

VULNERABILIDAD DE LA NIÑEZ EN CHIAPAS

Temas de salud

Néstor García Chong • Laura Trujillo Olivera • Marlene Zúñiga Cabrera



— Colección Universitaria Letras sin papel —

Vulnerabilidad de la niñez en Chiapas
—*Temas de Salud*—

Néstor García Chong
Laura Trujillo Olivera
Marlene Zúñiga Cabrera

Colección eBooks

Letras sin papel

UNACH, 2015

VULNERABILIDAD DE LA NIÑEZ EN CHIAPAS

—Temas de Salud

Néstor García Chong
Laura Trujillo Olivera
Marlene Zúñiga Cabrera



García Chong Néstor Rodolfo, Trujillo Olivera Laura Elena, Zúñiga Cabrera, Marlene.

Vulnerabilidad de la niñez en Chiapas. *Temas de Salud*. – México: Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Medicina Humana, *Cuerpo Académico: Promoción y educación en salud*. El Colegio de la Frontera Sur. 2010 (Edición impresa).

1. Panorama epidemiológico de la mortalidad infantil en Chiapas 1998-2003 (Epidemiología). 2. Análisis regional de la muerte infantil evitable en Chiapas desde una perspectiva multidisciplinaria. (Atención/Prevención). 3. Estado nutricional en cuatro escuelas preescolares Región Altos de Chiapas, México. (Nutriología). 4. Trabajo infantil y repercusiones en la salud del niño/a migrante, en el municipio San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (desarrollo personal). 5. Exposición a plaguicidas en zonas rurales: riesgo furtivo a la salud de mujeres y niños. (Riesgos agrícolas). 6. La salud infantil en México. Una perspectiva desde la Bioética de la Atención a la Salud (Ética). 7. Muerte y sobrevivencia infantil en Chiapas: ¿Asunto de competencia médica? (Educación médica).

Vulnerabilidad de la niñez en Chiapas.

Temas de Salud.

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

D.R. © Néstor Rodolfo García Chong, Laura Elena Trujillo Olivera y Marlene Zúñiga Cabrera

Diseño editorial y portada:

Wilber Oswaldo Nucamendi Madrigal

En Portada: Detalle de grabado de Ramiro Jiménez Pozo. 1998

Primera edición impresa, 2010

Primera edición electrónica, 2015

ISBN: 978-607-8363-82-7

Esta obra está bajo una licencia de
Creative Commons



ÍNDICE

Prólogo	7
Introducción	16
Índice de Cuadros	19
Índice de Figuras	20
Siglarario	21

Sobrevivencia infantil

1. Panorama epidemiológico de la mortalidad infantil en Chiapas 1998-2003. <i>López Morales, María del Rosario, Trujillo Olivera, Laura Elena, García Chong, Néstor Rodolfo Y Zúñiga Cabrera, Marlene</i>	23
2. Análisis regional de la muerte infantil evitable en Chiapas desde una perspectiva multidisciplinaria. <i>García Chong, Néstor Rodolfo, Trujillo-Olivera, Laura Elena, López Gonzáles, Olga Lidia, Zúñiga Cabrera, Marlene y Ancheyta-Rosales Catarino</i>	44
3. Estado nutricional en cuatro escuelas preescolares Región Altos de Chiapas, México. <i>Morales Domínguez Magdalena, Salvatierra Izaba Benito, Pérez Domínguez, Guadalupe y Beutelspacher Pérez José Carlos</i>	66

Riesgos en la infancia

4. Trabajo infantil y repercusiones en la salud del niño/a migrante, en el municipio San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. <i>Hernández Pilicastro Lucrecia Magdalena</i>	83
5. Exposición a plaguicidas en zonas rurales: riesgo furtivo a la salud de mujeres y niños. <i>Ventura Maza Alejandro, Ventura Maza Marisa, Martínez Menchaca Aarón y Rodríguez Ortega Alejandro</i>	104

Políticas de salud

- | | | |
|----|---|-----|
| 6. | La salud infantil en México. Una perspectiva desde la Bioética de la Atención a la Salud. <i>Ocampo Martínez, Joaquín</i> | 125 |
| 7. | Muerte y sobrevivencia infantil en Chiapas: ¿Asunto de competencia médica? <i>Trujillo Olivera, Laura Elena, Cuesy Ramírez Ma. de los Ángeles</i> | 148 |

PRÓLOGO

Vulnerabilidad es el concepto que da nombre al trabajo que ahora sostiene en sus manos. Su significado es amplio, se ha empleado en distintas ciencias, desde la salud pública en su orientación más tecnocrática hasta las ciencias sociales, con enfoques más profundos. Vulnerabilidad hace alusión a ese estado en el cual una persona puede ser sujeta de los efectos más negativos de un fenómeno, para el caso de este trabajo se asume que la vulnerabilidad es de orden social y la niñez el grupo afectado. Desde la perspectiva de Wilches-Chaux y Castro ¹, la vulnerabilidad se produce por grado deficiente de organización y cohesión interna de la sociedad –en sus distintos niveles de agrupación–, que limita su capacidad de prevenir, mitigar o responder a situaciones críticas, como el acceso a servicios básicos y nutrición infantil, entre otros. En pocas palabras es un estado de indefensión.

Los teóricos están de acuerdo que las fracciones más frágiles de la sociedad se ubican en ambos extremos del ciclo vital humano: sus niños y sus ancianos, generalmente por razones orgánicas. Aunque México está inmerso en un proceso de envejecimiento, en este trabajo se enfoca a la niñez desde distintas dimensiones de la vida y se enfatiza el efecto negativo sobre la salud y la vida de los más pequeños. Prácticamente todos estamos de acuerdos que la niñez no es únicamente el futuro de la nación, también es el presente y con este material nos proponemos reivindicar sus derechos a una vida saludable, digna y productiva.

Salud es comprendida en los términos más amplios, como el resultado de un conjunto de determinantes de vida asociados a la producción, consumo, formas de vida, acceso a servicios públicos, incluidos los de atención a la enfermedad.

Cada día es más abundante la confirmación científica, del impacto negativo que causan los determinantes sociales y económicos en la salud humana y estos fenómenos, convierten a la niñez en el grupo poblacional de más alta vulnerabilidad.

Es urgente fomentar el debate interdisciplinario, para profundizar en el conocimiento del efecto que ejercen sobre la salud individual y colectiva, la aplicación y vigencia de las viejas y de las nuevas políticas públicas en temáticas sociales y económicas.

Las grandes diferencias en las condiciones de salud entre ricos y pobres, no son solamente una gran injusticia sino que son, además, determinantes de malas condiciones de vida y de disminución significativa de los años potenciales de vida de las poblaciones pobres.

El Panorama epidemiológico de la mortalidad infantil en Chiapas 1998-2003 tiene como objetivo establecer la magnitud del impacto de la muerte de niños (as) menores de un año en el estado de Chiapas, en un período de seis años. Se describen las causas más frecuentemente registradas en los documentos oficiales.

En Chiapas 1998–2003, ocurrieron 92,956 defunciones, de las cuales 9,464 corresponden a defunciones infantiles (10.2%); la mortalidad infantil en Chiapas (2004) fue 26.3 /1000 NVR. El entorno socioeconómico en que ocurre la mortalidad de niños, parece incorporar las peores condiciones y factores negativos tal como se viven en las zonas más pobres de todas las regiones del mundo; adicionalmente el registro de defunciones de niños no es de buena calidad. La tasa de mortalidad infantil, sigue siendo el mejor indicador trazador y centinela de la calidad de vida en los pueblos.

En Chiapas, 28 municipios presentan muy bajos índices de desarrollo humano, de estos, diez figuran en la lista de los 100 municipios más pobres de México (PNUD²/ONU 2005). La mortalidad infantil en Chiapas, presenta las tasas más altas en los municipios de: Francisco León, Ocotepec y Santiago el Pinar; entre las causas básicas de muerte infantil más frecuentes están las afecciones perinatales con 81.1% y las malformaciones congénitas con 13.5%, por su parte, la muerte neonatal es alta y casi siempre asociada a las condiciones de atención del parto y de los cuidados inmediatos del recién nacido.

El informe de UNICEF 2000 refiere una mortalidad infantil en México de 32/1000NV, en el año 2000 las principales causas de muerte infantil son primero las afecciones perinatales y en segundo lugar las anomalías congénitas.

Beltrán, Omis y Villar (2001) refieren que en Centro América y el Caribe, 52,000 infantes mueren cada año y que sólo con lactancia materna el 13.9% (7,228 niños menores de un año) no hubieran muerto.

En 2003 (Black y Morris) refieren que cada año ocurren en el mundo 10.8 millones de muertes de niños menores de 5 años; entre ellas 3.9 millones de neonatos y la mayoría por causas prevenibles.

Murgía (2005) menciona una estimación de 130 millones de nacimientos en el mundo cada año, de los cuales 3.3 millones corresponden a mortinatos y más de 4 millones mueren durante los primeros 28 días de vida.

El segundo artículo, *Análisis regional de la muerte evitable en la niñez de Chiapas desde una perspectiva multidisciplinaria* inscribe como objetivo identificar las tendencias regionales y principales causas de la muerte evitable en niños, período 2000 – 2006.

El concepto de evitabilidad, está asociado a la calidad de la atención médica; es impostergable el cumplimiento estricto de las normas oficiales mexicanas en materia de salud. En la Región Altos de Chiapas, la mortalidad infantil evitable desde el período neonatal temprano se estima en 82.6%; las principales causas de las muertes son: diarrea, neumonía, sarampión, paludismo, VIH sida, daños asociados a desnutrición y todas las afecciones y complicaciones perinatales.

Cada año mueren en el mundo, 10.8 millones de niños menores de 5 años, la mayoría de estas muertes ocurre por causas evitables con acciones de prevención y/o atención oportuna.

Según el PNUD/ONU en su informe del año 2005, mencionan que el panorama frente al cumplimiento del cuarto objetivo del desarrollo del milenio es sombrío, porque muestra desaceleración en el progreso para reducir la mortalidad en los niños, la misma organización identificó también en el informe 2004 una correlación inversa entre desarrollo humano y la población indígena, sintetizando la relación de esta manera, entre mayor es el porcentaje de población indígena, menor es el índice de desarrollo humano en las regiones.

En Chiapas la tasa de mortalidad infantil, ha llegado a cifras de 109x1000 NVR³ y se estima que en México, más de 50 mil muertes de niños al año, están asociadas a casos de desnutrición y enfermedades infecciosas; el 83.6% de las muertes de niños en regiones indígenas tienen como causa básica las infecciones intestinales.

En el apartado *Estado nutricional en cuatro escuelas preescolares de la Región Altos de Chiapas, México* el objetivo es conocer el comportamiento nutricional en preescolares de la Región Altos de Chiapas, México.

El estudio dedica su atención a cuatro grupos poblacionales de niños en edad preescolar en donde, la prevalencia encontrada es de 25% de desnutrición crónica; no hay significancia en el fenómeno entre los niños y las niñas, pero en el análisis de desnutrición por edades, si hay diferencias significativas. Los daños causados por el problema de la desnutrición son bien conocidos;

desde 1967 el Dr. Rafael Ramos Galván identificado como uno de los grandes científicos del mundo en los aspectos de nutrición - salud en niños describió que “*la desnutrición crea una dinámica especial para la preservación de la vida y la continuidad de la especie humana*”; en niños causa: disminución del apetito, disminución de la actividad física, aumento del tiempo de sueño, adaptación metabólica a la escasez de energía, adaptación metabólica a la escasez de nutrientes y detención del crecimiento; es claro que el deterioro nutricional es causa predisponente y asociada a los eventos de enfermedades y muerte.

No obstante su corta edad, algunos niños deben desempeñar una actividad productiva para ganarse la vida, el capítulo “*Trabajo y repercusiones en la salud del niño/a migrante, en el municipio San Cristóbal de las Casas, Chiapas*”, cuyo objetivo es caracterizar la magnitud y trascendencia del trabajo de los niños entre el grupo doméstico y los factores que lo condicionan.

La situación del niño trabajador es de grandes dimensiones: en el mundo, más de 132 millones de niños trabajan en la agricultura y eso es sólo el 70% del volumen de los niños que trabajan; en México, existen 3.1 millones de niños jornaleros agrícolas y de esto el 20% del trabajo lo realizan niños entre 6 y 14 años de edad; en Chiapas, más de 200 mil niños están incorporados al trabajo y a la búsqueda de dinero para el aporte familiar.

La vida de los niños trabajadores se caracteriza porque se aumentan los problemas de salud, no viven la niñez adecuada, no tienen oportunidad de jugar y en síntesis dañan su desarrollo físico, mental y emocional; las labores en que intervienen los niños, son un problema grave porque realizan trabajos pesados como: cargar agua y leña e incorporarse a las labores agrícolas.

Por su parte, los padres dicen y justifican que la ayuda del niño en la agricultura no se considera trabajo y que esta experiencia los prepara para una vida difícil y para participar en el aporte a la economía doméstica.

Se sabe bien, que en los propios campos de trabajo, los niños adquieren estilos de vida no saludables, allí mismo, padecen enfermedades y en ocasiones ocurre la muerte.

Mientras esto ocurre, sin conocimiento pleno del problema y en un ambiente de alta comodidad y bajo la sombra, las grandes organizaciones y gobiernos del mundo continúan discutiendo el tema de: la observancia de los derechos de los niños.

Es bien sabido que Chiapas tiene una altísima proporción de su población dedicada a actividades productivas primarias, en el capítulo *Exposición a pla-*

guicidas en zonas rurales: riesgo furtivo a la salud de mujeres y niños se describe el caso de agricultores de La Frailesca, una de las regiones más productivas de Chiapas.

Miles de trabajadores mueren cada año en el mundo por causa de sustancias órgano-fosforados, carbamatos y piretroides de uso permanente en los cultivos; adicionalmente millones de mujeres y niños sufren intoxicación aguda y crónica por el uso de plaguicidas, en el control del uso y exposición a estas sustancias no intervienen los sistemas de salud.

En el aspecto productivo no se ha logrado disminuir o reemplazar el uso de plaguicidas y fertilizantes, estos se aplican en siete etapas de los cultivos: limpia, riego, siembra, eliminación de plagas, fertilización, cosecha y envase de productos; de especial significancia por los riesgos, es el almacenamiento inadecuado de productos expuestos a plaguicidas en todas las áreas de la vivienda.

En África y Asia la fuerza de trabajo femenina en actividades agrícolas es del 50%; en América la mujer participa con el 20% del trabajo agrícola y esté porcentaje aumenta cada día asociado a: los cambios macroeconómicos, el incremento de la pobreza, la degradación del medio ambiente, el abandono y/o la migración de los esposos.

Es claro observar que la pérdida masiva del trabajo masculino en actividades agrícolas, obliga en las mismas o mayores proporciones a la incorporación de la mujer y el niño en actividades para la producción de autoconsumo y sobrevivencia.

La Organización Mundial de la Salud destaca la elevada mortalidad por causas ambientales, en septiembre de 2002 puso en marcha la iniciativa *Entornos saludables para los Niños*.

Justamente porque pareciera que los derechos de los niños son omitidos en una sociedad empobrecida históricamente, el artículo *La salud de la niñez en México. Una perspectiva desde la Bioética de la Atención a la Salud* aporta una reflexión al respecto. Su objetivo es revisar la aplicación de los preceptos de bioética en la atención a la salud de la niñez en México.

En 1971, surge el pensamiento y término “*bioético*”; describe a la bioética como un área de reflexión y las implicaciones que causan las relaciones del hombre con el fenómeno de la vida humana.

La práctica de la medicina incluye preceptos morales, que significan la inclusión de principios bioéticos en el marco conceptual de las ciencias biomédicas.

La práctica médica, ha permitido abusos y actos de deshumanización, tales como: cobro exagerado por los servicios, la realización de cirugías injustificadas, la soberbia en la atención a los pacientes y el abuso de confianza; estas y otras prácticas ha generado y va en aumento la pérdida de confianza en el médico.

La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco; cuanto más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de la puericultura y más expuestos han estado los niños a la muerte violenta, al abandono, a los golpes, al terror y a los abusos sexuales (Dmause,1974).

La salud y la vida de las mujeres y los niños son el gran desafío de la comunidad mundial; los riesgos y los daños milenarios aún persisten sin atención ni solución efectiva, pero a esta compleja situación se han agregado riesgos y daños emergentes y reemergentes y nuevas amenazas sanitarias universales.

Considerando que este texto tiene su origen en un Cuerpo Académico del área de las ciencias de la salud, se incluye el capítulo *Muerte y sobrevivencia infantil en Chiapas: ¿Asunto de competencia médica?* El objetivo que se declara es reflexionar sobre la manera en que las competencias médicas son determinantes en la muerte infantil.

La muerte de los menores de un año, es el resultado negativo de un conjunto de condiciones de vida de la población y de la insuficiente respuesta social a las necesidades de atención de los grupos socialmente más vulnerables; por su parte, la sobrevivencia infantil es un éxito relativo.

Se trata de enfocar el papel de los profesionales de la medicina, en el terreno de las competencias y el quehacer cotidiano, de la formación de médicos en la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez” de la Universidad Autónoma de Chiapas, la evaluación realizada por la autora, muestra suficiente conocimiento y habilidad (competencias) para administrar adecuadamente un tratamiento al Recién Nacido (niño entre 0 y 28 días), aunque el problema que asume, sea la barrera cultural que caracteriza la situación en que se presta el servicio.

Contraria a esta situación se identifica falta de competencia para el manejo adecuado del niño lactante y preescolar, situación que sugiere la necesidad de mejorar la práctica docente en la facultad para fortalecer las competencias y no permitir que ocurran muertes por causas evitables.

Más de un 70% de los casi 11 millones anuales de muertes de niños en el mundo se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las infecciones neo-

natales, la neumonía, el parto prematuro y la falta de oxígeno al nacer; la mayoría de estas muertes, se pueden evitar porque existe el conocimiento, la tecnología y los avances científicos en medicamentos.

Pero las enfermedades no son inevitables, ni tampoco los niños enfermos tienen que morir. Las investigaciones y la experiencia indican que 6 millones de los casi once millones de niños y niñas que mueren todos los años en el mundo, podrían salvar la vida por medio de medidas nada sofisticadas, basadas en pruebas empíricas y eficaces con relación a sus costos, tales como: vacunas, antibióticos, suplementos de micronutrientes, mosquiteros tratados con insecticida y una mejora de las prácticas de atención familiar y lactancia materna.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha sido testigo de la reducción de un 50% en la mortalidad de menores de cinco años entre 1960 y 2002. Se ha observado que la administración de suplementos de vitamina A puede salvar más de un cuarto de millón de vidas todos los años; que la terapia de rehidratación oral puede evitar un millón de muertes; y que los programas de inmunización pueden proteger la vida de 4 millones de niños.

De los artículos contenidos en este libro se puede concluir que, las causas básicas de la mala salud, de las desigualdades sociales, de la inequidad en el uso y beneficio de los bienes y servicios públicos y de la alta vulnerabilidad de la niñez, expresadas en mala calidad de vida, enfermedades frecuentes y alta mortalidad, son apartados vitales en la agenda social no atendida por los sectores que constituyen la respuesta social organizada, problemática particular que trasciende las fronteras de nuestro estado de Chiapas.

*Pedro Villafañe Villafañe, Estadístico
Laura Elena Trujillo Olivera, Médica*

NOTAS

1. WILCHES-CHAUX, GUSTAVO Y BLANCA CECILIA CASTRO BUCHE-LI , “Relaciones Sociales y Teoría de Sistemas”, Documento de trabajo del primer semestre, Facultad de Antropología Universidad del Cauca, Popayán, 1987.
2. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/Organización de Naciones Unidas.
3. Nacidos Vivos Registrados

INTRODUCCIÓN

Este texto es una recopilación de trabajos que ilustran la forma en que la salud humana, durante los primeros años de la vida, es amenazada y afectada por procesos sociales acentuados por la pobreza en Chiapas.

Los estudios integrados bajo el título **Vulnerabilidad de la Niñez en Chiapas**. Temas de Salud son el producto del trabajo de investigación de un grupo de profesionales de la salud, incorporados como trabajadores en el área de la docencia e investigación científica en instituciones de educación superior y otros en instituciones de atención a la salud colectiva en el estado de Chiapas.

El propósito de este texto es mostrar, así sea una pequeña fracción, de los muchos riesgos y daños a la salud que tienen los niños. En Medicina, un **infante** es un menor que no ha cumplido un año de vida. Este infante vive un período de **neonato** –recién nacido– desde que sale del vientre materno y hasta que cumple el primer año de vida; el resto del tiempo, antes de cumplir el primer año vive el periodo en el que es llamado **lactante**. Entre los dos y cinco años los niños viven la etapa preescolar, pues es la actividad desarrollada en ese ámbito la que origina su designación. Para efectos legales, la niñez abarca hasta los 18 años. En este texto enfocamos los esfuerzos a atender la situación de los menores de seis años, sin que eso signifique que los mayores estén exentos de riesgos y daños a su salud.

Caracterizar el estado de salud de una población, usando sólo datos de mortalidad, es muy impreciso, porque la supervivencia por sí misma no es un indicador adecuado de las condiciones de salud y no reflejan ni el volumen, ni el tipo de la morbilidad que se presenta.

No es posible desconocer que los indicadores para medir la salud “morbilidad y mortalidad” son expresiones numéricas, producto de procesos matemáticos y estadísticos y la oportunidad de los datos, pero particularmente que la calidad y/o confiabilidad de los mismos no está garantizada en ningún lugar del mundo.

Entre las principales fuentes de datos para las estadísticas e indicadores de la salud se pueden mencionar: censos de población y vivienda (volumen, estructura y dinámica demográfica); registros de sucesos demográficos (los registros civiles); procesos migratorios (sin control y menos registro); registros ordinarios de los servicios de salud (sistemas de información); datos

de vigilancia epidemiológica (niveles endémicos, brotes, epidemias, pandemias); registros de enfermedades (causas de consulta y hospitalización) y otras fuentes de datos de sectores no afines a la salud (educación, economía, entre otros.)

A pesar de lo anterior, se siguen realizando grandes esfuerzos normativos y de diseño tecnológico para lograr la obtención de datos de la mayor calidad posible en todas las regiones del mundo.

Este libro que se presenta sobre *Vulnerabilidad de la Niñez en Chiapas*. Temas de Salud no escapa a las limitaciones y exclusiones originadas por las estadísticas, sin embargo, sus artículos constituyen un material muy valioso que identifica y describe aspectos relevantes sobre las condiciones de vida, los riesgos de enfermar y morir, el panorama epidemiológico y el volumen y estructura de la mortalidad en los infantes y en los niños menores de 5 años; las condiciones mencionadas caracterizan en lo general el grado de *Vulnerabilidad de la niñez en Chiapas*.

En este texto se puntualizan situaciones generales y algunas particularizaciones incorporadas en los artículos que lo componen, organizados en tres dimensiones: 1) Sobrevivencia infantil; 2) Riesgos en la Niñez; 3) Políticas de Salud.

Bajo la primera dimensión, *Sobrevivencia infantil*, se agrupan tres capítulos, el primero de ellos describe *grosso modo*, las causas de muerte de menores de un año durante un período sexenal en Chiapas. El segundo capítulo se dedica a analizar la magnitud de las muertes evitables, esta vez, en las diferentes regiones económicas que conforman la entidad chiapaneca. Éstos dos primeros trabajos, por definición, enfocan a la población menor de un año, es decir, a los infantes. El tercero de los capítulos que conforma esta categoría está enfocado a un aspecto central de la vida y salud de un ser humano: la alimentación y su expresión en el estado nutricional. Este aspecto, determinante en el pronóstico de salud y vida de una persona cobra relevancia en los primeros años de vida –la etapa preescolar de los seres humanos–, este apartado describe el estado que guarda en una pequeña muestra de pequeños de la Región Altos de Chiapas, México.

La segunda dimensión, Riesgos en la Infancia, está desarrollada a partir de dos capítulos, *Trabajo y repercusiones en la salud del niño/a migrante, en el municipio de San Cristóbal de las Casas, Chiapas* y *Exposición a plaguicidas en zonas rurales: riesgo furtivo a la salud de mujeres y niños*. En ambos trabajos, los autores perfilan los riesgos que enfrentan los pequeños en las actividades

productivas que realizan. Únicamente se destacan dos de los varios aspectos que pueden adquirir los riesgos a la salud, aunque es lógico asumir que no son los únicos pero si los más frecuentes, considerando la situación actual. En estos dos trabajos los niños son un poco mayores, sin alcanzar los 14 años.

Por último, en la tercera parte, se incorporan dos trabajos relacionados con las Políticas de Salud dedicadas a la protección de la niñez. El trabajo *La salud de la niñez en México. Una perspectiva desde la Bioética de la Atención a la Salud*, es una amplia reflexión sobre los derechos que los niños tienen a la salud, a la protección, a una vida digna y exenta de riesgos adicionales. El segundo trabajo, es una reflexión sobre las capacidades médicas y su participación en el fenómeno de la muerte infantil; *Muerte y sobrevivencia infantil en Chiapas: ¿Asunto de competencia médica?* Trata de identificar, mediante indicadores indirectos sobre los conocimientos –así sean declarativos y no se pueda más que especular sobre las habilidades para actuar frente al problema cotidiano de la atención médica– que los médicos formados tienen para llevar a cabo una praxis adecuada.

No es desconocido para los autores que los fenómenos que causan vulnerabilidad en la niñez y aumentan la exposición a riesgos de enfermar y morir son múltiples, entre ellos: el entorno físico, psicológico y social en que vive y se cría al niño, las condiciones socioeconómicas de la madre y el grupo familiar y finalmente la disponibilidad y accesibilidad al uso oportuno de los servicios de salud en sus dimensiones preventiva, curativa y de rehabilitación.

		Pag.
Cuadro 1.1	Principales causas de mortalidad en edad infantil entre 1971 y 2000. México	27
Cuadro 1.2	Principales causas de mortalidad infantil de acuerdo a CIE-10 en Chiapas 1998-2003.	33
Cuadro 1.3	Principales causas de Mortalidad Neonatal Precoz en Chiapas, 1998-2003.	34
Cuadro 1.4	Principales causas de mortalidad neonatal tardía en Chiapas, 1998-2003.	35
Cuadro 1.5	Principales causas de mortalidad Postneonatal en Chiapas, período 1998 – 2003.	36
Cuadro 2.1	Prevalencia por entidad federativa de talla baja en la población de primer año de primaria de acuerdo con los Censos Nacionales de Talla (1994 y 1999).	50
Cuadro 2.2	México: Índice de Inequidad en Salud por Estados: Indicadores de Mortalidad relacionada con el embarazo, parto y primera infancia* y de mortalidad potencialmente evitable** (2005).	51
Cuadro 2.3	Mortalidad infantil por regiones según edad de ocurrencia de la defunción, Chiapas, 2000-2006.	58
Cuadro 3.1	Población estudiada según plantel, sexo y nivel escolar.	75
Cuadro 3.2	Prevalencia del estado nutricional en cuatro preescolares. (Puntaje de z).	76
Cuadro 3.3	Desnutrición crónica según sexo y plantel.	76
Cuadro 3.4	Desnutrición crónica según edad y plantel preescolar.	77
Cuadro 3.5	Estado nutricional según índice de Masa Corporal en niños/ñas de 4-7 años.	77
Cuadro 3.6	Promedio y desviación estándar de peso, talla y IMC según edad y sexo de los niños/as del Preescolar Santiago El Pinar.	78
Cuadro 5.1	Problemas del uso de plaguicidas y exposición de mujeres en áreas rurales.	113
Cuadro 5.2	Plaguicidas más comunes utilizados en zonas rurales de la Región Frailesca, Chiapas.	117
Cuadro 7.1	Población económicamente activa de Chiapas, según ingreso. 2000.	158

	ÍNDICE DE FIGURAS	Pag.
Figura 1.1	Comportamiento de la mortalidad de menores de un año en Chiapas, período 1998-2003	31
Figura 1.2	Componentes de la mortalidad neonatal.	31
Figura 1.3	Distribución proporcional de Mortalidad Infantil por componentes según sexo, Chiapas 1998–2003	32
Figura 1.4	Distribución Municipal de la Mortalidad Infantil, en Chiapas, 1998-2003	34
Figura 3.1	Mapa grado de riesgo nutricional del estado de Chiapas, 2003	73
Figura 4.1	Ubicación del contexto de estudio Trabajo Infantil	93
Figura 4.2	Grado de escolaridad -según sexo- de los habitantes de la colonia Emiliano Zapata, San Cristóbal Las Casas, Chiapas, 2004	94
Figura 4.3	Nivel de escolaridad por sexo. Comunidad Zacualpa Ecatepec	95
Figura 4.4	Participación al interior del grupo doméstico de niños y niñas de 6 a 15 años, de la Comunidad Zacualpa Ecatepec.	96
Figura 4.5	Participación de niños y niñas de 6 a 15 años, de la Colonia Emiliano Zapata.	97
Figura 4.6	Distribución de niños/as por ocupación y edad a la que comenzaron a trabajar. Colonia Emiliano Zapata y Comunidad Zacualpa Ecatepec.	98
Figura 5.1	Tendencia al incremento de superficie sembrada de maíz en Chiapas. SIACON, 2005	115
Figura 5.2	Formas de exposición en casa (porcentajes de hogares n=132) en las localidades de la zona Frailescana, Chiapas. Fuente: Ventura, 2007.	118
Figura 5.3	Tipo de plaguicidas y número de presentaciones (nombres comerciales diferentes) que fueron mencionados, los cuales son aplicados en el perímetro de la vivienda en localidades de la zona Fraylescana, Chiapas, 2007. Fuente: Ventura, 2007	119
Figura 7.1	Puntuaciones obtenidas en los tres componentes del área Perinatología por 870 sustentantes del EGEL-CENEVAL.	167

SIGLARIO

CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CENEVAL	Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A.C
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
COCyTECH	Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Chiapas
CONAPO	Consejo Nacional de Población
ECOSUR	El Colegio de la Frontera Sur
EGEL-MG	Examen General de conocimientos para Egreso de Licenciatura de Medicina General
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares
ENN	Encuesta Nacional de Nutrición
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FISANIM	Fideicomiso para la salud de los niños indios de México
FMH	Facultad de Medicina Humana
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMC	Índice de Masa Corporal
INCIDE	Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
ISECH	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
LAIGE	Laboratorio de Análisis de Información Geográfica y Estadística
MNP	Mortalidad Neonatal Precoz
MNT	Mortalidad Neonatal Tardía
NOM	Norma Oficial Mexicana
NVR	Nacidos vivos registrados
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDIE	Proporción de Defunciones Infantiles Evitables
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

RN	Recién Nacido
SEED	Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones
SIINV-UNACH	Sistema Institucional de Investigación de la UNACH
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
TDS	Testimonio de Desempeño Satisfactorio
TDSS	Testimonio de Desempeño Sobresaliente
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UNACH	Universidad Autónoma de Chiapas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CHIAPAS 1998-2003

*Este trabajo forma parte del proyecto Mortalidad infantil y marginación en Chiapas:
El caso del municipio Santiago el Pinar, financiado por el Sistema Institucional de Investigación
(SIINV-UNACH) en su 7ª convocatoria*

María del Rosario López Morales

Laura Elena Trujillo Olivera

Néstor Rodolfo García Chong

Marlene Zúñiga Cabrera

— RESUMEN —

El estudio de la mortalidad infantil (MI) debiera ser una prioridad en política pública mundial en materia de salud en el mundo entero.

La presente investigación se desarrolló en estado de Chiapas, año 2007, basada en fuentes secundarias del Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED) del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH); abarcó 9,464 defunciones de menores de un año de edad, ocurridas entre 1998 y 2003.

Los resultados muestran que los municipios con mayor presencia de muertes infantiles son los que se encuentran entre los veinte municipios más pobres de Chiapas, también considerados dentro de los que tienen altos grados de marginación y bajo desarrollo humano a nivel nacional. Las dos principales causas de muerte son las afecciones perinatales (81.1%) y las malformaciones congénitas (13.5%).

La mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida) constituye una fracción relevante del fenómeno, lo que supone las condiciones de la atención del parto y el recién nacido.

Conviene señalar la necesidad de fortalecer el registro de defunciones infantiles, sobre todo en los municipios con alta marginación, para estimar las tasas de mortalidad infantil municipales, útil para fundamentar la toma de decisiones y orientar las políticas públicas destinadas a reducir las defunciones infantiles.

Palabras clave

Fallecimientos, menores de un año, marginación municipal, muerte neonatal, mortalidad pos-neonatal

— ABSTRACT —

The study of infant mortality (IM) should be a priority in global public policy on the matter of health, in entire world.

This research was conducted in Chiapas State, México, in 2007. It is based on secondary sources of the Epidemiological Statistical System of Deaths (SEED) of the Chiapas State Institute of Health (ISECH). It covered 9.464 deaths of less than one year children that occurred between 1998 and 2003.

The results show the municipalities with greater presence of child deaths are classified within the twenty poorest municipalities in Chiapas. These are also considered among those that have high degrees of marginalization and low human development on a national level. The two main causes of death are perinatal diseases (81.1%) and congenital malformations (13.5%). Neonatal mortality (death within the first 28 days of life) is a major part of the phenomenon, reflecting the conditions of care to the childbirth and to the newborn.

It is advisable to remark the need to strengthen the registration of infant deaths, especially in municipalities with high marginalization, to estimate the municipal infant mortality rates, which is useful to lay the foundations for taking decisions and guide the public policies aimed at reducing child deaths.

Keywords

Deaths, less than one year children, municipal marginalization, neonatal death, post-neonatal mortality.

Más de 10 millones de niños mueren cada año en el mundo, la mayoría por causas prevenibles y casi todos originarios de países pobres (Black y Morris, 2003). Lawn (2005) considera que de las 10.8 millones de muertes infantiles en niños menores de cinco años que ocurren en el mundo anualmente, 3.9 millones se producen en el periodo neonatal —la cifra es mayor en países pobres—. Murguía (2005) estima que a nivel mundial nacen aproximadamente 130 millones de niños, casi 3.3 millones nacen muertos y más de cuatro millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las muertes neonatales representan 37% de la mortalidad en niños menores de cinco años de edad. Estas cifras varían según las tasas globales de mortalidad y las condiciones de vida que prevalezcan en cada país, lo que genera diferencias abrumadoras entre Norteamérica (TMI 8 por 1000 NVR; periodo 1995-2000) y Centroamérica (TMI 35; periodo 1995-2000) (OPS, 2001).

Desde el último cuarto del siglo XX, las tasas de mortalidad infantil han disminuido a nivel mundial, sobre todo en los países desarrollados, distinto a lo que ocurre en países de Asia, África y Centroamérica. Beltrán, Onis y Villar (2001) reconocen que, aunque el indicador mundial ha disminuido, continúa muy alto en Centroamérica y El Caribe. En estos países, 13.9% de la mortalidad infantil (aproximadamente 52.000 fallecimientos anuales), se habrían evitado realizando lactancia materna exclusiva durante los primeros tres meses de vida y lactancia materna parcial hasta cumplir el primer año de vida. En este contexto, Haití mantiene una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 91 defunciones por cada mil nacidos vivos, México mantiene alrededor de 28 decesos, mientras que Cuba tiene una tasa muy baja (7 defunciones), cabe recordar que muchas de estas muertes son prevenibles.

Según la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE, 2004), en los países miembros el promedio de esperanza de vida al nacer es de 80.7 y 74.8 años para mujeres y hombres, respectivamente; la TMI es de 6.2 defunciones. De acuerdo con este organismo, en México la esperanza de vida al nacer es de 77.4 y 72.4 años para mujeres y hombres, respectivamente. La TMI es de 21.4 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos. Las diferencias son evidentes y la TMI es poco más de tres veces superior al promedio de los países miembros de la OCDE, lo que debiera representar una prioridad en salud, considerando que el 40% de estas muertes pueden prevenirse. En México, la mortalidad infantil disminuyó en forma significativa entre 1930 y 1980, pasó de una tasa de 132 a 39 defunciones,

se redujo 70%. Juárez y Mejía (2003) consideran que esta cifra sigue siendo elevada, comparada con países de alto desarrollo humano donde únicamente mueren siete niños antes de cumplir el primer año de vida.

De acuerdo al informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2000) sobre el Estado Mundial de la Infancia, en México la TMI es de 32/1000 nacidos vivos, por lo que ocupa el lugar 102 entre los 157 países miembros, donde Nigeria ocupa el primer lugar con una tasa de 320 fallecimientos, mientras que Suecia y Singapur ocupan el último lugar con cuatro muertes, por la misma constante. El estudio de Juárez, Mejía y Rendón (2003), documenta la transición epidemiológica en edad infantil comparando las principales causas de mortalidad entre 1971 y 2000, muestran que las causas infecciosas han disminuido en 95%, incrementándose los tumores malignos en 28 por ciento.

Cuadro 1-1. Principales causas de mortalidad en edad infantil entre 1971 y 2000. México

Lugar	Causas, 1971	Causas, 2000
1	Neumonía e Influenza	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Anomalías congénitas
3	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Neumonía e Influenza
4	Infecciones respiratorias agudas	Enteritis y otras enfermedades diarreicas
5	Anomalías congénitas	Accidentes.

Fuente: Juárez S.; Mejía J.; Rendón M. (2003). *Tendencia de seis principales causas de muerte en niños mexicanos durante el periodo 1971-2000: La transición epidemiológica en niños*. Gaceta Médica México. Vol.139. No. 4, pp 328.

Históricamente Chiapas ha ocupado los —nada deseables— primeros sitios en desigualdad social, rezago educativo, menor ingreso per cápita que configuran el contexto para severos problemas de salud pública, manifestados por alta mortalidad infantil. El INEGI registra que en Chiapas, entre 1999 y 2000, las causas de muerte en niños menores de un año por orden de importancia fueron: i) afecciones originadas en el periodo perinatal; ii) malformaciones congénitas; iii) malformaciones congénitas del sistema circulatorio; iv) influenza y neumonía; y v) enfermedades infecciosas.

Las estadísticas señalan que en 1990 más de 30% de las muertes en menores de cinco años se debían a infecciones comunes, como diarreas e infecciones respiratorias agudas (IRAS). Actualmente sólo el 15% de las muertes son atribuibles a estas causas. Sin embargo, las infecciones comunes continúan siendo

un problema grave, particularmente en los municipios y localidades con mayor índice de marginación. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) en niños chiapanecos menores de cinco años la prevalencia de diarrea (21.1%) fue la más alta reportada a nivel nacional (12.9%), casi cuatro (39.5%) de cada diez casos fueron de menores de un año de edad.

Respecto a la atención del embarazo y del parto por personal calificado, ENSANUT (2006) reporta que en Chiapas el 75.3% de las mujeres con un hijo menor de un año recibió al menos una consulta de atención prenatal por parte del personal de salud; el promedio nacional de este indicador fue del 94.9%. Referente a la atención de parto por parte de un médico, Chiapas registra una cobertura de 61.9%, situación que lo ubica treinta y dos puntos porcentuales abajo del promedio nacional (93.4%), es la menor cobertura en el país.

La mortalidad infantil muestra heterogeneidad entre estados, en 2004 en Chiapas se estimó en 26.3 defunciones, mientras que en el Distrito Federal se registraron 14.4 fallecimientos de menores de un año. Según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2007) la mortalidad infantil en población indígena se calcula en 34.4 defunciones en el año 2000 y 26.8 muertes en el 2006.

Para contextualizar las cifras anteriores, Augsburg (2006) plantea que la mortalidad infantil se asocia a componentes heterogéneos y diversos, tanto biológicos como económicos y sociales. Chico e Hidalgo (2004) sostienen que las condiciones de vivienda, alimentación, higiene y educación son elementos sustantivos en el análisis de mortalidad infantil, que deviene en el indicador de mayor sensibilidad para evaluar la salud de cualquier comunidad. Black y Morris (2003) señalan que lugares poco higiénicos e inseguros, ingestión de agua no potable, no tener agua para la limpieza y la falta de acceso a sanitarios, contribuyen con alrededor de un millón y medio de muertes infantiles, y aproximadamente a un 88% de muertes por diarrea. Los índices de mortalidad infantil describen el grado de desarrollo de un país y así se podría afirmar que a menor mortalidad infantil debería haber mayor bienestar social. La investigación epidemiológica tiene un papel relevante en la argumentación de políticas públicas orientadas a reducir la mortalidad infantil.

Conocer la epidemiología de la salud infantil provee información útil para la planificación, monitoreo y evaluación de la salud pública. Obtener información epidemiológica válida de cada país y sus regiones, será un paso importante para lograr el desarrollo de políticas públicas tendientes a reducir

la mortalidad infantil, sobre todo en los municipios más afectados (Chico e Hidalgo, 2004).

En el análisis de la mortalidad infantil, como en muchos otros fenómenos demográficos relacionados con la eficacia de los servicios de salud, existen obstáculos que afectan la disponibilidad, actualización y calidad de datos, para hacer estimaciones con alto grado de precisión (Lozano, 2007); uno de los principales problemas es el subregistro de nacimientos y defunciones en las comunidades. Gómez de León (1990) afirma que la ausencia de registro de muertes infantiles constituye un problema mundial, la magnitud es mayor en los países en desarrollo. Tomé (1997) sostiene que México no está excluido de este problema, evidente por las bajas tasas de mortalidad infantil notificadas en algunos estados, principalmente del sur, cuyas condiciones de pobreza conducen a esperar una mayor mortalidad. En un estudio realizado por este investigador en Guerrero, en 1997, observó una frecuencia del 68% de subregistro de muerte en niños, entre los aspectos relevantes se destaca el desconocimiento que tiene la población de la existencia del registro civil y los servicios que otorga.

Bajo las consideraciones anteriores, reconociendo que Chiapas comparte características semejantes con Guerrero y Oaxaca, se asume que disponer de datos confiables permitiría: tener un marco referencial más real, aplicarlos al planteamiento de mejores estrategias y la construcción de propuestas concretas apegadas a las necesidades actuales del contexto, y lo más importante, esto resultaría fundamental para disminuir la mortalidad infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo, tomando como fuente de información las estadísticas de mortalidad del estado de Chiapas en el periodo 1998- 2003, proporcionadas por el Instituto de Salud a través del Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones (SEED).

Se recuperaron las principales causas de defunción en menores de un año, se agruparon según edad, sexo y municipio de residencia. La variable edad en la que ocurrió la muerte se desagregó de acuerdo a los componentes de la mortalidad infantil: neonatal (precoz y tardía) y postneonatal.

Bajo esta lógica se organizó la mortalidad proporcional por causas y se organizó por grupos de edad 0-6 días (Mortalidad Neonatal Precoz); 7-27 días (Mortalidad Neonatal Tardía); 28-364 días (Mortalidad Postneonatal); sexo y lugar de residencia. Se utiliza como indicador la mortalidad proporcional por la dificultad de disponer de un denominador (nacidos vivos).

El manejo estadístico de los datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS-13, versión para ambiente Windows. Para la comparación de la mortalidad proporcional por municipios, se utilizó el análisis de conglomerados. Con base en la mortalidad proporcional se definieron cinco categorías (Muy Alta, Alta, Intermedia, Baja y Muy Baja) de Mortalidad Infantil Municipal, con la cual se elaboró un mapa de la entidad. La elaboración de este material gráfico se llevó a cabo en el Laboratorio de Análisis de Información Geográfica y Estadística (LAIGE) de El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal.

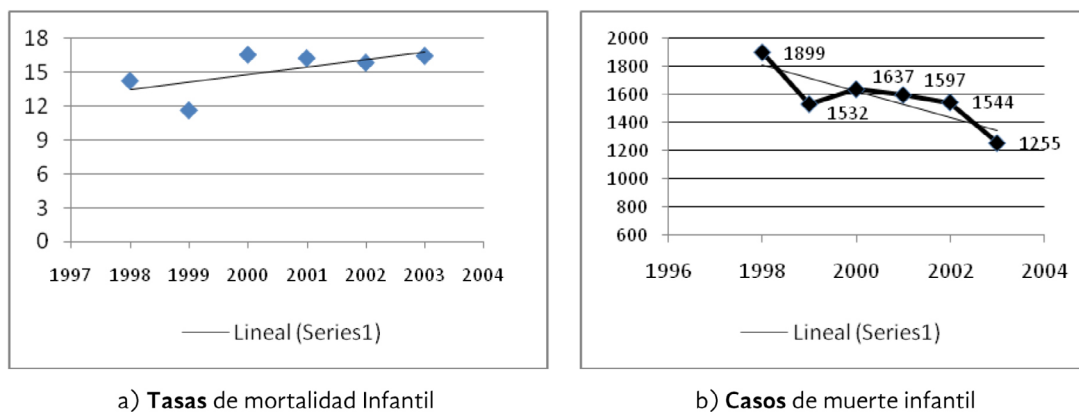
RESULTADOS

En epidemiología la construcción de tasas es una herramienta útil para describir un fenómeno, pues permite apreciar de manera probabilística el impacto y la distribución de la variable de estudio (riesgo/daño) en toda la población expuesta.

En el periodo de 1998 a 2003 en el Estado de Chiapas la mortalidad general registró un total de 92,956 defunciones. De ellas se analizaron 9,464 defunciones infantiles correspondientes al 10.2% de la mortalidad general. Durante 1998 se reportó el mayor número de casos con 1,899 (20.06%). La frecuencia (F) de las defunciones infantiles ocurridas en el período señala una discreta disminución del evento (Fig. 1-1), las tasas muestran una tendencia ascendente del fenómeno por causas de la disminución de gran cantidad de nacimientos (denominador).

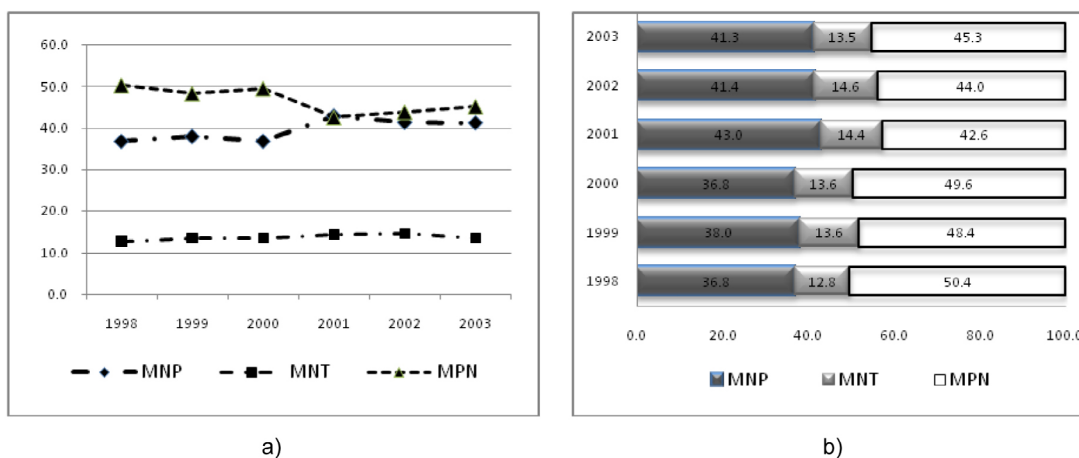
El comportamiento de la tasa de mortalidad neonatal durante el período de estudio presenta una tendencia ascendente, las etapas de la mortalidad durante el primer mes de vida (neonatal temprana o tardía) presentan cifras altas. La tendencia de la mortalidad neonatal precoz muestra lento descenso, según se observa en la figura 2a.

Figura 1-1. Comportamiento de la mortalidad de menores de un año en Chiapas durante el período 1998-2003. A la izquierda (a) se observa el comportamiento de las tasas de MI, con tendencia ascendente. A la derecha (b) se muestran los eventos de muerte ocurridos en el mismo período. En ambas figuras se agrega la línea de tendencia (lineal).



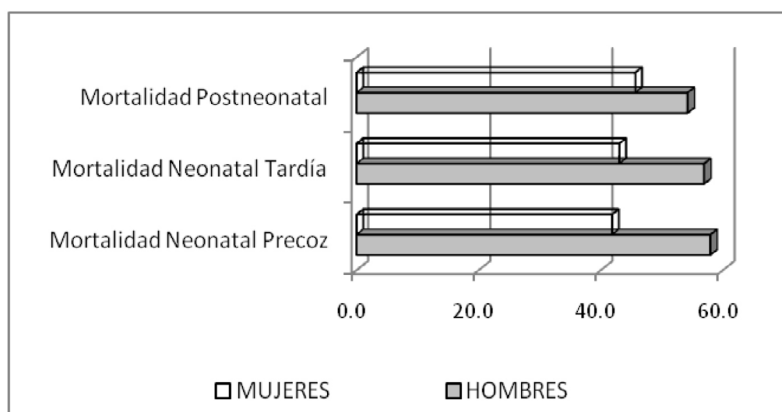
Fuente: Elaboración propia, con base en las estadísticas del ISECH 1998 -2003.

Figura 1-2. Ambas figuras representan los componentes de la mortalidad neonatal. En la parte a) se muestra el comportamiento durante el periodo. En la parte b) se observan las cifras de la mortalidad neonatal según etapas; aproximadamente la mitad de las defunciones neonatales ocurren durante los primeros 07 días de vida (MNP).



En la figura anterior se observa que el fenómeno de la Mortalidad Neonatal Precoz (MNP) en los tres últimos años del período estudiado se comporta de manera distinta respecto al inicio del período, mientras que el componente de la Mortalidad Neonatal Tardía (MNT) se mantiene relativamente estable.

Figura 1-3. Distribución proporcional de la Mortalidad Infantil por componentes según sexo, Chiapas 1998–2003. Nótese que en los tres componentes los varones son más afectados, acorde a lo descrito en la literatura.



Fuente: Elaboración con base en estadísticas del ISECH, 1998-2003

Los datos indican que el riesgo de morir durante la primera semana de vida aumenta a partir del año 2001, ubicándose por arriba de 40%. En tanto, el componente de la Mortalidad Postneonatal observa una tendencia ligeramente ascendente. Respecto a la mortalidad por sexo, el 56% corresponde a niños y 44% a niñas. El riesgo proporcional de morir en Chiapas, siendo varón menor de un año es 1.3 veces más respecto a las niñas, aunque es discretamente mayor durante la primera semana de vida. Esta situación concuerda con lo referido por la literatura respecto a la mayor vulnerabilidad de los varones.

Para describir las causas de mortalidad durante el período se utilizó la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se observa que la mortalidad infantil durante el periodo estudiado está asociada de manera predominante a algunas condiciones originadas en el periodo perinatal (47.71%); en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio (13.41%); enseguida ciertas enfermedades Infecciosas y parasitarias (13.12%); y por último, se ubican las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (12.19%). Cuadro 1-2.

Cuadro 1-2. Principales causas de mortalidad infantil de acuerdo a CIE-10 en Chiapas 1998-2003.

Orden	Clave CIE-10	Descripción	No.	%
1	P00-P96	Ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal	4516	47.71
2	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	1270	13.41
3	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1242	13.12
4	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	1154	12.19
5	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	341	3.61
6	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales, no clasificados en otra parte	306	3.23
7	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y mortalidad	171	1.81
8	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	162	1.71
9	K00-J93	Enfermedades del sistema digestivo	88	0.92
10	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	82	0.87
		El resto de causas	132	1.42
Total			9,464	100

Fuente: Elaboración con base en las estadísticas del ISECH (1998-2003).

Es necesario notar que las primeras causas que originan la muerte concentran poco más del 86% de las defunciones durante el período; cerca de la mitad de todos los casos se deben a condiciones originadas en el período perinatal.

En el período Neonatal Precoz, la mortalidad (39.3% en menores de un año) poco más de cuatro de cada cinco defunciones ocurren por causas originadas en el periodo perinatal (81.13%); y en segundo lugar las malformaciones congénitas con una frecuencia de 13.46%. Estas dos primeras causas representan una proporción de 94.59%. En el primer componente, de causas perinatales, se destacan como origen de la defunción la dificultad respiratoria del recién nacido (30.75%); la sepsis bacteriana (14.41%) y síndrome de aspiración neonatal (9.22%); en el componente de malformaciones se encuentran las malformaciones congénitas no clasificadas con (26.69%); otras malformaciones congénitas del corazón (23.69%) y anencefalia y malformaciones congénitas similares (8.56%). Cuadro 1-3.

Cuadro 1-3. Principales causas de Mortalidad Neonatal Precoz en Chiapas, 1998-2003.

Orden	Clave CIE -100	Descripción	No.	%
1	P00-P99	Ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal	302 4	81.13
2	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	502	13.46
3	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	45	1.20
4	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales, no clasificados	44	1.18
5	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y mortalidad	37	0.99
6	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	17	0.45
7	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	16	0.42
8	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10	0.26
9	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	10	0.26
10	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	9	0.24
		El resto de causas	13	0.33
Total			372 7	100.0

Fuente: Elaboración con base en las estadísticas del ISECH (1998-2003).

Con relación a la mortalidad Neonatal Tardía (Cuadro 1-4) se observa que, en cerca de siete de cada diez casos, la causa de muerte son las condiciones del periodo perinatal; dentro de las que se destacan sepsis bacteriana del recién nacido (35.64%); dificultad respiratoria del recién nacido (12.73%); y neumonía congénita (12.62%). En segundo lugar se encuentran las malformaciones congénitas y cromosómicas anormales con 14.85%; y en tercero están las enfermedades del sistema respiratorio; estas tres primeras causas concentran cerca del 90% del total de defunciones ocurridas durante los primeros 28 días de vida de un recién nacido chiapaneco. Dentro de las enfermedades respiratorias se enfatizan bronquitis aguda (una de cada tres defunciones); neumonías por organismo no especificado (casi uno de cada tres fallecimientos) e influenza por virus no especificado (8.33%).

En la mortalidad Postneonatal, que abarca la ocurrida entre los días 28 a 364 de vida, la causalidad es distinta. Las causas que predominan son enfermedades infecciosas y parasitarias, que originan poco más de una de cada cuatro defunciones que ocurren en este período vital. El diagnóstico de defunción registra diarreas y gastroenteritis de probable origen infeccioso (73.02%); otras septicemias (16.17%) además de otras etiologías.

Cuadro 1-4. Principales causas de mortalidad neonatal tardía en Chiapas, 1998-2003.

Orden	Clave –CIE 10	Descripción	No.	%
1	P00-P96	Ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal	895	68.89
2	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	193	14.85
3	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	72	5.54
4	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	50	3.84
5	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales	26	2.00
6	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y mortalidad	19	1.46
7	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	16	1.23
8	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	15	1.15
9	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	4	0.30
10	C00-D48	Neoplasias	3	0.23
		El resto de causas	6	0.45
Total			1299	100

Fuente: Elaboración con base en las estadísticas del ISECH (1998-2003).

En segundo lugar, las enfermedades respiratorias originan una de cada cuatro muertes (25.9%) por diagnósticos como neumonía (62.70%); bronquitis aguda (11.44%); e insuficiencia respiratoria no clasificada (4.59%).

Las muertes originadas en el periodo perinatal persisten en tercer lugar (13.4%), aunque resulte extraño, se registra asfixia en el nacimiento (15.57%); seguida de dificultad respiratoria del nacido (14.40%) y fetos/recién nacidos afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto (13.56%). Lo que muestra que aquellos neonatos que no fallecieron en el periodo neonatal por causas perinatales, antes del primer año de vida morirán por complicaciones originadas por el periodo perinatal.

Una vez descrita la frecuencia, conocidos los períodos de mayor afectación y el sexo más vulnerable, es imprescindible identificar el lugar de ocurrencia del fenómeno. Los registros muestran que los municipios que reportaron mayor mortalidad infantil durante el período estudiado son Francisco León, Ocotepec y Santiago el Pinar. Estos dos municipios son clasificados con Muy alta y Alta Mortalidad Infantil, sitio de residencia de grupos étnicos zoque y tsotsil, respectivamente.

Cuadro 1-5. Principales causas de mortalidad Postneonatal en Chiapas, período 1998 – 2003.

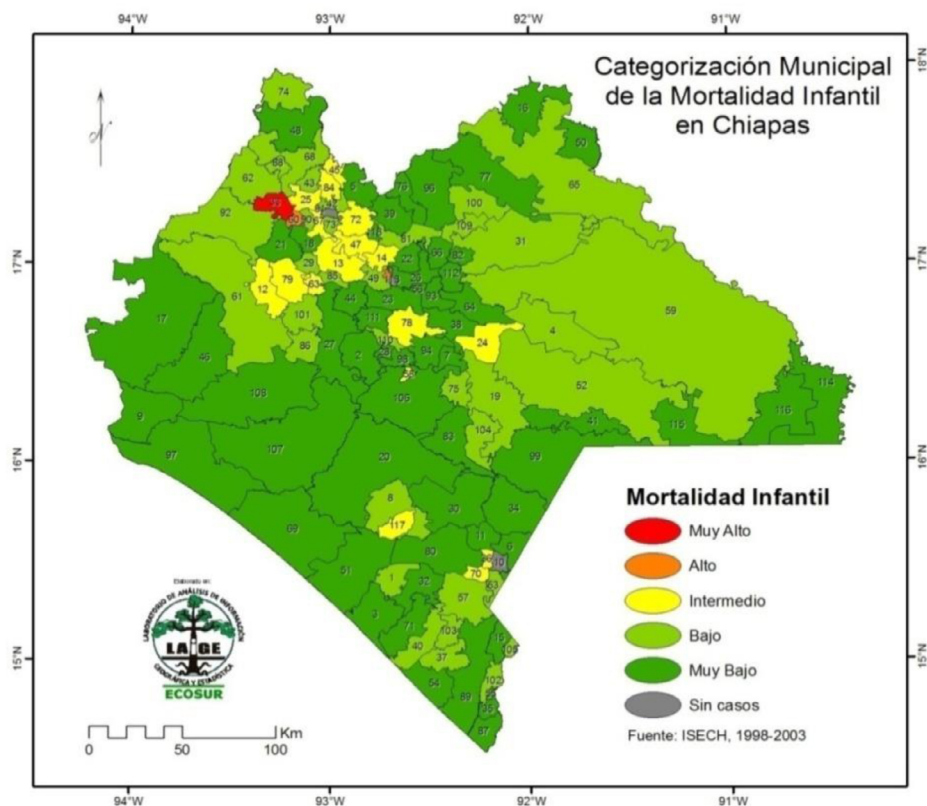
Orden	Clave CIE -10	Descripción	No.	%
1	A00 – B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1175	26.47
2	J00 – J99	Enfermedades del sistema respiratorio	1153	25.98
3	P00 – P96	Ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal	597	13.45
4	Q00 – Q99	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	459	10.34
5	E00 – E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	316	7.12
6	R00 – R99	Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales, no clasificados en otra parte	236	5.31
7	G00 – G99	Enfermedades del sistema nervioso	130	2.92
8	V01 – Y98	Causas externas de morbilidad y mortalidad	115	2.59
9	K00 – K93	Enfermedades del sistema digestivo	81	1.82
10	I00 – I99	Enfermedades del sistema circulatorio	68	1.53
		El resto de causas	108	2.41
Total			4438	100

Fuente: Elaboración con base en las estadísticas del ISECH (1998-2003).

En la mortalidad Neonatal Precoz los municipios que mayor mortalidad proporcional registran son: Nicolás Ruíz, Usumacinta, Berriozábal, Francisco León, Bochil, Solosuchiapa, La Grandeza, San Fernando, Ocotepec, Ocosingo, Reforma, Montecristo de Guerrero, Tuxtla Gutiérrez, Pueblo Nuevo Solistahuacán, Comitán de Domínguez e Ixtapangajoya.

En la Mortalidad Neonatal Tardía los municipios que mayor mortalidad registran son: Chapultenango, Chanal, Ixtapangajoya, Jitotol, Francisco León, Pantepec, Totolapa, Pueblo Nuevo Solistahuacán, Ocotepec, La Grandeza, Nicolás Ruíz y Santiago el Pinar. Estos municipios se encuentran en Alto y Muy Alto nivel de marginación.

Respecto a la Mortalidad Postneonatal, los municipios con mayor frecuencia registrada son: Aldama, Santiago el Pinar, Francisco León, Ocotepec, Montecristo de Guerrero, Ixtapangajoya, Pantepec, Chanal, El Bosque y Berriozábal. Estos municipios se encuentran en Alto y Muy Alto nivel de marginación.

Figura 1-4. Distribución Municipal de la Mortalidad Infantil, en Chiapas, 1998-2003.

Fuente: Elaborada en el Laboratorio de Análisis de Información Geográfica y Estadística de ECOSUR a partir de la clasificación construida con base en las estadísticas del ISECH (1998-2003).

En Chiapas, según mortalidad infantil y sus componentes los tres municipios que deberían ser prioritarios por sus altos registros de defunción infantil son: Ocoatepec, Francisco León y Santiago el Pinar.

DISCUSIÓN

En Chiapas, una de cada diez defunciones corresponde a un menor de un año. Preocupante. Durante el período la moda es de 16 defunciones, sin embargo se reporta que México registra un indicador estimado de 18.1 defunciones por cada mil nacidos vivos durante el 2005; que comparado con la región de las Américas (17.7) no es tan diferente como resulta frente a Canadá (5.3 en 2004) y a Estados Unidos (6.8 en 2004). Paradójicamente Cuba es el único

país latinoamericano que reporta una TMI igual a la de Canadá (5.3 en 2006). De manera contrastante, en el extremo opuesto se ubican Haití (57; período 2005-6), Bolivia (54, período 1999-03) y Guatemala (39, 1997-02) defunciones por cada mil nacidos vivos OPS (2007). Los datos únicamente confirman la teoría, la TMI es un indicador centinela de las condiciones de vida de una sociedad: a mejor condición de vida menor mortalidad de los críos.

Independientemente de la tendencia en el indicador, al interior del fenómeno se observa que, a pesar de que Chiapas muestra cierto avance en la reducción proporcional de la mortalidad infantil, cuando se analizan los datos con relación a las tasas, se observa una tendencia ascendente. Aunado a esto, persisten marcadas diferencias cuando se analiza frecuencia según marginación municipal.

Los resultados muestran que la mortalidad neonatal, en Chiapas, presenta la mayor proporción, es decir, que los recién nacidos mueren durante el primer mes de vida extrauterina, período de dependencia total del individuo. La literatura reporta que la influencia de los servicios de salud en este período es de mucho mayor relevancia para la supervivencia de los recién nacidos, lo cual está indicando indirectamente la ausencia de atención médica o déficit en la calidad de la atención de los recién nacidos.

La distribución de la mortalidad infantil por sexo, muestra que los niños mantienen una mayor desventaja frente a las niñas (56% y 44%, respectivamente), situación consistente al analizar los casos por componentes; no obstante, este fenómeno es bien conocido y se atribuye a aspectos biológicos (Gómez, 1993), circunstancia temporal que se revierte después de un par de años.

Una vez que se analizan los datos y se ubican en el contexto socioeconómico de Chiapas, considerando que la crisis sostenida en la entidad no ha mejorado de forma consistente, cabe preguntarse sobre la cobertura de los registros de eventos vitales; es decir, que se asume un alto subregistro de casos, tanto de nacimientos como de defunciones.

En algunos municipios, los más pobres, es común que no exista una oficina de registro civil y, o adicionalmente, que la autoridad ejidal no haga el informe correspondiente. A esta situación hay que agregar la barrera cultural, pues es sabido que los grupos étnicos minoritarios no consideran el registro de nacimientos y muertes como una obligación. En tal virtud se pueda afirmar que, a diferencia de lo que ocurre en los estados del norte del país —donde los niveles socioeconómicos son mejores y el acceso a servicios médicos es

más favorable—, en Chiapas persisten las condiciones de marginación social que tienen un peso importante sobre la ocurrencia de las muertes infantiles.

De acuerdo con los datos, las afecciones perinatales ocuparon el primer lugar como causa de mortalidad lo cual indica que existe un severo problema de atención prenatal, es decir, que las mujeres involucradas en estos eventos o no lo tuvieron o fue irregular y carente de capacidad diagnóstica de complicaciones tanto del embarazo como del parto. También es necesario considerar que en las comunidades indígenas aún existen barreras lingüísticas y culturales que impiden a las mujeres asistir al control prenatal y atención médica.

Dentro de la mortalidad Postneonatal las causas que predominan son las enfermedades infecciosas y parasitarias, lo cual pone de manifiesto la precariedad en las condiciones de vida. Durante el primer año de vida, cuando el lactante baja del regazo materno al piso, el pronóstico de salud tiene relación directa con los riesgos de exposición a agentes etiológicos de enfermedades gastrointestinales; es bien conocida la tendencia del lactante a llevarse objetos a la boca, puesto que está ubicado en la etapa oral de su desarrollo psicomotriz.

Aunque se reconoce la importancia de los programas de hidratación oral, campañas de vacunación y otros, no debe olvidarse que mientras persista la precariedad de las condiciones materiales de vida, únicamente se demora el momento de la muerte de los infantes.

Identificar situaciones problemáticas es un deber ético de quienes han sido privilegiados de la educación superior, indudablemente que es indispensable el trabajo comunitario, coordinado con diferentes sectores sociales, conducir acciones acordes al contexto cultural; procurar el aprendizaje de las mujeres acerca de los signos de deshidratación, manejo de diarreas y el cuidado del infante. Para llevarlo a cabo se requiere sensibilidad social en los prestadores de servicios médicos.

Sin embargo, son los dirigentes políticos los verdaderos responsables de cada decisión que mantiene a los pueblos dentro de la marginación y el rezago, que deviene en la muerte de los más vulnerables: los menores de un año de edad.

Tanto políticos como prestadores de servicios médicos tienen la enorme responsabilidad de transformar la situación descrita en este capítulo, unos en las curules donde se llevan a cabo discusiones trascendentes para la vida de los pueblos de Chiapas y los prestadores de servicios médicos en la comunidad, ahí donde la población sobrevive, ama y muere.

La evaluación de la mortalidad infantil a partir de indicadores que permitan el monitoreo de su comportamiento sobre todo en las comunidades rurales e indígenas es de capital importancia para implementar programas destinados a reducirla. Si consideramos que la mortalidad neonatal se encuentra relacionada con el acceso y utilización de la atención médica perinatal, muchos de esos decesos podrían evitarse, pues los factores relacionados con lo económico y social impactan directamente en los hogares de los más desprotegidos, mejorando el bienestar del grupo doméstico y por ende las condiciones de la madre y los hijos (Manterola, 2001).

He aquí una agenda pendiente para ambos: políticos y prestadores de atención médica.

Agradecimientos

Este trabajo contó con financiamiento del Sistema Institucional de Investigación (SIINV-UNACH) en su 7ª convocatoria a través del proyecto “Mortalidad infantil y marginación en Chiapas: El caso del municipio Santiago el Pinar”.

Se agradece el apoyo del personal del laboratorio de Análisis de Información Geográfica y Estadística (LAIGE) de El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, en la elaboración de imágenes.

NOTAS

4. Este trabajo forma parte del proyecto Mortalidad infantil y marginación en Chiapas: El caso del municipio Santiago el Pinar, financiado por el Sistema Institucional de Investigación (SIINV-UNACH) en su 7ª convocatoria.
5. El período neonatal se refiere a los primeros 28 días de vida de un bebé.
6. La mortalidad infantil se define como el número de fallecimientos en menores de un año por mil nacidos vivos, es una tasa que mide el número de decesos en lactantes de una comunidad durante un año respecto a los recién nacidos vivos en el mismo período. En lo sucesivo, al referirse a tasas se usará como constante un mil nacidos vivos.

REFERENCIAS

- Augsburger A.** (2006). Mortalidad infantil y condiciones de vida. La producción de información epidemiológica como aporte al proceso político de descentralización municipal en Rosario (Argentina). *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, pag. 8. Disponible en: <<http://www.revistakairos.org/K18-05.htm>> consulta:
- Black R, Morris S, Bryce J.**(2003) Supervivencia Infantil. *The Lancet*.Pp. 65 – 70
- Betran A, Onis M, Villa J.** (2001) Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America *Br. Med. J.* P.323.
- Consejo Nacional de Población (2007). CONAPO. Salud Reproductiva. México, DF.
- Chico P, Hidalgo F.** (2004) Factores de riesgo de la mortalidad infantil. *Acta Pediátrica de México* vol.25 núm. 1.Pp.25-31
- Gómez de León J, Partida V.** (1990) Niveles de Mortalidad Infantil y fecundidad en México, por entidad federativa 1990. *Rev. Mex. Soc.*; 2:79-135.
- Instituto Nacional de Salud Pública, (2007). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT; 2006). Resultados por entidad federativa, Chiapas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1999-2000). Mortalidad Infantil por entidad federativa. Disponible en:www.inegi.gob.mx/contenidos/español/rutinas/ept.asp?+=mpdo52&c=5651.
- Juárez S, Mejía J.** Tendencia de seis principales causas de mortalidad en niños mexicanos durante el periodo 1971-2000. La transición epidemiológica en niños. *Gaceta Médica de México* Vol.139 No.4 pp.328.
- Lawn JE, Cousin S.**(2005). Neonatal Survival. *The Lancet*. Pp.2929-2935
Disponible en: <<http://www.activemag.co.uk/lancet.htm>> Consulta: Octubre 2007
- Lozano R.** (2007) ¿Es posible seguir mejorando los registros de las defunciones en México. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/mortality_registration_mexico.sp.pdf.
- Manterola A.** (2001) Un nuevo enfoque de la mortalidad infantil *Arch, Argent Pediatric*. Pp.99-100

- Murguía T; Lozano R; Santos I. (2005).** Mortalidad perinatal por asfixia en México: Un problema prioritario de salud pública por resolver. Instituto Nacional de Salud Pública vol. 62 No.5 pp 375-383
- Organization for Economic Cooperation and Development. OECD. Economic, environmental and social statistics. OECD; 2004
- OPS (2001) Desigualdad y Mortalidad Infantil en la Región de las Américas, Boletín Epidemiológico Vol 22 No. 2.
- Tomé P; Reyes H; Piña C; Rodríguez L; Gutiérrez G. (1997)** Características asociadas al subregistro de muerte en niños del estado de Guerrero México. Salud Pública de México. Pp 523-529
- United Nations Childrens Fund (UNICEF) (2001). Estado Mundial de la Infancia 2000, Ginebra: OMS/OPS http://www.unicef.org/spanish/publications/index_7352.html.

ANÁLISIS REGIONAL DE LA MUERTE EVITABLE EN LA NIÑEZ DE CHIAPAS DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINARIA

*Néstor Rodolfo García Chong,
Laura Elena Trujillo-Olivera,
Olga Lidia López Gonzáles,
Marlene Zúñiga Cabrera,
Catarino Ancheyta-Rosales*

— RESUMEN —

Objetivo: Identificar las tendencias regionales y principales causas de la mortalidad infantil evitable en Chiapas. **Metodología:** Se utilizaron las fuentes secundarias del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) para los años 2000 a 2006 en las 9 regiones socioeconómicas de Chiapas. Se utilizó la clasificación propuesta por Erika Taucher (1978) sobre evitabilidad y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Se calculó la Proporción de Defunciones Infantiles Evitables (PDIE). **Resultados:** La mortalidad neonatal evitable registró mayor proporción en la Región Altos (75.7 %), comparada con la menor ocurrida en la Frailesca (72.2 %). La mortalidad postneonatal evitable registró su mayor proporción en la Región Sierra (88 %). De forma global la Región Altos concentró la mayor proporción de defunciones infantiles evitables (82.6 %) mientras que la Región Fronteriza reportó la menor (74.5 %). **Conclusiones:** Al menos tres de cada cuatro defunciones son evitables, la PDIE en la Región Altos pone en evidencia al sistema de salud al mostrar importantes rezagos sanitarios en el Estado, puesto que la evitabilidad está asociada a la calidad de atención médica. Resulta imprescindible profundizar en el estudio de este problema para implementar políticas de salud que contribuyan a la disminución de la mortalidad infantil por causas evitables.

Palabras clave

Defunción infantil, regiones de Chiapas, multidisciplinar.

— ABSTRACT —

Objective: To identify the regional tendencies and main causes of avoidable infantile mortality in Chiapas. **Methodology:** The secondary sources of the National System of Information in Health (SINAIS) for years 2000 to 2006 in the 9 socio-economic regions of Chiapas were used. It was used the propose classification by Erika Taucher (1978) on avoid ability and the International Illness Classification of (CIE-10). The Proportion of avoidable Infantile Deaths calculated (PDIE). **Results:** Avoidable neonatal mortality registered major proportion in the Region High (75.7%), compared with the minor happened in the Fraylesca (72,2%). Avoidable posneonatal mortality registered its greater proportion in the Region Mountain range (88%). Of global form the Region High concentrated the greater proportion of avoidable infantile deaths (82.6%) whereas the Border Region reported the minor (74.5%). **Conclusions:** Three of each four deaths are avoidable, the PDIE in the Region High puts in evidence to health system because shows important delay in health care in Chiapas, since the avoid ability is associated to the quality of medical attention. It is essential to deepen in the study of this problem to improve health policies that contributes to reduce child mortality by avoidable causes.

Keywords

Infantile death, regions of Chiapas, multidiscipline.

A pesar de las reducciones significativas en mortalidad infantil en los países de ingresos bajos y medios a finales del siglo XX, cada año siguen muriendo más de 10 millones de niños menores de 5 años, la mayoría por causas prevenibles: diarrea, neumonía, sarampión, paludismo, VIH / SIDA, enfermedades subyacentes a la desnutrición y varias más que producen muerte neonatal. El Informe de 2005 sobre el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM-4) es sombrío, pues muestra desaceleración en el progreso para reducir la mortalidad⁷ en menores de cinco años en todo el mundo (Sepúlveda, 2006: 3).

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, reportó una relación inversa entre el índice de desarrollo humano municipal y la población indígena, ya que entre mayor es el porcentaje de indígenas en el municipio, menor es su índice de desarrollo humano (PNUD, 2004: 60).

En México, el cumplimiento de los ODM, y en particular el número 4, tiene múltiples implicaciones. Para disminuir la mortalidad en menores de cinco años de 46 a 15.2 por 1,000 nacidos vivos (nv) se requiere realizar diversas acciones coordinadamente por todas las instituciones que componen el sistema de salud (Lozano, 2005: 407).

La muerte infantil se considera uno de los problemas sociales más sensibles, refleja las condiciones de salud en que vive una población, que trata de expresarse en el Índice de Desarrollo Humano⁸ (IDH) municipal. Así tenemos por un lado que los municipios con más bajo IDH concentran mayores proporciones de población indígena que sus opuestos, y por otro, que el acceso de la población indígena a los servicios de salud se ve limitado por barreras culturales: cosmovisión, tradiciones, intereses, idioma, entre otros.

Ante tal situación, la población indígena prefiere utilizar la medicina tradicional. Por ejemplo, entre 1994-1999 se observó que la partera atendió el 57.2% de los nacimientos en los hablantes de lengua indígena, mientras que el médico sólo atendió el 25.4% de partos en esta población (Zolla, 2007: 31).

Según el Programa Nacional de Salud 2001-2006, en términos generales la mortalidad infantil indígena es 58% mayor a la media nacional, lo cual significa que entre los 63 grupos étnicos minoritarios mexicanos la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida es poco más del doble que entre cualquier grupo mestizo (SSA, 2001:38; CDI, 2003:1). La asociación entre la pobreza e indicadores de esta naturaleza es evidenciada en el discurso oficial, incluso se definen líneas de acción para atender esta problemática, sin embargo,

las acciones asistenciales no modifican los problemas estructurales que originan la desigualdad.

El programa sectorial de salud 2007-2012 plantea reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas para lo cual se propone en la meta 2.2 disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, partiendo de una línea base de 32.5 defunciones por mil nacidos vivos (nv) (SSA, 2007: 18).

En este trabajo se analizan las tendencias regionales de la muerte infantil evitable en Chiapas, según diversos indicadores socioeconómicos desde las perspectivas de la salud pública, epidemiología, economía y sociología; se muestra la distribución regional de muertes evitables y las causas subyacentes con el propósito de contribuir a establecer políticas públicas tendientes a disminuir la proporción de estas muertes.

ANTECEDENTES

Desigualdades de la mortalidad infantil

En México la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) si bien ha disminuido, aún es alta cuando se compara a nivel regional (la Frontera Sur de México). Estas desigualdades que persisten en 2007 se dan entre estados de la Frontera Sur y al interior de ellos, tal es el caso de Quintana Roo y Chiapas (TMI= 21 y 13 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, respectivamente) (ENADID, 2007). Las relaciones del contexto en que ocurre la muerte infantil, asociado a diferentes aspectos tanto sociales y económicos, pueden explicar las tendencias del evento (Vergara, 2007).

En este sentido, cabe destacar que la problemática observada en la Frontera Sur de México tiene carácter histórico y es consecuencia de las políticas económicas estructurales de México. La orientación mayoritaria a apoyar el crecimiento industrial y al sector primario mediante subsidios indiscriminados, ha mostrado ser insostenible a largo plazo, y acentúa la desigualdad económica y social (Molina et al., 1991). La política económica neoliberal ha tenido como consecuencia reducir en mayor medida el gasto en salud y educación (Molina et al., 1991). Por ejemplo, el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno

Bruto (PIB) en México en 1999 fue de 5.2 por ciento, mientras que para el año 2004 y 2005 es de 6.3 y 6.0 por ciento respectivamente (Molina et al, 1991; Lusting, 2008; OMS, 2008). Es decir que el gasto en salud como porcentaje del PIB no ha aumentado a pesar que han pasado diez años.

Lusting (2008) señala que el gasto total y público es menor al esperado para un país con el nivel de desarrollo que tiene México, mientras que países con ingresos por habitante similares —como Costa Rica y Brasil—, es de 7.3 y 7.6%, respectivamente. Este indicador, analizado según distribución en las entidades de la Federación, muestra que existe rezago en las condiciones de salud y bienestar de la población en Chiapas, en la mayoría de las regiones.

No obstante que en esta entidad se han implementado intervenciones derivadas de políticas públicas en salud —Seguro Popular⁹, Programa Oportunidades¹⁰— que en dado caso están planeados para la atención a la población “más pobre”, no han mostrado cambios positivos en la salud de la niñez, sobre todo porque no contribuyen a reducir la desigualdad social (Lusting, 2008). Además, tampoco han logrado abatir de forma significativa la pobreza y mantienen las desigualdades sociales, de manera que los programas de salud no cumplen con los objetivos propuestos.

Existe ambigüedad en las intervenciones sociales oficiales, estos programas sociales y de salud focalizados identifican a la pobreza y la exclusión social como grandes problemas a combatir y diseñan medidas para ello, posiblemente sin advertir que la pobreza es sólo manifestación y síntoma de la inadecuada e injusta distribución de la riqueza social (Feo, 2008). La desigualdad y exclusión social se manifiestan como desventajas para la fracción más vulnerable de la sociedad: los menores de un año.

El estudio de Maydana et al. (2009) ayuda a comprender este fenómeno, estos autores encontraron que las TMI elevadas en los municipios de Bolivia en 2001 se correlacionaban fuertemente con la situación económica. Es decir, los municipios que presentaron la peor situación socioeconómica tuvieron una TMI más alta; sumado a ello, el bajo nivel educacional, la ausencia de saneamiento básico y la precariedad de las viviendas, son factores importantes que ayudan a comprender las altas tasas de mortalidad en la infancia. Romero y Landmann (2000) encontraron evidencias de asociación entre la crisis económica suscitada en Latinoamérica en los años ochenta y las elevadas TMI. Sin embargo, el fenómeno se produjo de manera heterogénea en Latinoamérica. El rezago que muestran los indicadores de salud en la región (México, Latinoamérica) pero

principalmente en zonas de Chiapas es un asunto que debe resolverse, revertir políticas públicas para lograr mayor gasto destinado a rubros sociales, particularmente en salud para la atención de la población más vulnerable en estas regiones.

El objetivo del estudio es identificar las tendencias regionales y principales causas de la mortalidad infantil evitable en Chiapas desde los ámbitos de la salud pública, la epidemiología y la sociología.

La muerte infantil no es el único daño derivado de la desigual distribución de la riqueza y las desigualdades sociales en Chiapas. Las desventajas sociales se mantienen presentes, condicionando el desarrollo de las potencialidades desde la edad preescolar, de manera que la sobrevivencia en estas circunstancias configuran un pronóstico de vida y funcionalidad *sui generis*. Este fenómeno es de origen histórico remoto, aunque información reciente muestra que las desventajas se mantienen inmutables.

En 1990, FISANIM hizo un primer diagnóstico de salud a la niñez indígena. Los resultados indicaron que 87% de las niñas y niños presentan desnutrición crónica adaptada que se refleja en la corta talla para su edad.

Cuadro 2-1. Prevalencia por entidad federativa de talla baja en la población de primer año de primaria de acuerdo con los Censos Nacionales de Talla (1994 y 1999).

	CNT (1994)		CNT (1999)		índice de disminución de la prevalencia	
		Prevalencia de talla baja		Prevalencia de talla baja		Tasa de decrecimiento o media anual
Entidad	Niños (n)	(%)	Niños (n)	(%)	1994-99	
Prevalencia Alta						
Guerrero	87,770	33.6	119,092	26.7	0.204	4.493
Yucatán	50,544	36	44,131	30.9	0.143	3.009
Oaxaca	109,248	42.7	105,130	34.9	0.184	3.953
Chiapas	122,191	43.6	125,557	37	0.153	3.229
Global	369,753	39.9	393,910	32.6	0.183	3.96

Fuente: Ávila-Curiel y Shamah-Levy (2005: 6).

Posteriormente, Ávila y Shamah (2005) confirman tal relación en el que destaca Chiapas con una prevalencia alta superior a la global y a Oaxaca para tal categoría. Si bien es cierto, la prevalencia de desnutrición crónica ha disminuido, la reducción es discreta (Cuadro 1).

Cuadro 2-2. México: Índice de Inequidad en Salud por Estados:
Indicadores de Mortalidad relacionada con el embarazo, parto y primera infancia*
y de mortalidad potencialmente evitable** (2005).

Mort. Relacionado con el embarazo, parto y primera infancia	INQUIS	Mort. Evitable	INQUIS
Coahuila	0,056	Aguas Calientes	0,114
Nuevo León	0,081	Nuevo León	0,171
Tamaulipas	0,157	BCS	0,197
Baja California	0,192	Distrito Federal	0,204
Sonora	0,195	Zacatecas	0,213
BCS	0,206	Guanajuato	0,227
Chihuahua	0,222	Coahuila	0,229
Distrito Federal	0,233	Jalisco	0,240
Colima	0,249	Quintana Roo	0,241
Sinaloa	0,260	Colima	0,253
Morelos	0,285	Chihuahua	0,272
Aguas Calientes	0,287	Michoacán	0,274
Nayarit	0,291	Sonora	0,297
Jalisco	0,324	Tlaxcala	0,312
Durango	0,333	Campeche	0,318
Campeche	0,368	Tamaulipas	0,319
Quintana Roo	0,380	San Luís Potosí	0,327
Tlaxcala	0,385	Yucatán	0,337
Michoacán	0,395	Querétaro	0,340
Zacatecas	0,433	Morelos	0,342
México	0,452	Sinaloa	0,366
Querétaro	0,456	Hidalgo	0,373
Hidalgo	0,476	Durango	0,380
Guanajuato	0,494	Nayarit	0,400
Yucatán	0,495	México	0,409
Tabasco	0,529	Tabasco	0,485
Veracruz	0,536	Baja California	0,490
San Luís Potosí	0,555	Puebla	0,500
Guerrero	0,627	Veracruz	0,545
Puebla	0,635	Chiapas	0,583
Oaxaca	0,796	Guerrero	0,640
Chiapas	0,960	Oaxaca	0,704

* Indicador más representativo: tasa de mortalidad infantil; Indicadores seleccionados: tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, tasa de mortalidad por diarreas en <5 años;

** Indicador más representativo: tasa de mortalidad infantil; Indicadores seleccionados: tasa de tuberculosis pulmonar, tasa de homicidios, tasa de mortalidad infantil, tasa de desnutrición.

FUENTE: González *et al.*, (2008: 23).

En México, el principal problema de desnutrición es consecuencia directa de las condiciones de marginación y pobreza, que acontecen en los primeros años de vida (desnutrición infantil y preescolar), asociada estrechamente a la desnutrición materna (Ávila y Shamah, 2005).

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (ENIGH, 2005), en México, una de cada cuatro personas se encuentra en situación de pobreza alimentaria al carecer del recurso necesario para adquirir u obtener una canasta básica; además, el 47% de los habitantes vive en pobreza patrimonial, esto es, que su ingreso es menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, salud, educación, vestido, vivienda y transporte público (González et al., 2008: 16-17). Asimismo, subsiste una marcada desigualdad entre la población rural y urbana, que se refleja —entre otros indicadores—, en altas tasas de desnutrición en el sur del país (cuadro 2) y en zonas rurales, en contraposición con el aumento de tasas de sobrepeso y obesidad en el norte del territorio y en las zonas urbanas (Encuesta Nacional de Nutrición, 2005-2006, INCIDE Social A.C., s/f).

En general, se aprecia una tendencia al incremento de las tasas de mortalidad (o a la disminución de la disponibilidad de recursos y servicios) en la medida que aumenta el grado de marginación, lo que sugiere que la marginación social desempeña un notable papel para explicar las desigualdades sanitarias en el plano socio-espacial (González et al., 2008: 25). La probabilidad de que un niño nacido en Chiapas, Oaxaca o Guerrero muera antes de alcanzar su primer año de vida es 80 por ciento mayor que la probabilidad que presentan los niños nacidos en el Distrito Federal, Nuevo León o Coahuila (SS, 2007: 26). A su vez, los estados del sureste mexicano son los que tradicionalmente han recibido menos apoyos y recursos en el sector salud, donde menos gasto público se destina a este rubro y por lo tanto, hay mayor escasez de recursos humanos y materiales para resolver los problemas de salud; a la inequidad en los indicadores de mortalidad debe agregarse la inequidad en el acceso a los servicios de salud (González et al., 2008: 26).

En particular, la mortalidad infantil en comunidades indígenas de Chiapas ha llegado a cifras tan preocupantes como 109 por 1,000 nacidos vivos y se estima que 50,000 muertes al año en México, tienen que ver con la relación sinérgica que se establece entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas. Además, el 83.6% de la mortalidad infantil en regiones indígenas tienen como causa las infecciones intestinales (FISANIM, 2003).

“[...] Finalmente, tenemos un grupo de estados con una mortalidad infantil muy alta, en el que se ubican Chiapas, Guerrero y Oaxaca, que presentan probabilidades de muerte en menores de 1 año superiores a 20 y 25 por 1,000 nacidos vivos en niñas y niños, respectivamente. En los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) la mortalidad infantil en 2005 fue de 32.5 contra 15.8 en los municipios con mayor IDH. Se calcula que 79 por ciento de las muertes en menores de 1 año que se producen en el país son muertes evitables” (SS, 2007: 27).

“La reducción de la mortalidad infantil se ha acompañado de un cambio también muy significativo en la distribución etaria de estas muertes y en su patrón de causas. Hasta hace poco las muertes infantiles en México se concentraban en el llamado periodo post-neonatal (entre 1 mes y 1 año de edad) y se debían sobre todo a infecciones respiratorias agudas y diarreas. Hoy más de 60 por ciento de las muertes en menores de 1 año se concentran en los primeros 28 días de vida y se deben a problemas respiratorios del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria, hipoxia intrauterina, aspiración neonatal) (más de 40%), sepsis bacteriana del recién nacido (15%), anencefalia y anomalías congénitas del corazón y las grandes arterias (20%), y prematuridad (7%)” [SS, 2007: 27].

A nivel mundial UNICEF (1993) ha calculado que satisfacer las necesidades básicas de los niños pobres costaría alrededor de 25 billones de dólares anuales. En México, las muertes podrían evitarse con una aportación constante de \$18 dólares al mes por niña o niño, lo que equivale a \$216 dólares anuales por niña o niño o \$10'800,000 dólares al año (FISANIM, 2003).

El gasto en salud en México se ha incrementado de manera importante en los últimos años. Del año 2000, el Producto Interno Bruto (PIB) aumentó de 5.6% a 6.5 % en 2005. Lo mismo sucedió con el gasto per cápita en salud, que se incrementó de 3,664 a 4,981 pesos en el mismo periodo (SS, 2007: 49). Esto es, el gasto público en salud, representa 46 por ciento del gasto total en salud, porcentaje mucho menor que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 72 por ciento. De hecho, México es el país miembro de esta organización con el gasto público en salud —respecto del PIB— más bajo (como porcentaje). Aunque lenta e insuficientemente, este porcentaje se ha venido incrementando, en 1990 el gasto público concentraba 40.4% del gasto total en salud y en 2002 concentró 44% (SS, 2007: 50). Conviene señalar que las cifras se refieren a pesos corrientes, es decir, sin considerar el efecto de la inflación.

En este sentido, la desnutrición infantil¹¹ expresa en forma sintética el conjunto de condiciones de alimentación, salud, vivienda y educación de comunidades (Ávila y Shamah, 2005). Además, los problemas de mala nutrición, sobre todo en los infantes, tienen efectos negativos en la formación de capital humano, que es el recurso más valioso para el desarrollo social y económico de un país (Martínez y Villezca, 2003: 26). Por tanto, la inversión en salud, tal y como lo ha señalado el Banco Mundial desde su informe de 1993, es una inversión que mejora el capital humano, la productividad de la economía y reduce la pobreza (Soberón, Torres y Zurita, s/f: 149). Sin embargo, la estructura del gasto de los hogares contenida en la ENIGH (1998) indicó que tan sólo el 3.5% se ocupa en salud (Martínez y Villezca, 2003: 29). Aunque se trata de una mínima proporción, también es posible que las personas no asocien la inversión monetaria realizada en enseres para limpieza doméstica y personal, por ejemplo, con el efecto favorable sobre la salud que tienen esos gastos.

La disponibilidad doméstica de alimentos depende del poder adquisitivo en función del ingreso y de necesidades no alimentarias, de los recursos de conservación, de características del mercado laboral, de que los animales domésticos consuman parte de los alimentos, de la producción y venta de alimentos cuando se trata de hortícolas, de la decisión de adquirir alimentos acorde a las condiciones económicas, costumbres y creencias y, finalmente, a la interacción comprador-mercado (Martínez-Jasso y Villezca-Becerra, 2003: 37). El poder adquisitivo está subordinado a los ingresos (empleo, capacitación, estructura económica y organización), egresos (necesidad alimentaria y no alimentaria) y a las estructuras de precios, subsidios y económica. Desde esta perspectiva, la educación constituye la mejor inversión; dado que mejora la productividad y los ingresos (Martínez-Jasso y Villezca-Becerra, 2003); en particular si se invierte en la educación de las niñas.

“Se calcula que los hijos de madres que no han completado su educación primaria presentan un riesgo de morir en el primer año de vida 50 por ciento más alto que los hijos de madres con niveles educativos mayores. La educación de la madre, en particular la educación sexual, influye de manera importante en las conductas reproductivas, que están estrechamente asociadas a la mortalidad infantil. Dentro de las variables de conducta reproductiva que influyen en la mortalidad en menores de un año destacan la edad de la madre, el número de hijos y el intervalo intergenésico. La probabilidad

de morir antes de cumplir un año de vida es mayor cuando las madres son menores de 18 años o mayores de 33, tienen más de tres hijos o presentan intervalos entre partos menores de 23 meses” (SS, 2007: 27).

MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos utilizados en este trabajo fueron obtenidos del Sistema de Información Nacional en Salud (SINAIS) para el período 2000-2006. Esta base de datos es construida con base en los certificados de defunción, mismos que son codificados por la Secretaría de Salud en cada entidad federativa de acuerdo a la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Es una de las bases de datos más actualizada y confiable en cuanto a estadísticas de mortalidad para México.

Durante el análisis de la base de datos, ésta se sometió a un análisis de confiabilidad¹² de la clasificación de la causa de muerte, el mismo consistió en revisar las causas de muerte con dificultad para clasificarlas.

La validez del indicador como medida de evaluación de las intervenciones sanitarias se basa en que relaciona la actividad de los servicios y su resultado (enfermedades con intervenciones efectivas-muerte) de una forma conceptual, pero además, porque es consistente con lo esperado- según esta premisa- en la mayor parte de los resultados de los estudios de observación realizados (Gispert, 2006: 140). Así mismo, la utilización de este indicador, de forma agregada, tiene la ventaja de que puede resumir los datos temporales y geográficos de la mortalidad y su asociación con los resultados de las intervenciones sobre la salud, que valida la propuesta. Además, es especialmente útil en un contexto marcado por la insuficiencia de datos para monitorizar el desempeño de los servicios sanitarios y la necesidad de su evaluación desde la perspectiva de la efectividad y la equidad del sistema (Gispert, 2006:152).

Los criterios para considerar evitables las defunciones infantiles provienen de la clasificación elaborada por Taucher en 1985 y modificada por Royer (1997: 84) y recientemente por Rubio (2007: 146). Esta clasificación considera las defunciones que podrían haberse evitado por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno durante el embarazo, parto y en el recién nacido, asumiendo el momento de ocurrencia de la defunción, es decir, si sucede entre

los 0 y los 28 días (neonatal) o bien entre el día 29 y el 364 (postneonatal) de vida.

Debido a que la propuesta de Taucher (1985) utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 9, se procedió a realizar la correspondencia de ésta con la CIE-10. Para el caso de aquellas causas no bien definidas en la primera clasificación se solicitó el apoyo de forma individual por separado a cuatro médicos especialistas en pediatría¹³ del Hospital Regional Dr. Rafael Pascasio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, quienes asignaron las defunciones a una categoría, utilizando un listado que incluía las causas no bien definidas.

Las muertes se clasificaron en tres grandes grupos: *Evitables*, *No Evitables* y *Desconocidas*. Según los criterios de clasificación utilizados se consideraron como muertes evitables o reductibles¹⁴ y las defunciones parcialmente reductibles. Las primeras fueron aquellas muertes que podrían reducirse por medidas sencillas y en general de bajo costo como: Enfermedades intestinales infecciosas (A00-A09), (cólera, fiebre de tifoidea, salmonelosis, shigelosis, amebiasis, diarrea y gastroenteritis); las segundas, fueron aquellas defunciones que podrían reducirse por determinadas acciones de salud, pero de las que no existen evidencias categóricas de que sea posible en el escenario en donde ocurrieron, por ejemplo: malnutrición (E40-E46), crecimiento fetal lento y desnutrición fetal (O00-O99), duración corta de la gestación (prematurez) (P07) y bajo peso al nacer (P05). Se consideran muertes *No Evitables* aquellas muy difíciles o imposibles de reducir con medidas sencillas, por ejemplo enfermedades congénitas del sistema nervioso (Q00-Q09) (anencefalia, microcefalia, encefalocele, hidrocefalo congénito, espina bífida).

El indicador central de este estudio es la Proporción de Defunciones Infantiles Evitables (PDIE). Éste se basa en el cociente de defunciones infantiles evitables más las potencialmente evitables (DE), con relación al total de defunciones infantiles D_0^Z

Este cociente se obtuvo para el periodo neonatal (0-28 días) y post neonatal (de 29 a 364 días).

$$PDIE_i = \frac{DIE_0^Z}{D_0^Z}$$

Donde:

$PDIE$ = Proporción de defunciones infantiles Evitables

i = La entidad federativa, donde i =Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo

DIE_0^Z = Defunciones infantiles evitables en el periodo de 0 a 364 días del año Z

Z = Es el tiempo que se consideró en el estudio (2000 al 2006)

D_0^Z = Defunciones infantiles totales del año Z

RESULTADOS

La Mortalidad Neonatal Evitable tiene un rango de poco más de diez puntos porcentuales (11.6%), registró mayor proporción en la Región Altos (75.7%), comparada con la menor ocurrida en Istmo-Costa (64.1%); debe hacerse notar que tres de cada cuatro defunciones ocurridas en el primer mes de vida pudieron impedirse. La proporción No Evitable en este mismo período oscila entre 22.9 y 35.9; consistente, la fracción que complementa el evento es mínima.

La Mortalidad Postneonatal Evitable registró su mayor proporción en las regiones Sierra y Altos (88 y 87.9%, respectivamente). En las zonas Centro y Frailesca, de menor marginación, la fracción No Evitable registró las mayores frecuencias, lo cual es consistente con el resto de datos.

En promedio, alrededor de tres de cada cien defunciones no fueron asignadas a una categoría en particular, en parte debido a la calidad del registro civil de mortalidad.

Al observar el indicador TMI, de las poco más de diez mil defunciones de menores de un año ocurridas en Chiapas durante el período comprendido entre los años 2000 y 2006, se subraya que 77% son Evitables, 21% corresponden a No Evitables y el resto a otras causas incorrectamente especificadas. Resulta incuestionable la distribución distinta según regiones dentro de la entidad, lo cual pudiera deberse a diferentes aspectos. Uno de ellos puede ser la capacidad del Registro Civil para acopiar la información de todos los eventos vitales, lo cual depende a su vez, de la accesibilidad geográfica y cultural o, dicho de otro modo, de la distancia que exista entre la población y los servicios públicos.

Cuadro 2-3. Mortalidad infantil por regiones según edad de ocurrencia de la defunción, Chiapas, 2000-2006

Neonatales (0 a 27 días)								
Región	Evit	%	No Evit	%	Otras	%	Total	%
Centro	1,174	74.5	380	24.1	22	1.4	1,576	100.0
Altos	429	75.7	130	22.9	8	1.4	567	100.0
Fronteriza	367	72.2	135	26.6	6	1.2	508	100.0
Frailasca	126	71.2	48	27.1	3	1.7	177	100.0
Norte	469	72.6	172	26.6	5	0.8	646	100.0
Selva	407	69.9	172	29.6	3	0.5	582	100.0
Sierra	188	74.6	63	25.0	1	0.4	252	100.0
Soconusco	705	71.4	270	27.4	12	1.2	987	100.0
Istmo-Costa	41	64.1	23	35.9	0	0.0	64	100.0
Estado	3,906	72.9	1,393	26.0	60	1.1	5,359	100.0
Posneonatales								
Región	Evit	%	No Evit	%	Otras	%	Total	%
Centro	975	78.2	238	19.1	34	2.7	1,247	100.0
Altos	652	87.9	65	8.76	25	3.4	742	100.0
Fronteriza	212	79.1	48	17.9	8	3.0	268	100.0
Frailasca	150	78.5	38	19.9	3	1.6	191	100.0
Norte	538	84.2	85	13.3	16	2.5	639	100.0
Selva	294	77.4	74	19.5	12	3.2	380	100.0
Sierra	250	88.0	26	9.2	8	2.8	284	100.0
Soconusco	679	81.0	134	16.0	25	3.0	838	100.0
Istmo-Costa	80	86.0	11	11.8	2	2.2	93	100.0
Estado	3,830	81.8	719	15.4	133	2.8	4,682	100.0
Infantil								
Región	Evit	%	No Evit	%	Otras	%	Total	%
Centro	2,149	76.1	618	21.9	56	2.0	2,823	100.0
Altos	1,081	82.6	195	14.9	33	2.5	1,309	100.0
Fronteriza	579	74.6	183	23.6	14	1.8	776	100.0
Frailasca	276	75.0	86	23.4	6	1.6	368	100.0
Norte	1,007	78.4	257	20.0	21	1.6	1,285	100.0
Selva	701	72.9	246	25.6	15	1.6	962	100.0
Sierra	438	81.7	89	16.6	9	1.7	536	100.0
Soconusco	1,384	75.8	404	22.1	37	2.0	1,825	100.0
Istmo-Costa	121	77.1	34	21.7	2	1.3	157	100.0
Estado	7,736	77.0	2,112	21.0	193	1.9	10,041	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) 2000-2006.

Tratándose de servicios públicos, los servicios de atención médica adquieren la mayor relevancia en el pronóstico de vida y función de los menores de un año y la mujer gestante. La diversidad cultural, asociada a la amplia dispersión geográfica de la población en Chiapas contribuye a ampliar la brecha entre la población y los servicios, sin que el personal vinculado laboralmente a éstos se advierta sensible a la complejidad en la interacción social. Mantener el distanciamiento entre saberes y prácticas de ambos grupos cobra facturas a la fracción social más vulnerable, evitando que los beneficios del avance científico-técnico sean usufructuados por los menos privilegiados. Los usos y costumbres propios de la cosmovisión étnica minoritaria implican la percepción del embarazo y el nacimiento como eventos naturales, que no requieren sino de la participación de las parteras; asunto que es técnicamente correcto en condiciones materiales de existencia holgadas, con riesgo obstétrico mínimo, totalmente distinto a lo que ocurre en población indígena, por ejemplo. Los factores de riesgo obstétrico más comunes en la población indígena de Chiapas son: talla inferior a los 150 centímetros, peso inferior a los 50 kilogramos, edad menor de 20 años, por mencionar los más evidentes. Por estos factores es frecuente que se presenten partos prolongados, debido a la desproporción de la cabeza fetal y el canal del parto, que a su vez se asocia con hipoxia neonatal y muerte por asfixia, por mencionar algunas causas.

Asimismo, los servicios de salud, tampoco se perciben suficientemente involucrados en sumarse a la dinámica actual impuesta por la política sanitaria respecto a la evaluación del desempeño y a los procesos de certificación de unidades. Independientemente de la capacidad que tengan los instrumentos oficiales utilizados para medir la calidad en la prestación de los servicios médicos.

DISCUSIÓN

La vida y salud de los niños y niñas es un bien invaluable que debe ser protegido por las familias, las comunidades, los responsables de decidir, y los gobiernos de los países de las Américas; sin embargo, a esta región se le identifica como una de las de mayor inequidad. Esta situación puede ser ilustrada por el hecho de que aunque la mortalidad en menores de cinco años ha disminuido de 34.8 por mil nacidos vivos en el año 2000 a 22.4 en el 2007, aún existen

once países con tasas por arriba de 30 por mil nacidos vivos y en contraste siete países tienen tasas por debajo de 10 por mil nacidos vivos (AIEPI, 2008).

La PDIE en la Región Altos pone en evidencia al sistema de salud al mostrar importantes rezagos sanitarios en el Estado, puesto que evitar estas defunciones está asociado a la calidad de atención médica. Resulta imprescindible profundizar en el estudio de este problema para implementar políticas de salud que contribuyan a la disminución de la mortalidad infantil por causas evitables.

Las causas del comportamiento desigual son dimensionales entre las que se encuentran las condiciones macro sociales que juegan un papel primordial tales como la distribución de ingreso, la disponibilidad y acceso a los servicios de salud (Echarri, 2003). El mismo autor señala que las condiciones físicas y ecológicas del medio ambiente (clima, espacio disponible de la vivienda y contaminantes de todo tipo) y las tradiciones culturales son determinantes que se encuentran interrelacionadas de manera directa con la salud de la niñez.

Como se sostiene en párrafos anteriores, la responsabilidad del Sistema de Salud de Chiapas en la provisión de servicios médicos queda en entredicho. Si 77 de cada 100 defunciones de menores de un año ocurridas en Chiapas pudieron impedirse y el sistema fracasó, significa que los servicios médicos mantienen una amplísima brecha —tanto cultural como geográfica— con la población.

No obstante, es indispensable reconocer que el fracaso del sistema de salud estatal no es responsable exclusivo de las defunciones, sino que debe compartirse con otras dependencias oficiales, todas aquellas que tengan relación con la generación de empleos, prestación de servicios educativos, dependencias relacionadas con la construcción de infraestructura de comunicaciones y transportes; instancias que se ocupan de concesionar permisos de operación para comercializar bebidas alcohólicas, gasificadas y productos chatarra, que no sólo absorben el escuálido recurso monetario sino que modifican drásticamente los hábitos de consumo de alimentos, aumentando la prevalencia de desnutrición. En otras palabras, se finca responsabilidad social en la muerte de cerca de ocho mil menores chiapanecos a todos aquellos que, una vez obtenido el voto, olvidan las promesas de campaña para ocuparse exclusivamente de servirse del erario público y del tráfico de influencias para enriquecerse de manera fácilmente explicable. A todo aquel servidor público

que permanece insensible ante la magnitud del problema de la muerte infantil, en particular la que es Evitable.

Tampoco podemos deslindar de la responsabilidad a las dependencias públicas formadoras —o deformadoras— del personal médico y paramédico porque han desatendido la misión de contribuir a la formación ética de médicos. Ésta debe ser una oportunidad para que la sociedad demande el cumplimiento de los compromisos adquiridos en los Objetivos de las Metas del Milenio. En este asunto, asumimos la responsabilidad y nos comprometemos cotidianamente con la parte que nos corresponde.

Agradecimientos

Este trabajo contó con financiamiento del Sistema Institucional de Investigación (SIINV-UNACH) en su 7ª convocatoria a través del proyecto “Mortalidad infantil y marginación en Chiapas: El caso del municipio Santiago el Pinar”.

NOTAS

7. Entre 1960 y 1990, las tasas de reducción en la mortalidad en menores de cinco años a nivel global fueron de 2.5 % en promedio al año; en contraste, de 1990 a 2001, esta reducción fue de aproximadamente 1.1 % anual (Sepúlveda A., 2006: 3)
8. El IDH es una medida sinóptica del desarrollo humano. Mide el progreso medio conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: (1) Disfrutar de una vida larga y saludable, medida a través de la esperanza de vida al nacer. (2) Disponer de educación, medida a través de la tasa de alfabetización de adultos (con una ponderación de dos terceras partes) y la tasa bruta combinada de matriculación en primaria, secundaria y terciaria (con una ponderación de una tercera parte). (3) Disfrutar de un nivel de vida digno, medido a través del PIB per cápita en términos de la paridad del poder adquisitivo (PPA) en dólares estadounidenses (US\$) (Informe sobre Desarrollo Humano, 2007-2008: 358).
9. “El Seguro Popular es un programa de bienestar social que provee acceso a salud preventiva y curativa y protección financiera en caso de gastos catastróficos en salud a las familias que por sus condiciones laborales, no cuentan con acceso a la protección en materia de salud de las instituciones existentes de seguridad social” (Lusting, 2008).
10. Es un Programa del Gobierno Federal que busca fomentar el desarrollo humano de la población en pobreza extrema, para lograrlo, brinda apoyos económicos, en efectivo, para fortalecer la educación, salud y nutrición de los menores de edad al asegurar el ingreso económico del jefe de la familia.
11. La desnutrición infantil suele estar condicionada fundamentalmente por los cuidados específicos durante la etapa fetal y los primeros dos o tres años de vida. Dicho de otra manera, la desnutrición se genera principalmente entre los 6 y los 24 meses de edad; periodo que ha sido denominado metafóricamente “el valle de la muerte”, representa la etapa de mayor riesgo para la sobrevivencia del niño desnutrido y es donde se produce el mayor daño a su organismo, cuyas secuelas, frecuentemente irreversibles, limitarán en forma importante el desarrollo futuro de las capacidades del individuo. Es decir, este periodo de gran vulnerabilidad del niño, desde el embarazo hasta los 24 meses, debe considerarse como la ventana de oportunidad para la acción preventiva y la corrección oportuna de la desnutrición infantil (Ávila y Shamah 2005: 2-3).

12. El análisis de confiabilidad se utilizó para clasificar correctamente las causas de la defunción, cuando no estaban claramente definidas. Se recurrió a expertos en pediatría.
13. Los médicos fueron: Dra. Sandra Luz Beltrán Silva, Jefa del Servicio de Pediatría; Dr. Oel Cruz Pérez, médico pediatra (neonatólogo), Dr. Alejandro Robles Nucamendi Jefe de servicio de neonatología.
14. Reductible es sinónimo de reducir, disminuir, limitar algo de tamaño o extensión, intensidad o importancia.

REFERENCIAS

- Academia Mexicana de Derechos Humanos y el Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México, A. C. (2003), Tercer Mensaje. Los Derechos de los niños y las niñas indígenas de México, en *Convocatoria sobre derechos humanos para el Diagnóstico y el Plan Nacional de Derechos Humanos en colaboración con el Representante en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. http://www.amdh.com.mx/ocpi_/comunicados/docs/3.doc
- Ávila Curiel, A. y T. Shamah-Levy (2005), Nutrición de los grupos indígenas en zonas rurales, en <http://www.enlacesolidario.org/>
- González et al. (2008), Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un Análisis Socio-espacial, *Revista de Salud Pública*, Volumen 10 sup (1): 15-28. <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a03.pdf>
- Iniciativa ciudadana y desarrollo social (INCIDE SOCIAL, A.C., s/f), Propuestas de política social para alimentación. Plan Nacional de Desarrollo, en: http://www.derechosinfancia.org.mx/Documentos/pnd_alimentacion.pdf
- Martínez Jasso, I. y P.A. Villezca Becerra (2003), La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, en *Datos, hechos y lugares*. <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/.../alimento03.pdf>
- Secretaría de Salud (2007), Programa Nacional de Salud (2007-2012). Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, 185 p.
- Soberón, G., J.L. Torres y B. Zurita (s/f), Bioética y economía de la salud: perspectiva para el siglo XXI, en: *Sistemas de salud caleidoscopio de la salud*, 135-151 p. <http://www.funsalud.org.mx>
- Echarri, C. (2003). Un marco conceptual para el análisis de la salud infantil en Hijo de mi hija, estructura familiar y salud infantil en México. Primera edición, El Colegio de México, CEDDU. Pp.380.
- Feo O. (2008). Feo, Oscar (2008). Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. *Comentarios sobre la experiencia venezolana*. Volumen 3, número 4.
- Lusting Nora. (2008). Políticas Públicas y Salud en México. *Revista Nexos* (On line), número 365.
- Maydana E., Serral G. y Carme Borrel (2009). Desigualdades socioeconómicas

micas y mortalidad infantil en Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol.25 (5): 401-410.

Molina R., Romero R., y José Trejo (1991). Desarrollo económico y salud, *Revista de Salud Pública de México* Vol. 33:227-234.

Romero D., y Celia Landmann (2000). Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta. *Revista de Salud Pública*, Río de Janeiro Vol. 16 (3):799-814.

Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, págs. 41–50.

ESTADO NUTRICIONAL EN CUATRO ESCUELAS PREESCOLARES DE LA REGIÓN ALTOS DE CHIAPAS, MÉXICO

Magdalena Morales Domínguez¹⁵,

Benito Salvatierra Izaba¹⁶,

Guadalupe Pérez Domínguez¹⁷,

José Carlos Beutelspacher Pérez¹⁸

— RESUMEN —

Objetivo: conocer el comportamiento nutricional de los niños/niñas en edad preescolar de la región de Los Altos de Chiapas. **Método:** Se tomaron peso y talla de 210 niños, entre 4 y 7 años de edad. Se calculó el Índice de Masa Corporal. Se utilizaron las medidas estandarizadas (valor de z) propuestas por la Organización Mundial de la Salud. **Resultados:** se reporta un 25 por ciento de desnutrición crónica, no encontrando diferencia entre sexos, pero sí una significativa diferencia en los grupos de edad. **Conclusiones:** Las altas prevalencias encontradas no contradicen las apreciaciones realizadas anteriormente por la Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT, 2006). La desnutrición crónica afecta en la zona rural al 27 por ciento y en la urbana el 23.4 por ciento.

Palabras clave

Estado nutricional, menores de cinco años, población rural, Chiapas.

— ABSTRACT —

Objective: to know the nutritional behavior the young children/in pre-school age of the region of the Altos of Chiapas. **Methods.** They took weight and charts of 210 children, enters 4 7 years of age. The Index of Corporal Mass calculated. The measures standardized (value of z) propose by the World-wide Organization of the Health were used. **Results:** one reports a 25 percent of chronic undernourishment, not finding difference between sexes, but a significant difference in the age groups. **Conclusions:** The high found prevalence previously does not contradict the appreciations realized by the National Survey of Nutrition (ENSANUT, 2006). The chronic undernourishment affects in the countryside to the 27 percent and in urban the 23.4 percent.

Keywords

Nutritional status, less than five years-old kids, rural population, Chiapas.

En los últimos años, se han producido importantes cambios en los estilos de vida de la población y con ello en la alimentación de niños y adolescentes. Por ello, es necesario reconocer la dinámica de la desnutrición infantil que como cualquier organismo que enfrenta escasez de alimento, echa a andar mecanismos de adaptación como la detención del crecimiento, disminución del apetito y de la actividad física, el incremento en el tiempo de sueño y una adaptación metabólica a la escasez de energía y nutrimentos, todo ello en aras de la preservación de la vida y la continuidad de la especie (Galván, 1967). En un contexto cultural de hambre crónica, estos mecanismos pueden constituirse en pautas de comportamiento y desarrollo de los niños valorados positivamente como “normales”. Por ejemplo, un niño que duerme mucho y tiene poco apetito, puede sobrevivir y ser funcional en una comunidad pobre, aun a costa de sacrificar su crecimiento corporal y el desarrollo de las capacidades cognitivas complejas (Chávez, 1975).

En México, se reconoce que la nutrición a lo largo del curso de la vida es una de las principales determinantes de la salud, del desempeño físico y mental y de la productividad, y que la nutrición de la niñez indígena constituye, para el gobierno federal, una prioridad en cuanto al estudio sistemático de las características, la distribución y la magnitud de la desnutrición en el país¹⁹, así como a las políticas sociales, mismas que, en lo que se refiere a la alimentación de la población pobre, datan de 1944²⁰ (Nazar, 2009).

Por las condiciones específicas de México, la desnutrición es consecuencia directa de la marginación y pobreza y ocurre en los primeros años de la vida, es decir, desnutrición infantil o preescolar. Asociada estrechamente a la desnutrición preescolar se ubica la desnutrición materna.

La desnutrición infantil en México no es consecuencia mecánica de la escasa disponibilidad de alimentos en el hogar, ya que no es raro encontrar en una misma familia la coexistencia de preescolares desnutridos con adultos y escolares obesos; esta condición se observa cada vez con mayor frecuencia en familias de bajo ingreso (Peña, 2000).

La desnutrición infantil suele estar condicionada fundamentalmente por los cuidados específicos durante la etapa fetal y los primeros dos o tres años de vida (Chávez, 1979). Básicamente la desnutrición en los primeros dos años de vida se asocia con una pobre ganancia de peso de la madre durante el embarazo, la omisión de la lactancia materna, la ablactación inadecuada, la falta de prevención de enfermedades infecciosas y su manejo incorrecto una

vez que se presentan, además de un ambiente de escasa estimulación neurológica. De esta manera, la desnutrición infantil expresa en forma sintética el conjunto de condiciones de alimentación, salud, vivienda y educación de comunidades específicas.

La desnutrición se genera principalmente entre los 6 y los 24 meses de edad; este periodo, que ha sido denominado metafóricamente “el valle de la muerte”, representa la etapa de mayor riesgo para la sobrevivencia del niño desnutrido y es donde se produce el mayor daño a su organismo, cuyas secuelas, frecuentemente irreversibles, limitarán en forma importante el desarrollo futuro de las capacidades del individuo (Ávila, 2005).

No es raro que los niños del medio rural pobre nazcan con peso normal, aun si la madre presenta deficiencias marginales en su nutrición. Este mecanismo protector se prolonga durante la lactancia, pero no deja de tener consecuencias negativas para la salud de la madre.

Los embarazos frecuentes en condiciones de mala nutrición terminan por rebasar la capacidad materna de transferir sustancias nutritivas y da lugar a la desnutrición *in útero*, la cual afecta en nuestro país al 9% de los neonatos, 12% de los recién nacidos del medio rural y 8% en el medio urbano de acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1999. A partir del cuarto mes se aprecia un deterioro acelerado hasta los 18 meses, estabilizándose posteriormente. Este periodo de gran vulnerabilidad del niño, desde el embarazo hasta los 24 meses, debe considerarse como la ventana de oportunidad para la acción preventiva y la corrección oportuna de la desnutrición infantil.

Para la estimación de la magnitud y distribución de la desnutrición en México se tienen los datos:

1. Encuesta nacional de alimentación y nutrición en el medio rural, (ENAL 1989 y 1996) (Ávila, 1993), que nos permite estimar la prevalencia de desnutrición de la población menor de 5 años en las localidades de menos de 2,500 habitantes, a escala nacional y estatal.
2. Encuesta Nacional de Nutrición (ENN 1988, ENN 1999 y ENN 2006) del Instituto Nacional de Salud Pública. Considerada como la fuente más confiable para establecer la prevalencia de desnutrición en la población menor de cinco años en nuestro país (Dommarco, 2001).

Entre otros estudios que han señalado las prevalencias en diferentes contextos de la república mexicana de los menores de 5 años de edad (Domínguez, *et al.*, 1990; Lastra, *et al.*, 1998; Hernández, *et al.*, 2003; González, 2003; Nazar, *et al.*, 2009). En esta etapa de preescolar abarca desde que el niño ha adquirido la autonomía en la marcha hasta que empieza a asistir a la escuela, es decir, de los 3 a los 6 años de edad. El período escolar es su continuación y comprende desde los 6 hasta aproximadamente los 12 años con el comienzo de la pubertad. Durante este período, se produce una desaceleración en la velocidad de crecimiento en comparación con el período anterior y por ello una disminución de las necesidades de nutrientes y del apetito (Vicario, 2003).

En los resultados de la encuesta ENN 2006 en el ámbito nacional, se analizó la información de 7 722 menores de cinco años, que al aplicar los factores de expansión, representan 9 442 934 niños en todo el país. Del total de niños y niñas evaluados, 5% se clasificó con bajo peso (puntaje z de peso para la edad por debajo de -2) (poco más de 472 mil niños); 12.7% con baja talla o desmedro (puntaje z de talla para la edad por debajo de -2) (alrededor de 1 194 805 niños) y 1.6% con emaciación (puntaje z de peso para la talla por debajo de -2) (representativos de 153 mil niños).

En contraste, 5.3% de estos niños (cerca de 500 mil) presentaron sobrepeso (determinado por el indicador peso para la talla por arriba de 2 z). Aplicando los factores de expansión, la muestra de niños estudiados en Chiapas representa a 413 mil 300 menores de 5 años; alrededor de 183 mil niños se ubicaron en localidades de residencia urbanas y cerca de 231 mil en localidades rurales.

Del total de niños preescolares evaluados en el estado 10.3% presentó bajo peso, 27% tuvo baja talla o desmedro y menos del 2% presentó emaciación. La distribución por el tipo de localidad de residencia indica que un tercio de los niños que habitan en localidades de residencia rural tienen baja talla o desmedro; para las localidades urbanas esta cifra es de 23.4 por ciento.

Las prevalencias de déficit en la talla y de bajo peso fueron mayores en indígenas que en no indígenas. En el ámbito nacional y en zonas urbanas las prevalencias fueron casi tres veces mayores.

En México los principales problemas que enfrentan los niños de edad preescolar mostrados desde los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 2006²¹, fueron la desnutrición crónica o el déficit en el crecimiento

(talla para la edad). Estos problemas tienen efectos negativos en el desarrollo mental y a largo plazo: menor desempeño escolar e intelectual.

De acuerdo con los datos de la ENSANUT 2006, la cual incluye el desglose de la información por entidad federativa, en Oaxaca 22 por ciento de menores de cinco años tiene talla baja para su edad, aunque en las zonas rurales la frecuencia del problema se eleva hasta casi un tercio de los niños (32 por ciento). Esta deficiencia se mantiene en el mismo nivel en los de cinco a 11 años. Investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), destaca respecto del sobrepeso y la obesidad entre los niños oaxaqueños y guerrerenses que se ubica por debajo de la media nacional; sin embargo, uno de cada cinco infantes en ambos sitios tiene exceso de peso. Así, Chiapas, Oaxaca y Guerrero son desde hace años las entidades con más bajos niveles de desarrollo humano, situación que prevalece (Cruz, 2008).

CONTEXTO DE ESTUDIO

En Chiapas, existen 490 058 menores de 5 años de edad, lo que representa el 11.4% del total de la población del estado de Chiapas. De ellos, 248 713 (50.7%) hombres y 241 345 (49.2%) mujeres. De esta población el 44% se encuentran en edad preescolar (3 a 4 años de edad) (INEGI, 2005).

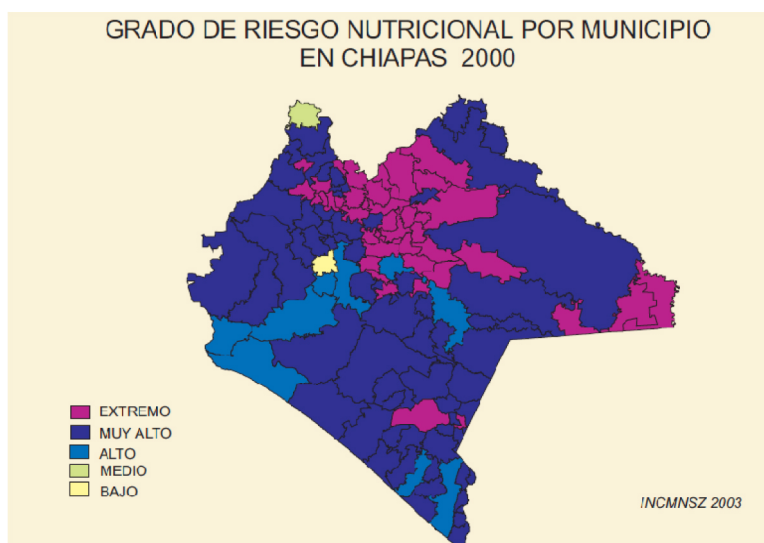
Chiapas es el estado que ocupa el primer lugar de riesgo en los tres periodos. Su promedio estatal ponderado por población es de Muy Alto. Las zonas más afectadas son las que habitan los zoques, tseltales, tsotsiles, choles, mames y lacandones, entre otros.

El estado ha ocupado el primer lugar de riesgo nutricional desde 1990, ya que más de la mitad de los municipios están clasificados en riesgo “muy alto”, con excepciones Tuxtla Gutiérrez y Reforma (Pastrana, 2005).

Los especialistas definieron un indicador más preciso: el **Índice de Riesgo Nutricional por Municipio**, que incluye 14 variables, agrupadas en tres bloques: estadísticas vitales (indicadores de mortalidad); sociales (de pobreza y marginación); y antropométricas (déficit de talla). Identifica los núcleos sociales en máxima prioridad de atención y establece cinco categorías: riesgo nutricional bajo, moderado, alto, muy alto y extremo (las tres últimas se consideran graves).

En cuanto al mapa de Chiapas, prácticamente todo el estado está cubierto por las tres categorías de riesgo graves equivalente al 99% de sus municipios. Destacan el 54.2% en la categoría de Muy Alto. En los tres periodos de estudio sólo hay un municipio en Riesgo Moderado que es Reforma y uno en Riesgo Bajo que es Tuxtla Gutiérrez. Véanse las gráficas, mapas y cuadros correspondientes.

Figura 3-1. Mapa grado de riesgo nutricional del estado de Chiapas, 2003



Fuente: Libro de Cambios en la situación de la nutrición de México de 1990 a 2000, INCMNSZ, 2003

En esta clasificación, 70 por ciento de los municipios del país que concentran 30 por ciento de la población tienen problemas graves de nutrición. Son los municipios rurales. A nivel nacional, hay ocho entidades con riesgo nutricional grave: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Yucatán, Hidalgo, Puebla y Campeche.

En consecuencia a los problemas de salud nutricional se ha considerado al crecimiento de los niños un indicador útil para evaluar el estado de salud, con el objetivo de medir indirectamente la calidad de vida de la población (Esquivel, 1997).

En Chiapas, cerca de un tercio de los niños y niñas menores de 5 años tienen baja talla. Una cuarta parte de los niños y niñas en edad escolar y

un tercio de los adolescentes de localidades urbanas de Chiapas presentan exceso de peso, es decir, una combinación de sobrepeso más obesidad. Este estudio tiene como objetivo; primero, conocer el estado nutricional actual de los niños en edad preescolar y segundo, realizar una comparación del comportamiento nutricional con el fin de aproximarse a conocer las condiciones de la población de la región Altos de Chiapas.

MÉTODOS

Las mediciones se efectuaron durante el mes de enero y febrero del 2007 en cuatro preescolares:

(1) Rosario Castellanos, que se encuentra localizado en la colonia Tlaxcala, (2) Quetzalcóatl en la colonia Emiliano Zapata, los dos están situados en la periferia de la zona norte de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas y la mayor parte de la población que concurre en este espacio son emigrantes de las comunidades de Los Altos de Chiapas²²; (3) El Colegio La Salle que desde 1975 se ubica en la zona centro de San Cristóbal en el Barrio de San Diego; y por último el preescolar de la comunidad de Santiago El Pinar, localizado dentro de los municipios más pobres de Chiapas, por tener un alto grado de marginación, además de pertenecer a la región Altos, se encuentra adelante de San Andrés Larráinzar la mayor parte de sus pobladores se dedican a la comercialización de café y son hablantes de la lengua tsotsil. Con ello se obtuvo un total de 210 tomas (cuadro 3-1).

Se utilizaron las relaciones peso/edad (P/E), talla/edad (T/E) y peso/talla (P/T) para los diagnósticos del estado nutricional, calculados por los valores de *z* recomendados por Organización Mundial de la Salud (1983)²³, en el programa Epi Info, para estimar el déficit nutricional de los tres indicadores considerando como valor límite -2 a -3 desviaciones estándar por debajo de la medida de referencia.

Además, se calculó el Índice de Masa Corporal (peso/talla²) al que hace referencia Guevara, en su artículo de estado nutricional de niños de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos en Chavarín de Huántar 2003, que toma como parámetro la clasificación de Must en las siguientes categorías: déficit (percentiles menores de 5), bajo peso (percentiles entre 5 y 15),

normales (percentiles entre 15 y 85), sobrepeso (percentiles entre 85 y 95) y exceso (percentiles mayores de 95).

Esto permitió estimar las prevalencias del retraso en el crecimiento con cada indicador, asimismo se establecieron prevalencias de sobrepeso, retomando la metodología utilizada en Estado Nutricional de preescolares de la Ciudad de la Habana entre 1972 y 1993 de Ezquivel (1997), donde demostró la situación nutricional en Cuba en niños de preescolar, que en ese periodo fue favorable.

RESULTADOS

El estudio se realizó a 210 niños de cuatro preescolares que fueron pesados y tallados, 103 (49 por ciento) son hombres y 107 (51 por ciento) mujeres, correspondiente a los preescolares Quetzalcoat (51), Rosario Castellanos (87), La Salle (38) 18.1 por ciento y Santiago el Pinar (34) 16.2 por ciento. En los grados del preescolar 1º=60 (28.6 por ciento), 2º=70 (33.3 por ciento), 3º=80 (38.1 por ciento). La distribución entre edades es: 4 años 50 (23.8 por ciento), 5 años 64 (30.5 por ciento), 6 años 66 (31.4 por ciento) y 7 años 30 (14.3 por ciento), estos últimos son niños que están a días de cumplir los 7 años de edad (cuadro 1).

Cuadro3-1. Población estudiada según plantel, sexo y nivel escolar.

	Sexo		Grado escolar				Edad		
	<i>MASC(103)</i>	<i>FEMN(107)</i>	<i>1(60)</i>	<i>2(70)</i>	<i>3(80)</i>	<i>4(50)</i>	<i>5(64)</i>	<i>6(66)</i>	<i>7(30)</i>
Santiago El Pinar(34)	16.5	15.9	-	25.7	20.0	-	20.3	21.2	23.3
Quetzalcoat (51)	26.2	22.4	21.7	18.6	31.3	16.0	23.4	30.3	26.7
Rosario Castellanos (87)	43.7	39.3	53.3	41.4	32.5	60.0	34.4	33.3	43.3
La Salle (38)	13.6	22.4	25.0	14.3	16.3	24.0	21.9	15.2	6.7
total(210)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base a las mediciones de enero – febrero 2007

La desnutrición crónica afecta a un 25 por ciento de los 210 niño/as, la desnutrición aguda al 10.5 por ciento y el sobrepeso y obesidad al 29.5 por ciento y los eutróficos que son considerados normales se encuentra tan sólo en un 34.5 por ciento de la población estudiada (cuadro 2).

Cuadro 3-2. Prevalencia del estado nutricional en cuatro preescolares. (Puntaje de z^{24})

Estado nutricional	Santiago El Pinar		Quetzaltcoatl		Rosario Castellanos		La Salle		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Desnutrición crónica*	8	23.5	18	35.3	24	27.6	3	7.9	53	25.2
Desnutrición aguda**	6	17.6	7	13.7	8	9.2	1	2.6	22	10.5
Sobrepeso /obesidad***	2	5.9	12	23.5	35	40.2	13	34.2	62	29.5
Eutróficos	18	52.9	14	27.5	20	23.0	21	55.3	73	34.8
Total	34	100.0	51	100.0	87	100.0	38	100.0	210	100.0

*-2DE de medianas de talla/edad ** -2DE de mediana de peso/edad

***+2DE de mediana de peso/talla

Fuente: Elaboración propia con base a las mediciones de enero – febrero 2007

Las prevalencias más altas de los preescolares son las de Santiago el Pinar (23.5 por ciento) y Quetzalcóatl (35.3 por ciento). En el primer preescolar no hubo diferencias significativas entre sexos, pero se puede ver que en Quetzalcóatl existe una diferencia de 15 por ciento (cuadro 3).

El déficit que presentan estos dos preescolares puede estar asociado al contexto en el que se encuentran ubicados, por ejemplo, Santiago El Pinar es un preescolar con muchas carecías: instalaciones incompletas, cuenta únicamente con tres salones, no tienen sanitarios y no cuentan con el programa de desayunos escolares.

Cuadro 3-3. Desnutrición crónica según sexo y plantel

Niños/ñas con desnutrición crónica (-2 DE T/E)										
Estado nutricional	Santiago El Pinar		Quetzaltcoatl		Rosario Castellanos		La Salle		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Femenino	4 17	23.5	7 27	25.9	12 45	26.7	3 14	21.4	23 103	22.3
Masculino	4 17	23.5	11 24	45.8	12 42	28.6	24	-	30 107	28.0
Total	8 34	23.5	18 51	35.3	24 87	27.6	3 38	7.9	53 210	25.2

Fuente: Elaboración propia con base a las mediciones de enero – febrero 2007

La prevalencia de desnutrición crónica entre los grupos de edad fue significativa con excepción de la Salle que en 5 a 5.9 y 7 a 7.9, hallándose diferencias de 7 a 7.9 en los tres preescolares.

En general la desnutrición crónica afecta de 4 a 4.9 años de edad al 24 por ciento y de 6 a 6.9 años de edad al 31.8 por ciento (cuadro 4).

Cuadro 3-4. Desnutrición crónica según edad y plantel preescolar

Niños/ñas con desnutrición crónica (-2 DE T/E)									
Estado nutricional	Santiago El Pinar		Quetzaltcoatl		Rosario Castellanos		La Salle		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n %
4 a 4.9	1	-	2	25.0	8	26.7	2	16.7	12 50 24.0
5 a 5.9	2	13	7	15	4	22	1	-	13/64 20.3
6 a 6.9	5	14	8	20	7	22	1	10	21 66 31.8
7 a 7.9	1	7	1	8	5	13	2	-	7 30 23.3
Total	8	34	18	51	24	87	3	38	53 210 25.2

Fuente: Elaboración propia con base a las mediciones de enero – febrero 2007

Según el índice de masa corporal el más frecuente correspondió al grupo de los normales con 147 observaciones (70 por ciento), seguido por el sobrepeso con 27 (12.9 por ciento) y los de bajo peso 16 (7.6 por ciento). La obesidad se encuentra en la misma proporción que el déficit (4.8 por ciento), que fueron los menos frecuentes. Entre las mujeres (2,9 por ciento) se ve menos déficit que entre los hombres (6.5 por ciento).

Cuadro 3-5. Estado nutricional según índice de Masa Corporal en niños/ñas de 4-7 años.

MCI/Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Déficit	7	6.5	3	2.9	10	4.8
Bajo peso	8	7.5	8	7.8	16	7.6
Normal	72	67.3	75	72.8	147	70.0
Sobrepeso	15	14.0	12	11.7	27	12.9
Obesidad	5	4.7	5	4.9	10	4.8
Total	107	100	103	100	210	100

Fuente: Elaboración propia con base a las mediciones de enero – febrero 2007

Los promedios de peso y talla según el sexo, demuestra que los niños evaluados están creciendo debajo de los estándares aceptados internacionalmente. Como también el IMC se situó en entre los 15 y los 16 Kg/m² que los coloca

en normales según el rango internacional. En los cuadros que se presentan a continuación son los promedios de talla, peso e IMC de los cuatro preescolares.

Cuadro 3-6. Promedio y desviación estándar de peso, talla y IMC según edad y sexo de los niños/as del Preescolar Santiago El Pinar

Edad	Peso: Promedio				Talla: Promedio				IMC: Promedio			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Kg	DE	Kg	DE	Cm	DE	Cm	DE	IMC	DE	IMC	DE
5 años	14.5	2.6	13.4	1.5	97.1	5.6	92.0	3.2	15.3	1.3	15.7	1.4
6 años	14.6	2.3	16.6	1.6	96.4	2.3	103.2	2.0	15.0	1.1	15.5	1.3
7 años	17.7	0.7	17.5	2.3	105.0	2.8	106.1	4.6	16.1	0.2	15.5	1.2

Preescolar Quetzalcóatl

Edad	Peso: Promedio				Talla: Promedio				IMC: Promedio			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Kg	DE	Kg	DE	Cm	DE	Cm	DE	IMC	DE	IMC	DE
4 años	15.3	2	16.7	2.5	97	4.3	94.3	3.7	16.31	1.05	18.8	2.7
5 años	14.1	2.0	15.4	3.1	99.1	3.6	95.4	7.8	14.3	1.4	16.8	1.7
6 años	15.4	1.8	16.1	1.7	106.6	5.4	104.1	3.5	13.6	2.1	14.9	1.6
7 años	18.5	0.8	19.5	3.9	110.4	2.1	112.1	7.9	15.2	0.3	15.3	1.6

Preescolar Rosario Castellanos

Edad	Peso: Promedio				Talla: Promedio				IMC: Promedio			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Kg	DE	Kg	DE	Cm	DE	Cm	DE	IMC	DE	IMC	DE
4 años	14.7	2.1	15.12	2.7	99.8	5	97.7	3.9	14.8	2.27	15.8	2.7
5 años	17.5	2.1	19.1	1.8	102.8	4.4	104.5	3.1	16.6	2.5	17.5	1.2
6 años	19.2	2.9	17.9	2.2	108.3	2.3	104.7	3.8	16.4	2.3	16.4	1.7
7 años	19.4	2.8	20.2	2.9	108.0	3.3	110.8	4.9	15.2	0.3	16.6	2.3

Preescolar La Salle

Edad	Peso: Promedio				Talla: Promedio				IMC: Promedio			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Kg	DE	Kg	DE	Cm	DE	Cm	DE	IMC	DE	IMC	DE
4 años	15.3	2.3	14.3	np	95	6.6	96	3.9	14.8	2.27	16.9	2.2
5 años	17.9	3.5	18.0	1.8	106.1	9.4	105.8	3.3	15.7	1.2	16.0	1.0
6 años	19.3	2.0	21.0	2.5	110.1	3.8	113.8	5.2	15.6	1.4	16.1	1.8
7 años	26.0	np	26.7	np	118.0	np	121.0	np	19.1	np	18.3	np

DISCUSIÓN

El presente trabajo da referencia del estado nutricional de niños menores de 6.9 años de cuatro preescolares de la región Altos de Chiapas. El estudio tiene las siguientes limitaciones: la muestra no se formó por selección estadística, sino por conveniencia, por las condiciones de cada escuela; sin embargo, estas limitaciones no invalidan la observación realizada ya que la condición sociodemográfica de las comunidades rurales y urbanas. La constatación más evidente de la presente observación es la alta prevalencia de desnutrición crónica en la población evaluada. Este hallazgo no contradice las apreciaciones realizadas anteriormente por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006). En México, casi uno de cada cinco niños menores de cinco años tiene desnutrición crónica, lo que se considera un importante problema de salud pública. Se encontraron diferencias notables entre los porcentajes de niños con desnutrición crónica en zona urbana y rural. Así, mientras el porcentaje de niños con desnutrición crónica fue de 32.3 por ciento para las zonas rurales, en las zonas urbanas fue de 11 por ciento. En este estudio, la desnutrición crónica afecta en la zona rural al 28 por ciento y a la urbana el 8 por ciento.

En los Altos de Chiapas se han producido cambios importantes en las condiciones socioeconómicas de la población durante los últimos años. La migración rural-urbana y el crecimiento económico han modificado profundamente los factores culturales de la población de esta zona. Esto ha traído como consecuencia el incremento de alimentos chatarra con alto grado de grasas y azúcar, conjuntamente con el incremento de enfermedades infecciosas.

NOTAS

15. Docente de la Facultad de Ciencia Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales.
16. Docente-Investigador del Colegio de la Frontera Sur.
17. Docente de la Facultad de Ciencia Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales.
18. Diseñador gráfico.
19. En 1958 el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) inició los estudios nacionales de alimentación y nutrición en México. En 1974 aplicó la primera Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-74); en 1979 se realizó el levantamiento de la segunda Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-79) bajo la coordinación del INNSZ, el INI y la Secretaría de Salud y, en 1988 la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud realizó el levantamiento de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN-88). En 1989 se llevó a cabo la tercera Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-89) la cual fue desarrollada por la Comisión Nacional de Alimentación bajo la coordinación del INNSZ con la colaboración del INI y la Secretaría de Salud. En 1996, fue realizada la ENAL-96 que permitió una estimación más precisa de la desnutrición indígena en el país.
20. Con el programa de Abasto Social de Leche (Flores, 2007).
21. Noticias, 2002. Presentación de la encuesta nacional del 1999. Estado nutrición de niños y mujeres en México.
22. Principalmente de San Juan Chamula, San Juan Cancuc, Chenalhó, Pantelohó, Chalchihuitán, Oxchuc, entre otros.
23. Organización Mundial de la Salud. Medición de cambio del estado nutricional, Ginebra 1983.
24. Con referencia a la tabla de distribución antropométrico de valores de z, talla/edad, peso/edad y peso/talla. (WHO, 1986).

REFERENCIAS

- Ávila, A. Chávez, A. Shamah, T. y Madrigal, H, 1993. “*La desnutrición infantil en el medio rural mexicano a través de las encuestas nacionales de alimentación*”. *Revista de Salud Pública de México*; 6: 658-666
- Chávez A, Martínez C 1979. *Nutrición y desarrollo infantil*. Ed. Interamericana, México.
- Chavez A, Martinez C. 1975. *Nutrition and development of children from poor rural areas*. V. Nutrition and behavioral development. *Nutr Rep Int*. Jun;11(6):477-89.
- Gasca García, Alejandra. **2001**. *Políticas y programas de alimentación y nutrición en México*. En: *Salud Pública de México*, Vol. 43, Núm., 5 Septiembre – octubre. Pp 464-477
- Espinoza N, Henry, 2002. Noticia: *Presentación de resultados de la encuesta nacional de Nutrición 1999*. Estado nutrición de niños y mujeres de México. En: *Salud Pública en México*. Vol. 44. Núm. 2 Marzo- abril.
- Esquivel, M. a. 1997. : *Estado nutricional de preescolares de la Ciudad de la Habana entre 1972 y 1993*. En: *Panamericana Salud Pública en México* 1(5): 349-354.
- Guevara, Ximena, 2003. *Estado nutricional de los niños menores de 5 años de comunidades rurales y urbanas del distrito de Chavín de Huántar*. En *Pediatría*. Volumen 5 No.1. pp. 14-20.
- Nazar A., Salvatierra B., Zapata E. 2008. Desnutrición del grupo indígena Ch’ol en Chiapas. ¿Puede ser disminuida por las políticas sociales y de reconversión productiva? En: Martínez, Rosa, Rojo Gustavo, Zapata E. Ramírez, B. (Coords). *Estudio y propuestas para el medio rural*. Colegio de Posgraduados, México. 517 p. pp. 93-117
- Peña M, Bacallao J. 2000. *La obesidad y condicionamientos económicos, socioculturales y ambientales* en: Organización Panamericana de la Salud *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud*. OPS, Washington.
- Ramos Galván R. *Crecimiento en la desnutrición*. *Gac. Méd. Méx.* 1967, 97: 1327-1340
- Regionalización de la Situación Nutricional en México a través de un Índice de Riesgo Nutricional 2004. INNSZ y Sociedad Latinoamericana de Nutrición. México.

- Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Villalpando Hernández S, González de Cossio T, Hernández Prado B, Sepúlveda J. *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado Nutricio en Niños y Mujeres en México*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001
- WHO, Working G, (1986). *Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status*. In: Bulletin of the World Health Organization 64(6): 929-941.

TRABAJO Y REPERCUSIONES EN LA SALUD DEL NIÑO/A MIGRANTE, EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS

Lucrecia Magdalena Hernández Pilicastro²⁵

— RESUMEN —

En este artículo se da a conocer la importancia que representa el trabajo infantil²⁶ para los miembros del grupo doméstico, asimismo, las circunstancias que orillan a niños y niñas a insertarse precozmente al mercado de trabajo, o bien, a participar con mayor frecuencia en labores del campo y domésticas.

Las actividades laborales de niñas y niños inician prácticamente desde que pueden sostenerse en pie y comprenden el lenguaje humano, es por ello que el trabajo infantil es considerado un problema grave, porque estos/as niños/niñas que trabajan no realizan muchas veces tareas ocasionales o livianas, sino que hacen trabajos pesados: cargar agua, recolectar leña, limpiar parabrisas, actuar como payasos, entre otras actividades, lo cual pone en riesgo su desarrollo mental, físico y emocional. Presentan problemas de salud, no viven la niñez normal y no tienen oportunidad de jugar debido a sus responsabilidades dentro del grupo doméstico.

La importancia del trabajo de los/as niños/as dentro de las actividades agrícolas ha sido minimizado, no es considerado como trabajo, muchos de los padres entrevistados se justifican argumentando que los preparan para una vida difícil, la precariedad de la economía doméstica y la necesidad de ganarse la vida, colaborando con el grupo doméstico.

Se discute sobre el derecho de los niños a vivir una infancia sin riesgos.

Palabras clave

Trabajo infantil, grupo doméstico, migración, salud.

— ABSTRACT —

This paper describe child work inner domestic group, as well circumstances for job insertion and their participation in agriculture and domestic activities.

Some kids began their productive lives so fast can be stand y speak some words. Some times their productive activities are hard: load timber or water on their shoulders, or hazardous tasks like clean windshields and even clown performance in streets for a few coins. Those activities impose negative impact on mental, emotional and physical children development. Kids cannot live the life like a child, cannot play because their responsibilities inner domestic group.

The relevance of work kids in agriculture production has been minimized, is not seen like job, it is a play, they said. A lot of parents believe those activities are useful because prepare the children for a future hard life, the poverty and they learn to earn the life for contribution to domestic group.

The children title for a life without risk is discussed.

Keywords

Child work, domestic group, migration, health.

Históricamente la mayoría de los habitantes de comunidades indígenas de Chiapas vive en situación de miseria y de desprotección social, poseen parcelas mínimas cuya producción es insuficiente para el sustento familiar, lo que aunado a la falta de oportunidades de trabajo condicionan la decisión de migrar, abandonando temporal o definitivamente su lugar de origen con el fin de ingresar al mercado de trabajo en un asentamiento poblacional distinto.

Dentro de estos procesos migratorios se encuentran hombres, mujeres, niños y niñas que llegan a los centros urbanos, para colocarse en trabajos poco calificados, mal remunerados, peligrosos e inseguros. De acuerdo a lo anterior, diferentes investigaciones realizadas por el UNICEF y OIT²⁷ han demostrado que el trabajo que realizan los niños y niñas afecta el desarrollo psicosocial, los expone a sufrir accidentes y los predispone a desarrollar enfermedades, entre otros riesgos.

Desde la perspectiva salarial enfocada al ámbito de la educación, el trabajo infantil remunerado resulta más excluyente que el no remunerado, debido a que una mayor proporción de niños y niñas que trabajan en forma remunerada lo hacen en jornadas de trabajo mucho mayor e incluso considerada como doble, situación que coloca en desventaja a los menores para continuar con su educación escolar (INEGI, 2004).

En este contexto, conocer el trabajo que desempeñan niños y niñas y el valor que éste representa para sus padres, ha llevado a instituciones como UNICEF y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a debatir sobre los derechos de los niños/as, debido a que para los padres resulta ser fuerza de trabajo necesaria para la economía familiar.

En este trabajo se describe el trabajo infantil, se analizan algunos aspectos asociados, en particular la creencia de los padres acerca de que es bueno que los niños trabajen; la carencia de políticas sociales para evitarlo; así como las repercusiones sobre la salud de los/as niños/as. En particular si inician a temprana edad, en un mercado laboral que demanda fuerza de trabajo cada vez más joven, fundado sobre la precariedad de la situación económica doméstica y, en general, la pobreza.

La investigación se llevó a cabo en dos contextos socioculturales marginales de la Región Altos de Chiapas: en un área urbana (Colonia Emiliano Zapata) y una rural (Comunidad Zacualpa Ecatepec), ubicadas en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. El objetivo principal fue describir las principales

actividades de los/as niños/as y las consecuencias sobre su salud como en su desarrollo físico y psicológico, por otro lado, se dan a conocer las estrategias familiares que desarrollan estos/as niños y niñas tanto en la ciudad como en el campo para contribuir a la economía familiar.

TRABAJO INFANTIL Y MIGRACIÓN

La migración constituye un fenómeno vinculado con la política económica y en América Latina es parte de los escenarios en los que se producen nuevos ejes de acumulación tales como la maquila, exportaciones no tradicionales, turismo, servicios financieros y exportación de mano de obra a nivel regional y global. En la actualidad, la migración representa un mecanismo de ajuste y transformación de los mercados laborales.

La dinámica migratoria contemporánea hace referencia al aumento a escala global de sus flujos, magnitudes, características, causas y efectos. Prácticamente todas las sociedades del mundo se encuentran implicadas en algún tipo de movimiento de población y en todos los casos se profundizan elementos que eran parte de las características esenciales de los procesos migratorios.

Las corrientes migratorias hacia el norte del país y Estados Unidos se caracterizaron a finales de la década de 1980 por el predominio de varones entre los 18 y 45 años de edad aproximadamente, que se mantienen como mayoría entre la población migrante. Sin embargo, conviene señalar que las recurrentes crisis económicas, los desastres naturales y los ajustes políticos en las diferentes sociedades, han provocado la incorporación progresiva de niños y niñas. En determinado momento los menores no habían sido visualizados porque su presencia no era tan notoria respecto a otros sujetos de la migración, es importante señalar que estos/as niños y niñas tienen entre 6 y 14 años de edad, que se encuentran fuera de su lugar de origen con la intención de trasladarse a otro lugar para trabajar, reunirse con su familia o cambiar de residencia de manera temporal o definitiva. (CRM, 2002:3).

Estos niños y niñas representan “los grupos poblacionales que por las circunstancias y su condición son mucho más vulnerables y por ende más expuestos a ser víctimas de abusos, maltrato y discriminación. Éste es el caso de

las mujeres, niños, niñas que por diversas razones deben abandonar su lugar de origen en busca de nuevos horizontes” (García, 2000:136).

En Latinoamérica la realidad para el sector infantil es difícil, para la mayoría de niños y niñas la oportunidad de vivir esta etapa de formación, de tránsito o preparación para el mundo adulto es inexistente, ya que durante la niñez y la juventud adquieren responsabilidades que no corresponden socialmente a un menor de edad pero sí para la situación económica de la familia de donde provienen. Estos niños no tiene oportunidad de estudiar ya que comienzan a trabajar en algunos casos a partir de los 6 años y la precariedad laboral con la que se encuentran va desde la ausencia de un horario y salario fijo, la inseguridad social, el trato inhumano e incertidumbre de la permanencia en tal trabajo. En suma, las condiciones en las que viven los hace excelentes candidatos para formar parte de las listas de migrantes al extranjero. (Cruz, 2005).

Existe una tendencia, bastante extendida, de ver al trabajo infantil únicamente como un problema en sí mismo y no como manifestación de otros, como la pobreza. Al ser percibido como un problema *per se* las acciones se centran de forma casi exclusiva sobre el universo de niños y niñas trabajadores identificados en un determinado momento y sobre ellos actúan las medidas puestas en marcha para retirarlos del trabajo. No obstante, como el trabajo infantil no responde a ese momento estático sino que es manifestación de un fenómeno dinámico al que todos los días se incorporan nuevos elementos las acciones puntuales suelen tener poco éxito. Es necesario actuar desde el punto de vista de la persona afectada (niño o niña trabajador/a) sobre la manifestación del fenómeno pero desde el punto de vista estructural, sobre las causas (DNI, 2006:25).

La Organización Internacional del Trabajo señala en un comunicado que en el mundo más de 132 millones de niñas y niños ente 5 y 14 años trabajan en la agricultura, representan el 70 % de toda la infancia que trabaja en el mundo. En México existen 3.1 millones de jornaleros agrícolas, casi el 20 % de su fuerza laboral está constituida por niños de 6 a 14 años de edad, este grupo registra el más alto grado de rezago educativo del país (IDH, 2007).

La niñez es el período vital durante el cual los pequeños carecen de obligaciones laborales formales, tienen derecho a que se les satisfagan sus necesidades básicas y a una vida digna. Es la etapa del desarrollo de habilidades psicomotoras, se identifica con la etapa formativa y de auto-afianzamiento

corporal; del aprendizaje de las normas culturales y los roles que seguirán los niños y niñas en la etapa adulta, la socialización de actividades asignadas comunitariamente a hombres y mujeres (González, 2006). Es así que los niños, desde muy temprana edad acompañan al padre y a otros miembros del grupo doméstico a la realización de tareas agrícolas, recolección de frutas, hortalizas, caza, pesca, entre otras, al llevar acabo dichas tareas van adquiriendo responsabilidades progresivamente; las niñas, ayudan a las mujeres en las actividades de la casa y sobre todo, en el cuidado de los más pequeños.

IMPORTANCIA DEL TRABAJO INFANTIL Y SUS REPERCUSIONES EN EL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS/AS EN LOS ALTOS DE CHIAPAS

En la década de 1990, surgió la preocupación por la situación y futuro de los niños/as, tema central que llevó a diferentes organizaciones internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre otras; a realizar algunos programas en atención a los problemas relacionados con los niños/as a fin de garantizar su pleno desarrollo, y eliminar el trabajo desempeñado por ellos (INEGI, 2004).

A pesar de los esfuerzos realizados por dichas instituciones, en muchos grupos domésticos chiapanecos el interés económico de los padres se privilegia frente al bienestar de los hijos, quienes salen de sus hogares hacia la ciudad en grupos o en última instancia, se auto-emplean dentro de su grupo doméstico; es decir, el factor económico es la prioridad para el grupo doméstico de bajos recursos, debido a que las familias pobres necesitan del trabajo y de los ingresos de los hijos para poder sobrevivir. Por eso, los niños representan activos económicos para la familia.

Al respecto, es menester señalar que los intereses económicos por la permanencia del trabajo infantil varían según clase social, por ejemplo las clases medias y altas obtienen beneficios tanto de las políticas que ignoran la educación de los niños pobres, como del trabajo de los niños/as empleados/as a su servicio.

En la actualidad existe un debate entre los efectos negativos y positivos del trabajo infantil, dicha problemática se refiere básicamente a los aspectos físicos, psicológicos, sociales y sobre la escolaridad, es decir, una consecuencia física tiene el riesgo que el niño o niña sufra un sobreesfuerzo, como las dobles jornadas de trabajo, contaminación, exposición a productos químicos, entre otras. Estos niños y niñas que se relacionan con personas que no pertenecen a su grupo de edad, involucra un efecto de socialización y por lo tanto, un proceso de construcción de identidad.

Dentro del aspecto social se encuentra el desarrollo del niño o la niña en relación a sus compañeros de la misma edad, ya que los niños que trabajan no siempre pueden jugar con otros, implicando que niños y niñas se alejen de las actividades propias de su edad.

Idealmente, con la introducción de la educación elemental obligatoria en México no parecería haber más opción que enviar a los chicos a la escuela, aunque se reduzca el ingreso familiar, no obstante las acciones punitivas no son aceptables por la sociedad y no remedian el problema de fondo. Posiblemente las prácticas de fomento del trabajo infantil se fundamentan en la idea paterna de la irrelevancia de la educación, aunado a que el trabajo de los niños/as responde a una necesidad económica del grupo doméstico; de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) la situación del trabajo infantil constituye un problema estructural.

La pobreza y la necesidad de supervivencia han llevado a los niños/as a desempeñar actividades que presentan serios riesgos en la salud, identificada desde hace más de tres décadas por UNICEF como niños en situación de calle. De cierta forma, las aportaciones económicas de los niños y niñas benefician al ingreso familiar, pues de alguna manera cubren parte de sus gastos: vestido, alimentación, educación, diversión, entre otras.

En el estado de Chiapas laboran alrededor de 200 mil niños, cifra que representa 5.5 % del trabajo infantil total, la mayoría de los casos se encuentran en la ciudad de Tapachula y que ubica a la entidad como la séptima a nivel nacional. En lo que respecta al nivel de ingresos, una proporción muy importante de los/as niños y niñas ocupados/as no recibe ningún pago por su trabajo (71.7%); poco más de quince de cada cien (15.6%) reciben hasta un salario mínimo, y sólo el 12.6% obtiene más de un salario. El sector económico en el que se ubica más de la mitad de los/as niños/as es la actividad agropecuaria donde se concentra poco más de la mitad (54.3%); uno de cada tres se coloca

en el comercio y servicios (33.5%) y el resto en la industria (11.8%). Por lo que se refiere a la tasa de ocupación en cada una de las entidades del país; el estado de Guerrero reportó la tasa de ocupación infantil más alta con 20.0 %, y la más baja el Distrito Federal con 6.1%; en este contexto Chiapas se ubicó en la décima cuarta posición, con una tasa de ocupación infantil de 14.1%. (INEGI, 2007)

Por otro lado con la división sexual del trabajo se han impulsado nuevas formas de distribución de las actividades tanto en niños y niñas, lo cual se debe a que el grupo doméstico ha configurado nuevas formas de organización y ha generado algunas estrategias que le ayuden a vivir mejor, aunque al incorporarse la fuerza de trabajo infantil al mercado se enfrentan con una serie de dificultades, como: percepción de salarios mínimos inferiores al del adulto, sin seguridad social dentro del área de trabajo, entre otras. Lo anterior, ha originado que algunos grupos domésticos –principalmente aquellos en donde existe jefatura femenina– incorporen a sus hijos e hijas a temprana edad al mercado de trabajo, generando con ello una mayor deserción escolar. Se compatibiliza la oferta y la demanda de trabajo; esto es, por un lado los niños y niñas prefieren trabajar antes que estudiar (oferta) y por la otra, los empleadores prefieren contratar mano de obra infantil (demanda), por ser fáciles de explotar, dóciles y por obedecer las órdenes sin discutirlos. Por lo tanto, el trabajo (remunerado o no remunerado) que desempeñan mujeres y niños/as dentro y fuera del grupo doméstico adquiere gran importancia dentro de la economía familiar, porque las contribuciones de los miembros del grupo doméstico son esenciales para lograr un mejor desarrollo y bienestar familiar.

METODOLOGÍA

Esta investigación, de tipo transversal, forma parte del proyecto “Evaluación integral de las políticas públicas en salud reproductiva en Chiapas. Elementos para la planeación estratégica en salud (proyecto COCyTECH: CHIS 030365)²⁸.

El estudio se realizó en la Comunidad rural marginal “Zacualpa Ecatepec” y la Colonia urbano marginal “Emiliano Zapata” de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Se seleccionaron estos asentamientos para comparar la valoración de actividades desempeñadas por niños y niñas, las oportunidades de empleo que se dan en ambos contextos, explicar la inmigración causada

por problemas sociales, políticos, religiosos y económicos dentro de la entidad, situación que se presenta tanto en áreas rurales como urbanas. En estos asentamientos la población muestra diversidad social, cultural, económica y demográfica, así como condiciones de pobreza extrema en el municipio.

Los asentamientos se agrupan en dos categorías: urbano marginal irregular (homogéneo o heterogéneo según el origen de sus habitantes) y rural marginal regular (homogéneo o heterogéneo según el origen de sus habitantes).

Para la estimación del tamaño de la muestra, se consideraron los siguientes parámetros: una prevalencia de 15% ($p=0.15$); el error de muestreo o precisión de 10% ($d=0.10$), y el nivel de confianza de 95% ($Z=1.96$) (Jonson y Kuby, 1999: 477).

Con las cifras anteriores el tamaño muestral mínimo fue de 49 grupos domésticos de todos los grupos de edad considerados para cada uno de los dos asentamientos. La ecuación utilizada²⁹ fue la propuesta por Cochran (1996: 107).

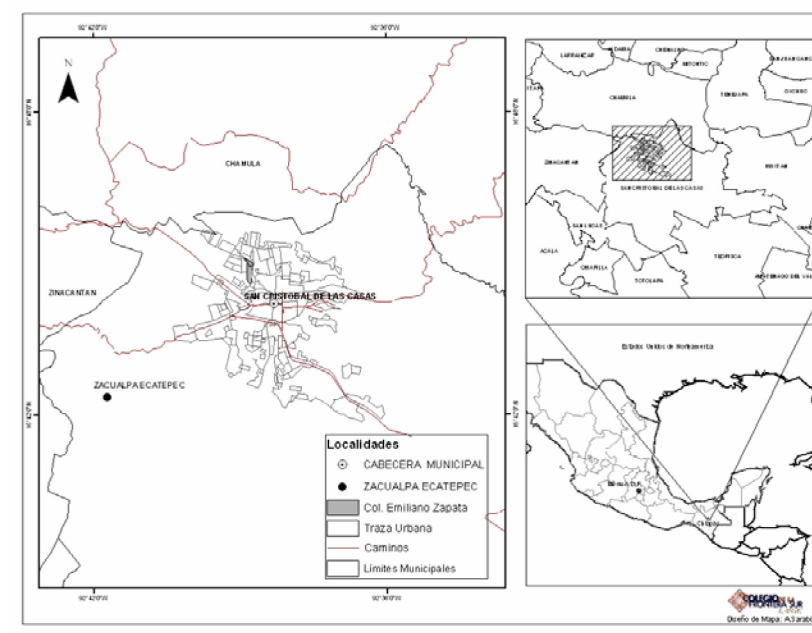
La información se recolectó mediante visitas domiciliarias en lo que respecta a Zacualpa Ecatepec se visitaron 59 viviendas y Emiliano Zapata 66 viviendas aplicando entrevistas a los integrantes del grupo doméstico principalmente a los jefes/as y mujeres a partir de los 12 años. Se aplicó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y abiertas agrupadas en dos apartados: datos sociodemográficos y laborales. El primero contiene el nombre del jefe de familia, edad, sexo, parentesco (con respecto al jefe de familia), lugar de nacimiento, estado civil, año de escolaridad e idioma que habla cada integrante del grupo doméstico. El segundo apartado incluye características ocupacionales, subdivididas en ocupación principal (trabajo que realiza, si recibe dinero por ese trabajo, posición dentro de su trabajo); ocupación secundaria y trabajo estacional o eventual, y las características laborales (tipo de trabajo, participación dentro del hogar, participación en el trabajo familiar y capacidades) considerando la edad aproximada de los niños/as a la que empiezan a relacionarse con las tareas laborales del grupo doméstico.

CARACTERÍSTICAS DE LA COLONIA EMILIANO ZAPATA

La colonia Emiliano Zapata se encuentra ubicada en la zona norte de San Cristóbal de Las Casas y para efectos de este estudio, es considerada como

un asentamiento urbano marginal. Al norte colinda con la Colonia Anexo del edén, al sur con la Colonia la Isla, al Este con la Colonia Erasto Urbina y al Oeste con el Barrio de Tlaxcala (figura 4-1).

Figura 4-1. Ubicación del contexto de estudio Trabajo Infantil



Fuente: Laboratorio de Información Geográfica del ECOSUR (LAIGE-ECOSUR, 2004).

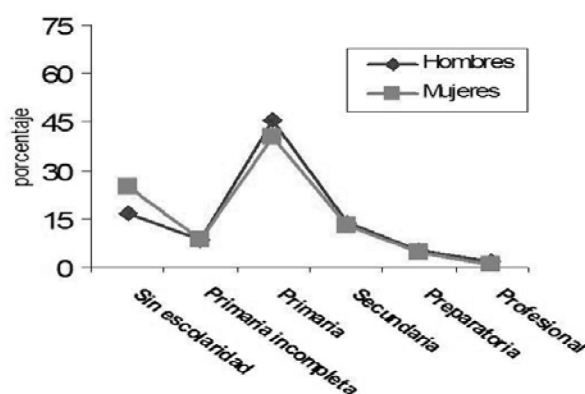
La colonia cuenta con un total de 386 habitantes, existen dos planteles educativos: la escuela primaria Rosario Castellanos y el jardín de niños Quetzalcóatl. Según datos aportados por la directora de la escuela, nueve de cada diez niñas sólo terminan la educación primaria y abandonan sus estudios para dedicarse a trabajar en el centro de San Cristóbal, principalmente como empleadas domésticas para contribuir a la economía familiar; una de cada diez continúan sus estudios combinando el trabajo con el estudio. El comportamiento laboral de los niños varones es inverso, nueve de diez sigue estudiando y uno de diez sale a trabajar. En su mayoría, los niños continúan estudiando durante la mañana, por las tardes venden chicles, elotes, artesanías, globos, entre otros productos.

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN

En la figura 4-2 se observa que la mayor parte de los habitantes tiene estudios de primaria completa, 45.6% corresponde a hombres y 40.6% a mujeres; la diferencia que favorece a los hombres se podría explicar por razones culturales, desigualdad de género, que es consistente con la proporción de personas sin escolaridad. Las diferencias se reducen en los otros niveles, quizá por efecto de los programas sociales como Oportunidades.

Debe hacerse notar que la proporción de personas –hombres y mujeres– con mayores grados de escolaridad disminuye progresivamente.

Figura 4-2. Grado de escolaridad –según sexo– de los habitantes de la colonia Emiliano Zapata, San Cristóbal Las Casas, Chiapas, 2004



Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta, ESREPAM 2004

CARACTERÍSTICAS DE ZACUALPA ECATEPEC

La Comunidad rural indígena Zacualpa Ecatepec se localiza al noroeste de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Al Norte colinda con Huitepec las palmas, al Sur con la Laguna del Carmen (San Lucas) al Este con el Corralito y al Oeste con Zinacantán.

Para efectos de este estudio es un asentamiento rural-marginal que se caracteriza por la llegada de sus habitantes de otra localidad (Laguna grande),

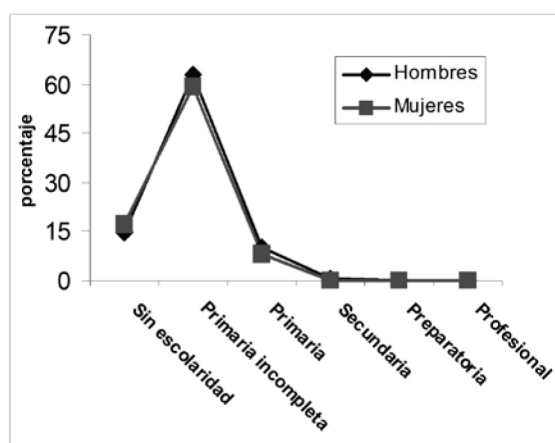
que comenzaron a formar sus familias y a apropiarse de las tierras, cuya tenencia se ha regularizado con el paso del tiempo. Esta comunidad cuenta con un total de 378 habitantes, que en su mayoría fueron expulsados de sus lugares de origen por problemas político-religiosos.

La comunidad cuenta con una escuela primaria (edificio que por la tarde funciona como Telesecundaria) y un Jardín de Niños; si los padres tienen posibilidades de apoyar económicamente a los hijos para que estudien la preparatoria tienen que emigrar hacia la ciudad o truncar los estudios.

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN

Nótese que la composición de las categorías de escolaridad es diferente a la colonia urbana. Aunque proporcionalmente hay más población sin escolaridad en la primera, no hay personas que hayan cursado estudios medio superior y superior. Lo más frecuente es que tanto hombres como mujeres tengan primaria incompleta (62.8% y 59.2%, respectivamente); se observa que las mujeres sin escolaridad superan a los hombres y menos de uno de cada cien tiene estudios de secundaria. (Ver figura 4-3).

Figura 4-3. Nivel de escolaridad por sexo. Comunidad Zacualpa Ecatepec



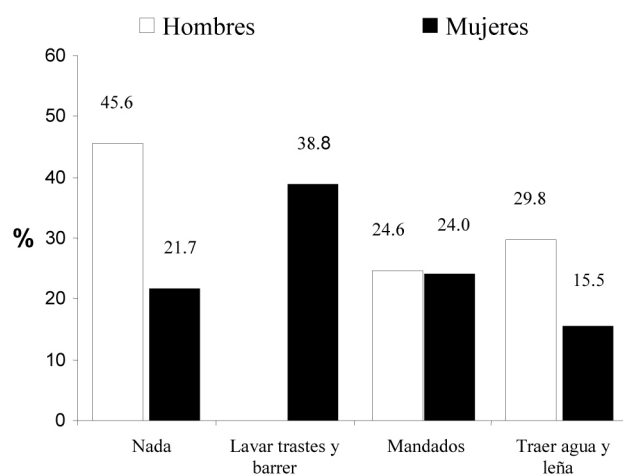
Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta, ESREPAM 2004

TRABAJO INFANTIL EN DIFERENTES ACTIVIDADES EN ZACUALPA ECATEPEC

Respecto a las actividades realizadas por los niños y niñas de la comunidad Zacualpa Ecatepec, en la figura 4-4 se observa una expresión de la división sexual del trabajo, mientras que los niños no colaboran en labores domésticas, las niñas no intervienen en actividades típicamente de hombres.

En la siguiente actividad, lavar trastes y barrer, se encontró la participación solamente de niñas (38.8%), en lo que respecta a realizar los mandados no existe diferencia alguna, aunque en ir a traer agua y leña existe más participación de los niños, se considera una actividad más pesada para las niñas pero eso no quiere decir que ellas no lo hagan, si es requerido.

Figura 4-4. Participación al interior del grupo doméstico de niños y niñas de 6 a 15 años, de la Comunidad Zacualpa Ecatepec.



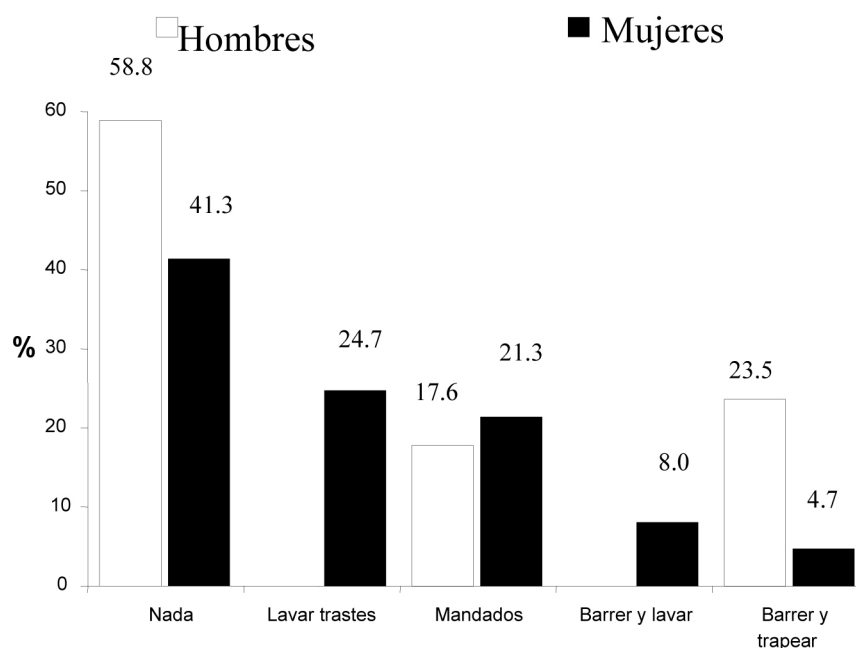
Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta, ESREPAM 2004

TRABAJO INFANTIL EN DIFERENTES ACTIVIDADES EN EMILIANO ZAPATA

En la actividad 'Lavar trastes' se encontró la participación solamente de niñas correspondiente a 24.7%, mientras que 'realizar mandados' hay poca

diferencia por sexo. En la actividad de ‘barrer y lavar ropa’ sólo se encuentra la participación de las niñas en un 8 %, una de las actividades que tuvo más participación de los varones fue la de barrer y trapear la casa (23.5 %) y las mujeres (4.7%).

Figura 4-5. Participación de niños y niñas de 6 a 15 años, de la Colonia Emiliano Zapata.



Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta, ESREPAM 2004

EDAD A LA QUE COMENZARON A TRABAJAR

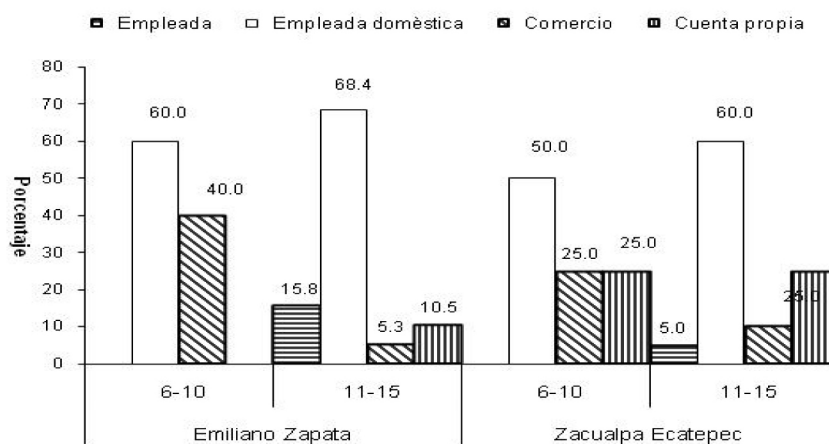
El desempeño laboral de los/as niños y niñas ha sido de gran ayuda para la supervivencia de los grupos domésticos, es por ello que a temprana edad se han insertado al mercado de trabajo en apoyo a la microeconomía.

En la figura 6 se observa que 60% de las niñas de Emiliano Zapata comenzaron a trabajar a muy temprana edad desempeñándose como empleadas domésticas, 40% de estas niñas trabajaron como comerciantes en el mercado

de san Cristóbal. Por otra parte en Zacualpa, dos de cada cuatro niñas se dedicaron a trabajar como empleadas domésticas, una de cada cuatro se dedicó al comercio de verduras y la cuarta trabajaba por cuenta propia (agricultura).

En el siguiente grupo se observa que las niñas comenzaron a partir de los once años a realizar otra actividad fuera de su grupo doméstico, es decir, (15.8%) se desempeñó como empleada de mostrador: 68.4% como empleada doméstica; 5.3% se dedicaba al comercio; 10.5% trabajaba por cuenta propia (agricultura, lavar y planchar ropa ajena, entre otras). En lo que respecta a Zacualpa el 5% se dedicó a realizarse como empleada, con mayor frecuencia se desempeñaban como empleadas domésticas, 10% trabajaba en el comercio y el resto trabajaban por cuenta propia (agricultura).

Figura 4-6. Distribución de niños/as por ocupación y edad a la que comenzaron a trabajar. Colonia Emiliano Zapata y Comunidad Zacualpa Ecatepec.



Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta, ESREPAM 2004

DISCUSIÓN

El costo del trabajo infantil es muy alto, especialmente para la salud de los niños/as, es decir las prolongadas jornadas laborales a que están expuestos pueden alterar las condiciones de salud causando desnutrición, cansancio, entre otras, lo cual aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas

y también se ven expuestos a accidentes de trabajo, si trabajan en las calles. En los datos no existe evidencia de lo que señala Ayala (2004): no se ve que estén enfermos, desnutridos, hayan tenido accidentes o hayan preguntado sobre cansancio, por ejemplo. Sin embargo, no se tienen pruebas clínicas sobre las que apuntalar la observación, únicamente negaron enfermedades agudas.

En el campo, los niños y niñas están expuestos a riesgos como la inclemencia del tiempo, los accidentes por el uso de herramientas, la carga de objetos pesados como recipientes con agua, leña, también a la exposición a plaguicidas y agroquímicos utilizados para los cultivos.

De acuerdo con los resultados obtenidos en Zacualpa estos fueron impresionantes, ya que la mayoría de hombres y mujeres tienen estudios de primaria incompleta, predominando en los hombres la actividad de trabajo por cuenta propia (agricultura, carpintería, electricistas, hojalateros, entre otras), cabe señalar que la mayor parte de ellos se dedican a las labores del campo en el cultivo de maíz, frijol, y hortalizas, sin percibir ingresos. Las mujeres casadas se dedican a las labores del hogar (ama de casa) actividad que no es valorada por los miembros del grupo doméstico. En las actividades económicas remuneradas predomina el aporte económico de los hombres.

El trabajo infantil se percibe como complementario y necesario ya que contribuye de manera directa (aportando ingresos a la economía familiar) o indirecta (ayudando al trabajo familiar, en las labores domésticas ayudando a la economía doméstica.). La participación de las mujeres al interior del grupo doméstico es inherente al bienestar económico de su familia.

En este estudio se encontraron grandes diferencias entre la población urbana y rural en lo que respecta a las principales actividades ocupacionales de las mujeres. En el área urbana se encontró una gran variedad de ocupaciones, hay menor participación en las labores domésticas (ama de casa), predominan las actividades remuneradas: trabajo por cuenta propia, empleadas de mostrador, oficina y de gobierno, comercio y en menor medida las empleadas domésticas. Mientras que en Zacualpa Ecatepec la actividad que más predominó fue la labor doméstica (ama de casa) hay muy poca participación en actividades remuneradas: empleadas domésticas, comercio, trabajo por cuenta propia; es necesario mencionar que las costumbres y tradiciones han influido en la forma de vida de estas mujeres, ya que no pueden salir a trabajar fuera de sus comunidades porque los esposos o padres no lo permiten y es criticado por la población.

El trabajo infantil consiste en labores realizadas dentro (ayuda doméstica) y fuera (actividades remuneradas) del espacio doméstico. En lo que respecta a las labores realizadas por los niños/as en la Colonia Emiliano Zapata como principal actividad se registró que un gran número de menores son estudiantes (76.5%) el resto de las niñas se dedican al comercio y a labores del hogar. Es relevante señalar que en tres grupos domésticos donde hay contribución económica de los niños se encontró como principal actividad el trabajo por cuenta propia, (comercio, bolero, peones.).

En Zacualpa Ecatepec se encontró menos asistencia escolar por parte de los niños (68.4%), dedicándose también a la carpintería, agricultura, peones; mientras que las niñas fue de 82.9 % y el resto se dedica a ayudar en las labores domésticas, en este caso sí se presentaron diferencias significativas, más que en Emiliano Zapata.

En lo que respecta a la colaboración en las labores domésticas por parte de los niños no existió mucha diferencia en el área urbana como rural, la diferencia se presentó en las actividades realizadas por las niñas (lavar trastes, barrer, trapear, lavar ropa) por lo que hay más actividad en el área rural.

Dentro del mercado de trabajo ha sido necesaria la contratación de niños/as, donde pueden encontrar ventajas o desventajas entre las primeras se puede decir, obtienen un ingreso y con ello mejora la condición económica del grupo doméstico, desarrolla sus habilidades, entre otras. Entre las niñas es muy común que al ingresar al mercado de trabajo perciban bajos ingresos, no cuenten con seguridad social, se descuiden los niños que cuiden, la desventaja mayor es el abandono de los estudios.

Este estudio permite conocer la situación del trabajo infantil en actividades económicas en dos contextos socioculturales. Los niños/as del área urbana contribuyen de manera más directa a la economía familiar aportando un ingreso y reconocen la valoración que su trabajo representa para el grupo doméstico, lo cual puede influir significativamente en una mejoría de su estatus de género; pero también requieren del trabajo de sus hijos ya que después de cumplir con el horario de clases tienen que salir a vender elotes, chicles, globos, artesanías, entre otros productos.

Toda sociedad aspira a mejores condiciones de salud y vida para sus hijos, en Chiapas no es distinta.

NOTAS

25. Asistente de Investigación de la Línea de Salud, Departamento Sociedad, Cultura y Salud de El Colegio de la Frontera Sur. Unidad San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Lic. En Economía. Egresada de la Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Ciencias Sociales, Campus III.

26. Conjunto de actividades que implican la participación de niños y niñas entre 6 y 14 años en la producción y comercialización de bienes no destinados al autoconsumo, o bien, en la prestación de servicios domésticos, lo cual les impide el acceso y permanencia a la educación (Boletín internacional No.5 p.6).

27. Organización Internacional del Trabajo.

28. Realizado por la Dra. Austreberta Nazar Beutelspacher y el Dr. Benito Salvatierra Izaba de la Línea de Investigación de Salud de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). 2005

$$29. \quad n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * P * (1 - p)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 * (0.15) * (1 - 0.15)}{0.10^2} = 48.98$$

n= tamaño de la muestra

z= nivel de confianza (95%)

p= prevalencia (0.15)

d² = error de muestreo (0.10)

REFERENCIAS

- Ayala, B. L., Pinzan, R. Ángela. (2004). Efectos del trabajo infantil en la salud del menor trabajador. En *Revista de salud Pública*. pp. 9-11. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina.
- Boletín Internacional No. 5, Banco Mundial “Una mayor participación de la mjere en el desarrollo económico “ en Ddocumentos de política del Banco Mundial. Washngton; D. C. 1995, p.6
- CEPAL (2006). Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina. Síntesis y conclusiones. Trigésimo primer periodo de sesiones. Montevideo, Uruguay.
- CONAPO (2007). Índice de Desarrollo Humano www.conapo.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2004) El trabajo infantil en México 1995-2002. México,
- Conferencia Regional sobre migración (CRM) (2002). Menores migrantes: derechos humanos, protección y servicios en los países miembros de la conferencia regional sobre migración. Estudio conjunto México-Canadá DNI (2004). Reflexiones acerca del trabajo infantil y adolescente. Ginebra.
- Cruz, Tania (2005) Migración y juventudes. Reflexiones en torno a los riesgos que implican estar en la frontera sur de México. En seminario: las migraciones transfronterizas. Universidad de Costa Rica, San José.
- García, Ana Isabel (2000). Mujeres, niños y niñas migrantes: situación actual y desafíos para la región. En memoria Seminario: niños y niñas migrantes. Proceso Puebla. GESO, San José
- González, Fabiola. (2006). El trabajo infantil en el cultivo de la caña, el café y el tabaco en Nayarit, México. V Congreso Nacional AMET 2006. Trabajo y reestructuración, los reos del nuevo siglo.
- Migración y trabajo infantil y adolescente. (2005)Una aproximación para una Agenda Regional En el marco del III Foro de ONG de Iberoamérica 3, 4,5 Montevideo, Uruguay. (2005).
- Situación del trabajo infantil y adolescente en Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua). Audiencia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2006) En el marco del III Foro de ONGs de Iberoamérica 3,4,5 Montevideo, Uruguay
- http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/apartiragosto2006/Migraci_n_y_trabajoinfantil-gacuna.doc

UNICEF (2004). La convención sobre los derechos del niño quince años después, 29 y 30 de noviembre de 2004. Panamá.

www.infanciaygobernabilidad.org/.../la_convencion_15_anos_despues.pdf

UNICEF-CEPAL (2005). La pobreza infantil en América Latina, en desafíos, boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio.

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS EN ZONAS RURALES: RIESGO FURTIVO A LA SALUD DE MUJERES Y NIÑ*³⁰S

Ventura Maza Alejandro³¹

Ventura Maza Marisa³²

Martínez Menchaca Aarón²

Rodríguez Ortega Alejandro²

— RESUMEN —

La exposición a los plaguicidas de mujeres y *niñ*s* en zonas rurales se presenta de forma variada. Una de ellas se presenta en el momento de aplicación de los productos, también cuando estos son almacenados dentro de las viviendas en sitios fácilmente accesibles para la familia.

Estudios realizados en el sureste de México revelan que la aplicación de productos químicos en el cultivo de granos y hortalizas es una tarea predominantemente masculina, no obstante, un porcentaje más elevado de mujeres y *niñ*s* se exponen a los plaguicidas cuando realizan otras acciones paralelas a las de aplicación de agroquímicos. El mayor riesgo de mujeres y *niñ*s* a la exposición a los plaguicidas se presenta en la propia vivienda. Las principales fuentes de exposición son: lavar la ropa impregnada de plaguicida, usar productos químicos agrícolas para el control de insectos en la casa, almacenar granos protegidos con plaguicidas, guardar plaguicidas en los domicilios y almacenar recipientes vacíos de plaguicidas.

Las formas de exposición a los plaguicidas de mujeres y *niñ*s* residentes en áreas rurales en el hogar son muy variables y ponen en peligro a toda la familia, no sólo de sufrir una intoxicación aguda sino también la muerte. Es necesario un programa completo de atención al cuidado de la salud en las viviendas de zonas rurales.

Palabras clave

Agroquímicos, género, exposición, riesgo.

— ABSTRACT —

Exposure to pesticides of women and children rural presents varied form. One of them is presented at the time of application of products, also when they are stored within the housing sites easily accessible for family.

Southeastern Mexico studies reveal that the application of chemicals in the cultivation of grains and vegetables is a predominantly male task, however, a higher percentage of women and children exposed to pesticides when other parallel application of agrochemicals activities. Greater risk for women and children exposure to pesticides presented in own house. The main sources of exposure are: laundry pesticide-impregnated, use agricultural chemicals for control of insects in the home, store grains protected with pesticides, save pesticides in homes and store empty containers of pesticides.

Forms of exposure to pesticides of women and *earnings* * s residents in rural areas in the home are highly variable and threaten the entire family, not only suffer acute intoxication but also death. A full project of care homes rural health care is necessary.

Keywords

Pesticide, gender, exposure, risk.

Actualmente se ha demostrado la importancia del papel histórico de las mujeres y *niñ*s* en las macroeconomías de los países por la función significativa en la fuerza de trabajo agrícola. En África y Asia, por ejemplo, la aportación de la fuerza de trabajo de las mujeres y *niñ*s* es significativa en comparación con otros países. En estos países la participación de las mujeres constituye el 50% y en el caso de América la participación, aunque es menor (20%) la tendencia es creciente (Kreider, 1995). El aumento de la participación de mujeres y *niñ*s* en el campo en América se asocia a fuertes cambios en las macroeconomías, el incremento de la pobreza y la migración de los esposos en busca de mejores condiciones de trabajo, además de la degradación del medioambiente.

Las actividades que se realizan en los sistemas de cultivos en zonas rurales se pueden clasificar en siete etapas que son: limpia, riego, siembra, eliminación de plagas, fertilización, cosecha y envase de frutos. Los plaguicidas son utilizados en la realización de la limpia, por lo que, las mujeres y *niñ*s* se encuentran en contacto con estas sustancias al realizar esta actividad. Además, tienen contacto indirecto y con mayor frecuencia con los productos químicos agrícolas en la realización de actividades como fertilización, cosecha y envase de fruto (Ventura, 2007). El contacto con los plaguicidas en estas últimas actividades se presenta por dos factores: primero por el contacto con el plaguicida aún impregnado en las plantas asperjadas con los productos y segundo por la realización de las actividades de fertilización que se realizan de forma sincronizada con el trabajo de limpia realizado por hombres.

Además del campo, las mujeres y *niñ*s* residentes en zonas rurales pueden estar *expuest*s* a los plaguicidas en el hogar, por diversas actividades realizadas en la vivienda, generalmente carente de un sistema de almacenamiento adecuado, así que los plaguicidas son guardados en la cocina, dormitorio, corredor o sala. En algunas habitaciones tienen un sitio donde guardar plaguicidas e implementos agrícolas (galera), pero éste se encuentra muy cerca de la casa, de fácil y frecuente acceso para mujeres y *niñ*s*.

Tanto mujeres como *niñ*s* son vulnerables a presentar daños a la salud provocados por la exposición a los plaguicidas como cáncer de mama, abortos y partos prematuros, en el caso de mujeres; leucemia, malformaciones y problemas en la piel en *niñ*s* (López y Gallardo, 2000; Ransom, 1999). Sin embargo, la información acerca de los peligros asociados al uso de estas sustancias no está dirigida hacia las mujeres cuando también se involucran en

labores agrícolas. Asimismo son ellas quienes, por el rol genérico asignado por normas y símbolos sociales, son las encargadas del cuidado de la salud de la familia y debieran manejar información práctica para prevenir riesgos asociados al uso de sustancias agrícolas (Espinosa *et al.*, 2003; Ransom, 1999).

En el desarrollo de este trabajo se documentan tres aspectos relevantes para su discusión en relación con los plaguicidas. En primer lugar se expone una serie de ideas acerca de las sustancias agrícolas que más han dañado la población rural y modo de acción en el sistema humano. En el segundo, se discute cómo la información de los hospitales no capta la realidad de las intoxicaciones por los plaguicidas, debido a la frecuencia de casos de intoxicación no registrados. El tercer apartado hace referencia a la exposición de mujeres y *niñ*s* residentes en zonas rurales; finalmente, para ilustrar este último tema se sintetiza un estudio de caso realizado en área rural de Chiapas, México.

El propósito de este trabajo es promover un espacio de reflexión para la comunidad científica, en particular de ciencias de la salud y agropecuarias, de manera que se genere más investigación y se consideren las intoxicaciones, específicamente la crónica, como opciones diagnósticas en los servicios médicos.

PLAGUICIDAS DE MAYOR HUELLA EN LA SALUD: INHIBIDORES DE COLINESTERASA

En las últimas décadas, la aplicación de los plaguicidas ha presentado un alto incremento en todo el mundo. Por ejemplo, existen estimaciones que reportan que se aplican cerca de 2.5 millones de toneladas de plaguicidas al año y que tan sólo en Estados Unidos de América se usan alrededor de 500,000 kilos de aproximadamente 600 ingredientes activos diferentes (Repetto y Baliga, 1996). En Latinoamérica únicamente se conocen cifras aproximadas, debido a la variabilidad de datos reportados; esta situación posiblemente se vincula a políticas económicas de importación de plaguicidas desde países desarrollados, donde tales productos están prohibidos y restringidos por su probada toxicidad. Sin embargo, se reconoce que la mayoría de plaguicidas que se aplican en México son de toxicidad elevada (DDT, Malation, entre otros).

Tanto en México como en otros países, los plaguicidas más utilizados en zonas rurales son los organofosforados y los carbamatos, clasificados según su estructura química. En Colombia el Sistema de Vigilancia Epidemiológica

reportó que los plaguicidas más utilizados fueron precisamente estos dos productos con más del 50% del total aplicados en todo el país (Cárdenas *et al.*, 2005). Estos plaguicidas comparten una característica común que es la forma en que afectan a los seres vivos.

El modo de acción de los organofosforados y carbamatos es por la inhibición de colinesterasa, una enzima vital en el funcionamiento del impulso nervioso (López y Gallardo, 2000). La estructura química de los plaguicidas inhibidores de colinesterasa bloquea la enzima y provoca una acumulación del neurotransmisor acetilcolina en los receptores, ya que la enzima es incapaz de degradar la acetilcolina. Este proceso químico no permite la unión indispensable entre la colinesterasa y las estructuras de la acetilcolina, por lo que se crea una competencia entre las estructuras de los plaguicidas y las de acetilcolina. La perturbación del sistema es provocado por una acumulación de ambas estructuras (de plaguicidas y acetilcolina) en el sistema que incita una serie de señales de desequilibrio en el cuerpo y ocasiona malestares fuertes hasta que provoca la muerte. Los síntomas agudos pueden ser náusea, salivación, vértigo, temblor, lagrimeo, coma, y convulsiones (Palacios *et al.*, 1999; López y Gallardo, 2000; Carmona, 2003).

La detección de los niveles de colinesterasa en sangre es utilizada como marcador para detectar intoxicación causada por organofosforados y carbamatos. No obstante, existe controversia respecto a la documentación de casos de intoxicación por este método, debido a que los estudios se realizan en casos cotidianos, por lo que es imposible controlar todas las variables que modifican la enzima de colinesterasa. Sin embargo, las instituciones que manejan plaguicidas utilizan este marcador para detectar y “proteger” al personal de problemas de salud aún con las dificultades que presenta el método (Repetto y Baliga, 1996; López y Gallardo, 2000).

El método de detección de intoxicación mediante determinación de colinesterasa en sangre se complica por la variación de la enzima en el cuerpo —debido a que se regenera rápidamente, en aproximadamente un mes— una vez que la persona ha sido retirada de la fuente de exposición. Aunque los inhibidores de colinesterasa actúan de manera similar, en una intoxicación generada por carbamatos, existe una regeneración más rápida de la enzima en comparación con los organofosforados (Palacios *et al.*, 1999), por lo que presenta cierta incertidumbre la utilización de este indicador de intoxicación.

REGISTRO CLÍNICO: QUIMERA DE LAS INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS

Miles de trabajadores agrícolas mueren cada año y millones de mujeres y *niñ*s* sufren de intoxicación aguda y crónica en todo el mundo por el uso de plaguicidas. Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 1995), podría producirse anualmente más de un millón de intoxicaciones agudas accidentales, lo cual provocaría más de 220,000 muertes al año. Sin embargo, el análisis de datos de las instituciones de salud no coincide con las estimaciones.

Debido a que la información sobre intoxicaciones por plaguicidas en las instituciones de salud no coincidía con las estimadas (Henao y Arbelaez, 2002) la Organización Panamericana de Salud recopiló información de los registros clínicos en las agencias de salud de Centro América en el periodo 1992 a 2000. Con los datos calcularon una tasa de incidencia de 20 casos por cada 100,000 habitantes. Además de 748 casos de fallecimientos por intoxicación aguda. Sin embargo, la mayoría fueron casos de intoxicaciones aguda por ingestión con fines suicidas (Durán-Nah y Collí-Quintal, 2000; Henao y Arbelaez, 2002).

La Organización Panamericana de la Salud realizó encuestas comunitarias en Centro América, para estimar la prevalencia de eventos no registrados en las instituciones de salud. Esta encontró que de cada diez casos de intoxicación aguda por plaguicidas, nueve no se registraron en las dependencias sanitarias (Henao y Arbelaez, 2002).

En México se han realizado algunos estudios para conocer el impacto de los plaguicidas sobre la salud, sin embargo la mayoría de ellos están dirigidos a medir la exposición ocupacional, es decir, la de trabajadores en industrias y establecimientos donde se manejan plaguicidas; hay pocos estudios realizados en zonas rurales (Ramos et al., 1991; López y Gallardo, 2000). La población más estudiada es de *obrer*s* de empresas que manejan plaguicidas, así como quienes trabajan en invernaderos (Rendón et al., 2004).

Un estudio realizado con trabajadores en un invernadero en Coatepec, Estado de México, encontró intoxicación con plaguicidas al registrar cambios en la actividad de la colinesterasa atribuible a la exposición a organofosforados (López y Gallardo, 2000).

Ramos y colaboradores (1991) reportaron que, en plantas manufactureras, 11.8% de la población expuesta durante el proceso de almacenamiento, venta y distribución de plaguicidas presentaban problemas de intoxicación crónica.

En el sureste de México se han realizados algunos estudios acerca de las intoxicaciones por plaguicidas en zonas rurales con trabajadores agrícolas. En Campeche por ejemplo, se encontró que los trabajadores con actividades agrícolas de subsistencia —donde aplicaban altas cantidades de plaguicidas— sufrieron de intoxicación. Ellos presentaron niveles bajos significativos en la actividad de la enzima colinesterasa, en comparación con la actividad media de referencia (Rendón *et al.*, 2004). Otro ejemplo es el caso de Chiapas, donde se reportó que 8% de los agricultores estudiados presentaron disminución de 20% o más de colinesterasa, durante el periodo de exposición a plaguicidas organofosforados, comparada con el valor de pre-exposición (Tinoco y Halperin, 1998).

Además de la documentación de intoxicación usando nivel sérico de colinesterasa, también se han reportado intoxicaciones por plaguicidas usando como indicador la sintomatología que presentan los trabajadores. Por ejemplo, en un estudio realizado en 1996 en Guanajuato, México, se encontró que la prevalencia de sintomatología persistente en trabajadoras industrialmente expuestas a plaguicidas organofosforados fue de 6.3 por cada 10 síntomas relacionados a la intoxicación por productos agrícolas. El 50% de las trabajadoras presentaron síntomas como conjuntivitis, cefalea, debilidad, náusea, lagrimeo, dolor estomacal, diarrea, visión borrosa, nerviosismo y hormigueo (Palacios *et al.*, 1999).

INFORMACIÓN SOBRE PLAGUICIDAS: ¿SE PIENSA EN LAS MUJERES?

La Norma Oficial Mexicana NOM-003-STPS-1999 menciona las actividades agrícolas, uso de plaguicidas y condiciones de seguridad. En el apartado de capacitación y adiestramiento indica que debe ser dirigida a personal expuesto de manera ocupacional (NOM, 2003). Es claro que la norma se refiere a las personas que se dedican a la manipulación de los plaguicidas en almacenes e industrias. Sin embargo, no hay un apartado de indicaciones para personas que utilizan productos agrícolas en zonas rurales. La exposición a los

plaguicidas se presenta de forma variada en estos terrenos, cabe preguntarse respecto a la manipulación de plaguicidas en zonas rurales ¿quiénes son *considerad*s* como personas expuestas? En otras palabras: ¿es posible que se incluyan a mujeres y *niñ*s* para capacitación y adiestramiento en el uso de plaguicidas o son *excluid*s* por suponer, que ellas y sus *hij*s* no realizan trabajos relacionados al campo, por pura división genérica del trabajo?

En el contexto rural, la información acerca del uso y cuidado de los plaguicidas, cuando éstas se realizan³³, es común que sean dirigidas a los hombres y no a las mujeres, porque la participación de la mujer en el campo no es debidamente reconocida. Tradicionalmente el rol genérico asignado a las mujeres residentes en áreas rurales es el reproductivo, incluye todas las actividades relacionados con trabajo doméstico y cuidado de la familia (Lamas, 1996). No obstante, en los últimos años se ha documentado el papel histórico que desempeña el trabajo de la mujer en el campo y la importancia económica que esto significa (Kreider, 1995; Messing y Östlin, 2006).

En Indonesia, por ejemplo, se ha reportado que más del 40% de las mujeres residentes en zonas rurales se involucran en trabajos del campo, además se ha documentado también que ellas tienen frecuente contacto con plaguicidas. Asimismo se reportó que 90% de ellas no conocían las instrucciones de uso de los productos, protección de la salud y efectos, como los síntomas de intoxicación. Además que las mujeres que se involucraban en actividades de aplicación de plaguicidas presentaron problemas de salud como complicaciones en el hígado, pulmón, riñón y problemas reproductivos (Ransom, 1999).

Es común que un porcentaje de mujeres residentes en zonas rurales no se expongan a plaguicidas en la realización de actividades agrícolas, no obstante es probable que se encuentren expuestas a estas sustancias en el hogar. La exposición doméstica puede ocurrir por inadecuado almacenamiento, falta de equipo de protección, desecho y aplicación cerca del hogar y la reutilización de los contenedores (Cuadro 5-1).

Aunado a los problemas relacionados en el cuadro 5-1, se encuentra el desconocimiento del uso adecuado de plaguicidas no agrícolas, como los usados para combatir moscas, piojos y zancudos, así como las aspersiones de insecticidas que realiza la Secretaría de Salud en sus programas de control de vectores, contra paludismo y dengue.

En Colombia, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica reportó que las principales formas de exposición a los plaguicidas son: cuando realizan

labores agrícolas (70%), el uso de plaguicidas agrícolas y no agrícolas en el hogar (12%), el uso de insecticidas por el Ministerio de Salud en el control de vectores (9%) y el uso de insecticidas contra ácaros en la ganadería (9%) (Cárdenas *et al.*, 2005).

Cuadro 5-1. Problemas del uso de plaguicidas y exposición de mujeres en áreas rurales

Problema	Descripción
Inadecuado almacenamiento	Se refiere cuando los plaguicidas son almacenados dentro de las viviendas en sitios fácilmente accesibles para la familia.
Mala regulación	En países desarrollados, se ha prohibido el uso de muchos productos químicos de alta toxicidad, mientras que en países <i>en vías de desarrollo</i> no se ha regulado eficazmente debido al inadecuado orden legal, incluido corrupción.
Analfabetismo	A menudo, las mujeres de regiones rurales no saben leer, por lo que no conocen las indicaciones y no pueden seguir las instrucciones para el buen uso de plaguicidas.
Falta de uso de equipo de protección	En muchas partes del mundo, numerosas mujeres ni siquiera tienen conocimiento de la existencia de equipo de protección para el uso de plaguicidas.
Falta de cuidado	Generalmente en campos agrícolas no hay facilidades para lavar el equipo (aspersor y ropa), los hombres los llevan a casa y, por lo general, las mujeres hacen esas tareas.
Desechos cerca de casa	Frecuentemente se desechan los recipientes vacíos de los plaguicidas en los patios de los hogares, los cuales se convierten en una fuente de exposición.
Reutilización de Contenedores	A menudo las mujeres reutilizan los envases vacíos de plaguicidas para almacenar o transportar agua o alimentos.

Fuente: Ransom, 1999; Repetto y Baliga, 1998

Además de que las mujeres están expuestas a plaguicidas en la vivienda y el campo, ellas constituyen un grupo de alto riesgo a la exposición, particularmente en estado de gravidez. Se ha demostrado que la exposición a plaguicidas organofosforados es un factor de alto riesgo para mujeres embarazada. En Colombia se reporta asociación entre abortos, partos prematuros y algunos tipos de malformaciones con el incremento en la aplicación de plaguicidas organofosforados (Carrizales *et al.*, 1999).

Existen evidencias de que el cáncer es una de las enfermedades crónicas relacionadas con la exposición a plaguicidas (Valencia, 2003). En Chiapas, por ejemplo, los cánceres son una de las primeras causas de mortalidad y se ha relacionado con las frecuentes exposiciones a los plaguicidas agrícolas (INEGI, 2005; Valencia, 2003).

1. Formas de exposición a plaguicidas en mujeres de zonas rurales de Chiapas: un estudio de caso

Este apartado es extracto de un trabajo más amplio, elaborado en el 2007, titulado *Género y plaguicidas: conocimiento, exposición e intoxicación de mujeres residentes en áreas rurales de la región frailesca, Chiapas*. La información que se sintetiza aquí fue recuperada mediante investigación empírica (132 cuestionarios), en el camino, la interacción con las participantes e informantes generó una sensibilidad más aguda ante esta problemática que pretende trasladarse a estas líneas. El propósito es compartir la preocupación sobre el riesgo furtivo de los agroquímicos, tarea no atendida y el pronóstico futuro de quienes viven expuestos a plaguicidas, sufriendo en silencio las consecuencias y, finalmente, muriendo sin vislumbrar opciones para los sobrevivientes.

Antecedentes sobre el uso de plaguicidas en Chiapas

Tanto en Chiapas como en otras entidades de México, durante la década de 1980 se acentuó el auge de paquetes tecnológicos de la *revolución verde*, que se integraba de semillas genéticamente mejoradas, fertilizantes y plaguicidas (Martínez, 2005). Este hecho se observó con mayor frecuencia en zonas donde la agricultura de granos básicos era extensa, regiones como la Frailesca, Soconusco y Fronteriza, en Chiapas.

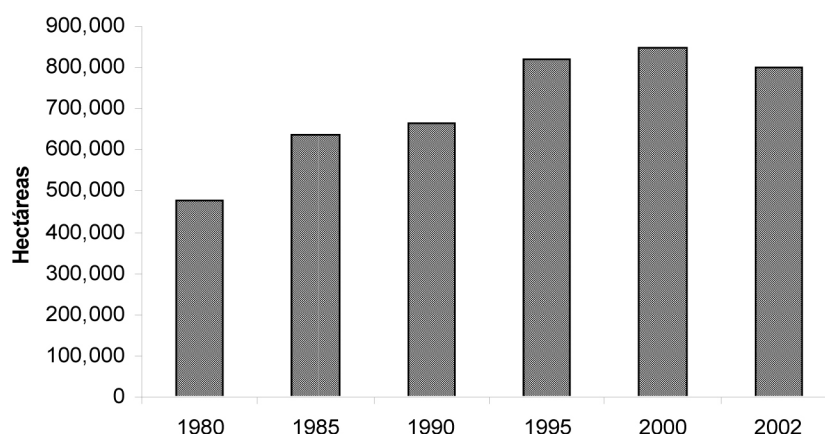
A pesar de los problemas que presentó en años anteriores la adopción de esta tecnología, la *revolución verde* había llegado y, con ella, beneficios y mayores riesgos. Los rendimientos de maíz se incrementaron en más del 50% y la agricultura se expandió en todo el estado, se incrementó la superficie sembrada de la mayoría de los productores de la entidad durante los ochentas y los noventas (Figura 5-1) (SIACON, 2005).

La intención era que llegara la tecnología a cada uno de los productores. Era común ver por todos los caminos y tiendas del estado, sobre todo en zonas con producción de maíz, anuncios de semillas, fertilizantes y agrotóxicos de las empresas transnacionales como Aventis y Monsanto (Castro, 2001).

Poco tiempo después, se comenzaron a observar consecuencias negativas de la tecnología para la producción. Tanto la inadecuada aplicación de

la tecnología por parte de los productores como la aplicación desmedida de fertilizantes, provocaron adicción del suelo a los fertilizantes químicos, principalmente. Los nitratos se convirtieron en elementos indispensables para la producción; los cultivos sin suplemento nutricional resultaban improductivos. El fenómeno se originó en el empobrecimiento de los suelos por erosión e intoxicación de los suelos por los químicos, explicado por baja capacidad de intercambio catiónico. Aquellos cultivos que no recibían tratamiento con plaguicidas presentaban serios problemas de plagas y patógenos, debido al exterminio de insectos benéficos por su papel en el control biológico —de forma natural— a las especies-plaga. Todas estas consecuencias negativas, aunque poco observables, deberían sumarse a los problemas ambientales, económicos y de salud.

Figura 5-1. Tendencia al incremento de superficie sembrada de maíz en Chiapas. SIACON, 2005



Entre los problemas ambientales se pueden mencionar el empobrecimiento de los suelos, la deforestación, la contaminación de cuerpos de agua y mantos acuíferos y el decremento de la biodiversidad; todos ellos rebasan el propósito de este trabajo, pues aunque tienen severos efectos indirectos sobre la salud humana es preferible enfatizar el impacto directo del uso de plaguicidas.

Entre los efectos económicos debe mencionarse principalmente la falta de dinero para la adquisición de insumos agrícolas, debido al incremento en los precios de fertilizantes y plaguicidas adicionados al decremento en los

precios de cereales y leguminosas producidos por efecto del aumento en la oferta; simple ecuación del mercado, desventajosa para los pequeños productores. A consecuencia de los bajos precios del maíz, algunos productores decidieron cambiar a la producción de hortalizas.

Actualmente, aunque la superficie de siembra de maíz es mayor que en la década de 1990, se observan plantíos de hortalizas en todo el estado. El proceso de producción de este sistema de cultivo presenta diferencias respecto a los cultivos de granos. Por ejemplo, es necesario el uso de grandes cantidades de insecticidas debido a que las plantas son más suculentas en nutrimentos, por lo que son más apetecibles a los insectos. Además de que se requiere de mayor trabajo humano, —sobre todo en sistemas de cultivos de subsistencia— motivo por el cual se incorpora toda la familia en la realización de las actividades inherentes. Es en estos sistemas de cultivo donde es común observar la participación de mujeres y *niñ*s* en labores de limpia, cosecha y empaque, indispensables en la producción de frutos (Castro, 2001).

Tipos de plaguicidas que se utilizan

Chiapas posee un relieve bastante variable por lo que se presenta fuerte heterogeneidad ambiental. Estas características permiten encontrar diferentes climas y, por consecuencia, diferentes cultivos en cada ecoregión y distintas plagas. Esto explica, sintéticamente, la variedad de plaguicidas que se aplican en Chiapas, lo que dificulta expresar cifras exactas de los tipos y cantidades de los plaguicidas. Los más comunes son organofosforados, carbamatos y piretroides (Cuadro 5-2).

*Formas de exposición de mujeres y niñ*s a los plaguicidas*

La aplicación de productos químicos en el cultivo de granos y hortalizas es una tarea predominantemente realizada por los hombres, aunque excepciones, pocas se involucran en estas actividades, de manera que la exposición a plaguicidas entre mujeres y *niñ*s* son menores. No obstante, un porcentaje más elevado de mujeres y *niñ*s* se exponen a los plaguicidas cuando realizan

otras acciones paralelas a las de aplicación de agroquímicos, principalmente actividades como fertilización y limpia con azadón.

El mayor riesgo de mujeres y *niñ*s* a la exposición a los plaguicidas se presenta en la propia casa. Las principales fuentes de exposición son cuando lavan la ropa impregnada de plaguicida, utilizan productos químicos agrícolas para el control de insectos en la casa, cuando almacenan granos protegidos con plaguicidas, guardan plaguicidas en los domicilios y almacenan recipientes vacíos de plaguicidas (figura 5-2).

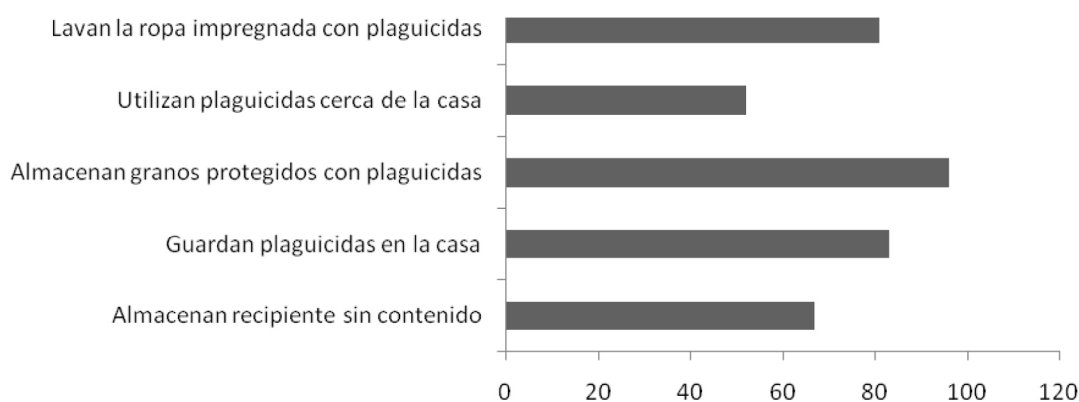
Cuadro 5-2. Plaguicidas más comunes utilizados en zonas rurales de la Región Frailesca, Chiapas

Nombre común	Uso	Ingrediente activo	Clasificación
Asuntol	Acaricida	Cumafós	Organofosforado
Manzate	Fungicida	Maneb	Carbamatos
Coloso	Herbicida	Glifosato	Fosfonatos
Esterón	Herbicida	2-4 D	Clorofenólico
Faena	Herbicida	Fosfonato	Glifosato
Gramoxil	Herbicida	Paracuat	Bipiridilo
Gramoxone	Herbicida	Paracuat	Bipiridilo
Gesaprín	Herbicida	Atrazina	Triazinas
Herbipol	Herbicida	2-4 D	Clorofenólico
Arrivo	Insecticida	Cipermetrina	Piretroide
Carbaril	Insecticida	Carbofuran	Carbamatos
Desis	Insecticida	Deltametrina	Piretroide
Diazinón	Insecticida	Diazinon	Organofosforado
Foley	Insecticida	Parathión etílico	Organofosforado
Folidol	Insecticida	Parathión etílico	Organofosforado
Furadán	Insecticida	Carbofuran	Carbamatos
Graneril	Insecticida	Malatión	Organofosforado
Gusathión	Insecticida	Azinfos metil	Organofosforado
Karate	Insecticida	Lambbacyhalotrina	Piretroide
Lindano	Insecticida	Lindano	Organoclorado
Lorsban	Insecticida	Clorpirifos etil	Carbamatos
Metílico	Insecticida	Azinfos metil	Organofosforado
Mírex	Insecticida	Cloruro orgánico	Organoclorado
Parathión	Insecticida	Parathión etílico	Organofosforado
Semevín	Insecticida	Thiodicard	Carbamatos
Tamarón	Insecticida	Metamidofos	Organofosforado
Thiodán	Insecticida	Carbofuran	Carbamatos
Phostoxín	Rodenticida	Fosfuro de aluminio	Inorgánico

Fuente: Ventura, 2007

La fuente de exposición llamada “*cuando lavan la ropa impregnada de plaguicidas*” describe la acción de las mujeres tocando las telas que contienen productos químicos y la manipulación sin guantes de protección. Generalmente, por roles de género, las mujeres son las encargadas de lavar la ropa. Así, cuando el esposo asperja plaguicidas en el campo, regresa con la ropa impregnada de sustancias químicas; en las zonas rurales chiapanecas los agricultores no suelen disponer de ropa exclusiva para trabajo. Es posible que tampoco dispongan de recipientes exclusivos para colocar la ropa sucia, lo que aumenta el riesgo de contaminar la vestimenta de los demás integrantes del grupo doméstico. Al tener contacto con este vestuario, mujeres y *niñ*s* están expuestos a sufrir intoxicación por las sustancias suspendidas en las telas.

Figura 5-2. Formas de exposición en casa (porcentajes de hogares n=132) en las localidades de la zona Frailesca, Chiapas.

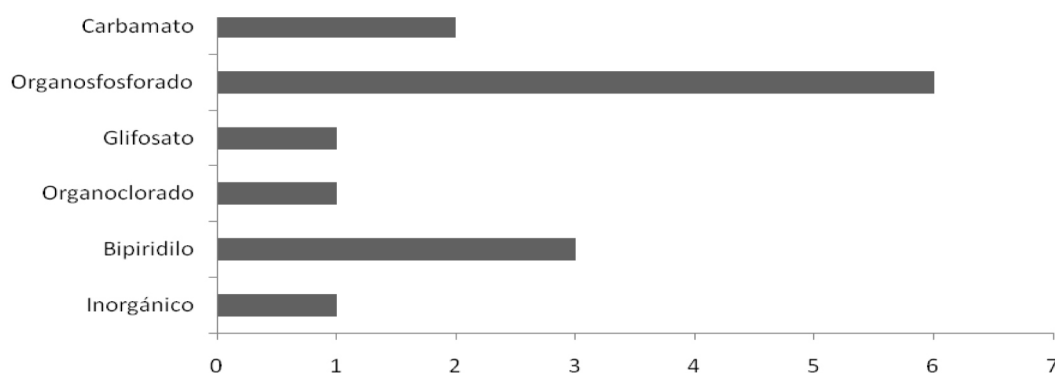


Fuente: Ventura, 2007.

La fuente de exposición “*utilizan plaguicidas cerca de la casa*” se refiere a todas las aplicaciones de plaguicidas que se realizan cerca del hogar por diferentes motivos. Existen cuatro principales circunstancias en las que se aplican plaguicidas en el perímetro de la vivienda: a) generalmente se establecen cultivos cerca del hogar, que deben resguardar de plagas; b) los huertos o jardines son susceptibles a plagas; c) los establos con animales son protegidos de los parásitos artrópodos (garrapatas) con plaguicidas; d) se utilizan plaguicidas agrícolas para el control de vectores dentro del hogar.

El tipo de plaguicidas puede variar según la actividad. En los cultivos, huertos familiares, protección de animales contra garrapatas y para los mosquitos y otros vectores generalmente se utilizan organofosforados. Algunos productos comerciales son: Parathion, Asuntol, Graneril, Foley y Arrivo. Para la limpia de jardines utilizan bipiridilo y glifosato (Cuadro 5-3).

Figura 5-3. Tipo de plaguicidas y número de presentaciones (nombres comerciales diferentes) que fueron mencionados, los cuales son aplicados en el perímetro de la vivienda en localidades de la zona Fraylescana, Chiapas, 2007.



Fuente: Ventura, 2007.

La fuente de exposición “guardan granos protegidos con plaguicidas” describe al contacto con cereales —como el maíz, trigo, entre otros— cuando los manipulan para la preparación de alimentos. Además que generalmente estos granos se encuentran muy cerca o incluso dentro de la vivienda.

Finalmente las fuentes “almacenan plaguicidas en la casa” y “guardan recipientes sin contenido” describe la exposición de mujeres y *niñ*s* a través del uso de los recipientes de productos químicos, que pueden observar dos condiciones: los recipientes conteniendo parte del agroquímico es guardado cerca de la casa o incluso dentro; aquellos recipientes vacíos son reutilizados para almacenar agua o para guardar otros productos como gasolina. En pocas palabras, tanto mujeres como *niñ*s* no reconocen los riesgos de la exposición a estos productos, prohibidos en países ricos por su demostrada toxicidad.

CONSIDERACIONES FINALES

En las comunidades rurales tanto de México como de Latinoamérica se siguen utilizando plaguicidas que son de uso restringido y algunos prohibidos por su peligrosidad (Tinoco y Halperin, 1998 y Espinosa *et al.*, 2003). Esto pone de manifiesto el peligro de tanto hombres, mujeres y *niñ*s* residentes en áreas rurales de sufrir intoxicaciones por la exposición a estas sustancias. No obstante, no existen evidencias de que se haga algo al respecto por parte de las empresas que comercializan estos productos ni de las instituciones que deberían regular la ventas y distribución.

Las formas de exposición a los plaguicidas de mujeres y *niñ*s* residentes en áreas rurales en el hogar son ampliamente variables. Existen muchas fuentes de exposición que ponen en peligro a toda la familia, no sólo de sufrir una intoxicación aguda sino también crónica (Balakrishnan, 1998; Espinosa *et al.*, 2003; Hunt *et al.*, 1999). Es necesario un programa completo de atención al cuidado de la salud en las viviendas de zonas rurales. El manejo de los plaguicidas en los hogares debe estar más vigilado por las instituciones de salud. Además que las capacitaciones deben estar dirigidos hacia los hombres y las mujeres para que ambos cuiden de la salud individual y familiar.

NOTAS

30. En este trabajo se privilegia el enfoque de género, en el intento por ser incluyentes se enfatiza el género usando *. Ejemplo: Niños y niñas se sustituye por *niñ*s*.
31. Docente-Investigador, Universidad Politécnica de Francisco I. Madero, Hidalgo, Departamento de Agro tecnología.
32. Especialista en Urgencias Médicas Quirúrgicas, Hospital General Xoco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal
33. Generalmente las capacitaciones son dirigidas por empresas que ofertan sus productos y la información divulgada es acerca del uso de los plaguicidas particularmente y no ponen atención a los efectos en la salud. A manera de ejemplo, en Ecuador encontraron que el 90% de los agricultores reportaron que nunca reciben, por parte del vendedor de plaguicidas, advertencia sobre la peligrosidad de los productos (Espinosa et al., 2003).

REFERENCIAS

- Balakrishnan, R. 1998. Gender roles in peanut sector for household food security. *Regional Rural Sociologist and Woman in Development* 1(junio 9):1-21.
- Cárdenas, O., Silva, E., Morales, L. y Ortiz, J. 2005. Estudio Epidemiológico de exposición de plaguicidas organofosforados y carbamatos en siete departamentos colombianos, 1998, 2001. *Biomédica* 25(2005):170-180.
- Carmona, J. 2003. Valores de referencia de la actividad de la colinesterasa eritrocitaria según las técnicas de Michel y EQM® en población laboral de Antioquia, Colombia. *Public Health* (14): 316-324.
- Carrizales, L., Batres, L., Ortiz, M., Mejía, J., Yáñez, L., García, E., Reyes, H., y Díaz, F. 1999. Efectos en Salud Asociados con la Exposición a Residuos Peligrosos. *Scientiae Naturae* 2(1999):5-28.
- Castro, S.G. 2001. El maíz transnacional contra la soberanía alimentaria de los pueblos indígenas, Chiapas, México. 10.
- Durán-Nah, J., y J. Collí-Quintal. 2000. Intoxicación aguda por plaguicidas. *Salud pública de México*. 42(2000):53-55.
- Espinosa, P., Crissman, C., Mera-Orcés, V., Paredes, M. y Basantes. L. 2003. LOS PLAGUICIDAS: Conocimientos, actitudes y prácticas de manejo de plaguicidas de las familias productoras de papa, p. 25-48. En: D. Yanggen, et al., eds. *Impactos en producción, salud y medio ambiente en Carchi, Ecuador*. Instituto Nacional Autónomo de Investigaciones Agropecuarias, Quito-Ecuador. 25-48
- Hunt, L., R. Tinoco, N. Schwartz, y D. Halperin. 1999. Balancing Risk and Resources': Applying Pesticides without Using Protective Equipment in Southern México. *Anthropology in Public Health* 1(1999):235-254.
- Henao S. y Arbelaez M.P. 2002. Situación epidemiológica de las intoxicaciones agudas por plaguicidas en el Istmo Centroamericano, 1992-2000. OPS/OMS. En: *Boletín Epidemiológico*, 23.
- INEGI. 2005. Mujeres y hombres en Chiapas. Gobierno del estado de Chiapas. Instituto de la mujer. Panorama general sobre la situación demográfica, educativa, social y económica de las mujeres mexicanas en relación con los hombres, México. 497.
- Kreider, H. 1995. The Gender Division of Labor. En: Kreider, H. H. *Gender and Agricultural Development. Surveying the Field*, Arizona. 3-11.

- Lamas, M. 1996. La antropología feminista y la categoría de “género”, p. 97-125. En: M. Lamas, ed. *Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Miguel Angel Purrua, México. 97-125
- López, L.C., y Gallardo, M.A.L. 2000. Efectos en la salud de las exposiciones agudas y crónicas a los plaguicidas. En: Rivero, Rizo, P., Ponciano, G. y Oláiz, G. *Daños a la salud por plaguicidas. El manual moderno*, México. 61-74
- Martínez, Q.A. 2005. Cultura, territorio e identidades sociales en la Frailesca, Chiapas. *Vida cotidiana*. Diciembre 11(21):37-41.
- Messing, K., y Östlin, P. 2006. Gender equality, work and health: a review of the evidence. Switzerland. 57.
- Norma Oficial Mexicana. 2003. Secretaría del trabajo y previsión social. *Diario oficial Segunda Sección* 1.
- Organización Mundial de la Salud. 1995. Oficina. Panameri- Cana de Salud. Poisoning Security Score (PSS). Geneve: IPCSI. EC/EAPCCT; International. Programme on Chemical. Safety. (IPSC)
- Palacios, M., Paz, P., Hernández, S. y Mendoza, L. 1999. Sintomatología persistente en trabajadores industrialmente expuestos a plaguicidas organofosforados. *Salud Pública de México* 41(1):55-61.
- Ramos, L., Ferrary, M., Guerrero, L., y Tarradellas, J. 1991. Determinación sérica de acetilcolinesterasa en personal involucrado en el almacenamiento, venta y distribución de plaguicidas. Dirección General de Salud. Centro de estudios y control de contaminantes / CESCO. Tegucigalpa, Honduras. 10 (1996):1-25.
- Ransom, P. 1999. Women, Pesticides and Sustainable Agriculture. Women's Environment and Development Organisation, New York. USA. 56 p.
- Rendón, J.O., Tinoco, R.O., Soares, A. y Guilhermino, L. 2004. Effect of Pesticide Exposure on Acetylcholinesterase Activity in Subsistence Farmers from Campeche, Mexico. *Archives of Environmental Health* 1(59):1-8.
- Repetto, R. y Baliga, S. S. 1996. Los plaguicidas y el sistema inmunitario: riesgos para la salud pública. World Resources Institute (WRI), Washington, D.C. 112 p.
- Sistema de Información Agroalimentaria de Consulta. 2005. Base de datos con información agropecuaria de fácil consulta: Fecha de consulta: 20 Junio de 2006.

<<http://www.siap.sagarpa.gob.mx./sistemas/siacon/SIACON.html>>

Tinoco, R. y Halperin, D. 1998. Poverty, Production, and Health: Inhibition of Erythrocyte Cholinesterase via Occupational Exposure to Organophosphate Insecticides in Chiapas, Mexico. *Archives of environmental Health*. 53(1): 29-35.

Valencia, V. 2003. Cáncer mamario, de estómago, y de útero. Enferma a mujeres de Chiapas el uso de agroquímicos, Tuxtla Gutiérrez: Fecha de consulta: 22 de septiembre de 2006 <<http://www.ciamacnoticias.com>>

Ventura, A. M. 2007. Género y Plaguicidas: Conocimiento, exposición e intoxicación de mujeres residentes en áreas rurales de la Región Frailesca, Chiapas. Tesis presentada como requisito parcial para optar al grado de maestría en ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural. San Cristóbal de las Casas. El Colegio de la Frontera Sur.

LA SALUD DE LA NIÑEZ EN MÉXICO. UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

Joaquín Ocampo Martínez

— RESUMEN —

El autor hace una serie de reflexiones sobre las implicaciones bioéticas de la salud infantil en México. De forma somera se abordan los conceptos de medicina, bioética, bioética de la atención a la salud y salud infantil, considerando que el carácter intersubjetivo de la relación médico-paciente imprime al acto médico una dimensión moral. Así, se plantea la necesidad de abordar esta dimensión, no desde códigos o preceptos médicos, sino desde una reflexión bioética urgente hoy día. Al respecto se menciona el papel fundamental de los padres de familia, de los profesionales de la atención a la salud y sobre todo del Estado como responsables de la observancia de los derechos de los niños, responsabilidad que no siempre se asume, haciendo énfasis en que todos los niños, sin excepción, tienen derecho a una vida digna y con calidad, puesto que el sólo estar vivo no es sinónimo de salud. Es posible confiar en el poder de la educación de los niños, hacia la búsqueda de una auténtica salud corporal, mental y social, desarrollando sus potencialidades humanas como valores supremos que permitan forjarnos el ideal, supremo también, de lograr su propia superación, a través de la colaboración solidaria, si es que aún queremos sobrevivir y trascender como humanidad.

Palabras clave

Bioética, infancia, niñez, México.

— ABSTRACT —

The author makes a series of reflections on child health in Mexico bioethical implications. Brief form are dealt with the concepts of medicine, bioethics, bioethics of health care and child health, whereas the intersubjective character of the doctor-patient relationship to prints the medical act a moral dimension. Thus arises the need to address this dimension, not from codes or medical precepts, but from an urgent bioethics today day reflection. Regard mentioned the crucial role of parents, health care and especially the State professionals responsible for the observance of the rights of children, responsibility cannot always assumed, emphasising that all children, without exception, are entitled to a life of dignity and quality, since the only being alive is not synonymous with health. You can rely on the power of education of the children, to search for a real body, mental and social health, developing their human potential as supreme values to forge us the ideal, Supreme also achieve their own coping, on solidarity, if we want to further collaboration survive and transcend as humanity.

Keywords

Bioethics, Childhood, Infancy, Mexico.

Cualquier reflexión bioética sobre la salud infantil en nuestro país, debe iniciarse con un marco conceptual acerca del área de estudio desde donde se va a enfocar dicha reflexión. La salud infantil como problema de las ciencias biomédicas y sociomédicas, entre otras áreas de conocimiento, reclama también de la conceptualización y a la vez definición de lo que es la Medicina y sus objetivos. Al respecto, se debe mencionar que la Medicina es una praxis tan antigua como la humanidad, que en el transcurso del tiempo se ha basado en diversas clases de “saberes” y conocimientos que aún coexisten -entre ellos el científico-técnico-, y que en el transcurso del tiempo ha tenido como objetivos: aliviar el dolor, curar las heridas, prevenir y diagnosticar enfermedades así como proporcionar tratamiento y rehabilitación a los enfermos afectados de secuelas (Ocampo, 2007).

El carácter intersubjetivo de la relación médico-paciente, en función de los fines específicos de la Medicina, confiere a su ejercicio, una dimensión moral. La praxis médica fue quizá una de las primeras actividades humanas en donde se contempló la necesidad de establecer preceptos morales por el propio gremio, en lo referente a ciertas nociones acerca de las implicaciones “buenas” y “malas” de una acción médica (Mason, 1995). Desde entonces las diferentes normas establecidas se han sustentado en la ideología o cosmovisión propia del momento histórico y del contexto socio-cultural en el que han vivido los médicos que las han creado.

En los últimos 30 años, la moral médica tradicional en su conjunto, se ha convertido gradualmente en objeto de atención dentro y fuera de los espacios de la atención a la salud (Pellegrino, 1993), producto de la toma de conciencia social sobre las nuevas expectativas que para la vida y la salud de niños y adultos representan los diversos avances de la biomedicina, y sobre los derechos humanos y las violaciones de que han sido objeto dentro y fuera de la medicina.

En el primer caso esta toma de conciencia se generó por el advenimiento de la diálisis peritoneal, los trasplantes de órganos, los anticonceptivos orales, el diagnóstico prenatal instrumentalizado, la multiplicación de unidades de cuidados intensivos, respiradores artificiales -entre otras estrategias de atención-, agregándose paulatinamente a todo ello, inéditos avances de la genética médica como la medicina genómica, la terapia génica y de la biología de la reproducción, la fertilización in vitro y la anticoncepción de emergencia.

Por otro lado, la relación médico-paciente de carácter tradicional avalada por un conjunto de textos morales —con las características anteriormente descritas—, comenzó a entrar en crisis, desde mediados del siglo pasado, producto de los efectos de un proceso de deshumanización de la práctica profesional, como resultado de la comercialización y mercantilización de la medicina y de la despersonalización del acto médico y que, en lo general, la comunidad médica fue incapaz de superar, pese a algunos esfuerzos aislados.

En consecuencia, la sociedad comenzó a tomar conciencia de los efectos de tal deshumanización: soberbia y abuso de confianza por parte de algunos médicos; intervenciones quirúrgicas injustificadas; anarquía en el monto de los honorarios profesionales; investigaciones médicas sin conocimiento de los sujetos participantes -aún con la existencia de una normativa formulada *ex profeso*-; percepción del enfermo como un expediente o una fuente de ingreso económico; mala práctica profesional, ocultamiento de información indispensable para el paciente en lo concerniente a su estado de salud, etc. El resultado de todo ello fue, por parte de la sociedad, la pérdida gradual de la confianza en los médicos y en la dinámica general de la atención a la salud privada y pública (Tauber, 2003).

En décadas recientes fue emergiendo de manera progresiva el hecho de que los problemas y dilemas morales que hoy vive el ejercicio de la profesión médica son consecuencia de una problemática más amplia y que para su abordaje y solución es indispensable hacer una reflexión profunda y detenida sobre las bases éticas en que debe cimentarse la conducta de los médicos, en virtud de que el apego irrestricto a los preceptos morales contenidos en los juramentos, códigos y declaraciones tradicionales, pese a sus evidentes buenas intenciones y a su incuestionable valor moral, es insuficiente (Pellegrino, 1993).

Es en este contexto y marco de necesidades que surge, entre otras manifestaciones, el pensamiento bioético. Aunque el término “bioética” fue acuñado en 1971, a propósito de la necesidad de hacer una reflexión ética acerca del uso irracional de la ciencia y la tecnología por su impacto en la biosfera y el ambiente, fueron principalmente los problemas surgidos en el área de la atención a la salud, los que primordialmente generaron el discurso bioético, ante la necesidad de hacer una reflexión ético-filosófica sistematizada y cuidadosa al respecto, es decir, de una aplicación de la teoría ética a los dilemas originados por la práctica de la medicina contemporánea, derivados de la necesidad de ampliar el conocimiento médico, del uso de nuevas terapéuticas y sobre todo

de una nueva concepción de la relación médico-paciente, de aquí y ahora, más justa, objetiva, racional y equilibrada (Potter, 1971; Churchill, 1997).

En este sentido, hemos de definir a la bioética —desde sus orígenes—, como **un área de reflexión ética acerca de las múltiples implicaciones de las relaciones del hombre con el fenómeno de la vida en general y con el fenómeno de la vida humana en particular** (Ocampo, 2005). Siendo la bioética un campo de reflexión tan amplio, se debe señalar que los temas y problemas que aborda se incluyen por lo menos en tres categorías: los que corresponden a las implicaciones naturales y sociales de la relación del hombre con los ecosistemas, particularmente con la biosfera; los que tienen que ver con las implicaciones de los avances de la ciencia y la tecnología, y los que se generan en el ámbito de la atención a la salud.

Es posible a partir de esta división arbitraria y no definitiva, de los problemas que incluye el campo de la bioética, hablar de la **Bioética de la atención a la salud como área de la filosofía de la medicina que tienen como objeto de reflexión ética, las múltiples implicaciones de la relación del hombre con el fenómeno de la vida humana en particular, en todo lo que a la atención a la salud se refiere** y por lo tanto compete, de manera directa, a los médicos, pero además a otros profesionales, en virtud de que la atención a la salud de la población -desde hace varias décadas-, corresponde al equipo de atención a la salud, conformado también por enfermeras, odontólogos, psicólogos clínicos, etc., en el marco de respeto a los derechos humanos y de la exigencia de responsabilidades, tanto a estos profesionales como a los pacientes, considerando la naturaleza plural que siempre ha caracterizado a la sociedad humana, en cuanto a diferencias religiosas, socio-culturales, económicas, étnicas, entre otras (Ocampo, 2005).

Es en el marco de la Bioética de la atención a la salud que todo médico debe emprender un quehacer reflexivo orientado a la elucidación de cuáles son las implicaciones bioéticas, de algunos aspectos relevantes de la salud infantil en México. Al respecto, cualquier análisis será incompleto, si no se toma como punto de partida qué es lo que se entiende por salud infantil y desde luego, el contexto histórico-social de un país subdesarrollado como el nuestro, en donde la observancia de los Derechos Humanos aún no alcanza el estatus que debe tener, por múltiples motivos que no siempre escapan al propio quehacer de los profesionales de la atención a la salud.

En el devenir de la conceptualización de la salud se pueden establecer dos momentos: el primero es aquél en donde la salud se entiende solamente como ausencia de enfermedad, puesto que sólo hay interés por definir a la enfermedad y no a la salud; el segundo, ocurre cuando –desde una visión integradora, se define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de enfermedad. Así, la salud es algo más que estar vivo, no estar enfermo, carecer de lesiones, disfunciones o infecciones; es gozar de una sensación de bienestar tanto corporal como mental, en armonía con el medio ambiente natural, y desde luego con el social.

Esta definición constituye un hito para la atención a la salud –no sólo para la Medicina, puesto que, por un lado, el concepto positivo de salud hoy requiere de la investigación de los elementos que favorecen el bienestar personal o colectivo previamente identificado con la salud, y por otro, que el equipo de atención a la salud y cada uno de los profesionales que lo conforman, tiene ahora como una de sus responsabilidades profesionales, no sólo la erradicación de enfermedades y su prevención, sino la de ser además, un procurador de bienestar, con todo lo que esto conlleva (Velayos, 2005).

Es motivo de otros espacios la discusión acerca de si ser *feliz* equivale a *sentirse bien*, baste señalar que en la medida en que la sociedad se ha venido transformando y las ciencias sociales han contribuido de manera importante a ubicar al hombre y desde luego a los niños cada vez de mejor manera en su contexto, la práctica de la atención a la salud ha tenido que ampliar de forma importante su marco conceptual y sobre todo su esfera de acción. Hoy ya no es suficiente contar con los últimos adelantos de la biomedicina o de la tecnología médica, es imprescindible el análisis del contexto social, cultural y familiar en donde viven y enferman los niños.

Es en el contexto sociocultural de los pueblos, donde gracias a la participación creciente de la sociedad civil desde los albores del siglo XX, cobra cada vez mayor importancia la noción de que es la sociedad y su organización política y económica la propiciadora directa o indirecta de enfermedades y de muchos padecimientos, resultante de una precaria impartición de justicia social en el ámbito de la salud, por parte del Estado, entre otros factores. Dicha noción adquiere mayor relevancia en el campo de la salud infantil de países como México, en donde por razones histórico-políticas e ideológicas, la morbi-mortalidad en la niñez sigue siendo elevada en muchas regiones de

México y América Latina, pese a los avances en el conocimiento médico y científico en general.

La reflexión bioética acerca de la salud infantil en México remite necesariamente a varios hechos en el orden de lo cuantitativo y cualitativo, desde una perspectiva más amplia. En todo el mundo nacen cada año cerca de 130 millones de niños; más de diez millones mueren antes de cumplir cinco años, de estos casi ocho millones mueren durante el primer año de vida; cuatro millones de recién nacidos mueren durante las primeras cuatro semanas de vida y se estima que tres millones de muertes ocurren durante la primera semana de vida. Un tercio de estas muertes ocurren durante el trabajo de parto y podrían ser evitadas, el 98% de estas muertes tienen lugar en países en desarrollo, en donde el riesgo de una muerte neonatal es seis veces mayor que en países desarrollados (WHO, 2006). En Latinoamérica y el Caribe nacen cada año casi doce millones de niños, de los cuales, mueren anualmente 400 mil antes de la edad de cinco años, 270 mil antes de un año y 180 mil durante su primer mes de vida.

En México la mortalidad infantil general fue de 27.9 por mil nacidos vivos en el periodo 1992-1996 (OPS, 2004). En un estudio mexicano de población cautiva con derecho a seguridad social, realizado al final de la década de los años setenta, se calculó que la prevalencia de bajo peso al nacer era de 10% (Castelazo, 1978). Una encuesta retrospectiva dirigida por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México, entre 1980 y 1988, registró una incidencia nacional de bajo peso al nacer del 12% (Schlaepfer, 1995; Horowitz, 1998).

El Informe de Avance 2005 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, determinó que el 91% de las mujeres cuyo hijo nació entre 1994 y 2000 recibió atención prenatal por parte de un médico, enfermera, promotor, auxiliar o asistente, pero sólo el 70% asistió a su control prenatal durante el primer trimestre del embarazo (SSa, 2004). Sin embargo, todas estas estadísticas no corresponden totalmente a la realidad, puesto que muchos nacimientos ocurren fuera de instituciones y por tanto el peso al nacimiento, la mortalidad o calidad de la atención prenatal, no quedan registrados.

Cualquier reflexión bioética sobre la salud infantil incluye necesariamente otros hechos además de los anteriormente señalados, puesto que sería un grave error creer que la infancia, como período del crecimiento y desarrollo humano, se agota en el primer año de vida. En ese sentido, las reflexiones, no

pueden pasar por alto problemas como la violencia contra los niños, las dificultades que enfrenta su educación y formación en valores éticos, sus condiciones de vida, etc., además de dilemas éticos propios de la atención a la salud infantil que son competencia del Estado y obviamente de los profesionales de la atención a la salud y también de los padres y tutores de los niños.

La distinción entre niño y adulto depende de cada cultura y de cada sociedad y aún de cada época. Los estudios acerca de la infancia, desarrollo infantil, el papel social de los niños y las diferentes maneras en que las sociedades enfocan y justifican su comportamiento hacia los niños, constituyen el centro de atención de la psicología infantil, psicología social, sociología, historia y antropología. En la historia de la Ética, el tema de los niños es infrecuente y en general aparece como parte subsidiaria del discurso sobre la virtud, la educación moral, la responsabilidad moral, la observancia de derechos y deberes, las relaciones familiares y personales, etc.

Algunos filósofos griegos de la Antigüedad, plantearon la cuestión sobre la clase de personas en que se pueden convertir los niños y sobre cuál es el papel de los padres al respecto, todo ello a partir de su convicción de que una de las funciones primarias de la moralidad es el cultivo del carácter. Particularmente para Aristóteles, los niños no sólo deben conocer los preceptos morales, sino llevarlos además al terreno de lo práctico, a través del ejercicio de buenos hábitos.

Es fundamental tomar en cuenta el discurso filosófico acerca de lo que es un niño en el ámbito de la moralidad, que comprende generalmente aspectos normativos, y no el uso convencional del término. Se pregunta qué es un niño para fines de prescripción de derechos y responsabilidades. Como respuesta se ha planteado que los niños son seres humanos inmaduros, cuyo estado requiere de la atención y el cuidado de los demás, haciendo énfasis en su incapacidad para tomar decisiones racionales y ser autosuficientes en aspectos básicos.

Todo ello ha dado lugar a otros cuestionamientos no menos importantes: ¿qué son la racionalidad, la madurez y la autosuficiencia? Por otro lado es importante determinar cuáles son las capacidades mentales necesarias para el ejercicio de derechos y libertades. Asumiendo que alguien puede tener tal o cual capacidad mental, cuánto de esa capacidad es requerida para el ejercicio de una libertad particular, y una cuestión mucho más difícil de determinar:

¿a qué edad se puede considerar que un niño es capaz de ser considerado un sujeto moral?

Por sujeto moral se entiende una condición en donde el hombre o mujer poseen consciencia moral (capacidad para distinguir entre algo que se les ha enseñado que es “bueno” de lo que se les ha enseñado que es “malo”), autonomía (capacidad para poner límites al ejercicio de la propia libertad), responsabilidad moral (capacidad para dar cuenta de los propios actos a los demás), autarquía (dominio de sí mismo) (Ocampo, 2007). Es un grave error afirmar que ningún niño reúne la condición de sujeto moral, porque no es lo mismo tratar con un infante de cuatro años que con uno de catorce. Así, la condición de sujeto moral es algo que se va adquiriendo conforme transcurre el desarrollo psicosocial de cada individuo.

Una reflexión bioética de la atención a la salud infantil, enfocada desde la perspectiva de los derechos humanos, refiere a la antigua discusión con respecto a que si los niños tienen derechos considerando su inmadurez para ejercerlos. Se ha planteado, sobre todo por parte del *iusnaturalismo*, que los hombres y mujeres poseen derechos por el hecho de ser humanos (Beuchot, 1999). Los derechos humanos se han definido de diversas maneras, desde algunos puntos de vista, se ha establecido que son un conjunto histórico de valores antropológicos que simbolizan creencias fundamentales acerca de que una existencia congruente con ellos es digna del ser humano, por encima de cualquier otra creencia y por tanto, son un conjunto de valores básicos e irrenunciable para todo ser humano independientemente de su edad y de cualquiera otra característica (Sorondo, 1988).

Por otro lado, se ha señalado que la condición histórica y social del hombre apunta a que los derechos humanos representan una noción del ser humano surgida de la propia experiencia humana, considerando límites sociales reales, establecida dentro de una estructura jurídica. De esta forma, se afirma en la Declaración Universal de los Derechos Humanos formulada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1947, ***“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*** (IIJ, 1992) Así, los derechos humanos son el resultado de un deseo del hombre por civilizarse y humanizarse, por ello la falta de su observancia como en cualquier parte del mundo-, es uno de los problemas fundamentales de la sociedad mexicana. Los derechos humanos marcan la ruta hacia la adquisición

de estructuras y tendencias políticas y sociales que no impiden el establecimiento de condiciones reales de dignidad e igualdad entre todos los hombres y mujeres independientemente de su edad.

La vulnerabilidad corporal y social del ser humano en general, y de los niños y minusválidos en particular, constituye la principal motivación para pugnar por la defensa de sus derechos, asumiendo que la salud es un proceso integral en donde intervienen factores naturales, psicosociales y culturales, cuya preservación y cuidado, no sólo es tarea de los profesionales de atención a la salud, sino fundamentalmente del Estado. Para el caso de los niños se ha señalado que ***“La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco, cuanto más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de la puericultura y más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales*** (de Mause, 1974).

La noción de que los niños no son adultos pequeños, sino seres humanos en una etapa de crecimiento y desarrollo con características peculiares, es un logro de la modernidad. Dicha noción ha permitido que en el ámbito de la filosofía de los derechos humanos se asiente que los niños, por su particular situación de vulnerabilidad, tienen derechos especiales. Sin embargo, esto no siempre fue así, es significativo el hecho de que se hayan reconocido primero los derechos de los animales domésticos, antes que los de los niños.

En la antigüedad, por ejemplo, era común que por razones religiosas los adultos dispusieran aun de la vida de los niños, como si fueran objetos o animales de su propiedad, como en aquel pasaje bíblico en donde Abraham estuvo dispuesto a matar a su hijo Isaac por mandato divino. En el siglo XIV d. C. las ideas humanistas del Renacimiento contribuyeron a la mentalidad de la sociedad acerca de que los niños son seres humanos con sentimientos y vida afectiva. En el transcurso del siglo XVIII, la gran influencia del pensamiento ilustrado y la Revolución francesa, dieron lugar a la formulación de uno de los documentos más importantes generados en la historia de la humanidad: la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, en 1789 (Navarrete, 1992). Sin embargo, tal documento no hizo alusión a la condición de los niños.

Durante el siglo XIX y la primera mitad del XX, la Revolución Industrial, el incremento de la sociedad urbana y la explotación de muchos niños en talleres y fábricas, condujo a la necesidad de formular las primeras leyes referidas a su protección (Hawes, 1991). Otro hecho digno de mención, es que la

5ª. Asamblea de la Sociedad de Naciones fundada en Ginebra en 1924, aprobó la Carta de la Unión Internacional de Socorro a los Niños conocida también como Tabla de los Derechos de los Niños o Declaración de Ginebra.

En este documento se establecen cinco principios a favor de los niños y hacen referencia al deber de los adultos de propiciar condiciones adecuadas para el desarrollo infantil en lo corporal y en lo psíquico; alimentar al hambriento y cuidar al enfermo; ayudar al débil, orientar al desorientado, así como proteger a los huérfanos y abandonados procurando su subsistencia, protegiéndolos de la explotación y desarrollando sus potencialidades personales al servicio de los demás.

Sin embargo, es a partir de la segunda mitad del siglo pasado, que tiene lugar el reconocimiento de que los niños tienen derechos y necesidades que pueden expresar y que deben ser tomadas en cuenta por los adultos, a fin de procurarles un óptimo crecimiento y desarrollo (Casas, 1998). A través del cambio de mentalidad de la sociedad Occidental, se ha dado a la infancia una importancia cada vez mayor -sobre todo en las últimas décadas, como una etapa de primera importancia en la vida de todo ser humano. Dicha transformación se ha traducido, en principio, en la suscripción de diversos documentos internacionales sobre los derechos de los niños, asumiendo que constituyen un bien social que todos debemos proteger, en el establecimiento de instituciones públicas de asistencia a la salud infantil, en el replanteamiento de las relaciones paterno-filiales familiares, etc.

Desde la perspectiva del discurso de los derechos humanos, y a propósito de la salud infantil, hay que señalar que existen derechos perfectos y derechos imperfectos. Los primeros son aquellos para los cuales existe un deber correlativo por parte de otro u otros. Por ejemplo, un niño tiene derecho a ser atendido en todo lo que concierne a su salud, por lo tanto sus padres tienen el deber de propiciarle atención médica, bajo ninguna condición. No ocurre lo mismo con un adulto en uso de sus facultades en donde este derecho es imperfecto en tanto que no constituye una obligación para sus padres.

A partir de lo anterior se puede afirmar que todos los derechos de los niños en su condición de seres inmaduros y altamente vulnerables, son perfectos en tanto que sus padres, familiares y el Estado, tienen obligaciones para con ellos. Se ha dicho también al respecto, que carece de sentido plantear tales derechos y que lo más adecuado es hablar de los deberes y obligaciones

que los adultos tienen para con ellos, no obstante, no existe una diferencia significativa entre ambas posturas.

En este trabajo se presentan y comentan, a manera de ejemplificación, dos documentos de gran trascendencia: la Declaración de los Derechos del Niño y la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado. En 1946, la ONU creó la UNICEF (Fondo Internacional de Naciones Unidas para la Infancia), el año siguiente formuló la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en 1959 la

Declaración de los Derechos del Niño

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y la dignidad y el valor de la persona humana, y su determinación de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad; que las Naciones Unidas han proclamado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ella, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquiera otra índole, origen nacional o social, posición económica o cualquiera otra condición; que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento; que la necesidad de esa protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y reconocida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en los convenios constitutivos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño, que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle.

Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian, e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes

Principios:

Principio 1. El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de color, raza, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Principio 2. El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como las condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Principio 3. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y una nacionalidad.

Principio 4. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio 5. El niño física y mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Principio 6. El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no se deberá separar de su madre al niño de corta edad. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para

el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Principio 7. El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Principio 8. El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Principio 9. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de acción ilegal.

Principio 10. El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquiera otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes (III, 1992).

Los avances de la biomedicina y de la tecnología médica han permitido en los últimos 70 años que muchos niños puedan ser tratados médicamente al interior de hospitales y centros de rehabilitación en donde por razones obvias sufren el trauma psicológico de la separación parcial de sus padres en un ambiente que no solamente les es desconocido, sino hostil y amenazante, por ello resulta de particular interés el reconocimiento de derechos en los niños hospitalizados que fue redactado por el Parlamento Europeo el año de 1986.

Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado

- A.- *Derecho del niño a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que ello comporte gastos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.*
- B.- *Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.*
- C.- *Derecho de sus padres o de la persona que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.*
- D.- *Derecho de los padres, o de la persona que los sustituya, a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.*
- E.- *Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales, destinándose, en la medida de lo posible, a los mismos enfermos y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.*
- F.- *Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a su seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.*
- G.- *Derecho del niño a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.*
- H.- *Derecho del niño a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.*

- I.- *Derecho a ser tratados con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.*
- J.- *Derecho (y medios) del niño de contactar con sus padres, o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.*
- K.- *Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los nieguen, o no estén en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.*
- L.- *Derecho del niño a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.*
- M.- *Derecho de los niños a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el Hospital, y a beneficiarse de las enseñanza de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicio a su bienestar y/o no obstaculice los tratamientos médicos que se siguen.*
- N.- *Derecho de los niños a disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados y de educación, así como de juegos, libros y medios audiovisuales adecuados y adaptados a su edad. (Parlamento Europeo, 1986).*

La formulación de documentos como los arriba citados, es pues, ejemplo de la preocupación que existe por salvaguardar a los niños de todo tipo de agresiones ambientales y sociales, favorecer y propiciar en ellos un óptimo crecimiento y desarrollo producto de una atención integral a su salud, propiciada por los padres, la familia, los profesionales de la atención a la salud y el Estado. Sin embargo, pese a las muchas décadas de haberse publicado estos textos, la situación real casi no difiere de aquella que motivó su origen. Al respecto se hacen algunas consideraciones:

- Es del conocimiento general que a pesar de la existencia de estos textos y de organizaciones que velan por su difusión y cumplimiento, las vejaciones a los niños se han incrementado tanto en las metrópolis como en el medio rural en forma de agresiones físicas y psicológicas por parte de padres y familiares; abusos sexuales, pornografía infantil y pederastia cometidos aun por sacerdotes, profesores y parientes cercanos a los niños; existencia cada vez mayor de los llamados “niños en situación de calle” y de aquellos que son enviados por sus padres a trabajar en distintas actividades, en ocasiones de alto riesgo, en lugar de enviarlos a las escuelas; discriminación de niños por su condición indígena, por su pertenencia a cierto grupo étnico, ser hablante de una lengua indígena, practicante de una religión diferente a la católica o de ninguna religión.
- Aunque no se han hecho estudios sobre el particular, es completamente válida la hipótesis —por la experiencia en el campo médico y académico—, que la gran mayoría de los médicos mexicanos —particularmente los pediatras—, desconocen el contenido de estos documentos y poco o nada hacen por promover su observancia a través de la educación de padres y familiares de los pacientes, o porque formen parte de su compromiso social como médicos. Se comete el error de creer que dichos contenidos se dan por entendidos o son ajenos a su quehacer profesional y no son de tanta relevancia como los conocimientos científico-técnicos para la procuración de la salud de los enfermos que atienden. Ello se debe en parte, a la falta de difusión y programación de mesas de discusión, talleres, cursos, diplomados, etc., sobre los aspectos ético-médicos y bioéticos de la atención a la salud infantil y sobre todo a la falta de reflexión, por parte de los profesionales de la atención a la salud, sobre todas las implicaciones de la atención a la salud humana, particularmente la infantil, más allá de la ciencia y de la técnica aplicadas a la medicina hegemónica en el país.
- La responsabilidad del Estado en este rubro es fundamental. Por desgracia en nuestro país aún mueren niños de enfermedades infecciosas y nutricionales, que son previsibles o curables y que se han abatido sensiblemente en los países del llamado primer mundo

(Schofield, 1997). Por otro lado, se recomienda en la Declaración de los Derechos del Niño -por sólo aludir a un aspecto-, el derecho que tiene a una educación edificante y promotora de sus potencialidades: ***“... debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho”*** y que ***“Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes”*** (IJJ, 1992). Sin embargo, el Estado mexicano no ha señalado, por ejemplo, ninguna clase de restricción para que las televisoras comerciales, se abstengan de proyectar una infinidad de programas en donde priva la violencia intrafamiliar y de todo orden, el acoso sexual, el odio entre los pueblos y los seres humanos; el daño a los ecosistemas a través de la construcción de desarrollos turísticos que sólo enriquecen a algunos; los intereses egoístas por encima de actitudes solidarias y de tolerancia, además de la apabullante publicidad para el consumo de “alimentos chatarra” que ha incrementado los índices de obesidad y de casos de malnutrición, tergiversando el sistema de valores en torno a la salud. La referencia a los medios televisivos privados es fundamental, en virtud de la enorme cobertura que tienen en el país y en donde las opciones de una televisión educativa y formadora que contribuya a la superación del niño, está muy lejos de ser aquella que propicie su salud física, mental y social.

No basta, pues, con formular códigos, declaraciones o recomendaciones sobre la observancia de principios, actitudes y valores morales en torno a la protección y seguridad de los niños, es menester que cada instancia implicada en la salvaguarda de los derechos infantiles como son los padres, la familia, los profesionales del equipo de atención a la salud y obviamente el Estado, asuman la responsabilidades y obligaciones que a cada uno competen. Hablar de la salud infantil en México involucra a diferentes campos del saber como la pediatría, epidemiología, psicología infantil, antropología médica, odontopediatría, etc. si se es coherente con el hecho de que la salud es un proceso

que involucra a la totalidad del ser humano en sus relaciones con el ambiente físico y social, con su condición de ser pensante, volitivo y ético.

Por su parte el abordaje desde la perspectiva bioética de la atención a la salud, deja de serlo, si no contempla también ese hecho fundamental, en donde tiene cabida la búsqueda por alcanzar ciertos ideales. Los ideales son aspiraciones, metas que surgen de nuestra fuerza moral, al darnos cuenta de que el mundo puede ser mejor de lo que es. Son diferentes a los propósitos personales, pues mientras que éstos son relativamente fáciles de lograr, los ideales exigen una entrega y un compromiso a toda prueba con uno mismo y con los otros. En aras de un ideal, el hombre despliega todo su potencial dignificándose, si por dignidad humana se entiende aquello que es propio e inalienable del ser humano: la creatividad, el altruismo, la renuncia parcial o temporal al beneficio propio, la posibilidad de formular preguntas y buscar respuestas, etc.

Es este despliegue lo que ha movido a la humanidad a través del tiempo, lo que ha construido el conocimiento y lo que ha proporcionado al hombre nuevas formas de liberar la angustia que conlleva su existir y que ha resuelto de diversas formas, creando primero la magia y finalmente la filosofía, la ciencia y el arte. Los ideales, por lo tanto, no se refieren a metas alcanzables en el campo de lo material, sino en el de las más altas esferas de la psique humana, en función de valores morales que están determinados por la sociedad en que se vive, particularmente por ciertos sectores de influencia como son los profesionistas y un sistema educativo nacional cuando está bien orientado.

¿Cuáles son los valores que predominan en nuestra sociedad occidental? Son aquellos que giran sólo en torno al cuerpo, a la satisfacción desmedida de sus apetitos y a la procuración de su belleza física, no tanto por razones de salud, sino respondiendo a un estatus corporal “de moda” y de atractivo sexual. Así, el hombre actual se concibe en su expresión más limitada, la corporal. Se comercia y lucra con el cuerpo, no solamente en términos de posesión sexual, sino en cuanto a sobre-estimulación de los sentidos y exacerbación de ciertas emociones, con fines lucrativos y mercantilistas, como en la publicidad para el consumo irracional de golosinas y cierto tipo de alimentos. El hombre actual, en nuestra sociedad, ha vivido por y para el dinero, lo ha concebido como un fin y no como un medio controlable, por ello el cuerpo

humano y lo que implica, la atención a su salud, entre otros, tiene un valor de uso y un valor de cambio, como cualquier objeto vendible y comprable.

En estrecha relación con ello, hoy los niños -en un contexto de enajenación mercadotécnica-, ya no construyen sus propios juguetes, sino que se entorpecen horas y horas ante diversos aparatos electrónicos comprados o arrendados; sus arquetipos o modelos no son los científicos, los humanistas, los héroes históricos, los artistas y los creadores, sino entes ideados por la fantasía de quienes desean capturar la atención infantil para acrecentar su riqueza económica a través de historietas y juegos que fomentan la destrucción, y el afán de dominio de unos sobre otros.

Muchos de aquellos niños que hace diez o quince años, ocuparon su tiempo libre “divirtiéndose” de esta manera, ahora aspiran a tener una profesión y es muy probable que realimenten los mismos valores, en uno u otro sentido, tal vez sin darse cuenta. Son en suma, seres automatizados, inmediateístas, insensibles y ególatras, que utilizarán sus escasos conocimientos memorizados para obtener su beneficio personal a partir de las necesidades de los demás. Sin embargo, aún es posible confiar en el poder de la educación de los niños, hacia la búsqueda de una auténtica salud corporal, mental y social, desarrollando sus potencialidades humanas como valores supremos, que permitan forjarnos el ideal, supremo también, de lograr su propia superación y la de las demás personas, a través de la colaboración y ayuda mutua y responsable, si es que aún queremos sobrevivir y trascender como humanidad.

Hay que hacer énfasis en que todo niño —sin excepción—, tiene derecho a una vida digna y con calidad —por encima de cualquier contingencia—, puesto que estar vivo no implica estar sano, y en consecuencia, todo ello constituye una obligación moral para los padres, la familia, los profesionales de la atención a la salud y el Estado.

REFERENCIAS

- Casas, F. 1998. *Infancia: Perspectivas psicosociales*. Paidós. Buenos Aires. 220 p.
- Castelazo, L., Rodríguez, J., Díaz-del Castillo, E. y Urrusti, J. 1978. Factores de riesgo perinatal. Subdirección Médica IMSS. México. 50 p.
- Churchill, L. 1997. Bioethics in the context social, p. 98-112. En: Carson RA. de Mause, L. 1970. *The History of Childhood*. Psychohistory. New York Press. New York. 310 p.
- Frankena, WK. 1974. La falacia naturalista, p. 80-98. En: Foot, P. *Teorías sobre la Etica*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Hawes, JM. 1991. *The Children's Right Movements. A History of Advocacy and Protection*. Twayne. Boston. 218 p.
- Horowitz, MK. ¿Empieza la prevención de bajo peso al nacer antes del embarazo? *Cuadernos de Nutrición*. 1998; 21:7-13)
- Instituto de Investigaciones Jurídicas. 1992. *Bioética y Derechos Humanos*. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 283 p.
- Mason, S.C. 1995. Nature and Role of Codes and Other Ethic Directives, p. 2605-2612. En Reich, W. *Encyclopedia of Bioethics*. The Free Press. New York.
- Navarrete, MT. 1992. *Los Derechos Humanos*. Diana. México. 206 p.
- Ocampo, MJ. 2005. *Consideraciones bioéticas sobre la investigación médica en seres humanos*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F. México.
- Ocampo, MJ. Bioética y Etica Médica: Un análisis indispensable. *Rev Fac Med (Mex)*. 2007;50(1):70-74.
- Ocampo, MJ. Consciencia moral, mente y cuerpo. *An Med ABC Hosp*. 2007;51(4):193-199.
- Organización Panamericana de la Salud. La adversidad económica y su asociación con la mortalidad de menores de un año en México. *Rev Pan Sal Pub* 2004;16(3):207-208.
- Parlamento Europeo*. 1986. *Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado*. www.juntadeandalucia.es/averroes/~11000344/docupdfyword/cartaeuropeadchosni%dllos.doc. Acceso: 12 de enero de 2009.
- Pellegrino, ED. The Metamorphosis of Medical Ethics: A 30-Years retrospective. *J Am Med Assoc*. 1993; 269:1158-63.

- Potter, VR. 1971. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs Prentice Hall. New Jersey.
- Schlaepfer, L., Infante, C. Bajo peso al nacer: Evidencias a través de una encuesta retrospectiva a nivel nacional. *Bol Med Hosp Inf Mex*. 1995;52:168-79.
- Schofield, C. y Ashworth, A. ¿Por qué siguen siendo tan altas las tasas de mortalidad por malnutrición grave? *Rev Pan Sal Pub*. 1997;1(4):154-159
- Secretaría de Salud. Comunicado de prensa No. 211. México. 2004.
- Sorondo, F.. Los derechos humanos a través de la historia. *Educ Der Hum*. 1988;2(3):10-18.
- Tauber, AI. Sick Autonomy. *Persp Biol Med*. 2003;46(4):484-95.
- Velayos, CC. 2005. Salud, enfermedad y felicidad, p. 49-71. En: Gómez, HJ y Velayos, CC. (ed.). *Bioética*. Tecnos. Madrid.
- World Health Organization. World health report 2006 statistical annex explanatory notes 2006. www.who.int/whr/2006/en/ Acceso 3 de febrero de 2009.

MUERTE Y SOBREVIVENCIA INFANTIL EN CHIAPAS: ¿ASUNTO DE COMPETENCIA MÉDICA³⁴?

*Laura Elena Trujillo Olivera,
Ma de los Ángeles Cuesy Ramírez*

— RESUMEN —

La muerte de los menores de un año es el resultado negativo de un conjunto de condiciones de vida de la población y de la insuficiente respuesta social a las necesidades de atención de los grupos socialmente más vulnerables. La sobrevivencia es un éxito relativo.

Este ensayo se propone reflexionar sobre la condición de salud de la población chiapaneca, utilizando el indicador de mortalidad infantil como elemento orientador, se comparan grupos poblacionales bajo este enfoque. Se elabora el análisis de la muerte infantil en tres vertientes: i) el aspecto materno y condiciones de vida, ii) servicios de salud, considerando infraestructura y calidad; y, por último, iii) el de los prestadores de servicios médicos públicos. Se identifica una actividad potencialmente útil para atenuar las brechas en el acceso a servicios de salud, particularmente desde el ámbito de la formación de recursos humanos en salud, a nivel local; encauzado a que la sobrevivencia se produzca enfrentando los menores riesgos.

Palabras clave

Menores de un año, determinantes de salud, Chiapas, respuesta social, educación médica.

— ABSTRACT —

Death in minor than twelve months is product of material conditions of life set and inefficiency from health systems in the response. Survival is a partial successful.

This essay analyze health condition in people from Chiapas, using child mortality as a key indicator, some population groups are compared trough this focus. The analysis of child mortality is elaborated in three levels: i) motherhood issues and the context in which child born; ii) provision and quality of medical services, including infrastructure and caregivers; and iii) from perspective of medical education. Some interventions are potentially useful in order to diminish the gap in access to health services, in particular, from medical education and performance health providers, and then survival will be less hazardous

Keywords

Minor one year, health determinants, Chiapas, social response, medical education.

Próxima a terminar la primera década del siglo XXI, la ciencia y la tecnología han obtenido logros insospechados en materia de salud, en particular relacionados con la atención a la enfermedad, sin embargo los beneficios de estos avances no alcanzan a todos los grupos poblacionales. Los grupos sociales menos favorecidos se ubican en las regiones más pobres de África, Asia y América Latina, clasificados con base en indicadores macroeconómicos como *No Desarrollados*. Uno de los mejores indicadores de salud y calidad de vida humana es la tasa de mortalidad infantil (TMI) –mide la probabilidad de que un recién nacido muera antes de cumplir el primer año de vida– ya que indirectamente perfila las maneras en que cada sociedad ejerce su capacidad de reponer su población y cuidar de su descendencia. El indicador es tan sensible que es parte de la unidad de medida usada en las *Metas del Desarrollo del Milenio*, iniciativa originada en la Organización de las Naciones Unidas y algunos otros organismos como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Durante la Cumbre del Milenio, realizada en el año 2000, los países firmantes convinieron en “establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. Estos objetivos y metas, que constituyen la esencia del programa mundial, se llaman ahora *Objetivos de desarrollo del milenio* (ONU, 2000).

No es la intención de este documento reflexionar cómo o por qué algunos países no han alcanzado el desarrollo, más bien se pretende enfocar a quiénes impacta con mayor fuerza la pobreza, o condición de *no desarrollo* e identificar algunas acciones que potencialmente reduzcan las brechas de la desigualdad en salud y calidad de vida; en particular se trata de enfocar el papel de los profesionales de la medicina, en el terreno de las competencias y el quehacer cotidiano. Hasta cierto punto, orientar la reflexión hacia los sobrevivientes, aquellos que permanecen vivos y sus potencialidades físicas y psicosociales.

El análisis del fenómeno de la sobrevivencia infantil, visto desde el extremo favorable, ya que la muerte representa el polo opuesto, se reflexiona a partir de tres planos. El primero de ellos involucra a la madre desde sus dimensiones psicológica, biológica y social; el segundo está orientado a hacer una rápida revisión de las opciones de atención médica que existen en la entidad, sin que ello sugiera que la existencia determina la posibilidad de acceso y, por último, los aspectos que se consideran viables de modificar, enfocando

las competencias médicas y el proceso de formación de los y las médicos/as, en la opción pública. La idea que subyace a este trabajo es destacar la responsabilidad social y moral de quienes estamos involucrados en la formación de recursos humanos en la disciplina médica y que la calidad con que se ejecuta la tarea docente tiene gran trascendencia en la vida y la función de los seres humanos a los que se atiende. Recuperar la capacidad de indignarse ante la injusticia social no es suficiente, es indispensable hacer algo, bien y rápido para mantener la preeminencia de la vida humana por encima del implacable avance del deseo de lucro de algunos profesionales de la salud.

i) Maternidad y Sobrevivencia Infantil

Resulta incuestionable que la mayor vulnerabilidad de un individuo, de la especie *Homo sapiens*, está determinada por su condición de dependencia, extrema durante los primeros cinco años de vida. Durante la niñez, el período de mayor relevancia para el futuro de una persona es el primer año de existencia. Pasada esta etapa, los individuos se han integrado ya a la dieta familiar, pueden expresar algunas necesidades, son capaces de manifestarse sedientos, hambrientos y adoloridos o con malestar, asimismo pedir atención; siempre y cuando el organismo esté íntegro y sus capacidades intelectuales intactas. En los menores de un año la condición de dependencia, en particular de la madre, determina su pronóstico de vida y función y con ello el desarrollo de sus potencialidades.

Los datos de la Organización de las Naciones Unidas muestran que entre 1950 y 1985 la TMI a nivel mundial se redujo sustancialmente, ya que pasó de 156 a 78; las diferencias se presentan al discriminar según grado de desarrollo. Los países desarrollados disminuyeron 71% el valor del indicador; mientras que los *menos desarrollados* apenas la redujeron 51% durante el mismo período, pasaron de 180 a 88 defunciones por cada mil nacidos. En México, la misma fuente señala que la TMI pasó de 114 a 53 en el período mencionado, lo que representa una merma del 54%; durante el año 2005 se reportan 29 defunciones por cada mil nacidos registrados, semejante a la cifra que tienen algunos países africanos y asiáticos (Banco Mundial, 2008). Sin embargo en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Cuba, el indicador es inferior a 9 defunciones por cada mil nacimientos registrados (OPS, 2007).

La información estadística disponible en México (INEGI, 2008), reporta que el valor del indicador es de 15.7 por la misma constante, durante el 2008; si bien este valor difiere de manera importante con los datos del párrafo previo, la situación no deja de ser preocupante por su trascendencia. Entre 1990 y 2007 los datos muestran una reducción cercana al 60 por ciento, aunque en el caso de Chiapas subsiste una fuerte incertidumbre sobre la confiabilidad del dato, no únicamente por la cobertura del registro de eventos vitales sino por la existencia del fenómeno de postergación del registro civil del menor, particularmente en áreas rurales e indígenas. Incluso en algunas regiones de Chiapas el/la menor de cinco años no recibe un nombre propio hasta que es evidente que ha sobrevivido la primera etapa de la vida y se cubre el requisito de ingreso escolar con el registro civil del menor. En la región fronteriza cercana a Comitán, los niños son llamados *kerem* de manera generalizada, como consigna Rosario Castellanos en *Balún Canan* (1957), con todas las implicaciones que tiene esta práctica sobre la construcción de la identidad individual.

Seis de cada diez muertes de niños ocurren en los primeros 28 días de vida, reflejan las condiciones de vida de la madre, la atención que recibe y, finalmente, es un retrato de las condiciones de vida del grupo social al cual pertenece. La mitad de las muertes en el primer mes de vida ocurren durante el parto. Este dato nos remite a la maternidad y al evento del embarazo y su atención.

La reproducción es la función esencial de la mujer, no la única pero sí la que genera el rasgo predominante de identidad y valoración en la mujer, desde el punto de vista cultural. Independientemente de que, para quien esto escribe, la maternidad como elemento valorativo de la mujer sea una idea falaz —pues el valor de la persona humana no puede depender de un evento que requiere de la participación de un tercero— lo cierto es que la cultura contribuye a mantener esta creencia, fundada sobre supuestos androcéntricos (Chodorow, 1984). Aún así, el embarazo es un evento de importancia trascendental en la vida de las mujeres, particularmente en las regiones con mayor proporción de población rural, lo que se asocia a la conservación de las tradiciones. Este es el caso de una entidad del sureste de México con mayor grado de marginación: Chiapas.

En los parajes y localidades rurales chiapanecos, las niñas menores de quince años, con mucha probabilidad, carecen de proyectos de desarrollo personal y subsisten en un ambiente donde no parece haber respeto por la integridad y el derecho a la autodeterminación. Las niñas son socializadas bajo

el supuesto de que unirse o casarse es el único *sino* que les depara la vida. En ocasiones, la dura vida en el hogar paterno, transcurrida realizando arduas labores domésticas mezcladas con episodios de violencia física y emocional, sin descartar la sexual, inducen la aceptación precipitada de propuestas. Estas circunstancias determinan la maternidad temprana de las mujeres, particularmente de las pertenecientes a etnias no mestizas.

Carentes de educación sexual, cada embarazo representa para las jóvenes mujeres una oportunidad más para aprender sobre el propio cuerpo; cada manifestación nueva durante la etapa gestacional es un descubrimiento interpretado como *normal*, exento de riesgos. En el mejor de los casos, en el segundo y tercer trimestre —generalmente a los cinco meses— la madre o la suegra de la joven embarazada aconsejarán sobre la partera que prestará la atención. La elección de la partera aleja la posibilidad de que la joven embarazada busque atención prenatal, evento relevante en el pronóstico de vida y salud de madre e hijo. La experiencia empírica de quien esto escribe indica que, incluso aquellas mujeres relacionadas con promotores/as o personal del sector salud, no consideran necesaria la atención médica en los establecimientos públicos.

La maternidad de las mujeres rurales, particularmente de las no mestizas, se percibe como un período vital carente de riesgos, desarmadas para reconocer signos y síntomas de alarma (edema excesivo, cefaleas intensas, sangrados transvaginales, entre otros). La maternidad se vive sin muchos cambios en la dura rutina de trabajo diario, en medio de un ambiente cultural poco favorable para la atención médica alópata, distante geográfica y humanamente de estas circunstancias sociales. El contexto sociocultural donde se produce y reproduce la existencia adquiere complejidad de manera proporcional a la distancia geográfica que exista entre los cuatro centros urbanos principales y las miles de localidades rurales ampliamente dispersas en la entidad.

Analizando el contexto social, este apartado se dedica al reconocimiento del escenario donde la vida se produce y reproduce. De manera particular, Chiapas es una entidad de reconocida exuberancia en materia de biodiversidad, habitada por población multicultural y un acentuado rezago social con severas desigualdades. La riqueza natural y la intensa extracción de sus recursos contrastan con la acentuada pobreza de la mayoría de sus habitantes.

La situación geográfica del estado de Chiapas es considerada estratégica en el Plan de Desarrollo 2007-2012 de la entidad (Gobierno del Estado, 2007), entre otras razones porque el territorio está comprendido en el Plan Puebla-Panamá y los objetivos, en particular los ligados al desarrollo sustentable de la región, han adquirido relevancia por la inversión en infraestructura de comunicaciones y turismo (Aeropuerto Internacional Ángel Albino Corzo; Puente Chiapas; Puerto Chiapas; Autopista Choapas-Coatzacoalcos, por mencionar algunas obras recientes).

El territorio estatal es complejo, con amplia dispersión de los asentamientos humanos, adicional a que cada región, acorde a su situación ambiental resulta ser el hábitat de fauna potencialmente patogénica. No obstante, para explicarse los riesgos de morir en Chiapas siendo menor de un año, es preciso reconocer las condiciones de vida, históricamente empobrecidas por procesos de concentración de la riqueza en pocas manos.

Políticamente, el territorio se encuentra dividido en nueve regiones económicas (Centro, Altos, Fronteriza, Frailesca, Norte, Selva, Sierra, Soconusco e Istmo-Costa); limita al norte con el estado de Tabasco, al este con la República de Guatemala, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con los estados de Oaxaca y Veracruz.

El territorio estatal se divide en 118 municipios, en los cuales se distribuyen 19, 386 localidades donde residen 4'293, 459 habitantes (INEGI, 2005), cifra semejante a la del estado de Nuevo León, en el mismo período. Cerca del 65% de estas localidades están conformadas por menos de 50 habitantes; más del 95% tienen menos de diez mil personas; únicamente hay cuatro ciudades que concentran entre 50 mil y medio millón de habitantes.

No obstante los cambios observados en el país, el comportamiento de la dinámica poblacional en Chiapas sigue teniendo características expansivas. La edad mediana se ubica en los 20 años, lo que indica que se trata de población más joven pues a nivel nacional el indicador es 23 años. La tasa global de fecundidad se redujo de 5.5 a 4.8 hijos por mujer en el período 2000-2005, mientras que a nivel nacional es apenas de 2 hijos por mujer entre los 15 y 49 años de edad. Los programas de regulación de la fecundidad han tenido mayor impacto en población mestiza y urbana que entre la población de otras etnias asentadas en áreas rurales. Estos datos confirman la noción de que la maternidad es valorada más allá de lo que sería deseable, resulta lamentable que las mujeres chiapanecas jóvenes carezcan de posibilidades o apoyos que

les permitan un mejor desarrollo personal y profesional, colocarse en posición de acceder a mejores ingresos por el hecho de desempeñar trabajos más calificados o ser propietarias de la tierra de cultivo que trabajan.

La tasa media anual de crecimiento en Chiapas es de 1.5%, mientras que a nivel nacional es de un punto porcentual. La razón de masculinidad es de 0.965 hombres por cada mujer, lo que supone un mayor número de mujeres que de hombres, fenómeno probablemente vinculado a la migración. En el país el mismo indicador es de 0.948, según datos del Censo 2005 (INEGI, 2006). Una de las explicaciones posibles de la migración podría ser la agudización de la crisis económica que se vive actualmente, que impacta con mayor fuerza a quienes menos tienen: los jóvenes carecen de activos económicos –consecuencia de la atomización del ejido y el deterioro ambiental, entre otras causas– y que son forzados a salir de su localidad en busca de mejores oportunidades de trabajo.

En muchas regiones habitadas por personas de grupos étnicos minoritarios la tradición propicia el establecimiento de uniones conyugales a temprana edad, alrededor de los quince años los chicos forman parejas *estables* e inician precozmente su vida reproductiva, en condiciones materiales de existencia que imprimen mayor vulnerabilidad a las mujeres gestantes y a sus niños pequeños, con el agravante de vivir en una situación económica precaria.

En Chiapas, la esperanza de vida se ha incrementado, manteniendo una ventaja de cerca de 3 años para las mujeres nacidas a partir del año 2000. Conviene aclarar que esta ventaja está asociada a la mayor vulnerabilidad biológica de los varones (Gómez, 1993) y no significa que las niñas reciban mayores cuidados o atenciones.

Probablemente la esperanza de vida ha aumentado como efecto de la atención a la salud, lo cual no garantiza la calidad de vida de las personas, considerando el bajo Índice de Desarrollo Humano observado en años anteriores y consistente con la posición del Índice de Marginación Municipal 1990-2000 (*Muy Alto*) (CONAPO, 2002). Conviene mencionar que en Chiapas, únicamente el municipio de Tuxtla Gutiérrez tiene un Bajo índice de marginación.

En este contexto de marginación, pobreza y promedio de escolaridad inferior al que existe en el país, la maternidad se presenta como un evento de riesgo potencial para madre e hijo. Las mujeres en ésta y otras entidades de México y América Latina viven bajo condiciones de subordinación y dependencia económica, debido a las características de la cultura androcéntrica,

con rasgos de dominación masculina patentes en muchos aspectos de la vida cotidiana. La vida reproductiva de muchas mujeres inicia a temprana edad, en particular en aquellas localidades habitadas por población perteneciente a etnias minoritarias. La escasa o nula escolaridad de las mujeres se convierte en un obstáculo para acceder a oportunidades reales de desarrollo, de manera que difícilmente lograrán construir proyectos de vida distintos al rumbo marcado por la tradición, que es la fundación de una familia y la maternidad.

Considerando la cercanía de Chiapas con Centroamérica y que las fronteras en muchas localidades son pura formalidad alejada de la realidad de la población, es plausible suponer que existan circunstancias que incrementan los riesgos para las mujeres en edad reproductiva; los migrantes en tránsito hacia los Estados Unidos tienen riesgos derivados de los abusos físicos y sexuales de los que son víctima mujeres y niños (Caballero, Leyva y Bronfman, 2007) sin excluir del todo a hombres jóvenes.

Los riesgos permanentes a los que se hace referencia proceden de los rasgos culturales de la inequidad de género. En estudios recientes, se ha documentado que una alta proporción de mujeres alrededor de los 15 años, el inicio de la vida reproductiva se ve marcada por violación y/o acoso sexual, con frecuencia alarmante originada en un integrante de su propio grupo familiar (Kostrzewa, 2008). De manera empírica, se sabe que la presencia del ejército en la zona de conflicto representa una oportunidad para que las mujeres jóvenes sean ofrecidas como mercancía a los militares. De manera que la maternidad no únicamente puede ocurrir a edades tempranas, por propia voluntad o decisión razonada con la pareja, sino que puede ser producto de violación; independientemente de que se omita cualquier forma de respeto a los derechos humanos y reproductivos más elementales para las mujeres involucradas. Son pocas las organizaciones civiles que denuncian este tipo de hechos, en apariencia carentes de relevancia para los encargados de hacer justicia en esta entidad.

Es decir, que a las precarias condiciones de vida de la mayor parte de la población, debe agregarse el peso de embarazos no deseados, criar hijos e hijas en ausencia de figura paterna, incrementando la dependencia económica de las mujeres más jóvenes, entre otros efectos. No se alude, intencionalmente, a los fenómenos de trata de personas –particularmente niñas, niños y mujeres jóvenes– para no hacer más complejo el análisis, aunque existen estudios serios que analizan el problema.

Independientemente de la manera en que se haya producido la preñez, la gestación prosigue en condiciones de un fuerte desgaste físico por efecto del trabajo que debe realizarse para obtener casa y comida. En el mejor de los casos, la joven pareja dispondrá o construirá una habitación dentro del predio paterno y continuará trabajando las tierras disponibles como asalariado, en los grupos domésticos residentes en áreas rurales y urbano-marginales.

La mayor parte de la población en Chiapas está asentada en áreas rurales y el 47% de ella está dedicada económicamente a la actividad agropecuaria, en el régimen de subsistencia; 40.6% y 7.8% trabajan por cuenta propia y son familiares sin pago, respectivamente (INEGI 2004:370). Eso significa que su ingreso básicamente se produce en especie, productos como maíz, frijol y algunas hortalizas. En pocas palabras, una fracción aproximada de la población económicamente activa tiene pobreza alimentaria (Székely, 2003).

Cuadro 7-1. Población económicamente activa de Chiapas, según ingreso. 2000

Categoría	No.	%	% acum
No recibe ingresos	271026	22.5	22.5
Hasta 50% de 1 salario mínimo	125878	10.4	32.9
De 51 a 99% de 1 salario mín.	273646	22.7	55.6
Un salario mínimo	9	0.0	55.6
1.1 a 2 salarios mínimos	245178	20.3	75.9
2.1 a 2.9 salarios mínimos	79434	6.6	82.5
3 a 5 salarios mínimos	85523	7.1	89.6
5.1 a 10 salarios mínimos	50262	4.2	93.8
10.1 y más salarios mínimos	16653	1.4	95.2
No especificado	59012	4.9	100.0
Total	1206621	100.0	

Fuente: INEGI, 2004: 379

Si además consideramos el rubro de las capacidades, que representa la rentabilidad potencial de la actividad productiva, viendo la tabla anterior, nos explicamos el restante componente de la pobreza de *patrimonio*, desde el punto de vista del mismo autor. No obstante, como una *imperfección del modelo económico vigente*, la acumulación de la riqueza en pocas manos produce una imagen más clara de la condición económica de la población. En las áreas urbanas la mayor parte de la población económicamente activa de 14 años y más está concentrada en el sector terciario, sin embargo, al estar ubicada

la entidad federativa en la Zona C, el salario mínimo para el año 2007 está próximo a los 52 pesos diarios (Milenio, 2008).

Desde el exterior de la entidad, al ser comparado con el resto de los estados que forman el país, se considera a Chiapas —junto con Oaxaca y Guerrero— como los que agrupan más evidencias de pobreza. (Lustig y Székely, 1997; Wodon, López y Siaens 2003). Dentro de estos grupos de población ubicados en un país y entidad con características de pobreza y marginación, es posible identificar grupos de mayor vulnerabilidad: mujeres y niños.

Las diferencias injustas, evitables y que representan desventajas para las personas se reconocen como inequidades. La población chiapaneca padece la inequidad por etnia, clase social y género, además de las desventajas por su ubicación respecto al norte. Todas estas diferencias perfilan la calidad y magnitud de daños a la salud que son biológicamente plausibles en un medio ambiente con tan exuberante biodiversidad y en un medio social tan desventajoso, en particular para una mujer gestante.

Por estas razones, no es de extrañarse que en Chiapas una mínima parte de las mujeres embarazadas busquen atención prenatal. Reorientando el rumbo de la reflexión, esta vez hacia las razones más íntimas de las mujeres, aquellas de índole privada, podría decirse que existe más de una condición que actúa como obstáculo para que una mujer gestante se acerque a los servicios oficiales de salud.

Con base en los atributos de la mayoría y procurando objetividad se podría elaborar una imagen de las mujeres en riesgo obstétrico y potencial riesgo de muerte perinatal. En primer lugar, habría una mujer con escasa escolaridad, residente en área rural, posiblemente hablante de una lengua distinta al castellano, probablemente menor de veinte años, dependiente económicamente de la pareja e incluso (ambos) del suegro, puesto que las características de los grupos domésticos incluyen la residencia virilocal, debido a que su organización es fuertemente patriarcal. Esta mujer, hipotética, tendría hijos menores de cinco años, al menos dos.

Considerando las condiciones de las mujeres gestantes, como edad, peso previo, preexistencia de anemia o desnutrición, adicional a las depauperadas condiciones de vida, los riesgos para los recién nacidos son altos y se pueden expresar en el peso al nacer. En el indicador peso al *nacer* para el año 2000, los nacimientos con menos de 2,500 gramos representaban 7.9 % y la misma variable para el año 2006 ascendió a 8.7%. Estos datos son consistentes con

los reportados por Trujillo y Orantes (2007), que señalan las zonas habitadas por población indígena como las más afectadas por esta problemática.

La maternidad, una vez concluida la gestación, retoma su curso habitual: la atención, el cuidado y el *ser para los otros*, ser madre otorga un sentido de vida, un evento que organiza sus vidas, en cada uno de sus ciclos (Lagarde, 2003).

Así, la maternidad complementa su significado biológico, al garantizar paralelamente el reservorio génico, optimizando el consumo de energía, además de que socialmente se consolida la identidad genérica de la mitad de la humanidad. Para la sociedad los hijos representan oportunidades de desempeñar tareas que aumentan de complejidad en la medida en que los hijos crecen y al final de la vida de la generación más vieja, una fuente potencial de atención y cuidados, que encarna en la figura del ultimogénito, reconocidas como características de las familias mesoamericanas (Robichaux, 2002).

Se sostiene que la dominación masculina es celosamente guardada por las mujeres, por supuesto de generaciones previas y ubicadas en distinta posición. Una de sus manifestaciones es el sostenimiento de la dependencia de las mujeres más jóvenes, en condiciones de embarazo, la suegra y/o la madre se encargarán de que la gestante mantenga las tradiciones en el cuidado del embarazo y la atención del parto. Desde poco más de la segunda mitad del embarazo, la suegra o la madre encargarán a una partera la atención de la joven madre, atenciones que incluyen el “*acomodamiento*” del bebé en el vientre materno, además de una suerte de masaje con sustancias naturales, entre las más conocidas maniobras de las parteras tradicionales. En pocas ocasiones la mujer participa en la decisión sobre la forma en que será atendida durante el embarazo y el parto. Generalmente si los partos se complican o duran por tiempos prolongados, el servicio médico alópata será el último recurso al que apelarán (Freyermuth, 1993).

Esta percepción de los servicios médicos alópatas como alternativa final se deriva de un conjunto de aspectos culturales provenientes de la población y acentuadas por el gremio médico; relación de desconfianza mutua que no favorece a ninguno de los involucrados. Por una parte la falta de credibilidad en los prestadores de servicios de salud que la población tiene, es consecuencia de la carencia de sensibilidad que los médicos alópatas mantienen ante culturas distintas a la mestiza. El resultado final es que los embarazos que se califican como de alto riesgo obstétrico no son atendidos debidamente, incrementando los riesgos de muerte perinatal y materna.

Por otra parte, los servicios de salud en las áreas rurales son atendidos por prestadores de servicio social, es decir, personal recién egresado de las aulas –tanto médico como de enfermería– y generalmente, sin supervisión en servicio. El resultado más observado es la ausencia de los prestadores de servicio social, la mayoría de ellos llega a la comunidad el lunes a la tarde o el martes por la mañana y se retira el viernes a mediodía, situación que representa mayor obstáculo a la demanda de servicios médicos alópatas. Aunque instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social ha incluido algunos mecanismos para asegurar el cumplimiento de los prestadores de servicio social y de sus trabajadores, entre ellos el uso de radiocomunicación, los involucrados han generado sus propias estrategias para sortear las dificultades que se les presentan.

Suponiendo, sin conceder, que los servicios médicos son accesibles cultural y físicamente, que los becarios y empleados del sistema están presentes y dispuestos a atender a las mujeres en trabajo de parto, que las mujeres consienten en tener una forma de atención que les es desconocida –ante la cual aumentan sus temores y aumentan sus resistencias–, aún faltaría saber cuál es la disponibilidad de servicios médicos existentes en la entidad, es decir, la infraestructura que contiene la respuesta social organizada.

ii) Servicios de Salud y Sobrevivencia Infantil

La atención del parto, sus complicaciones, la conclusión precoz o patológica del mismo constituyen las principales demandas de ingreso a los servicios de salud del sector público. A pesar de ello, se reconoce que solamente uno de cada tres partos es atendido por algún profesional de salud. Es decir, que la demanda registrada de eventos de nacimiento, son únicamente una pequeña proporción del fenómeno real. En parte, también significa que los registros de eventos vitales como defunciones perinatales y maternas podrían ser la evidencia que representa exclusivamente a esa fracción de eventos registrados.

Aunque puede asegurarse que la entidad ha avanzado en cantidad y calidad e infraestructura de servicios públicos en salud durante el sexenio del 2000 al 2006, no significa que la salud o la sobrevivencia infantil han mejorado. Como se sostiene en páginas previas la condición material de vida determina el estado de salud y la sobrevivencia de los menores de un año, como

reflejo de la capacidad de sus padres para realizar una crianza sin privaciones y carencias que trastocuen severamente la vida del grupo.

No obstante que en Chiapas haya más unidades médicas y que se disponga de servicios de tercer nivel de atención médica, la deuda sanitaria histórica no ha sido solventada cuando ya el sistema nacional de salud se encamina a un modelo de atención con intenciones no explicitadas de transitar hacia la privatización.

A pesar de la mayor inversión en infraestructura, los indicadores de evaluación del desempeño no muestran diferencias sustanciales respecto a períodos anteriores. (ISECH, 2006). Adicionalmente, los criterios de aceptación e ingreso de pacientes a estas unidades más sofisticadas, no favorecen la utilización entre las minorías residentes en las miles de localidades rurales de Chiapas.

El funcionamiento de las unidades de salud, en todos sus niveles, depende del gasto en salud asignado al sector, tanto de origen federal como estatal. Ciertamente que el presupuesto exhibe un comportamiento ascendente en términos absolutos (pesos corrientes³⁵), de manera que las cantidades expresan cifras que no consideran el efecto de la inflación.

Durante el periodo 2000-2005 el gasto total destinado a salud y seguridad social pasó de 4 mil 444.6 millones de pesos (mdp) a 7 mil 800 mdp, lo que significa un aumento de 61%. Relacionando el gasto con la población chiapaneca, se observa que el gasto per cápita pasó de 1,133.6 a 1,619.8 pesos en el mismo periodo, lo que corresponde a un incremento de 42.9%, cifra que es hipotética y promedial, ya que la distribución no suele reunir criterios de equidad y las zonas indígenas generalmente quedan al margen de estos beneficios, entre otras cosas por la dispersión de sus localidades de residencia y por las diferencias culturales.

En Chiapas, las unidades médicas para atender a la población en consulta externa, es decir, del primer nivel, no ha incrementado con la misma rapidez que aumenta la población y la demanda que representa. Las unidades de hospitalización se incrementaron con base en el concepto de *Hospital Integral*, que cuenta con un promedio de 12 camas censables por unidad. Los Hospitales Integrales se ubican en las cabeceras municipales de Acala, Cintalapa, Las Margaritas, Ángel Albino Corzo y Tila. Conviene mencionar que en los hospitales de los municipios de Tila y las Margaritas—con predominio de población

indígena— se registran casos de mortalidad perinatal, materna e infantil con mayor frecuencia.

Resulta conveniente identificar el tipo de infraestructura de servicios de salud disponibles en la entidad, ya que de forma mayoritaria los médicos egresados de la Facultad de Medicina Humana de la UNACH, serán los encargados de algunas de estas unidades, bien sea en el período de Servicio Social o al vincularse laboralmente al Sistema de Salud. Según el 6º Informe de Gobierno se cuenta con 1591 unidades médicas de primer nivel y 56 hospitales (Gobierno del Estado de Chiapas, 2006).

Es preciso mencionar que la infraestructura debe estar adecuadamente dotada de equipo funcionalmente suficiente y adecuado a la demanda, el personal para proporcionar la atención y mantener insumos suficientes para lograr sus objetivos. No hay mucha evidencia empírica para asumir que estos criterios se cumplen en el sistema estatal de salud. Razones que podrían explicar la magnitud y distribución de la fracción perinatal de la mortalidad infantil, aun en ausencia de la barrera cultural (Gutiérrez y Bertozzi, 2003; Maydan, Serral y Borrell, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como meta una cama hospitalaria por cada mil habitantes; el indicador en Chiapas presenta cifras inferiores al 50% de tal recomendación. La disponibilidad de camas se concentra en las 10 principales ciudades del estado y en varios miles de localidades no existen unidades médicas con servicio de hospitalización, lo cual incluye la atención del parto, sus complicaciones y la atención efectiva del recién nacido.

En el año 2006 en Chiapas hay un médico por cada 1,988 habitantes, cifra satisfactoria que oculta la situación real puesto que los médicos generales vinculados al sistema de salud se concentran en las 20 principales ciudades del estado y muchos de ellos no están en contacto directo con los enfermos.

Al conjugar los datos, los indicadores suelen ofrecer una visión más clara de la situación, lo cual da cuenta de la necesidad de fortalecer la educación médica y el sistema de salud del estado.

En este sentido, el modelo de atención actual, fundamentado en el Sistema de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como Seguro Popular, consume la mayor parte de los recursos destinados a salud, en tanto que los programas regulares dirigidos a la prevención/atención y al cuidado

del ambiente presentan carencias, particularmente en el suministro de insumos para el trabajo cotidiano.

iii) Supervivencia Infantil y Educación Médica en la UNACH

Ante esta situación sanitaria, particularmente en lo referente a supervivencia infantil, las instituciones públicas de educación médica deben enfrentar los retos que les presentan los organismos acreditadores; la sociedad demandante del incremento en la matrícula; los limitados recursos financieros gubernamentales destinados a la formación de médicos competentes y los desafíos culturales que caracterizan a la población por atender, esta situación es sumamente compleja.

Para fines de este trabajo se entiende como competencia médica a la capacidad/habilidad de una persona —bien se encuentre en la última etapa de su formación profesional, bien haya obtenido el título de licenciado en medicina general— para identificar/resolver problemas/riesgos que pongan en peligro la salud y la vida de un bebé, desde el momento de nacer y hasta que deja de ser niño/a.

Desde el primer ciclo escolar de 1994 la matrícula de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas oscila entre 90 y 100 estudiantes de nuevo ingreso. Eso significa que anualmente se matriculan 200 estudiantes. A partir del segundo ciclo escolar del año 2008, la matrícula se incrementa aún más, debido a la apertura de la Sede Tapachula de la Facultad.

Aunque existen cinco modalidades de titulación, la mayoría de los egresados de la UNACH —cerca de siete de cada diez— obtienen el grado mediante el examen por competencias profesionales (EGEL-MG³⁶) aplicado por CENEVAL³⁷; proceso que permite alcanzar el 95% de eficiencia terminal³⁸ en la Facultad de Medicina Humana.

En todo el país, durante el 2007 se examinaron 6,918 egresados de esta licenciatura, los instrumentos evalúan cinco áreas de conocimiento (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Salud Pública). En el área de pediatría se incluyen 42 reactivos de un total de 345; distribuidos homogéneamente entre tres períodos vitales de la niñez: recién nacido, lactante/preescolar y escolar/adolescente. Las calificaciones suponen un

cierto grado de conocimiento, tienen un recorrido (CNE) que parte de la unidad hasta 1300 puntos, con base en los cuales se asignan los Testimonios de Desempeño (DS y DSS, Satisfactorio ≤ 1000 y Sobresaliente ≤ 1150 puntos, respectivamente); los reportes emitidos por CENEVAL a la dependencia favorecen la identificación de las áreas que requieren fortalecimiento en la ejecución del *curriculum*. Los datos que se mencionan fueron obtenidos del Departamento de Titulación de la FMH y corresponden a los reportes emitidos por la asociación evaluadora.

Como se señala en las páginas iniciales de este texto, el ciclo vital del ser humano comprende etapas bien definidas con propósito de atención médica. Un recién nacido es aquella persona humana desde el momento de salir del vientre materno hasta cumplir el primer mes de vida. Dentro de este período, hay una etapa crítica para la sobrevivencia y es la primera semana de vida, llamada etapa neonatal temprana. Las tres semanas siguientes son consideradas la etapa neonatal tardía. Pasado el primer mes de vida y hasta el día que cumple el primer año de edad, la persona será reconocida como lactante. Para fines de este trabajo, interesa la etapa comprendida entre los primeros 365 días de vida, aunque se incluyan datos que representen el conocimiento médico en otras etapas del niño, es decir, hasta los 18 años.

Para fines de esta reflexión, el interés se centró en las calificaciones obtenidas por los 870 egresados que presentaron el examen en el período 2006-2008; durante el cual se abrieron dieciséis convocatorias. Se ignora si los egresados que acreditaron el examen hicieron más de una ocasión la solicitud, lo cual sería una variable que contribuiría de manera importante a la interpretación de los datos.

En términos generales, la tasa de aprobación del EGEL-MG es de 61% durante el período; la tendencia es ascendente, hay un rango de 29 puntos porcentuales, indicando una dispersión amplia. Las puntuaciones promedio obtenidas por el total de los sustentantes en el área de pediatría muestran una tendencia ascendente.

A continuación cabe preguntarse cómo califican los egresados de la FMH en los componentes del área Pediatría. Durante el período que se analiza, los egresados han demostrado un desempeño satisfactorio en cerca de ocho de cada diez veces, cuando se evalúan conocimientos y habilidades para la atención médica de los bebés recién nacidos (RN, menores de 28 días). En la figura 1A puede observarse que las puntuaciones se concentran por arriba de un

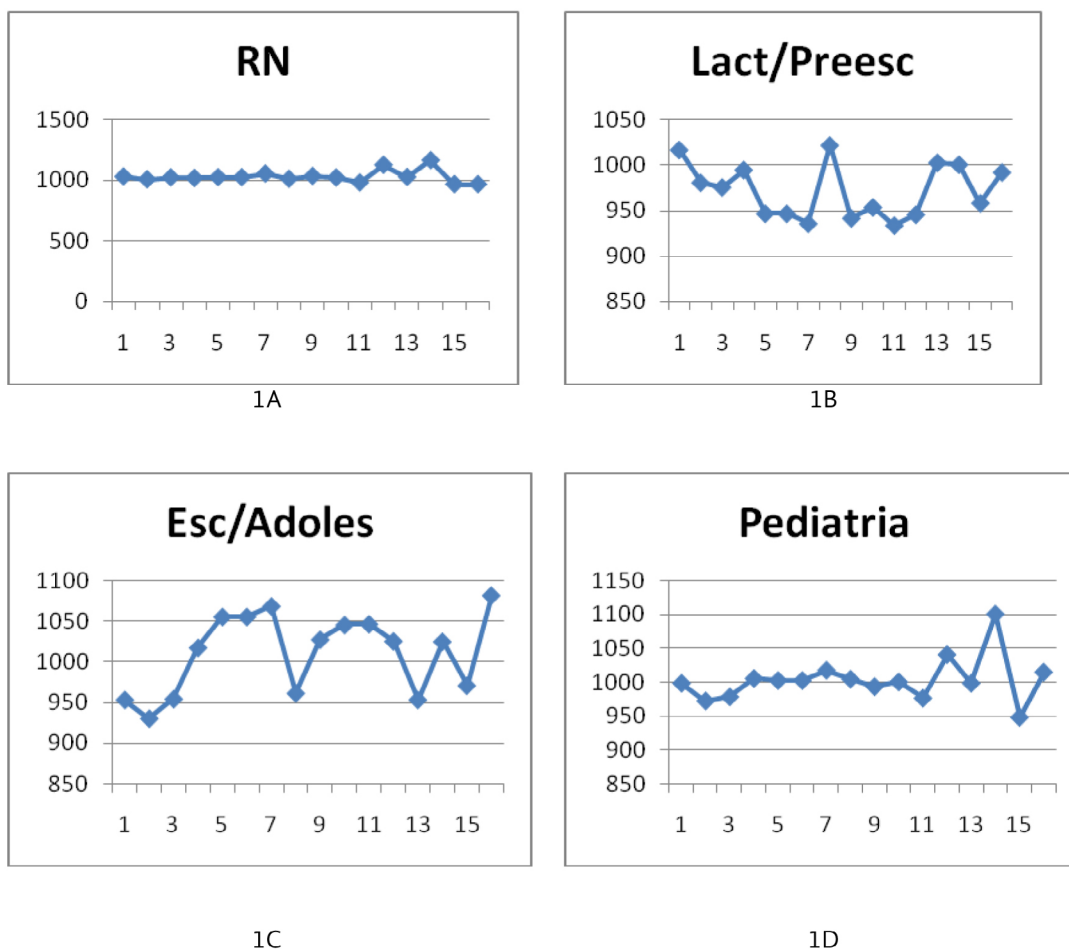
mil; excepto por las dos últimas convocatorias del 2008, donde los promedios se ubican ligeramente por debajo del límite inferior, considerado *Suficiente*, pero no acreditado. El comportamiento es consistente durante el período; los egresados observan un desempeño satisfactorio en la atención médica del menor de 28 días, etapa donde se concentra la mayor proporción de la mortalidad infantil en Chiapas.

La situación cambia drásticamente cuando se trata de evaluar los conocimientos y habilidades de orden médico necesarios para atender a los lactantes y preescolares (1B), pues únicamente en una de cada cuatro oportunidades se obtiene promedio superior a los mil puntos del índice CENEVAL. Las puntuaciones promedio fluctúan entre 934 y 1022, tiene un rango de 88 puntos y la desviación estándar es de 29.9 puntos, suficientes para significar la diferencia en el pronóstico de vida y función de un bebé desde el segundo mes de vida y hasta los cinco años de edad. Es decir, el comportamiento es consistentemente deficitario pues la dispersión de los puntajes es la menor entre los componentes de estudio en esta área del conocimiento.

Al comparar las puntuaciones obtenidas por los egresados en estos dos componentes de la Pediatría podría suponerse que, en la atención del recién nacido tienen suficiente conocimiento y habilidad para administrar adecuadamente un tratamiento, aunque el problema que se asume es la barrera cultural entre ambos actores: población y prestadores de atención médica, particularmente en zonas rurales y étnicamente minoritarias. Por el contrario, existe una situación cognitiva y de habilidad deficitaria vinculada a la atención del lactante y preescolar, que debe agregarse a las deficientes condiciones materiales de vida que, en promedio, tiene la población rural de Chiapas. Ambas condiciones incrementan los riesgos para la salud y la vida de los pequeños.

La figura 1C muestra los resultados de las evaluaciones de conocimientos y habilidades para la atención de los escolares y adolescentes; independientemente de que los riesgos de enfermar y morir en estos grupos poblacionales se reduce progresivamente, parece existir más habilidad para atenderles médicamente. Las puntuaciones tienen un recorrido entre 931 y 1082, lo que arroja un rango amplio, superior a los 150 puntos.

Figura 7-1. Puntuaciones obtenidas en los tres componentes del área Pediatría por 870 sustentantes egresados de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas, durante el período 2006-2008. Nótese que las escalas son diferentes en cada caso



La figura 1D es el resumen de los tres componentes previos, muestra que los sustentantes de esta evaluación han obtenido puntuaciones inferiores a los mil puntos en una de cada cuatro oportunidades, es decir, si se utiliza el criterio CENEVAL, los médicos egresados de la FMH muestran un desempeño *Satisfactorio*, aunque no sobresaliente.

Para emitir un juicio sobre los conocimientos y habilidades de los egresados de la Facultad de Medicina de la UNACH habría que disponer de un conjunto de información adicional. Sería indispensable considerar en la

evaluación de estos resultados de educación médica los componentes del origen socioeconómico de los estudiantes al ingreso, en particular la institución educativa de procedencia y su ubicación geográfica; otros aspectos individuales cualitativos como la comprensión lectora, que son relevantes para el aprendizaje.

Un aspecto más a considerar es el *curriculum* y quienes lo interpretan; el grado de compromiso de los facilitadores del aprendizaje de la pediatría en particular —puesto que se analiza la mortalidad infantil— además de los recursos didácticos y los procesos y mecanismos que intervienen. Asumiendo que los contenidos curriculares y los tiempos destinados al aprendizaje sean adecuados, queda el componente de la interpretación. Según información empírica obtenida de los propios estudiantes, se produce un componente importante de aprendizaje autodidacta, impulsado en parte por las tendencias a promover la *autoactualización* permanente de los egresados de las licenciaturas y en parte por las circunstancias cotidianas de la propia Facultad de Medicina Humana de la UNACH, vinculadas al quehacer docente. Es evidente la necesidad de reforzar los contenidos y procesos de aprendizaje relacionados con la atención médica a los menores de cinco años, asegurarse de que los egresados dominen los conocimientos y habilidades que garanticen una adecuada atención médica.

En síntesis, la mortalidad y la supervivencia infantil en Chiapas no son producto único y directo de las precarias condiciones materiales de vida de la población rural de Chiapas, se trata además de un asunto de competencia médica. En el siglo XXI no es posible demostrar indiferencia ante el fallecimiento de los menores de un año, en particular si somos parte de la educación médica. No es ético.

Generar información científica útil para los tomadores de decisiones sobre el presupuesto en salud o la participación de servicios sociales para las entidades del país no es la única posibilidad de modificar el fenómeno de la muerte infantil. Cada persona relacionada con la educación médica debe tomar su lugar y desempeñarse con criterios sobresalientes en su práctica docente cotidiana.

Como asegura la Organización Mundial de la Salud: la justicia social es una cuestión de vida o muerte, en particular para los menores de un año, pero también una cuestión de educación médica. Es indispensable recuperar

la capacidad de indignarse ante la muerte evitable de los más vulnerables: los menores de un año y, por supuesto, afanarse en hacer de la práctica docente una tarea cotidiana sobresaliente, sólo así haremos lo que tenemos al alcance de la mano en la agenda pendiente sobre la mortalidad infantil.

NOTAS

34. Entiéndase la capacidad/habilidad de una persona —bien se encuentre en la última etapa de su formación profesional, o haya obtenido el título de licenciado en medicina general— para identificar/resolver problemas/riesgos que pongan en peligro la salud y la vida de una o más personas.
35. El término *pesos corrientes* se refiere a una cifra que no ha sido elaborada para su análisis, es decir, que no ha sido deflactada para eliminar el efecto de la inflación y transformarla en una cifra en pesos constantes, razón por la cual no es comparable en un periodo de tiempo.
36. Examen General de conocimientos para Egreso de Licenciatura de Medicina General
37. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A.C.
38. UNACH, Ciencias de la Salud. PRODES 2008-2009.

REFERENCIAS

- Banco Mundial. 2008. Millennium Development Goals. Disponible en: <http://ddp-ext.worldbank.org/ext/GMIS/gdmis.do?siteId=2&goalId=8&menuId=LNAV01GOAL4>
- Caballero, M, Leyva R y Bronfman M. 2007. Mujer, migración y violencia en la frontera sur de México. Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Castellanos, R. 1957. Balún Canan. México: Fondo de Cultura Económica. 277 pp
- Chodorow, N. 1984. Postfacio. Ejercicio maternal de las mujeres y liberación femenina. El Ejercicio de la maternidad. Barcelona: Gedisa. Pp. 308-318
- Freyermuth, G. 1993. Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas. México: Gobierno del estado de Chiapas/ Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura/ DIF/ Instituto Chiapaneco de Cultura/CIESAS
- Gobierno del Estado de Chiapas. VI Informe de Gobierno. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Diciembre, 2006.
- Gutiérrez JP, Bertozzi SM. 2003. “La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil” *Salud Pública Mex* 2003; 45:102-109.
- INEGI (2005). Censo 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=6806&pred=1>
- INEGI. (2006) Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=697&e=07>
- INEGI. Información Económica. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/ce2004/ResumenChis.asp?c=6383&e=07>
- INEGI. 2008. Mortalidad Infantil 1990 – 2008, Nacional. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob52&s=est&c=5651>
- Instituto de Salud del Estado de Chiapas. ISECH. Informe del Director. 2006. Documento de circulación interna.
- Lagarde, M. 2003. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. PUEG/UNAM, México 884 pp

- Lustig, N. (2004) Invirtiendo en salud para el desarrollo económico. Resumen Ejecutivo de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. México: Universidad de las Américas. 60 p
- Maydana E, Serral G, Borrell C. “Desigualdades socioeconómicas y mortalidad infantil en Bolivia” *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25 (5):401–10.
- Milenio, Diario. 2008. En el 2009 salario mínimo será de 53.26. Publicado el 19 de diciembre de 2008. México. Disponible en: [<http://www.milenio.com/node/134837>] Consultado: 13-01-2009
- Organización de las Naciones Unidas. 2000. Aplicación de la declaración del Milenio. Ficha Técnica 1. Disponible en: <<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ficha1.html>>. Consultada en mayo del 2008.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2007. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos, 2007.
- Robichaux, D. “El sistema familiar mesoamericano y sus consecuencias demográficas”. *Papeles de Población* abril-Junio de 2002. No. 32, pp 60-95
- Trujillo, L y Orantes, O. 2007. “Bajo peso al nacer en hospitales de Chiapas, 2004”. *Chiapas: la paz en la guerra*, editado por Raúl Miranda y Luz María Espinosa. México: UNAM/Ecosur/Editorial Comuna. Pp 407-430
- Wodon Q, López G, Siaens C. 2001. Pobreza en el Sur de México. Banco Mundial. Disponible en: www.worldbank.org