monto de las pensiones y la carrera salarial de los trabajadores; respetar los derechos de los trabajadores afiliados, al momento de expedir la actual reforma y evitar incrementos en los cargos a la nómina; así como garantizar la viabilidad financiera del sistema en el largo plazo.

El impacto de la reforma actual en la economía se refleja en un mayor ahorro, en un mercado de trabajo con menores distorsiones y un sector financiero más eficiente. Es importante destacar que ahora no todos los ingresos de los trabajadores jóvenes se dedicarán al consumo sino a financiar inversión; y será el gobierno, con recursos propios quien financie a aquellos trabajadores en retiro. El efecto sobre el ahorro se dará en la medida que los nuevos recursos se canalicen a financiar inversión a través de un esfuerzo fiscal.

El impacto sobre el mercado laboral se observa al eliminar la distorsión o el impuesto, como se percibe en las aportaciones a la seguridad social, y hace que se evadan éstas, lo que disminuye la demanda de empleo.

Finalmente, será el sector financiero el que al recoger una masa mayor de recursos y obligar a una competencia entre las afores y los actuales intermediarios financieros (bancos, casas de bolsa, aseguradoras), elevará su eficiencia.

La reforma ha reforzado los objetivos constitucionales al hacer más eficiente la intervención del Estado en la provisión de pensiones, ya que combina las ventajas de la acción pública, de la competencia financiera y de la elección del trabajador, para que este último tenga el mejor sistema de pensiones posible. El sistema de pensiones del I.M.S.S. cumple principalmente dos funciones de aseguramiento del ingreso: para la vejez y cesantía en edad avanzada y para la invalidez y muerte, así como el aseguramiento de los gastos médicos en el retiro.

La razón de ser del sistema es garantizar un retiro adecuado al trabajador, bajo una responsabilidad compartida por él mismo, los patrones y el Estado, siendo éste último el garante del sistema y a ese objetivo se subordinan todos los demás.

Para lograr esto, es necesario aprovechar las ventajas del sistema financiero para proveer al trabajador de instrumentos de ahorro modernos, de manera que se combine el objetivo social de garantizar un ingreso adecuado a partir del retiro del trabajador con el uso de instrumentos financieros más eficientes y equitativos que permitan al ahorro del trabajador alcanzar rendimientos competitivos y protegerse de las eventualidades macroeconómicas, en especial de la inflación.

*** Seguro de Invalidez y vida.*

Con las nuevas reformas el seguro de invalidez y vida cubre contra los riesgos de pérdida del ingreso que se derivan de una enfermedad o accidente no laboral, y proporciona el seguro médico para el incapacitado, su familia y eventualmente su viuda, descendientes y ascendientes.

Cabe señalar, que el seguro de riesgos en el trabajo cumple una función análoga, pero cuando el accidente o enfermedad se asocia a la actividad laboral. En relación con los estándares internacionales, la proporción de egresos para pensiones que es destinada a la rama de invalidez prevaleciente en México es más elevada. Si se compara, por ejemplo, con los países miembros de la O.C.D.E. para la mayoría de los casos, las proporciones de gasto en invalidez en 1984 oscilan entre diez y treinta por ciento del total de pensiones, siendo casos extremos Irlanda con sólo cinco por ciento y Noruega con casi cuarenta por ciento. En México se advierte que para 1985 ésta se mantuvo en alrededor de treinta por ciento, pero se observa que se ha incrementado de treinta y cinco a cuarenta y tres por ciento la proporción que corresponde a invalidez dentro del total de las pensiones directas (excluyendo viudez, orfandad y ascendencia), que se han pagado en los últimos quince años.

Parte de la explicación de la gran cantidad de pensiones de invalidez que se presentan está en la relativa juventud del sistema, que las hace más probables y en la mayor mortandad de la población mexicana comparada con la de los países de la O.C.D.E. En cualquier caso, los estudios actuariales señalan que al darse una reducción importante en la incidencia de la invalidez, que puede ser paulatina pero debe ser sostenida, el anterior régimen de seguridad social sería inviable bajo cualquier escenario razonable de primas o administración de la reserva.

Para enfrentar este problema, la actual reforma incluye tres temas principales en cuanto a este seguro, que se pueden tratar por separado:

Una mejor relación entre el valor de la pensión y el ingreso del trabajador, la forma como el SIV complementa al seguro de vejez y cesantía y los mecanismos para reducir la prima del seguro de invalidez y muerte.

Dentro del ramo de invalidez, la presente reforma garantiza que la pensión mínima equivalga a 40.25 % del promedio real de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas cotizadas, valor que incluye las asignaciones familiares y ayudas asistenciales que son como mínimo 15 % adicional de la pensión que recibe el inválido, que es de 35 %. Suponiendo una inflación promedio mayor a cero, lo cual es en el caso real, la ley anterior otorga la pensión mínima de invalidez a prácticamente todos los trabajadores.

Respecto a la mecánica del SIV y su complementariedad con el SVC, la nueva legislación adopta un seguro de cobertura de la pensión vitalicia, con financiamiento complementario a los saldos de la cuenta individual de retiro. El instituto integra el monto faltante para otorgar una renta vitalicia al trabajador que se invalide y los recursos se entregan a la aseguradora que haya elegido por el mismo trabajador.

*** Gastos médicos de pensionados.*

EL SIVCM asigna 1.5 % del salario base de cotización para proveer un seguro de gastos médicos a los pensionados. La reforma establece la separación explícita de este riesgo, lo que debe fundamentar una administración especial, pero, sin duda se requiere de una estrategia complementaria a nivel administrativo para renovar la atención a los pensionados. Este es un caso en el que la reducción de los costos va de la mano de un mejor servicio. La atención al pensionado no puede ser sólo médica pues sus problemas no son únicamente de salud.

Una estrategia que incorpore a la comunidad en la atención al pensionado y que permita a este interactuar en forma constructiva con su comunidad redundará en una mejor calidad de vida.

**** *Financiamiento al desempleado.***

Con la nueva ley se establece que en caso de que el trabajador, durante su vida activa, llegue a quedar temporalmente sin empleo, podrá tomar recursos de la cuenta individual, la cual es una fuente natural de apoyo al trabajador en caso de desempleo. A diferencia de los préstamos al trabajador que preveía la ley anterior, este es un mecanismo que puede ser ejercido por el trabajador sin necesidad de intervención discrecional de las autoridades institucionales, eliminando la posibilidad de trato inequitativo o politización del procedimiento. Este instrumento es flexible ya que es opcional para el trabajador utilizarlo; el límite de retiros permitidos por este seguro es el mínimo entre el 10 % del saldo acumulado o 75 días de salario de cotización, cada 5 años.

**** *Derechos adquiridos.***

El paso de una persona al nuevo sistema hace surgir el problema legal de que los derechos adquiridos por el sistema anterior no pueden ser reducidos. Con el fin de analizar dichas obligaciones, la población de trabajadores se divide en pensionados, trabajadores activos y trabajadores futuros.

Para el caso de los trabajadores afiliados en cualquier fecha anterior al 1 de julio de 1997, se crea el problema más complicado y la reforma respeta los derechos de los trabajadores sin dejar margen a la interpretación legal, al garantizar los derechos en el sistema vigente sin ninguna acotación o intercambio por alguna compensación, de manera que si el ahorro en la cuenta individual es insuficiente, el Estado pagará la diferencia en la anualidad.

La adscripción al nuevo sistema de pensiones por parte de los trabajadores activos y futuros tiene que ser obligatoria, pues el costo administrativo de mantener sistemas paralelos sería prohibitivo, lo que, por sus consecuencias, terminaría siendo una carga injusta para la sociedad en su conjunto.

A continuación señalaremos brevemente algunos de los cambios más importantes en los otros seguros que comprende la nueva ley del I.M.S.S.

**** *La nueva estructura de cuotas para las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.***

El gobierno tiene una aportación fija para todos los trabajadores, que se actualiza conforme al índice nacional de precios al consumidor; los patrones tienen una cuota fija para todos los trabajadores que se aumentará de acuerdo con el incremento del salario mínimo; por último, los trabajadores que ganen hasta tres salarios mínimos del Distrito Federal no pagan este seguro que es bipartita.

**** El cambio en el seguro de riesgos en el trabajo.**

Desaparece la clasificación basada en clases y grados de riesgo; cada empresa pagará sus cuotas de acuerdo con su grado de siniestralidad, sin importar a que ramo industrial pertenezca; por último, se revisará anualmente la cuota de las empresas para confirmarla, reducirla o aumentarla.

**** Creación de un nuevo seguro de guarderías y prestaciones sociales.**

Se podrá disponer de más recursos para ampliar la cobertura del servicio actual; se tendrá la posibilidad de mayor cobertura geográfica al menor costo para llegar en el mediano plazo, al menos a 50 % de la demanda de las madres trabajadoras aseguradas, ya que actualmente existe un alto déficit por lo que respecta a este rubro; por último, se elevan de rango y se garantizan que se sigan brindando las prestaciones sociales, lo que es congruente con una concepción amplia e integral de la seguridad social.

Está claro que en el caso de la seguridad social, lo económico y lo social tienen una fuerte interrelación, no se puede separar el uno del otro.

Así el Estado y el mercado son los que constituyen los fundamentos de una economía más social. Por otro lado, la presencia del I.M.S.S. en la vida nacional y su arraigo en el pueblo de México le permiten conservar en el nuevo sistema una intervención preponderante.

Sabemos de antemano que el nuevo modelo no es el definitivo y que existirá la necesidad de reformarlo en un futuro y adecuarlo a las situaciones que surjan en su aplicación. Por último, el Estado mexicano seguramente no abandonará sus postulados ideológicos que le dan sustento y legitimidad y que se reafirman en el sistema de seguridad social que se logre conformar para darle viabilidad a las próximas generaciones.¹⁰

¹⁰ Martínez Martínez Florencio. El Economista Mexicano, Revista del Colegio Nacional de Economistas. Nueva Época. Vol. 1. Número 2. Enero a Marzo. Año 1997. Artículo. Pág.185.

CAPITULO 3

LA MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA

Desde el inicio del comportamiento epidemiológico las causas que provocaban la mortalidad perinatal fue necesario efectuar un estudio y análisis para determinar, el por qué se presentaban en vista de que el origen de las causas de la mortalidad perinatal es distinto según se considere su componente de muertes fetales tardías o el de muertes neonatales tempranas.

Su estudio nos obliga a analizarlos por separado, a manera de información complementaria conviene recordar que la proporción de ambos componentes del estudio en cuestión es muy parecido: 47.8 % de muertes fetales y 52.2 % de muertes neonatales en el quinquenio que se analiza. Aunque estas proporciones experimentan ciertas variaciones por año y por el ámbito particular examinado, éstas no son de magnitud significativa.

Ya que casi el 100% de las muertes ocurridas en el período perinatal quedan comprendidas dentro de los códigos pertenecientes a ciertos grupos de causas correspondientes al capítulo XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96) y a los del XVII Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-99).¹¹

Por otra parte, el I.M.S.S. dentro de los procesos de mejora continua en la atención médica diseñó e implantó programas integrados de salud que hace principalmente referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes.

El modelo de atención a la salud que el Instituto ha desarrollado es de carácter integral, con base en la prevención, curación y la rehabilitación. Tradicionalmente, el énfasis principal ha sido el de la curación, es decir, la atención del daño y no su prevención, lo que aunado a la transición demográfica y epidemiológica se ha traducido en elevados gastos de atención médica y en coberturas e impactos limitados para las acciones de carácter preventivo.

Para dar respuesta a la problemática antes mencionada, la institución diseñó y consensó la estrategia de prevención durante el ejercicio del 2001. Se trata de una estrategia de prestación de servicios sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas organizadas para las mujeres en edad fértil.

¹¹ El capítulo XVI y XVII; se encuentran contemplados dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión que se instauró en el I.M.S.S. a partir de 1998; son libros que proporciona la O.M.S. y que se utilizan para la codificación de las enfermedades.

En esta etapa de la vida, la mujer acumula conocimientos y experiencias, se integra a la vida laboral, elige a su pareja y establece una familia; en suma adopta un proyecto de vida y dirige a él todos sus esfuerzos para realizarlo.

Asimismo, la sociedad le ha dado siempre un papel fundamental en el cuidado y bienestar de la familia que origine, por lo que es necesario que se mantenga sana y en plenitud de facultades, para cumplir exitosamente con sus funciones y lograr tener hijos sanos, así como lograr cada uno de sus ideales para lo cual deberá de emprender acciones encaminadas a promover su salud, prevenir, identificar y controlar en forma oportuna enfermedades y mejorar su nutrición, todo lo anterior, para tener una exitosa salud reproductiva, para lo cual deberá de hacer las siguiente actividades:

-  Educación para el cuidado de la salud.
-  Actividad física.
-  Salud bucal.
-  Sexualidad.
-  Prevención de adicciones.
-  Prevención de accidentes.
-  Prevención de violencia familiar.
-  Alimentación.
-  Detección y control de sobrepeso y obesidad.
-  Detección de anemia.
-  Prevención de SIDA e infecciones de transmisión sexual.
-  Prevención de tuberculosis.
-  Cáncer de mama.
-  Cáncer cérvico uterino.
-  Diabetes mellitus.
-  Hipertensión arterial.
-  Salud reproductiva.
-  Cuidados después del embarazo.
-  Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia.
-  Vacunación.

3.1 Principales causas de mortalidad fetal tardía (cuadro 1).

En este cuadro se presentan los 6 principales grupos, en orden descendente de frecuencia, además de un último que acumula todos los demás, así como las 10 principales causas de mortalidad fetal tardía. Debe mencionarse que los agrupamientos abarcan el 99.3% de todas las defunciones de este tipo; asimismo, conviene señalar que en el período que se analiza tuvieron lugar 19,108 muertes fetales.

Casi dos terceras partes (65.8%) de las muertes fetales tardías del quinquenio 1998-2002, corresponden al grupo feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-04). En éste se encuentran comprendidos una gran variedad de las patologías maternas, tanto de tipo general como propias del embarazo y del parto que pueden afectar, sobre todo, la condición fetal.

Que la mayoría de la mortalidad fetal obedezca a tales complicaciones, tiene una excelente correlación con lo que se observa en la práctica clínica, es decir, que la muerte fetal es principalmente resultado de las complicaciones maternas graves durante el embarazo y el parto. Por mencionar las principales, se señalan la preeclampsia-eclampsia, las anomalías placentarias, enfermedades cardiovasculares y renales, enfermedades infecciosas y las complicaciones del trabajo de parto y de la atención obstétrica. Sin embargo, cerca del 90% de las muertes de este grupo se encuentran situadas en los códigos de las causas no especificadas de la categoría feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas, lo que además de ser impreciso, deja de tener la correlación clínica mencionada y confirma dos problemas conocidos: la falta de diagnósticos específicos en una elevada proporción de los mortinatos y el llenado deficiente de los certificados de defunción fetal.

Este problema desafortunadamente se confirma con la siguiente consideración: el segundo grupo más frecuente (20.1%) dentro de la mortalidad fetal tardía es el correspondiente a Otros trastornos originados en el período perinatal (P90-P96) que comprende categorías para problemas o complicaciones muy específicas del recién nacido como son: alteraciones cerebrales, problemas con la ingestión de alimentos, toxicidad por fármacos y drogas, etc. Sin embargo, cuando se analiza a detalle la codificación, se encuentra que en una de las categorías inespecíficas de este grupo, otras afecciones originadas en el período perinatal, se engloban la casi totalidad de las muertes fetales registradas en el grupo mencionado.

El 8.2% de las muertes fetales tardías correspondieron al grupo malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) de las cuales la gran mayoría se encuentran en la categoría malformaciones congénitas del sistema nervioso, las cuales son mayoritariamente casos de anencefalia. El interés clínico y epidemiológico de este grupo radica en que, como la anencefalia es una

malformación de origen multifactorial, conviene analizar su frecuencia de presentación como causa de muerte en delegaciones y unidades médicas para identificar, cuando sea posible, comportamientos particulares que ameriten la búsqueda de alguna asociación con factores específicos. También, será de utilidad para evaluar los resultados de ciertas intervenciones como la administración de ácido fólico en etapa preconcepcional o en las primeras semanas de la gestación, que teóricamente puede reducir su incidencia.

El grupo que ocupó el cuarto lugar (2.6%) como causa de muertes fetales tardías fue el de trastornos respiratorios y cardiovasculares inespecíficos del período perinatal (P20-P29); en éste, la hipoxia intrauterina representó más de la mitad de los casos. Pese a su relativamente baja frecuencia, esta categoría tiene interés porque en términos clínicos corresponde a las defunciones por sufrimiento fetal agudo, manifestado por signos como alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal o la presencia de meconio, en ausencia de una causa específica que les dé origen.

Al respecto, debe recordarse el elevado número de casos en los cuales alguno de estos signos son motivo de operación cesárea en el IMSS. Precisamente sin que exista alguna patología o complicación materna que los explique. Por ello, en términos de morbilidad más que de mortalidad, la categoría mencionada puede convertirse en un indicador para evaluar la calidad del diagnóstico de sufrimiento fetal agudo en las cesáreas que se llevan a cabo en el IMSS.

El 1.6% de los mortinatos se encontraron en el grupo trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido (P70-P74) y la casi totalidad de ellos, en la categoría trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido. Sin embargo, dicha categoría que teóricamente traduce en términos clínicos la mortalidad de los productos de madre diabética como consecuencia de los trastornos específicos mencionados, debería tener representatividad como causa de muerte neonatal y no fetal, donde la mayoría de las defunciones de productos de madre diabética obedecen a insuficiencia placentaria secundaria a lesión vascular. En consecuencia, constituye otro grupo de causas donde se hace necesario investigar las características de los registros y, en su caso, tratar de mejorar la certificación y la precisión de la codificación.

El sexto y último grupo de las causas principales de mortalidad fetal tardía (1.1%) fue el de trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el crecimiento fetal (P05- P08). Sus números y proporciones se distribuyeron prácticamente por igual en dos categorías: 1) retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal y 2) trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.

Desde luego, la mayor expresividad de las defunciones por estos grupos de causas se observa en el período neonatal, ya que se encuentran relacionados básicamente con dos problemas clínicos, la prematurez en el primer caso y el sufrimiento fetal crónico en el segundo. Aquí la mortalidad fetal no es más que la consecuencia de las formas más graves de estas dos entidades clínicas, como son las condiciones de inmadurez extrema del producto de la concepción y la insuficiencia placentaria grave que ocasiona retraso muy acentuado en el crecimiento fetal intrauterino.

No obstante, si tomamos en cuenta que la inmadurez extrema se presenta en productos entre las 21 y las 27 semanas de la gestación, llama la atención que aparezcan estos casos como causas de muerte fetal tardía. Tal como se ha señalado para otras causas, será conveniente investigar la precisión de los registros y de la certificación.

CUADRO 1

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD FETAL TARDIA (28 SEMANAS Y MAS DE GESTACION)
IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 1998-2002

Clave CIE 10ª revisión	Causas	Orden	Def.	Porcentaje con relación al Total	Tasa por 1000 nacimientos
P00-P04	Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto.		12 582	65.8	4.0
P02	Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas.	1	11 188	58.6	3.5
P00	Feto y recién nacido afectados por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente.	4	839	4.4	0.3
P01	Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo.	5	472	2.5	0.1
P03	Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto.	10	81	0.4	0.0
P90-P96	Otros trastornos originados con el periodo perinatal.		3833	20.1	1.2
P96	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal.	2	3738	19.6	1.2
P95	Muerte fetal de causa no especificada.	8	93	0.5	0.0
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.		1565	8.2	0.5
P20-P29	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal.		492	2.6	0.2
P20	Hipoxia intrauterina.	6	332	1.7	0.1
P70-P74	Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido.		304	1.6	0.1
P70	Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido.	7	293	1.5	0.1
P05-P08	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal.		202	1.1	0.1
P05	Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal.	9	86	0.5	0.0
Los demás grupos de causas.			130	0.7	0.0
Total			19 108	100.0	6.0

Nacimientos = 3180 180 (Nacidos vivos + nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).
Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

3.2 Principales causas de mortalidad neonatal temprana (cuadro 2).

Siguiendo el mismo criterio que se empleó con la mortalidad fetal tardía, en este cuadro se presentan los 5 principales grupos que comprenden la mortalidad neonatal temprana, en orden descendente de frecuencia, además del que acumula todos los demás; también, se desglosan las 10 principales causas de este tipo de mortalidad. En este caso los grupos abarcan el 90.9% de todas las defunciones. También debe señalarse que en el período que se analiza tuvieron lugar 20,886 muertes hebdomadales.

Casi la mitad (49.1%) de las muertes neonatales tempranas del quinquenio correspondieron al agrupamiento trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal (P20-P29), dentro del cual más de la mitad fueron muertes debidas a dificultad respiratoria del recién nacido, patología que es una complicación del nacimiento pretérmino.

Sin embargo, la representatividad de la prematurez no se limita a la causa mencionada. En efecto, la prematurez participa también en las categorías asfixia del nacimiento y otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal. En esta última se encuentran los problemas de atelectasia y apnea del neonato, mayoritariamente relacionados con inmadurez del aparato respiratorio.

Al examinar otros grupos de causas, también aparece la prematurez como causa de muerte neonatal temprana. Por ejemplo, trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08) que significaron el 12.5% de las defunciones, corresponden casi totalmente a casos de nacimientos pretérmino. De la misma manera, el grupo trastornos hemorrágicos y hematológicos del recién nacido (P50-P61), que representó el 3.6% de las muertes hebdomadales, obedece principalmente a prematurez y, para confirmarlo, basta observar que más de la mitad de los fallecimientos de este grupo se debieron a la causa específica hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido, complicación casi exclusiva del recién nacido pretérmino.

En síntesis, la prematurez participa en forma mayoritaria como factor condicionante o determinante de las muertes neonatales tempranas en por lo menos los 3 grandes grupos de causas mencionados, por lo que puede afirmarse que el nacimiento pretérmino está relacionado con casi dos terceras partes del total de los fallecimientos de este período. Ya que la mayoría de estos nacimientos obedecen a parto prematuro espontáneo, la disminución de su frecuencia se constituye en el elemento fundamental para reducir la mortalidad hebdomadal.

Conviene señalar la importancia de dos causas de muerte neonatal temprana: síndromes de aspiración neonatal e hipoxia intrauterina, las cuales representaron el 5.1% y el 2.4% del total, respectivamente. Estas causas se encuentran directamente vinculadas con la calidad de la atención obstétrica durante el trabajo

de parto y el parto, así como en cierta medida también con la calidad y oportunidad de la reanimación cardiopulmonar del recién nacido, que debe efectuarse en tococirugía en los casos que lo ameritan. Algo similar puede decirse de la causa asfixia del nacimiento, que representó el 6.1% de todas las muertes neonatales tempranas.

El segundo grupo de causas más frecuentes de mortalidad neonatal fue el correspondiente a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99), las cuales contribuyeron con el 20.6% de los casos. Su importancia, además de su magnitud, radica en las posibilidades de prevención de algunas de ellas. Tal es el caso de las que tienen su origen en defectos del tubo neural, ya mencionadas anteriormente y en las que pudiera disminuirse su incidencia mediante la administración de ácido fólico a la madre en forma oportuna; las que tienen transmisión genética dominante y donde puede ser de valor el consejo genético; finalmente, aquellas vinculadas con infecciones maternas en el período de embriogénesis y en los que puede limitarse el daño fetal, en algunos casos, mediante tratamiento médico.

El tercero y el quinto de los grupos: trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el crecimiento fetal y trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido, que representaron el 12.5% y el 3.6% como causa de muertes neonatales tempranas, ya fueron mencionadas anteriormente debido a su gran asociación con la prematuridad y el parto pretérmino.

El cuarto grupo de causas fue el de infecciones específicas del período perinatal (P35-P39), que contribuyó con el 5.1% de las muertes hebdomadales y del cual la sepsis bacteriana del recién nacido fue la causa específica más frecuente. A este respecto, debe recordarse que dicho grupo corresponde básicamente a las infecciones adquiridas por el producto in útero o en el curso del trabajo de parto y que son de evolución más grave en los recién nacidos pretérmino. En otras palabras, nuevamente emerge la importancia de la calidad de la atención obstétrica para el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones maternas durante el embarazo y el parto, así como la importancia de la prevención del parto prematuro.

CUADRO 2

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HEBDOMADAL (O A 6 DIAS)
IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 1998-2002**

Clave CIE 10ª revisión	Causas	Orden	Def.	Porcentaje con relación al Total	Tasa por 1000 nacimientos
P20-P29	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal.		10 255	49.1	3.2
P22	Dificultad respiratoria del recién nacido.	1	5 780	27.7	1.8
P21	Asfixia del nacimiento.	4	1 271	6.1	0.4
P24	Síndromes de aspiración neonatal.	5	1 061	5.1	0.3
P28	Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el periodo perinatal.	7	697	3.3	0.2
P20	Hipoxia intrauterina.	8	492	2.4	0.2
P23	Neumonía congénita.	9	475	2.3	0.1
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	2	4 296	20.6	1.4
P05-P08	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal.		2618	12.5	0.8
P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.	3	2 546	12.2	0.8
P35-P39	Infecciones específicas del periodo perinatal.		1 065	5.1	0.3
P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	6	962	4.6	0.3
P50-P61	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido.		750	3.6	0.2
P52	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido.	10	454	2.2	0.1
Los demás grupos de causas.			1902	9.1	0.6
Total			20 886	100.0	6.6

Nacimientos = 3180 180 (Nacidos vivos + nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).
Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

3.3 Tendencias y niveles nacional y regionales de la mortalidad perinatal (cuadros 3-12).

Al término de 2002, la mortalidad perinatal en el IMSS se ubicó en 11.4 por 1,000 nacimientos, con lo que continúa la tendencia paulatina al descenso registrada en los últimos 5 años y que hizo pasar su tasa de 13.0, a la mencionada en primer término; ello significa 12.3% de disminución en ese lapso.

La disminución registrada en el conjunto nacional, se observa también en el período de análisis, al efectuar la reconstrucción de las tasas en las actuales regiones administrativas. En efecto, en dicho lapso, la disminución de la tasa de mortalidad perinatal fue sostenida en las regiones Norte y Occidente aunque menos uniforme en las regiones Centro y Sur.

Al término de 2002, la tasa más elevada de mortalidad perinatal por adscripción se registró en la región Norte (12.1), en tanto que la más baja correspondió a la región Occidente (10.3), hecho que guarda paralelismo con el comportamiento quinquenal. Este fenómeno, en apariencia resulta contradictorio porque la región Norte corresponde en teoría a la zona más industrializada del país. Consecuentemente, abarca población con el nivel socioeconómico más elevado, la cual debería mostrar los mejores niveles de salud perinatal. Esta paradoja podría reflejar dos circunstancias: 1) la agrupación de delegaciones en la región Norte es heterogénea, ya que en la realidad incluye estados con muy diverso grado de desarrollo, que incluso varían al interior de cada uno porque tienen diferentes proporciones de población marginada; 2) que exista un mejor registro de los acontecimientos de mortalidad. En efecto, llama la atención que en la región Sur, que incluye estados que tienen población con alto grado de marginación, se registren tasas intermedias o aún bajas de mortalidad perinatal.

***** Tendencias y niveles delegacionales de la mortalidad perinatal (cuadros 3-12).***

Al igual que se ha hecho en forma tradicional con la mortalidad materna, el análisis del comportamiento epidemiológico de la mortalidad perinatal se efectúa también, a partir de este ensayo, tanto por la delegación de ocurrencia de las defunciones como por la de adscripción.

Los niveles y tendencias de la mortalidad perinatal por delegación de ocurrencia, más que las condiciones reales de la salud perinatal, expresan en algunos casos el resultado de la regionalización de los servicios médicos y de los procesos de referencia y contrarreferencia. En efecto, y a manera de ejemplo, la delegación 2 Noreste que registró en 2002 una tasa por ocurrencia de 26.6 por 1,000 nacimientos, desciende exactamente a la mitad (13.3) cuando la tasa se construye con población adscrita.

Este fenómeno obedece a la referencia de casos complicados de las delegaciones de México Oriente, México Poniente, Hidalgo y 1 Noroeste del Distrito Federal a la Delegación 2 Noreste, en donde se localizan hospitales de especialidad para la atención obstétrica y neonatal. Este hecho se confirma al observar las tasas por adscripción de las primeras cuatro delegaciones, todas las cuales aumentan en relación con las que muestran por ocurrencia (cuadro 3); que este comportamiento obedece a la regionalización, también se confirma al examinar sus tasas por adscripción y ocurrencia a lo largo del último quinquenio.

Aunque con cifras y cambios menos acentuados, este efecto de la regionalización y la referencia se observa también en el caso de la Delegación 3 Suroeste del Distrito Federal. En efecto, sus tasas de mortalidad perinatal en 2002 y a lo largo del quinquenio son sistemáticamente superiores por ocurrencia que por adscripción, en tanto que el fenómeno inverso se manifiesta en las Delegaciones 4 Sureste del Distrito Federal, Morelos y México Oriente, que refieren sus complicaciones obstétricas y neonatales a la delegación mencionada en primer término. Niveles y tendencias parecidos se pueden observar en otras delegaciones de concentración que poseen hospitales de especialidad como son Nuevo León y Yucatán.

La delegación Colima constituye un caso especial en sus cifras quinquenales de mortalidad perinatal. En todo el período sus tasas son claramente superiores por adscripción que por ocurrencia, consecuencia de la referencia de casos complicados que efectúa a Jalisco, pero con la circunstancia de que en 2002 registra una cifra de 2.9 por adscripción, la cual resulta 3 veces inferior en promedio a la que informó en los 4 años previos. Este caso en particular merece un análisis más detallado, con el fin de comprobar la exactitud de los datos existentes.

Para el total del quinquenio que se analiza en este ensayo, las 10 delegaciones que mostraron las tasas promedio más elevadas de mortalidad perinatal por adscripción fueron: Puebla, San Luis Potosí, Chihuahua, Zacatecas, Tlaxcala, Chiapas, Veracruz Sur, Durango, Tamaulipas y Campeche. Todas ellas registraron niveles superiores a la tasa promedio nacional del período que fue de 12.6 por 1,000 nacimientos. Esta observación resulta pertinente porque en algunas de las delegaciones mencionadas, así como en aquellas donde la magnitud del fenómeno lo justifique (Jalisco, México Oriente, Nuevo León, Guanajuato y Coahuila), la Dirección de Prestaciones Médicas instrumentará una intervención para su reducción.

Finalmente, es indispensable señalar que el análisis anual y delegacional permite observar inconsistencias y resultados no esperados que probablemente traducen la existencia de problemas, de magnitud no bien precisada, en el registro de las muertes perinatales. Por ello, es necesario llevar a cabo un seguimiento cuidadoso de este último en delegaciones y unidades médicas para mejorar la confiabilidad de la información en esta materia.

CUADRO No. 3

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACION Y REGION DE OCURRENCIA IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 1998

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal Tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8653	61	7.0	62	7.2	123	14.2
15 México Oriente	46197	272	5.9	66	1.4	338	7.3
16 México Poniente	17787	112	6.3	79	4.4	191	10.7
18 Morelos	8379	60	7.2	48	5.7	108	12.9
23 Querétaro	15037	137	9.1	43	2.9	180	12.0
35 D.F. 1 Noroeste	9567	63	6.6	19	2.0	82	8.6
36 D.F. 2 Noreste	15130	107	7.1	273	18.0	380	25.1
37 D.F. 3 Suroeste	19012	110	5.8	104	5.5	214	11.3
38 D.F. 4 Sureste	29696	161	5.4	103	3.5	264	8.9
Región Centro	169458	1083	6.4	797	4.7	1880	11.1
01 Aguascalientes	11874	103	8.7	94	7.9	197	16.6
05 Coahuila	32717	165	5.0	236	7.2	401	12.3
08 Chihuahua	31988	267	8.3	292	9.1	559	17.5
10 Durango	12579	63	5.0	62	4.9	125	9.9
20 Nuevo León	44891	289	6.4	322	7.2	611	13.6
25 San Luis Potosí	12063	91	7.5	112	9.3	203	16.8
29 Tamaulipas	24675	212	8.6	202	8.2	414	16.8
34 Zacatecas	5894	60	10.2	34	5.8	94	15.9
Región Norte	176681	1250	7.1	1354	7.7	2604	14.7
02 Baja California Norte	29632	184	6.2	183	6.2	367	12.4
03 Baja California Sur	4423	23	5.2	35	7.9	58	13.1
06 Colima	4668	25	5.4	19	4.1	44	9.4
11 Guanajuato	35111	244	6.9	236	6.7	480	13.7
14 Jalisco	55268	373	6.7	404	7.3	777	14.1
17 Michoacán	16362	90	5.5	131	8.0	221	13.5
19 Nayarit	6478	24	3.7	30	4.6	54	8.3
26 Sinaloa	26467	121	4.6	189	7.1	310	11.7
27 Sonora	23662	88	3.7	149	6.3	237	10.0
Región Occidente	202071	1172	5.8	1376	6.8	2548	12.6
04 Campeche	3617	17	4.7	31	8.6	48	13.3
07 Chiapas	6142	34	5.5	34	5.5	68	11.1
13 Hidalgo	8633	58	6.7	14	1.6	72	8.3
21 Oaxaca	7142	33	4.6	48	6.7	81	11.3
22 Puebla	19013	173	9.1	194	10.2	367	19.3
24 Quintana Roo	8405	68	8.1	52	6.2	120	14.3
28 Tabasco	6088	33	5.4	41	6.7	74	12.2
30 Tlaxcala	4923	39	7.9	37	7.5	76	15.4
31 Veracruz Norte	15698	116	7.4	116	7.4	232	14.8
32 Veracruz Sur	13154	82	6.2	101	7.7	183	13.9
33 Yucatán	11866	81	6.8	83	7.0	164	13.8
Región Sur	104681	734	7.0	751	7.2	1485	14.2
Foráneo	579486	3798	6.6	3779	6.5	7577	13.1
Distrito Federal	73405	441	6.0	499	6.8	940	12.8
Nacional	652891	4239	6.5	4278	6.6	8517	13.0

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos Vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).
Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 4

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACIÓN Y REGION DE ADSCRIPCIÓN IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 1998

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8654	62	7.2	66	7.6	128	14.8
15 México Oriente (2)	47007	290	6.2	146	3.1	436	9.3
16 México Poniente (2)	23567	152	6.4	130	5.5	282	12.0
18 Morelos	8378	59	7.0	54	6.4	113	13.5
23 Querétaro	15030	130	8.6	41	2.7	171	11.4
35 D.F. 1 Noroeste (2)	14884	89	6.0	25	1.7	114	7.7
36 D.F. 2 Noreste (2)	14857	77	5.2	42	2.8	119	8.0
37 D.F. 3 Suroeste (2)	16649	80	4.8	149	8.9	229	13.8
38 D.F. 4 Sureste (2)	20417	129	6.3	135	6.6	264	12.9
Región Centro	169443	1068	6.3	788	4.7	1856	11.0
01 Aguascalientes	11870	99	8.3	91	7.7	190	16.0
05 Coahuila	32718	166	5.1	243	7.4	409	12.5
08 Chihuahua	31989	268	8.4	292	9.1	560	17.5
10 Durango	12579	63	5.0	64	5.1	127	10.1
20 Nuevo León	44883	281	6.3	299	6.7	580	12.9
25 San Luis Potosí	12069	97	8.0	122	10.1	219	18.1
29 Tamaulipas	24675	212	8.6	205	8.3	417	16.9
34 Zacatecas	5896	62	10.5	36	6.1	98	16.6
Región Norte	176679	1248	7.1	1352	7.7	2600	14.7
02 Baja California Norte	29632	184	6.2	189	6.4	373	12.6
03 Baja California Sur	4423	23	5.2	36	8.1	59	13.3
06 Colima	4669	26	5.6	35	7.5	61	13.1
11 Guanajuato	35110	243	6.9	220	6.3	463	13.2
14 Jalisco	55271	376	6.8	391	7.1	767	13.9
17 Michoacán	16362	90	5.5	109	6.7	199	12.2
19 Nayarit	6481	27	4.2	33	5.1	60	9.3
26 Sinaloa	26469	123	4.6	188	7.1	311	11.7
27 Sonora	23661	87	3.7	145	6.1	232	9.8
Región Occidente	202078	1179	5.8	1346	6.7	2525	12.5
04 Campeche	3617	17	4.7	34	9.4	51	14.1
07 Chiapas	6142	34	5.5	35	5.7	69	11.2
13 Hidalgo	8644	69	8.0	38	4.4	107	12.4
21 Oaxaca	7142	33	4.6	52	7.3	85	11.9
22 Puebla	19010	170	8.9	191	10.0	361	19.0
24 Quintana Roo	8406	69	8.2	54	6.4	23	14.6
28 Tabasco	6088	33	5.4	40	6.6	73	12.0
30 Tlaxcala	4925	41	8.3	33	6.7	74	15.0
31 Veracruz Norte	15697	115	7.3	133	8.5	248	15.8
32 Veracruz Sur	13155	83	6.3	107	8.1	190	14.4
33 Yucatán	11865	80	6.7	75	6.3	155	13.1
Región Sur	104691	744	7.1	792	7.6	1536	14.7
Foráneo (2)	586084	3864	6.6	3927	6.7	7791	13.3
Distrito Federal (2)	66807	375	5.6	351	5.3	726	10.9
Nacional	652891	4239	6.5	4278	6.6	8517	13.0

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).

(2) Redistribución de nacidos vivos por delegación de adscripción.

Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 5

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACION Y REGION DE OCURRENCIA IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 1999

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal Tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8217	48	5.8	60	7.3	108	13.1
15 México Oriente	45705	233	5.1	183	4.0	416	9.1
16 México Poniente	18618	145	7.8	128	6.9	273	14.7
18 Morelos	8186	63	7.7	38	4.6	101	12.3
23 Querétaro	14653	122	8.3	105	7.2	227	15.5
35 D.F. 1 Noroeste	9168	66	7.2	48	5.2	114	12.4
36 D.F. 2 Noreste	14648	128	8.7	284	19.4	412	28.1
37 D.F. 3 Suroeste	18896	64	3.4	123	6.5	187	9.9
38 D.F. 4 Sureste	28892	171	5.9	170	5.9	341	11.8
Región Centro	166983	1040	6.2	1139	6.8	2179	13.0
01 Aguascalientes	11564	97	8.4	84	7.3	181	15.7
05 Coahuila	32806	163	5.0	249	7.6	412	12.6
08 Chihuahua	32016	233	7.3	293	9.2	526	16.4
10 Durango	12550	77	6.1	119	9.5	196	15.6
20 Nuevo León	44562	240	5.4	274	6.1	514	11.5
25 San Luis Potosí	11976	86	7.2	102	8.5	188	15.7
29 Tamaulipas	24051	165	6.9	186	7.7	351	14.6
34 Zacatecas	5953	58	9.7	40	6.7	98	16.5
Región Norte	175478	1119	6.4	1347	7.7	2466	14.1
02 Baja California Norte	28771	168	5.8	197	6.8	365	12.7
03 Baja California Sur	4462	34	7.6	19	4.3	53	11.9
06 Colima	4710	24	5.1	12	2.5	36	7.6
11 Guanajuato	34260	254	7.4	211	6.2	465	13.6
14 Jalisco	52263	364	7.0	401	7.7	765	14.6
17 Michoacán	15399	116	7.5	98	6.4	214	13.9
19 Nayarit	6299	30	4.8	33	5.2	63	10.0
26 Sinaloa	25084	0	0.0	168	6.7	168	6.7
27 Sonora	22767	95	4.2	122	5.4	217	9.5
Región Occidente	194015	1085	5.6	1261	6.5	2346	12.1
04 Campeche	3536	19	5.4	19	5.4	38	10.7
07 Chiapas	6145	53	8.6	52	8.5	105	17.1
13 Hidalgo	8705	58	6.7	22	2.5	80	9.2
21 Oaxaca	6886	42	6.1	43	6.2	85	12.3
22 Puebla	18178	177	9.7	208	11.4	385	21.2
24 Quintana Roo	8939	56	6.3	61	6.8	117	13.1
28 Tabasco	6229	43	6.9	43	6.9	86	13.8
30 Tlaxcala	5038	35	6.9	49	9.7	84	16.7
31 Veracruz Norte	14988	103	6.9	124	8.3	227	15.1
32 Veracruz Sur	11877	69	5.8	105	8.8	174	14.7
33 Yucatán	11879	85	7.2	83	7.0	168	14.1
Región Sur	102400	740	7.2	809	7.9	1549	15.1
Foráneo	567272	3555	6.3	3931	6.9	7486	13.2
Distrito Federal	71604	429	6.0	625	8.7	1054	14.7
Nacional	638876	3984	6.2	4556	7.1	8540	13.4

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos Vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).
Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 6

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACIÓN Y REGION DE ADSCRIPCION IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 1999

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8219	50	6.1	62	7.5	112	13.6
15 México Oriente (2)	50756	260	5.1	287	5.7	547	10.8
16 México Poniente (2)	20114	173	8.6	162	8.1	335	16.7
18 Morelos	8185	62	7.6	44	5.4	106	13.0
23 Querétaro	14649	118	8.1	97	6.6	215	14.7
35 D.F. 1 Noroeste (2)	14080	103	7.3	100	7.1	203	14.4
36 D.F. 2 Noreste (2)	14391	91	6.3	127	8.8	218	15.1
37 D.F. 3 Suroeste (2)	15854	56	3.5	67	4.2	123	7.8
38 D.F. 4 Sureste (2)	20730	122	5.9	153	7.4	275	13.3
Región Centro	166978	1035	6.2	1099	6.6	2134	12.8
01 Aguascalientes	11564	97	8.4	79	6.8	176	15.2
05 Coahuila	32810	167	5.1	256	7.8	423	12.9
08 Chihuahua	32015	232	7.2	295	9.2	527	16.5
10 Durango	12551	78	6.2	124	9.9	202	16.1
20 Nuevo León	44554	232	5.2	246	5.5	478	10.7
25 San Luis Potosí	11979	89	7.4	111	9.3	200	16.7
29 Tamaulipas	24052	166	6.9	195	8.1	361	15.0
34 Zacatecas	5954	59	9.9	41	6.9	100	16.8
Región Norte	175479	1120	6.4	1347	7.7	2467	14.1
02 Baja California Norte	28770	167	5.8	199	6.9	366	12.7
03 Baja California Sur	4462	34	7.6	24	5.4	58	13.0
06 Colima	4711	25	5.3	20	4.2	45	9.6
11 Guanajuato	34244	238	7.0	216	6.3	454	13.3
14 Jalisco	52276	377	7.2	388	7.4	765	14.6
17 Michoacán	15400	117	7.6	110	7.1	227	14.7
19 Nayarit	6303	34	5.4	41	6.5	75	11.9
26 Sinaloa	25086	2	0.1	168	6.7	170	6.8
27 Sonora	22766	94	4.1	115	5.1	209	9.2
Región Occidente	194018	1088	5.6	1281	6.6	2369	12.2
04 Campeche	3537	20	5.7	25	7.1	45	12.7
07 Chiapas	6146	54	8.8	52	8.5	106	17.2
13 Hidalgo	8707	60	6.9	46	5.3	106	12.2
21 Oaxaca	6886	42	6.1	46	6.7	88	12.8
22 Puebla	18173	172	9.5	208	11.4	380	20.9
24 Quintana Roo	8940	57	6.4	69	7.7	126	14.1
28 Tabasco	6228	42	6.7	42	6.7	84	13.5
30 Tlaxcala	5042	39	7.7	50	9.9	89	17.7
31 Veracruz Norte	14985	100	6.7	106	7.1	206	13.7
32 Veracruz Sur	11880	72	6.1	116	9.8	188	15.8
33 Yucatán	11877	83	7.0	69	5.8	152	12.8
Región Sur	102401	741	7.2	829	8.1	1570	15.3
Foráneo (2)	573821	3612	6.3	4109	7.2	7721	13.5
Distrito Federal (2)	65055	372	5.7	447	6.9	819	12.6
Nacional	638876	3984	6.2	4556	7.1	8540	13.4

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).

(2) Redistribución de nacidos vivos por delegación de adscripción.

Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 7

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACION Y REGION DE OCURRENCIA IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 2000

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal Tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8340	41	4.9	57	6.8	98	11.8
15 México Oriente	46425	294	6.3	232	5.0	526	11.3
16 México Poniente	18975	124	6.5	89	4.7	213	11.2
18 Morelos	8400	54	6.4	43	5.1	97	11.5
23 Querétaro	14937	93	6.2	103	6.9	196	13.1
35 D.F. 1 Noroeste	8977	61	6.8	26	2.9	87	9.7
36 D.F. 2 Noreste	14366	115	8.0	275	19.1	390	27.1
37 D.F. 3 Suroeste	18426	84	4.6	131	7.1	215	11.7
38 D.F. 4 Sureste	28458	176	6.2	149	5.2	325	11.4
Región Centro	167304	1042	6.2	1105	6.6	2147	12.8
01 Aguascalientes	12135	70	5.8	72	5.9	142	11.7
05 Coahuila	34088	137	4.0	234	6.9	371	10.9
08 Chihuahua	32636	236	7.2	263	8.1	499	15.3
10 Durango	13171	73	5.5	108	8.2	181	13.7
20 Nuevo León	45082	285	6.3	309	6.9	594	13.2
25 San Luis Potosí	12648	102	8.1	123	9.7	225	17.8
29 Tamaulipas	25762	170	6.6	153	5.9	323	12.5
34 Zacatecas	6306	35	5.6	63	10.0	98	15.5
Región Norte	181828	1108	6.1	1325	7.3	2433	13.4
02 Baja California Norte	29015	153	5.3	190	6.5	343	11.8
03 Baja California Sur	4917	35	7.1	29	5.9	64	13.0
06 Colima	4911	28	5.7	17	3.5	45	9.2
11 Guanajuato	34900	228	6.5	194	5.6	422	12.1
14 Jalisco	54015	328	6.1	402	7.4	730	13.5
17 Michoacán	15115	100	6.6	106	7.0	206	13.6
19 Nayarit	6198	29	4.7	28	4.5	57	9.2
26 Sinaloa	25952	126	4.9	168	6.5	294	11.3
27 Sonora	23131	155	6.7	126	5.4	281	12.1
Región Occidente	198154	1182	6.0	1260	6.4	2442	12.3
04 Campeche	3653	26	7.1	15	4.1	41	11.2
07 Chiapas	6359	46	7.2	57	9.0	103	16.2
13 Hidalgo	8994	42	4.7	24	2.7	66	7.3
21 Oaxaca	7139	39	5.5	49	6.9	88	12.3
22 Puebla	17922	139	7.8	185	10.3	324	18.1
24 Quintana Roo	9783	48	4.9	57	5.8	105	10.7
28 Tabasco	6757	42	6.2	55	8.1	97	14.4
30 Tlaxcala	5217	40	7.7	40	7.7	80	15.3
31 Veracruz Norte	15388	111	7.2	105	6.8	216	14.0
32 Veracruz Sur	12025	70	5.8	74	6.2	144	12.0
33 Yucatán	12673	77	6.1	86	6.8	163	12.9
Región Sur	105910	680	6.4	747	7.1	1427	13.5
Foráneo	582969	3576	6.1	3856	6.6	7432	12.7
Distrito Federal	70227	436	6.2	581	8.3	1017	14.5
Nacional	653196	4012	6.1	4437	8.8	8449	12.9

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos Vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).
Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 8

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACIÓN Y REGION DE ADSCRIPCION IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 2000

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8343	44	5.3	60	7.2	104	12.5
15 México Oriente (2)	46452	313	6.7	332	7.1	645	13.9
16 México Poniente (2)	24303	166	6.8	142	5.8	308	12.7
18 Morelos	8400	54	6.4	47	5.6	101	12.0
23 Querétaro	14929	85	5.7	91	6.1	176	11.8
35 D.F. 1 Noroeste (2)	13306	97	7.3	86	6.5	183	13.8
36 D.F. 2 Noreste (2)	14412	80	5.6	84	5.8	164	11.4
37 D.F. 3 Suroeste (2)	16667	65	3.9	66	4.0	131	7.9
38 D.F. 4 Sureste (2)	20473	119	5.8	151	7.4	270	13.2
Región Centro	167285	1023	6.1	1059	6.3	2082	12.4
01 Aguascalientes	12133	68	5.6	70	5.8	138	11.4
05 Coahuila	34091	140	4.1	248	7.3	388	11.4
08 Chihuahua	32636	236	7.2	263	8.1	499	15.3
10 Durango	13171	73	5.5	109	8.3	182	13.8
20 Nuevo León	45078	281	6.2	278	6.2	559	12.4
25 San Luis Potosí	12647	101	8.0	124	9.8	225	17.8
29 Tamaulipas	25764	172	6.7	165	6.4	337	13.1
34 Zacatecas	6309	38	6.0	68	10.8	106	16.8
Región Norte	181829	1109	6.1	1325	7.3	2434	13.4
02 Baja California Norte	29015	153	5.3	191	6.6	344	11.9
03 Baja California Sur	4918	36	7.3	33	6.7	69	14.0
06 Colima	4913	30	6.1	29	5.9	59	12.0
11 Guanajuato	34893	221	6.3	203	5.8	424	12.2
14 Jalisco	54025	338	6.3	388	7.2	726	13.4
17 Michoacán	15118	103	6.8	112	7.4	215	14.2
19 Nayarit	6199	30	4.8	29	4.7	59	9.5
26 Sinaloa	25951	125	4.8	170	6.6	295	11.4
27 Sonora	23131	155	6.7	122	5.3	277	12.0
Región Occidente	198163	1191	6.0	1277	6.4	2468	12.5
04 Campeche	3654	27	7.4	23	6.3	50	13.7
07 Chiapas	6361	48	7.5	60	9.4	108	17.0
13 Hidalgo	9004	52	5.8	50	5.6	102	11.3
21 Oaxaca	7140	40	5.6	52	7.3	92	12.9
22 Puebla	17920	137	7.6	179	10.0	316	17.6
24 Quintana Roo	9784	49	5.0	65	6.6	114	11.7
28 Tabasco	6757	42	6.2	52	7.7	94	13.9
30 Tlaxcala	5218	41	7.9	44	8.4	85	16.3
31 Veracruz Norte	15381	104	6.8	93	6.0	197	12.8
32 Veracruz Sur	12029	74	6.2	87	7.2	161	13.4
33 Yucatán	12671	75	5.9	71	5.6	146	11.5
Región Sur	105919	689	6.5	776	7.3	1465	13.8
Foráneo (2)	588338	3651	6.2	4050	6.9	7701	13.1
Distrito Federal (2)	64858	361	5.6	387	6.0	748	11.5
Nacional	653196	4012	6.1	4437	6.8	8449	12.9

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).

(2) Redistribución de nacidos vivos por delegación de adscripción.

Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 9

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACION Y REGION DE OCURRENCIA IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 2001

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal Tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8074	46	5.7	41	5.1	87	10.8
15 México Oriente	45724	260	5.7	234	5.1	494	10.8
16 México Poniente	17888	97	5.4	105	5.9	202	11.3
18 Morelos	8056	45	5.6	46	5.7	91	11.3
23 Querétaro	14190	112	7.9	114	8.0	226	15.9
35 D.F. 1 Noroeste	9083	45	5.0	21	2.3	66	7.3
36 D.F. 2 Noreste	13289	104	7.8	250	18.8	354	26.6
37 D.F. 3 Suroeste	17612	86	4.9	68	3.9	154	8.7
38 D.F. 4 Sureste	26977	148	5.5	131	4.9	279	10.3
Región Centro	160893	943	5.9	1010	6.3	1953	12.1
01 Aguascalientes	12003	77	6.4	71	5.9	148	12.3
05 Coahuila	33334	125	3.7	186	5.6	311	9.3
08 Chihuahua	32192	281	8.7	265	8.2	546	17.0
10 Durango	12863	86	6.7	125	9.7	211	16.4
20 Nuevo León	42009	209	5.0	247	5.9	456	10.9
25 San Luis Potosí	12033	77	6.4	101	8.4	178	14.8
29 Tamaulipas	24645	174	7.1	127	5.2	301	12.2
34 Zacatecas	6290	40	6.4	41	6.5	81	12.9
Región Norte	175369	1069	6.1	1163	6.6	2232	12.7
02 Baja California Norte	27521	163	5.9	181	6.6	344	12.5
03 Baja California Sur	5081	24	4.7	18	3.5	42	8.3
06 Colima	4516	22	4.9	12	2.7	34	7.5
11 Guanajuato	33524	207	6.2	178	5.3	385	11.5
14 Jalisco	51258	310	6.0	356	6.9	666	13.0
17 Michoacán	14663	82	5.6	105	7.2	187	12.8
19 Nayarit	5824	27	4.6	27	4.6	54	9.3
26 Sinaloa	25067	59	2.4	91	3.6	150	6.0
27 Sonora	23142	128	5.5	114	4.9	242	10.5
Región Occidente	190596	1022	5.4	1082	5.7	2104	11.0
04 Campeche	3688	21	5.7	23	6.2	44	11.9
07 Chiapas	6473	28	4.3	64	9.9	92	14.2
13 Hidalgo	8648	57	6.6	24	2.8	81	9.4
21 Oaxaca	7182	27	3.8	49	6.8	76	10.6
22 Puebla	17941	95	5.3	158	8.8	253	14.1
24 Quintana Roo	9447	64	6.8	54	5.7	118	12.5
28 Tabasco	6643	50	7.5	36	5.4	86	12.9
30 Tlaxcala	5101	22	4.3	43	8.4	65	12.7
31 Veracruz Norte	15436	110	7.1	89	5.8	199	12.9
32 Veracruz Sur	11464	58	5.1	74	6.5	132	11.5
33 Yucatán	12669	68	5.4	106	8.4	174	13.7
Región Sur	104692	600	5.7	720	6.9	1320	12.6
Foráneo	564589	3251	5.8	3505	6.2	6756	12.0
Distrito Federal	66961	383	5.7	470	7.0	853	12.7
Nacional	631550	3634	5.8	3975	6.3	7609	12.0

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos Vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).
Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 10

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACIÓN Y REGION DE ADSCRIPCIÓN IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 2001

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8074	46	5.7	41	5.1	87	10.8
15 México Oriente (2)	46890	266	5.7	311	6.6	577	12.3
16 México Poniente (2)	23273	133	5.7	148	6.4	281	12.1
18 Morelos	8060	49	6.1	49	6.1	98	12.2
23 Querétaro	14185	107	7.5	107	7.5	214	15.1
35 D.F. 1 Noroeste (2)	12777	77	6.0	78	6.1	155	12.1
36 D.F. 2 Noreste (2)	12546	63	5.0	72	5.7	135	10.8
37 D.F. 3 Suroeste (2)	16074	64	4.0	49	3.0	113	7.0
38 D.F. 4 Sureste (2)	18984	108	5.7	119	6.3	227	12.0
Región Centro	160863	913	5.7	974	6.1	1887	11.7
01 Aguascalientes	12000	74	6.2	68	5.7	142	11.8
05 Coahuila	33336	127	3.8	191	5.7	318	9.5
08 Chihuahua	32191	280	8.7	266	8.3	546	17.0
10 Durango	12864	87	6.8	127	9.9	214	16.6
20 Nuevo León	42008	208	5.0	231	5.5	439	10.5
25 San Luis Potosí	12032	76	6.3	106	8.8	182	15.1
29 Tamaulipas	24660	189	7.7	137	5.6	326	13.2
34 Zacatecas	6292	42	6.7	45	7.2	87	13.8
Región Norte	175383	1083	6.2	1171	6.7	2254	12.9
02 Baja California Norte	27524	166	6.0	182	6.6	348	12.6
03 Baja California Sur	5081	24	4.7	20	3.9	44	8.7
06 Colima	4517	23	5.1	25	5.5	48	10.6
11 Guanajuato	33519	202	6.0	178	5.3	380	11.3
14 Jalisco	51267	319	6.2	331	6.5	650	12.7
17 Michoacán	14663	82	5.6	117	8.0	199	13.6
19 Nayarit	5825	28	4.8	32	5.5	60	10.3
26 Sinaloa	25068	60	2.4	94	3.7	154	6.1
27 Sonora	23142	128	5.5	110	4.8	238	10.3
Región Occidente	190606	1032	5.4	1089	5.7	2121	11.1
04 Campeche	3689	22	6.0	28	7.6	50	13.6
07 Chiapas	6473	28	4.3	66	10.2	94	14.5
13 Hidalgo	8654	63	7.3	47	5.4	110	12.7
21 Oaxaca	7186	31	4.3	51	7.1	82	11.4
22 Puebla	17941	95	5.3	152	8.5	247	13.8
24 Quintana Roo	9449	66	7.0	63	6.7	129	13.7
28 Tabasco	6642	49	7.4	35	5.3	84	12.6
30 Tlaxcala	5100	21	4.1	47	9.2	68	13.3
31 Veracruz Norte	15426	100	6.5	80	5.2	180	11.7
32 Veracruz Sur	11471	65	5.7	80	7.0	145	12.6
33 Yucatán	12667	66	5.2	92	7.3	158	12.5
Región Sur	104698	606	5.8	741	7.1	1347	12.9
Foráneo (2)	571169	3322	5.8	3657	6.4	6979	12.2
Distrito Federal (2)	60381	312	5.2	318	5.3	630	10.4
Nacional	631550	3634	5.8	3975	6.3	7609	12.0

(2) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).

(3) Redistribución de nacidos vivos por delegación de adscripción.

Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 11

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACION Y REGION DE OCURRENCIA IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 2002

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal Tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8050	43	5.3	63	7.8	106	13.2
15 México Oriente	42581	247	5.8	220	5.2	467	11.0
16 México Poniente	16747	78	4.7	102	6.1	180	10.7
18 Morelos	7809	53	6.8	49	6.3	102	13.1
23 Querétaro	13527	86	6.4	90	6.7	176	13.0
35 D.F. 1 Noroeste	8763	37	4.2	24	2.7	61	7.0
36 D.F. 2 Noreste	12433	111	8.9	220	17.7	331	26.6
37 D.F. 3 Suroeste	16126	23	1.4	89	5.5	112	6.9
38 D.F. 4 Sureste	24694	137	5.5	119	4.8	256	10.4
Región Centro	150730	815	5.4	976	6.5	1791	11.9
01 Aguascalientes	11301	63	5.6	78	6.9	141	12.5
05 Coahuila	31882	146	4.6	206	6.5	352	11.0
08 Chihuahua	30172	197	6.5	240	8.0	437	14.5
10 Durango	12135	62	5.1	75	6.2	137	11.3
20 Nuevo León	40540	185	4.6	262	6.5	447	11.0
25 San Luis Potosí	11151	84	7.5	88	7.9	172	15.4
29 Tamaulipas	23472	150	6.4	89	3.8	239	10.2
34 Zacatecas	6061	56	9.2	39	6.4	95	15.7
Región Norte	166714	943	5.7	1077	6.5	2020	12.1
02 Baja California Norte	26204	142	5.4	154	5.9	296	11.3
03 Baja California Sur	5155	26	5.0	24	4.7	50	9.7
06 Colima	4538	8	1.8	4	0.9	12	2.6
11 Guanajuato	32737	198	6.0	167	5.1	365	11.1
14 Jalisco	49760	263	5.3	289	5.8	552	11.1
17 Michoacán	14501	83	5.7	90	6.2	173	11.9
19 Nayarit	5765	24	4.2	39	6.8	63	10.9
26 Sinaloa	24746	47	1.9	131	5.3	178	7.2
27 Sonora	21699	115	5.3	94	4.3	209	9.6
Región Occidente	185105	906	4.9	992	5.4	1898	10.3
04 Campeche	3858	30	7.8	17	4.4	47	12.2
07 Chiapas	6519	37	5.7	46	7.1	83	12.7
13 Hidalgo	8185	34	4.2	31	3.8	65	7.9
21 Oaxaca	7124	39	5.5	40	5.6	79	11.1
22 Puebla	16812	106	6.3	116	6.9	222	13.2
24 Quintana Roo	9327	52	5.6	54	5.8	106	11.4
28 Tabasco	6492	54	8.3	35	5.4	89	13.7
30 Tlaxcala	4583	25	5.5	32	7.0	57	12.4
31 Veracruz Norte	14894	78	5.2	70	4.7	148	9.9
32 Veracruz Sur	11195	58	5.2	87	7.8	145	13.0
33 Yucatán	12129	62	5.1	67	5.5	129	10.6
Región Sur	101118	575	5.7	595	5.9	1170	11.6
Foráneo	541651	2931	5.4	3188	5.9	6119	11.3
Distrito Federal	62016	308	5.0	452	7.3	760	12.3
Nacional	603667	3239	5.4	3640	6.0	6879	11.4

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos Vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).
Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

CUADRO No. 12

MORTALIDAD PERINATAL POR DELEGACIÓN Y REGION DE ADSCRIPCIÓN IMSS SEGURIDAD SOCIAL, 2002

DELEGACION	NACIMIENTOS	Fetal tardía		Hebdomadal		Perinatal	
		Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)	Def.	Tasa(1)
12 Guerrero	8053	46	5.7	64	7.9	110	13.7
15 México Oriente (2)	44106	262	5.9	293	6.6	555	12.6
16 México Poniente (2)	22037	105	4.8	137	6.2	242	11.0
18 Morelos	7806	50	6.4	56	7.2	106	13.6
23 Querétaro	13517	76	5.6	84	6.2	160	11.8
35 D.F. 1 Noroeste (2)	11312	59	5.2	64	5.7	123	10.9
36 D.F. 2 Noreste (2)	11603	80	6.9	74	6.4	154	13.3
37 D.F. 3 Suroeste (2)	14882	22	1.5	55	3.7	77	5.2
38 D.F. 4 Sureste (2)	17404	105	6.0	120	6.9	225	12.9
Región Centro	150720	805	5.3	947	6.3	1752	11.6
01 Aguascalientes	11297	59	5.2	73	6.5	132	11.7
05 Coahuila	31880	144	4.5	208	6.5	352	11.0
08 Chihuahua	30173	198	6.6	244	8.1	442	14.6
10 Durango	12135	62	5.1	81	6.7	143	11.8
20 Nuevo León	40540	185	4.6	237	5.8	422	10.4
25 San Luis Potosí	11157	90	8.1	88	7.9	178	16.0
29 Tamaulipas	23466	144	6.1	98	4.2	242	10.3
34 Zacatecas	6064	59	9.7	43	7.1	102	16.8
Región Norte	166712	941	5.6	1072	6.4	2013	12.1
02 Baja California Norte	26204	142	5.4	154	5.9	296	11.3
03 Baja California Sur	5155	26	5.0	26	5.0	52	10.1
06 Colima	4539	9	2.0	4	0.9	13	2.9
11 Guanajuato	32735	196	6.0	163	5.0	359	11.0
14 Jalisco	49766	269	5.4	288	5.8	557	11.2
17 Michoacán	14501	83	5.7	95	6.6	178	12.3
19 Nayarit	5765	24	4.2	46	8.0	70	12.1
26 Sinaloa	24747	48	1.9	134	5.4	182	7.4
27 Sonora	21699	115	5.3	91	4.2	206	9.5
Región Occidente	185111	912	4.9	1001	5.4	1913	10.3
04 Campeche	3859	31	8.0	22	5.7	53	13.7
07 Chiapas	6520	38	5.8	48	7.4	86	13.2
13 Hidalgo	8190	39	4.8	55	6.7	94	11.5
21 Oaxaca	7124	39	5.5	41	5.8	80	11.2
22 Puebla	16813	107	6.4	112	6.7	219	13.0
24 Quintana Roo	9329	54	5.8	64	6.9	118	12.6
28 Tabasco	6492	54	8.3	35	5.4	89	13.7
30 Tlaxcala	4584	26	5.7	35	7.6	61	13.3
31 Veracruz Norte	14892	76	5.1	65	4.4	141	9.5
32 Veracruz Sur	11195	58	5.2	91	8.1	149	13.3
33 Yucatán	12126	59	4.9	52	4.3	111	9.2
Región Sur	101124	581	5.7	620	6.1	1201	11.9
Foráneo (2)	548466	2973	5.4	3327	6.1	6300	11.5
Distrito Federal (2)	55201	266	4.8	313	5.7	579	10.5
Nacional	603667	3239	5.4	3640	6.0	6879	11.4

(1) Tasa por 1000 nacimientos (Nacidos vivos + Nacidos muertos de 28 semanas y más de gestación).

(2) Redistribución de nacidos vivos por delegación de adscripción.

Fuente: Sistema de Mortalidad IMSS (SISMOR).

3.4 Población que atiende el Instituto con relación al total del país.

En México tenemos una población de 106, 451, 679 habitantes según el Consejo Nacional de Población (cuadro 13); de este total el I.M.S.S. atiende a 46, 813, 307 y con tendencias al aumento, ya que la cantidad de asegurados se ha ido incrementando y actualmente se cuenta con 12, 410, 533.

Por otra parte, el quinquenio motivo de nuestro estudio, se demuestra claramente que gracias a los métodos y a la orientación de la población fértil; los índices de mortalidad perinatal han disminuido considerablemente, ya que de un promedio de 13.0 por 1000 nacimientos en 1998 bajó como se aprecia en el cuadro No. 3; bajó a 11.4 por 1000 nacimientos como se puede apreciar en el cuadro No. 12 del año 2002; esto demuestra que efectivamente las medidas instrumentadas por la dirección de prestaciones médicas del I.M.S.S.; sí están dando resultados positivos y se ha trabajado dentro del proceso de mejora continua y de atención médica, logrando resultados más eficientes; por otra parte, los programas integrados de salud están dando sus primeros frutos, ya que la medicina tradicional ha cambiado su estrategia guiándose más por la prevención de los padecimientos que por la corrección de los mismos, en vista de que está demostrado que cuando la enfermedad está declarada es más costoso corregir los padecimientos.

Por lo tanto, es más económico prevenir y mejorar de esta manera a la población derechohabiente.

Consecuentemente, esto ha repercutido en ahorros sustanciales para la institución y el gobierno.

** CUADRO 13 **
 Población por grupos de Edad y Sexo
 Total Nacional
 2005

Grupo de Edad	Total	Mujeres	Hombres
Total	106451679	53522389	52929290
-1	1932782	944774	988008
01-04	7910869	3869637	4041232
05-09	10787326	5280675	5506651
10-14	11351855	5566067	5785788
15-19	10813366	5334994	5478372
20-24	10168219	5060319	5107900
25-29	9449289	4735634	4713655
30-34	8639462	4356672	4282790
35-39	7625560	3869108	3756452
40-44	6572211	3353115	3219096
45-49	5462113	2804495	2657618
50-54	4270531	2206777	2063754
55-59	3279198	1708086	1571112
60-64	2562450	1348482	1213968
65-69	2003096	1069492	933604
70-74	1495956	813515	682441
75-79	1009365	560068	449297
80-84	612135	346935	265200
85+	505896	293544	212352

FUENTE: Dirección de prestaciones médicas del I.M.S.S.
 Información estadística en salud

CAPITULO 4

Coordinación de salud reproductiva

En el período de transición del enfoque demográfico a la aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo, en la promoción y en la prestación de los servicios de salud reproductiva, iniciados en el I.M.S.S. en el año de 1983, la comunicación educativa interpersonal cobró mayor importancia ante la necesidad de proporcionar una información y orientación más específica en materia de salud reproductiva, en función de las condiciones y de los factores de riesgo reproductivo propios de cada persona.

Si nos remitimos a los lineamientos teóricos de la conducta reproductiva de la población, encontramos que este acto de los hombres es individual. Sin embargo, no constituye un fenómeno aislado e independiente de las condiciones sociales y económicas prevalecientes en una sociedad determinada, pues el proceso de renovación de la vida implica un proceso de producción social mediante el cual se obtienen los medios que permiten la satisfacción de las necesidades inmediatas (alimentación, alojamiento, vestido) y de otras que surgen una vez satisfechas las primeras. Es por ello, que la reproducción biológica, como parte del proceso de renovación de la vida, está integrada a una estructura social e histórica determinada, en última instancia por las condiciones en que se realiza la producción.

El proceso productivo está ligado a formas específicas de cooperación, es decir, a las relaciones que establecen los hombres para llevarlo adelante. La reproducción de estas relaciones, mismas que se transforman conforme se desarrollan las fuerzas productivas de la sociedad, es una condición indispensable para la reproducción de una sociedad específica. En una sociedad clasista, la reproducción de las relaciones sociales de producción significa la reproducción de las clases sociales que la conforman, lo que requiere que los hombres se reproduzcan como miembros de una clase. La pertenencia a ésta da lugar no solo a ocupaciones laborales específicas, sino también a ciertas condiciones materiales de vida, a la parte de la riqueza social que se apropia en el proceso de distribución y a la parte del producto social que se consume. La renovación de la vida, entonces, se realiza por agentes sociales diferenciados y su especificidad en cada caso sólo es comprensible a partir de las relaciones sociales de producción que establecen.

En la formación social mexicana, el modo de producción capitalista subdesarrollado y dependiente, domina la totalidad de las esferas de la sociedad. Esta dominación, sin embargo, no implica forzosamente la generalización de las relaciones económicas típicamente capitalistas, sino la subordinación de la totalidad de los productores al objetivo de valorización del capital. Los distintos procesos sociales no son el resultado mecánico de la reproducción lógica de un modo de producción, pues si bien están sobredeterminados por las leyes

fundamentales de funcionamiento del modo de producción dominante, son producto y expresión de las luchas y alianzas de clases en tiempos y lugares concretos.

El crecimiento de la familia parece estar relacionado en forma compleja pero real con las necesidades de intensificar la actividad familiar, que impone lo que Warman ha llamado “La integración asimétrica creciente con el industrialismo y las tecnologías modernas”. La integración a la que se hace referencia está relacionada con el proceso de subordinación de la producción a la economía por medio de los mercados de bienes, trabajo y dinero.

Como culminación de este proceso, es necesario establecer puentes educativos para la incorporación de las técnicas de consejería, por lo que respecta a la salud reproductiva.

4.1 Disminución de las incidencias más frecuentes

En los últimos ejercicios, se puede constatar de acuerdo a los datos obtenidos de la coordinación de salud reproductiva; que el índice de mortalidad perinatal ha descendido en términos generales, esto puede considerarse muy satisfactorio para la población derechohabiente y para la institución; a su vez, podemos mencionar que las principales causas en cuanto a la mortalidad fetal tardía fueron las siguientes:

1.- Feto y recién nacidos afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas.	11188
2.- Otras afecciones originadas en el período perinatal.	3738
3.- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	1565
4.- Feto y recién nacidos afectados por condiciones de la madre no necesariamente relacionados con el embarazo presente.	879
5.- Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal.	492
6.- Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo.	472
7.- Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios Específicos del feto y del recién nacido.	304
8.- Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal.	202

9.- Muerte fetal de causa no especificada.	93
10.- Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto.	81
Los demás grupos de causas	134

Dándonos un total de 19108.

Por otro lado, tenemos los casos de los fallecimientos neonatales tempranos que en orden de importancia del quinquenio que se estudia aparecen de la siguiente forma:

1.- Dificultad respiratoria del recién nacido.	5780
2.- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	4296
3.- Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con el bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.	2546
4.- Asfixia del nacimiento.	1271
5.- Síndrome de aspiración neonatal.	1061
6.- Sepsis bacteriana del recién nacido.	962
7.- Otros problemas respiratorios del recién nacido originados en el período perinatal.	697
8.- Hipoxia intrauterina.	492
9.- Neumonía congénita.	475
10.- Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido.	454
Los demás grupos de causas.	2852
Total	20886

Después de haber enumerado las principales causas de defunción perinatal tanto muertes fetales tardías, como las hebdomadales se puede inferir que es necesaria e importante la atención obstétrica para el diagnóstico y el tratamiento de las

infecciones maternas durante el embarazo y el parto, así como la importancia de la prevención en los partos prematuros.

4.2 Evaluación sobre los resultados obtenidos

Al término de 2002, la mortalidad perinatal en el I.M.S.S. se ubicó en 11.4 por 1000 nacimientos, con lo que continúa la tendencia paulatina al descenso registrada en los últimos 5 años y que hizo pasar su tasa de 13.0, a la mencionada en primer término; ello significa 12.3 % de disminución en ese lapso.

La disminución registrada en el conjunto nacional, se observa también en el período de análisis, al efectuar la construcción de las tasas en las actuales regiones administrativas. En efecto, en el quinquenio, la disminución de la tasa de mortalidad perinatal fue sostenida en las regiones norte y occidente aunque menos uniforme en las regiones centro y sur.

La tasa mas elevada de mortalidad perinatal se registró en la región norte (12.1), en tanto que la mas baja correspondió a la región occidente (10.3), hecho que guarda paralelismo con el comportamiento quinquenal respectivo en el caso particular de las delegaciones, el comportamiento de la mortalidad perinatal registra gran variabilidad en niveles y tendencias.

Los niveles actuales de mortalidad perinatal en el I.M.S.S. con una tasa promedio de 12.6 por 1000 nacimientos para el quinquenio 1998-2002, resultan muy inferiores a las cifras informadas en años recientes para México en su conjunto (40), Argentina (30), Brasil (29) y Uruguay (16). Incluso resultan similares a las naciones con mayor grado de desarrollo de sus sistemas nacionales de salud, aunque no son aún superiores a las informadas por países con elevados niveles de salud, como Dinamarca (8.3).

Por último, debe destacarse que la tendencia al descenso observada en el quinquenio para todo el sistema, con pequeñas variaciones se registra en las cuatro regiones administradas en que se encuentra dividido el I.M.S.S.

CONCLUSIONES

- Es evidente que dentro del desarrollo económico en los últimos ejercicios, se han acumulado un creciente surtido de mercancías tales como: automóviles, aparatos de plasma, T.V., aspiradoras, neveras, máquinas de lavar, cepillos eléctricos dentales y aparatos de telecomunicaciones que están destinados a hacer la vida más cómoda, así como una mayor educación, más viajes en avión, más antibióticos, más insecticidas y sin duda una reducida tasa de mortalidad infantil.
- En México en la última década los embarazos se dan después de los treinta años. Esto está influenciado no por la edad sino la salud y el desarrollo económico.
- Por otra parte, actualmente 2.6 es el promedio de hijos que tiene una familia pero las tendencias nos indican que a corto plazo debemos de reducir dicho promedio.
- Entre más educación y formación tienen las parejas tratan de tener pocos hijos.- en China 10% de las parejas no tienen descendencia, en Estados Unidos el 20% de mujeres sin hijos, en España el 19.4%. Existen estudios que calculan que dentro de 5 años el número de parejas sin niños se incrementará al 44%.
- El informe de ejecución de los programas de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo 1994-2003 editado por CONAPO, se han ido incrementando las parejas sin descendencia.
- Por la salud del planeta, es importante el control de la sobrepoblación y todos los problemas que ello acarrea, falta de alimentos y la contaminación, actualmente se calcula que somos más de 6 mil millones de habitantes; cuando ya no nos reproduzcamos a pasos tan agigantados la biosfera será capaz de regresar o devolver la salud a la ecología terrestre, para poder dejar un mejor futuro a las próximas generaciones.
- El cambio tecnológico y el empleo de la fuerza de trabajo con los últimos avances es necesario una refuncionalización de los procesos productivos y, por lo tanto, se necesitan menos cantidad de fuerza de trabajo y como el mercado no la puede absorber se sugiere una política de menor crecimiento demográfico de llegar al 1 o menos de 1 por pareja.
- Un factor asociado estrechamente a la internalización de la ideología de consumo y la creación de nuevas expectativas de vida es la creciente integración de la población a la educación formal. En el caso de la escolaridad de la mujer, se ha planteado que interviene sobre la dirección e intensidad de las motivaciones que se suponen necesarias para lograr un descenso en la fecundidad. En este sentido, podría plantearse que no sólo estimula las

aspiraciones de los padres por lograr que sus hijos tengan acceso a educación y ocupación mejores, por lo cual podrían mostrar preferencia por una familia pequeña, sino también, hace más patente el conflicto entre el consumo que caracteriza a las sociedades capitalistas modernas y una fecundidad elevada. Además, el grado de escolaridad en las mujeres tradicionalmente se ha considerado como una de las variables que ejercen mayor influencia en el uso de anticonceptivos y en la fecundidad.

■ La educación formal de las mujeres de los distintos grupos influye en la conducta reproductiva, a mayor nivel escolar mayor uso de anticonceptivos.

■ Así, las influencias predominantes que actúan sobre el bienestar del individuo se generan accidentalmente, simplemente como un subproducto del progreso técnico. Puede muy bien sospecharse que la complejión y la psicología humana no se adaptan fácilmente al estilo de vida que nos impone la tecnología, pero queramos o no, la técnica sigue avanzando dejando a la profesión médica la nada envidiable tarea de tratar a un número creciente de víctimas, que son incapaces de hacer frente a las tensiones y esfuerzos que implica un mundo en rápido proceso de cambio.

■ En 2002 la mortalidad perinatal hospitalaria en el I.M.S.S., continúa la tendencia al descenso registrada desde hace varios años. No obstante, dicho comportamiento no es uniforme en las delegaciones y los niveles de dicha mortalidad, en algunos casos muestran acentuados contrastes. Ello hace necesario, entre otras medidas, mejorar la precisión diagnóstica y la certificación, particularmente para las muertes fetales tardías. Las principales causas de este último tipo de mortalidad están fuertemente vinculadas con las complicaciones maternas durante el embarazo y el parto. Su reducción requerirá mejorar cada vez más, la calidad de la atención médica para el diagnóstico y tratamiento oportunos y efectivos de las complicaciones maternas, tanto durante la vigilancia prenatal en medicina familiar como en la atención obstétrica hospitalaria.

■ En el período 1998-2002 la mortalidad perinatal hospitalaria en el I.M.S.S., continúa la tendencia al descenso registrado desde 1993. No obstante, dicho comportamiento no es uniforme en las regiones y delegaciones, en las cuales los niveles de dicha mortalidad en algunos casos muestran acentuados contrastes que resultan hasta paradójicos. Ello hace necesario, entre otras medidas, mejorar la precisión diagnóstica y la certificación particularmente para las muertes fetales tardías.

■ Las principales causas de este último tipo de mortalidad están fuertemente vinculadas con las complicaciones maternas durante el embarazo y el parto. Su reducción requiere mejorar la calidad de la atención médica para el diagnóstico y tratamiento oportunos y efectivos de las complicaciones maternas, tanto durante la vigilancia prenatal en medicina familiar como la atención obstétrica hospitalaria que se lleva a cabo en el instituto.

- En la mortalidad neonatal temprana aparece la prematurez como la condición más estrechamente ligada con aproximadamente dos terceras partes de sus causas, ya que la mayoría de los nacimientos prematuros son de tipo espontáneo, la prevención y tratamiento del parto pretérmino se constituye por ahora en el principal recurso para la reducción de esta mortalidad. Por ello, es de gran importancia uniformar los criterios y procedimientos técnico-médicos para su prevención y atención en las Unidades de Medicina Familiar.
- Otra medida trascendente será asegurar la oportuna y efectiva reanimación cardiopulmonar del Recién Nacido que deberá contribuir al abatimiento de las muertes hebdomadales asociadas con la asfixia del nacimiento y la hipoxia intrauterina. Por lo anterior resulta evidente que la contribución del área médica en la disminución de la mortalidad perinatal, es fundamentalmente una responsabilidad de los servicios de medicina familiar en relación con la vigilancia del embarazo y de los servicios hospitalarios de obstetricia para la atención del parto. A este esfuerzo coadyuvará en forma importante la atención neonatal de calidad progresivamente mayor que otorguen los servicios de pediatría.
- Las insuficiencias y las dificultades de los indicadores de la mortalidad en general por edades, la perinatal no miden la calidad de vida, pero se usan para evaluar la situación de salud del país. Sin duda es necesaria una estructura social y política que ayude a evitar daños en la salud; lo anterior se logra cuando se organiza socialmente de manera más justa.
- Aunque en el período de análisis continúa la tendencia al descenso de la mortalidad perinatal en el I.M.S.S., se hace necesario formular estrategias para mejorar la calidad de la atención obstétrica, ambulatoria y hospitalaria, así como intensificar las acciones para la prevención y atención del parto pretérmino, con el fin de acelerar su reducción.
- La estructura económico social del país interviene como causa primaria sobre la salud y la enfermedad, no cabe aquí el análisis de la concentración de la riqueza, el desempleo, la inflación, el analfabetismo, la marginación, la dependencia o el estancamiento económico. Con todo, es importante mencionar algunos aspectos ambientales que ejercen influencia en los niveles de salud, enfermedad y muerte de la población.
Carencias de sanidad y vivienda así como de vestido y alimentación deficientes se expresan más severamente en áreas rurales.
- Por último es importante el notar que en 1975, se tenía una mortandad perinatal de 48.9 por 1000 nacidos vivos y para el año 2002 se redujo a 11.4 por 1000 nacidos vivos, con lo anterior, se demuestra que en los últimos 30 años efectivamente ha disminuido considerablemente, la mortalidad perinatal.

BIBLIOGRAFÍA:

Ayala Espino José. 1992 Límites del mercado, límites del Estado. México, Instituto Nacional de Administración Pública.

1996 Diccionario de economía pública moderna, México, Cátedra extraordinaria. Ignacio Ramírez, Facultad de Economía UNAM.

2000 Mercado, elección pública e instituciones, una revisión de las teorías modernas del estado, México Facultad de economía.

Stiglitz E. Joseph

2000 La economía del sector público. Barcelona España, Antoni Bosh Editor.

Moctezuma Barragán Javier y José Narro Robles (Compiladores)

1992 La Seguridad Social y el Estado moderno, México, F.C.E. Instituto Mexicano del Seguro Social e ISSSTE.

1994 Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios, México Fundación Mexicana para la salud, Economía y salud.

1994 Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud. Economía y salud.

1987 México, Hoy. González Casanova Pablo y Flores Cano Enrique (Coordinadores). Siglo XXI Editores.

Musgrave Richard A. y Peggy B. Musgrave

1993 Hacienda pública teórica y aplicada México. Mc Graw Hill.

Samuelson P.; Nordhaus W.

1989 Economía, México, Mc Graw Hill.

2000 Revista mexicana de seguridad social. Cuestión social No. 45.

Elena Zúñiga, Daniel Hernández, Catherine Menkes y Carlos Santos. Trabajo familiar, conducta reproductiva y estratificación social. Editor Jorge Martínez Manautou. IMSS. México 1986.

Doctor Jorge Arturo Cardona Pérez. Contenido de apoyo para la capacitación sobre consejería en salud reproductiva. 1998. IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas.

E.J. Mishan. Los costes del desarrollo económico. Ediciones Orbis, S.A., 1985.