



Chiapas: la emergencia sanitaria permanente

José Blanco Gil, José Alberto Rivera y Oliva López *

*Aquí estamos nosotros, los muertos de siempre,
muriendo otra vez, pero ahora para vivir.*

EZLN, 6 de enero de 1994

1. Introducción

En los últimos trece años, la imposición del proyecto neoliberal ha tenido un impacto diferencial sobre grupos y regiones, provocando situaciones de creciente polarización social y sanitaria. El deterioro acelerado de las condiciones de vida de la mayoría de los mexicanos ha impactado negativamente la situación de salud de la población, y ha conformado un panorama complejo y profundamente desigual ante la enfermedad y la muerte.

En Chiapas se expresa con intensidad este proceso, por la magnitud de los problemas de salud, por la vulnerabilidad social de la población que los sufre y por la precariedad de la respuesta institucional para enfrentar la problemática. Así, regiones enteras del estado podrían ser consideradas como "zonas de desastre sanitario".

La reconstrucción del perfil de enfermedad y muerte de la región noreste del estado, conocida como Selva Lacandona, intenta alertar sobre la gravedad de la situación y contribuir a redimensionar el derecho a la salud como parte de la defensa de la vida.

2. El contexto

La Selva Lacandona permaneció prácticamente despoblada hasta el comienzo de la segunda mitad del siglo XX. En la década de los cuarenta se inicia la colonización de la selva con corrientes migratorias de otras zonas del estado de Chiapas y de otros estados de la república. Los migrantes eran en su mayoría campesinos solicitantes de tierra, cuya demanda agraria fue "resuelta" por el gobierno a través de la dotación de tierras en zonas no colonizadas, estrategia que permitió dejar intactos los latifundios existentes.

Aparte de la asignación formal de tierras, no existió ningún apoyo institucional para promover el desarrollo de las comunidades de reciente formación. En esta zona, prácticamente no existieron las políticas sociales que durante varias décadas conformaron la vertiente de bienestar del estado mexicano. Así, las necesidades de salud, alimentación, educación, abasto, vivienda y desarrollo de infraestructura tuvieron que ser enfrentadas (mas no resueltas) con los limitados recursos comunales, con un proceso organizativo creciente (de base local), acompañado por la iglesia católica y apoyado por organizaciones no gubernamentales.

Las precarias condiciones de vida en estas comunidades se deterioraron aún más con el decreto presidencial de 1972, con el que se otorgaba la propiedad de 600 mil hectáreas de selva a la etnia lacandona, desconociendo los derechos agrarios de las otras etnias. Este decreto abrió paso a un conflicto que aceleró la diferenciación social en las comunidades y que colocó en el centro del problema la destrucción de la selva por la explotación maderera y la ganadería extensiva.

En la década de los ochenta, en el marco de una grave crisis económica nacional y un ajuste estructural que traslada los costos de la crisis a los grupos más desfavorecidos, se profundizan la polarización social y la pobreza preexistente. A los conflictos sociales por la tenencia y el control de la tierra, se suman: la diversificación de las opciones religiosas -fundamentalmente protestantes- que dividen comunidades enteras, la militarización de la zona fronteriza bajo el argumento del riesgo a la seguridad nacional que significa la huida masiva de campesinos guatemaltecos hacia la selva chiapaneca, como consecuencia de la estrategia de "tierra arrasada" adoptada por el gobierno de Guatemala, y el descubrimiento de yacimientos de petróleo que redimensiona el carácter estratégico de la zona. En esta década, casi el 75% de los chiapanecos dependen de la agricultura de subsistencia, mientras más del 50% de las tierras cultivables están en manos de latifundistas.^[1]

Para 1990, la tecnoburocracia gobernante prepara las condiciones para el "ingreso triunfal" de México al primer mundo; sin embargo, la profunda desigualdad social existente en el país no sólo persiste, sino que se agrava. En diversas regiones, indicadores de muy diversa naturaleza alertan sobre la precariedad de las condiciones de vida, situación que desde la perspectiva gubernamental es sistemáticamente soslayada.

Al comenzar la década de los noventa con una población de más de tres millones, el estado de Chiapas tiene el índice de marginación más alto del país.^[2] Así, el 80% de la población ocupada percibe un ingreso menor a dos salarios mínimos; 30% de la población mayor de quince años es analfabeta; el 62% de la población no tiene primaria completa; el 30% de las viviendas no cuenta con energía eléctrica; el 75% no tiene agua entubada conectada a la vivienda; el 59% carece de drenaje, y el 52% tiene piso de tierra.^[3] Una gran parte de la población "no tiene acceso a servicios de salud [particularmente] la población indígena que depende principalmente de la agricultura de subsistencia".^[4]

El desarrollo de las instituciones de salud en la selva es relativamente reciente. De hecho, la única presencia sanitaria durante muchos años fue la Campaña de Erradicación del Paludismo (CNEP). En 1976, el hospital regional de Comitán comienza a crear casas de salud en algunas comunidades de Las Margaritas y sienta las bases para el desarrollo del "Plan de la Selva", programa de medicina comunitaria realizado en colaboración con la Escuela de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. La atención brindada por este programa fue, para la mayoría de la población, la primera posibilidad de acceso a servicios médicos.^[5] En 1981, el IMSS-Coplamar (hoy IMSS-Solidaridad) inicia la construcción de Unidades Médico Rurales; sin embargo, el recambio constante de personal y la elevada deserción de pasantes de medicina obliga a mantenerlas cerradas durante largos periodos, lo que limita su posible impacto sobre las condiciones de salud.

De acuerdo a una calificación basada en los trece indicadores de Atención Primaria a la Salud (APS) propuestos por la OMS,^[6] el estado de Chiapas se encuentra en el penúltimo lugar del país con una cobertura de APS del 43.9%, cifra que contrasta con los altos valores obtenidos por Coahuila, el Distrito Federal y Nuevo León (84.6, 83.2 y 81.1% respectivamente).^[7]

3. La información en salud: sus límites

La muerte, como hecho único e irrepetible, permite un acercamiento indirecto y parcial al conocimiento de la situación de salud. Sin embargo, por el avance de la ciencia y la tecnología que ha permitido la instrumentación de diversas medidas epidemiológicas puntuales que evitan -en algunos casos- el paso de la enfermedad a la muerte, se reduce la sensibilidad del indicador mortalidad. Por otra parte, los estudios basados en datos de morbilidad también presentan limitaciones: la principal es que no se hace referencia a la morbilidad *real* (número real de personas enfermas o de eventos de enfermedad), sino al número de casos atendidos en la consulta de las instituciones de atención médica, es decir, morbilidad por demanda de atención. Esto significa que solamente se registran los casos atendidos por estas instituciones y quedan fuera todos aquellos que han sido tratados por otros subsistemas de atención (por ejemplo, medicina privada y terapeutas tradicionales) y los casos no tratados por no tener acceso a servicios de salud. Con frecuencia, también, quedan fuera de la información padecimientos "socialmente invisibles" tales como la desnutrición, que no es identificada como enfermedad, aunque formalmente se reconozca como "sustrato" de diversos padecimientos y sus complicaciones.

Además, es frecuente que la información se presente muy agregada lo que dificulta el reconocimiento -por procedimientos habituales- de situaciones de salud regionales o locales y la identificación de grupos sociales específicos que por sus características se constituyen en grupos de alto riesgo epidemiológico.

Sin embargo, el reconocimiento de que, aun con todas las deficiencias de los datos, es necesario trabajar con ellos, tanto para mejorar su calidad como para realizar análisis -aunque sea parciales- de la enfermedad y la muerte como

fenómeno colectivo obliga a plantear formas alternativas de retrabajar la información. En esta lógica se inscribe esta investigación, donde los datos generados por el sistema de información son agrupados y organizados en una perspectiva distinta.

4. ¿Cómo se procedió?^[8]

Para la construcción del perfil regional, se utilizó la información registrada durante dieciocho meses en unidades sanitarias de la Secretaría de Salud (SSA) localizadas en la región. Los resultados se resumen en un Perfil Patológico Regional, que expresa los casos de enfermedad registrados en las unidades sanitarias participantes de la SSA en la región noreste del estado de Chiapas e incluye información pertinente sobre la Selva Lacandona. Así, se identificaron los casos nuevos de enfermedad para un año (incidencia acumulada anual) y los resultados se agruparon en cinco conjuntos de padecimientos asociados a: características socioambientales, procesos de trabajo, situaciones de stress, disponibilidad y consumo de alimentos, capacidad reproductiva y un sexto grupo que incluye patología de muy diversa naturaleza. Los niveles estatal y nacional se incluyeron con propósitos de comparación.

La fuente de información fue el Registro Diario de Consultas y los cuadros de concentración mensual utilizados durante el periodo. Se reportó la incidencia acumulada anual^[9] de padecimientos seleccionados y la mortalidad por causas seleccionadas. Los datos de mortalidad corresponden a 1990,^[10] fueron corregidos calculando un subregistro del 30% y considerando el sitio de residencia habitual del fallecido.^[11]

Otro hecho importante es que la morbilidad que se examina en este trabajo ha sido captada en el primer nivel de atención con los recursos de diagnóstico disponibles para el personal responsable de dicho nivel. En su mayoría, por lo tanto, son diagnósticos presuncionales con limitaciones de confirmación por carencia de medios auxiliares de diagnóstico. Se trata de patología captada exclusivamente en población adscrita a las unidades sanitarias que participan en el proyecto, pero que adquiere un grado aceptable de representatividad si se considera que las opciones de atención médica de la población de la selva, especialmente en la zona de Marqués de Comillas, se reduce a estas unidades. Es decir, en este caso, prácticamente toda la patología que generó demanda de servicios de salud fue captada.

5. Algunos resultados

a. Las causas de enfermedad (morbilidad)

Se obtuvieron y analizaron 132 diagnósticos distintos, en un total de 16 811 casos atendidos durante el periodo de estudio. Se identificó el perfil patológico que en este trabajo se define como *la imagen de la situación de salud de una región, expresada a través de la morbilidad registrada durante un periodo*.

Comparando la información generada por esta investigación y la que se proporciona oficialmente, tanto a nivel estatal como nacional, es posible identificar diferencias sustanciales en términos de magnitud y características de los problemas de salud en la selva, respecto de los otros niveles. La mayor frecuencia en la selva de muchos de los padecimientos que se comparan nos habla de una mayor carga de enfermedad entre los habitantes de esta región, es decir, de una situación de emergencia sanitaria permanente.

Así, las infecciones respiratorias agudas son tres veces más frecuentes en la selva que en el conjunto del estado de Chiapas; las parasitosis y la amibiasis intestinal se registran con una frecuencia trece veces más elevada; la escabiasis es ocho veces más frecuente. El paludismo aparece con una frecuencia de veinte veces mayor que para el resto del estado. Es importante mencionar que, tanto en el nivel nacional como en el estatal y en el regional, se trata de morbilidad captada por los procedimientos habituales de registro y notificación en los servicios de salud (morbilidad por demanda de atención), por lo que su comparación es posible. Así, las diferencias en la ocurrencia de la patología seleccionada en la selva (región), Chiapas (estado) y México (nivel nacional), apunta a la existencia de una mayor carga de enfermedad entre la población que habita en la zona de la selva.

El procesamiento de la información en el nivel local permitió una estimación más precisa de la incidencia regional^[12] y la identificación de problemas de salud de importancia para el nivel regional que por los mecanismos habituales ni siquiera son procesados a nivel estatal y/o jurisdiccional, al quedar fuera (promedialmente) de las principales causas. Ver, por ejemplo, anemias asociadas a deficiencias nutricionales; desnutrición (diversos grados); infección de vías urinarias y otitis. Esta patología no es considerada para el análisis de la situación de salud ni, mucho menos, para establecer acciones específicas. Puede inferirse que, si los encargados de la formulación de los programas, la especificación de las acciones y la precisión de las metas se basan en la información procesada de esa manera, tendrán serias limitaciones para reconocer los problemas y su magnitud.

El perfil patológico de la Selva Lacandona, se caracteriza por un predominio de las enfermedades asociadas a condiciones de vida precaria. Las seis primeras causas de enfermedad son transmisibles. En orden de frecuencia aparecen en primer lugar las infecciones respiratorias agudas, seguidas de las parasitosis de diverso tipo, las infecciones intestinales mal definidas y la amibiasis intestinal; el quinto lugar lo ocupan las escabiasis y el sexto el paludismo. Le siguen las anemias asociadas a deficiencias nutricionales, las heridas diversas, la desnutrición y los abscesos sin especificación. Este grupo de diez causas, con un total de 9 728 casos, representa casi el 60 por ciento (58.1 %) de la patología atendida. El siguiente grupo de diez causas también se ordena según frecuencia. Ambos grupos acumulan 12 553 casos que representan el 75% del total de casos diagnosticados.

Cuadro 1						
COMPARACIÓN DE INCIDENCIA ACUMULADA* DE ENFERMEDADES SELECCIONADAS						
Selva Lacandona, Chiapas, México, 1990						
CAUSAS	SELVA		CHIAPAS^[2]		MÉXICO^[2]	
	CASOS	INCIDENCIA	CASOS	INCIDENCIA	CASOS	INCIDENCIA
Infecciones respiratorias agudas	2 644	20 809.1	238 154	7418	14 020 980	17 256.7
Parasitosis sin especificación	1 634	12 860.1	1 259	39,2	23 117	
Infección intestinal mal definida (gastroenteritis)	1 256	9 885.1	87 887	2737,5	3 753 035	
Amibiasis intestinal	1 153	9 074.5	127	4	4 335	
Escabiasis	595	4 682.8	17 500	545,1	285 827	
Paludismo	594	4 675.0	7 325	228,2	44 513	
Anemias asociadas a deficiencias nutricionales	497	3 911.5				
Heridas diversas	463	3 643.9				
Desnutrición (diversos grados)	458	3 604.6				
Abscesos sin especificación	434	3 415.7				
Gastritis y duodenitis	412	3 242.6				
Infección de vías urinarias	371	2 919.9				
Impétigo	366	2 880.5				
Traumatismos diversos	357	2 809.7				
Piodermitis	270	2 125.0				
Dermatofitosis	231	1 818.0				
Otitis inespecífica	216	1 700.0				
Otitis media supurada	166	1 306.5				
Enfermedades de tejidos dentarios duros	135	1 062.5				
Tuberculosis	937			118.1		30.2
Leishmaniasis	9	70.8	3	0	460	0.6
Dengue	127	999.5	555	17.3	14 485	17.8
Dengue hemorrágico	0	0	0	0	8	0

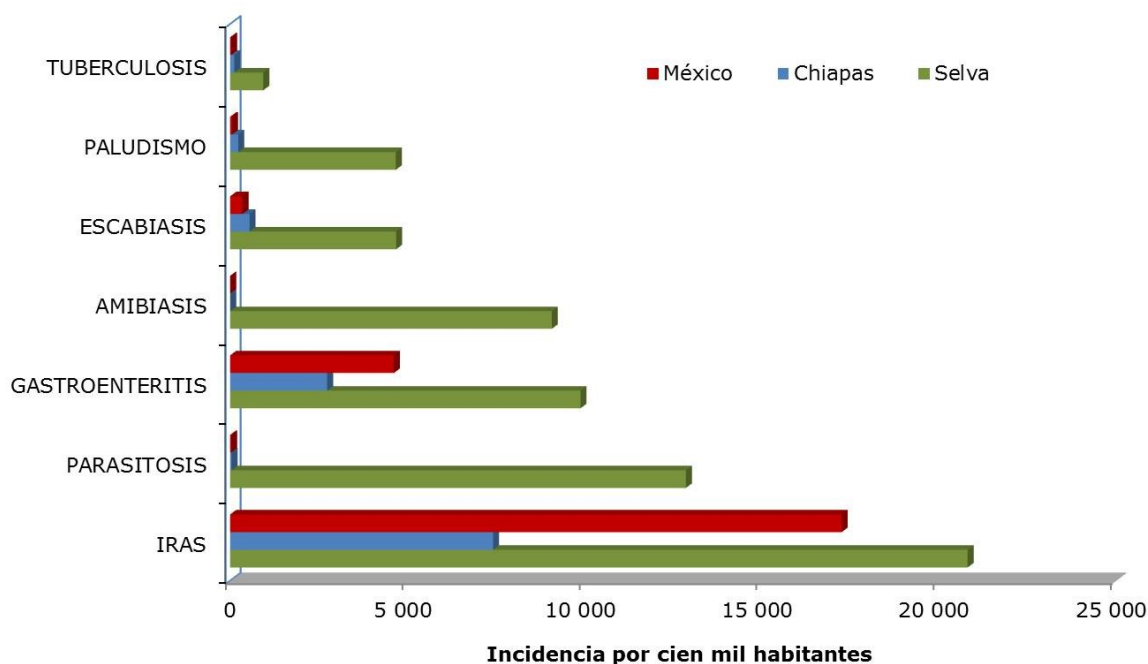
* Número de casos nuevos en un año dividido entre la población de la región, expresados por 10 mil habitantes.

FUENTE: [1] Registro diario de consultas, SS; [2] Elaboración propia con datos de la Dirección General de Epidemiología, SS, publicados en el *Boletín Mensual*, v. 6, n. 6, 1990.

Cualitativamente, este perfil no es muy diferente del del estado de Chiapas y del de otras regiones del país que comparten condiciones de vida semejantes. Sin embargo, es importante considerar la magnitud de los distintos padecimientos y el hecho de que entre las primeras diez causas aparecen

problemas asociados a la desnutrición (anemias asociadas a deficiencias nutricionales y la desnutrición misma). También aparecen con una frecuencia "anormalmente alta" padecimientos que pueden estar asociados a procesos de trabajo y/o a situaciones de violencia, tales como heridas y traumatismos.

Gráfica 1
MORBILIDAD POR ENFERMEDADES SELECCIONADAS
Selva Lacandona, Chiapas, México, 1990



FUENTE: Cuadro 1.

b. La enfermedad según condiciones sociales

Al trabajar con conjuntos de enfermedades se intenta la identificación de una posible acción recíproca entre la patología y la calidad de vida de los habitantes de la región en estudio. De ninguna forma se propone una asociación en términos estadísticos, sino una interrelación social-biológica que vincula los daños a la salud con determinaciones generales que tienen expresiones objetivas en la calidad de la vivienda, el vestido, la alimentación, el agua para consumo humano; en la organización y control sobre los procesos de trabajo; en el tipo y calidad de servicios de que se dispone y en el acceso a la atención médica y a programas y acciones de salud. ^[13]

En el grupo de padecimientos asociados a características socioambientales, se incluye patología expresiva de las condiciones de vida, particularmente en el ámbito del consumo (calidad de la vivienda, equipamiento del hogar, vestido, servicios públicos). Se consideran además cuatro subgrupos (A, B, C, D) que incluyen padecimientos en los cuales operan aproximadamente los mismos mecanismos de prevención y/o control.

En este grupo se concentra casi el 70% del total de casos registrados en la selva con una incidencia anual acumulada de 89 816 por 100 mil habitantes. Esto significa que *90 de cada 100 personas que vivieron en la selva en ese año, tuvieron alguna enfermedad relacionada con condiciones de vida precarias*. Entre las patologías más frecuentes se encuentran: las infecciones intestinales, la amibiasis intestinal y las parasitosis (subgrupo A: de enfermedades de vía de transmisión digestiva);^[14] enfermedades de vías respiratorias superiores, otitis, tuberculosis y neumonías (subgrupo B: padecimientos de transmisión respiratoria). La tuberculosis pulmonar, una de las pocas enfermedades a las que se le reconoce abiertamente el substrato "social" de su origen, presenta en la selva una incidencia de 937.0 por 100 mil habitantes, ocho veces más alta que la calculada para el estado de Chiapas (118.1) y 30 veces mayor que la estimada para el país (30.2). En el subgrupo C: enfermedades de transmisión por contacto directo destacan escabiasis, abscesos, impétigo, piodermitis y dermatofitosis, mientras que el paludismo, el dengue, la mordedura de serpiente o araña y la leishmaniasis ocupan los primeros lugares de frecuencia en el subconjunto D: padecimientos transmitidos por vector.

El paludismo, enfermedad transmitida por un vector y ligada invariablemente a condiciones de vivienda y saneamiento básico, y enormemente susceptible de control con medidas sanitarias puntuales, tuvo en el periodo 1980-1990 a nivel nacional una tendencia ascendente que representa una regresión sanitaria de 30 años.^[15]

El ascenso puede explicarse por dos elementos complementarios y sinérgicos: el deterioro de las condiciones de vida y de trabajo (especialmente de aquellos elementos que conforman el consumo simple, sobre todo en lo referente a la vivienda) y el desmantelamiento del programa de control del paludismo como consecuencia de las políticas de austeridad, cuyos efectos son la congelación de plazas para personal específico del programa o la utilización de este personal en otras actividades, la ineficiencia en la gestión oportuna de recursos, viáticos e insumos y la disminución de las actividades de rociado, de pesquisa y de tratamiento.^[16]

En 1989, la elevada incidencia de paludismo a nivel nacional (150.8 por 100 mil habitantes) y la concentración del 78% de los casos en cuatro estados: Oaxaca, Guerrero, Chiapas y Michoacán suscitaron la implementación de un programa de control emergente con recursos adicionales. A pesar de esto, la incidencia acumulada para la región de la selva en 1990 es de 4 675.0, mientras que para el nivel estatal (Chiapas) es de 228.2 y para el país, de 54.8 por 100 mil habitantes. (Ver Cuadro 1.)

Cuadro 2					
PERFIL PATOLÓGICO, PADECIMIENTOS ORDENADOS SEGÚN FRECUENCIA Selva Lacandona, Chiapas, México, 1989-1990.					
ORDEN	DIAGNÓSTICOS	CASOS	INCIDENCIA (*)	ACUMULADOS	
				CASOS	%
1	Infecciones respiratorias agudas	2 664	20 809.1	9 728	58.1
2	Parasitosis sin especificación	1 634	12 860.1		
3	Infección intestinal mal definida (gastroenteritis)	1 256	9 885.1		
4	Amibiasis intestinal	1 153	9 074.5		
5	Escabiasis	595	4 682.8		
6	Paludismo	594	4 675.0		
7	Anemias asociadas a deficiencias nutricionales	497	3 911.5		
8	Heridas diversas	463	3 643.9		
9	Desnutrición (diversos grados)	458	3 604.6		
10	Abscesos sin especificación	434	3 415.7		
11	Gastritis y duodenitis	412	3 242.6		
12	Infección de vías urinarias	371	2 919.9		
13	Impétigo	366	2 880.5		
14	Traumatismos diversos	357	2 809.7		
15	Amenorrea	301	2 369.0		
16	Piodermitis	270	2 125.0		
17	Dermatofitosis	231	1 818.0		
18	Otitis inespecífica	216	1 700.0		
19	Otitis media supurada	166	1 306.5		
20	Enfermedades de tejidos dentarios duros	135	1 032.5	12 553	75.0

* Número de casos nuevos por 10 mil habitantes.

FUENTE: Registro diario de consultas, SS.

El dengue, enfermedad que ocupa el segundo lugar en orden de frecuencia en el subgrupo de padecimientos transmitidos por vector, se convierte en un problema de salud pública en un periodo relativamente corto. A pesar de que existe grave riesgo de la presentación de fiebre hemorrágica del dengue/síndrome de shock del dengue (FHD-SSD) y de que la capacidad institucional para hacerle frente a una epidemia de las formas hemorrágicas de la enfermedad es insuficiente, la respuesta oficial es de gran resignación, y se declara públicamente que la crisis económica hace imposible contar con los recursos suficientes para controlar esta enfermedad y que, por lo tanto, el dengue seguirá siendo endémico con brotes ocasionales. En contrapartida, los recursos aparecen cuando se trata de controlar el paludismo y el dengue en las zonas de turismo extranjero.^[17] A finales de 1989, y a raíz de que en países sudamericanos se reportaron brotes de dengue hemorrágico, se anuncia la puesta en marcha del plan "Escudo", programa emergente para disminuir el riesgo de una epidemia de FHD-SSD en México. Después de un año de

operación, los limitados alcances de este programa en la frontera sur del país (suspendido oficialmente en el mes de noviembre de 1990) están a la vista. Según declaración de funcionarios locales del sector salud en el estado de Chiapas, este programa nunca contó con financiamiento y la única acción reconocida fue la distribución de "camisetas con panfletos antidengue"^[18] que, por supuesto, no impidió la presentación de 127 casos de dengue con una incidencia de 999.5 por 100 mil habitantes para 1990.

El riesgo de una epidemia de dengue hemorrágico (FHD) reaparece entre las preocupaciones de las autoridades sanitarias (nacionales y locales) a fines de 1994, cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) alerta sobre la circulación del serotipo 3 del virus del dengue (responsable de las epidemias de dengue hemorrágico en Asia) y confirma brotes de este padecimiento en algunos países centroamericanos.^[19] En el año de 1994 se presentan en el país 30 casos de FHD y para agosto de 1995 son ya 34 casos nuevos, 6 de los cuales son reportados en Chiapas.^[20]

El siguiente grupo de patología incorpora padecimientos a los que se les reconoce su vinculación con los procesos de trabajo (grupo II), que para la región se basan en el esfuerzo muscular humano y se caracterizan en general por alto gasto energético, ritmo variado y distribución extensiva, con gran esfuerzo físico, posiciones incómodas y forzadas, así como exposición a riesgos físicos y químicos.^[21] En este grupo destacan las heridas y traumatismos diversos, los dolores musculares (mialgias y miositis), las dermatitis por contacto y las dorsopatías.

El grupo III incluye patología que expresa situaciones vitales críticas con gran tensión emocional. Se hace la distinción respecto del grupo anterior porque la mayor parte de los casos no parecen vinculados de manera directa a procesos de trabajo estructurados. En este grupo las enfermedades más frecuentes son gastritis y duodenitis, cefalea tensional y diversos psicostornos.

Al grupo IV se le considera expresivo de la accesibilidad económica y social para el consumo de alimentos. Las enfermedades más frecuentes en este grupo fueron: anemias asociadas a deficiencias nutricionales y desnutrición de diversos grados. Esta patología se reconoce como el sustrato de casi todas las enfermedades infecciosas, pero difícilmente se diagnostica y registra dada su "invisibilidad social". Los resultados de la Encuesta de Alimentación en el medio rural muestra la gravedad del problema en el estado de Chiapas. Según diversos índices antropométricos -Waterlow, perímetro mesobraquial, talla/edad y clasificación de Gómez-, Chiapas está considerado entre los estados de "muy alta prevalencia" de desnutrición la cual afecta de manera fundamental a la población menor de catorce años.^[22] De acuerdo con un estudio longitudinal que realizó el Instituto Nacional de Nutrición, "... la nutrición en las poblaciones de la selva es mejor que en Los Altos, lugar de origen de gran parte de la población. La tasa de desnutrición global en las localidades de Los Altos [varía] alrededor del 80% en la población infantil y preescolar, mientras que en comunidades de la selva [se encontró] entre el 52 y el 70%".^[23] Un hecho que debe alertar sobre la gravedad del problema

nutricional -sobre todo en población infantil y preescolar- es la elevada letalidad que presentaron estos grupos durante la epidemia de sarampión de 1989-1990.

El grupo V incluye aquellos trastornos que afectan real o potencialmente la capacidad biológica reproductiva. Entre los padecimientos identificados con mayor frecuencia se encuentran la hemorragia uterina anormal, el aborto, la dismenorrea y la vulvovaginitis.

El resto de la patología identificada se concentró en el grupo VI, las enfermedades de los tejidos dentarios duros, los trastornos digestivos funcionales, las dermatosis reaccionales y la conjuntivitis aguda se identifican entre las causas más frecuentes.

En conjunto, se identificaron 16 811 casos registrados, distribuidos en el siguiente orden de frecuencia: 11 412 (67.9%) corresponden a enfermedades asociadas a características socioambientales, 1 517 casos (9.4%) se ubican en el grupo de padecimientos relacionados con procesos de trabajo; 1 109 casos (6.8%) se clasificaron como patología ligada a la capacidad reproductiva; 993 casos (6.1%) de enfermedades asociadas a disponibilidad y consumo de alimentos, y 1 780 casos que corresponden a la patología asociada a stress (5.3%). El resto de la patología fue clasificada en el grupo VI (5.7%).

c. Las causas de muerte

Existe un cierto acuerdo en la relativa "pérdida de utilidad" de la mortalidad como indicador de la situación de salud y/o para la planeación de los servicios y en la consecuente necesidad de profundizar en dirección de la morbilidad como indicador más sensible. Efectivamente, la población muere menos cuando la intervención es suficiente y oportuna, pero esto no significa, necesariamente, que se encuentre en mejores condiciones de salud. Sin embargo, la muerte, en su calidad de hecho único e irrepetible, permite un acercamiento indirecto y parcial al conocimiento de la situación de salud.

De acuerdo con información de la Dirección de Estadística, Informática y Evaluación de la Secretaría de Salud, en 1990, en el estado de Chiapas se registraron 16 677 defunciones. Mediante la corrección del subregistro (considerado, cuando menos, de 30%), el número de muertes se incrementa a 21 680.

Además del subregistro característico de zonas rurales, la certificación de la muerte presenta otros problemas, entre ellos: la "invisibilidad social" de algunos padecimientos, tal es el caso de la muerte por aborto (únicamente 8 casos registrados) y la inespecificidad de la causa básica de muerte. Por lo menos, el 7% de las defunciones están registradas en el grupo de "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos". En el 21% de los casos no se especifica quién certificó el fallecimiento, y sólo en el 7% de las muertes, la certificación fue hecha por personal capacitado por la SSA o por autoridades civiles.

Cuadro 3			
DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD			
Selva Lacandona, Chiapas, México, 1989-1990			
GRUPOS	CASOS	%¹	INCIDENCIA²
Grupo I	11 412	67.9	89 816
Grupo IA: Transmisión digestiva	4 336	26.8	34 126
Transmisión respiratoria	3 500	20.8	27 546
Grupo IC: Por contacto directo	2 802	16.7	22 053
Grupo ID: Transmisión por vector	774	4.6	6 092
Grupo II	1 517	9	11 939
Grupo III	861	5.1	6 776
Grupo IV	993	5.9	7 815
Grupo V	1 109	6.6	8 728
Grupo VI	919	5.5	7 233
Grupo VII	16 811	100.0	

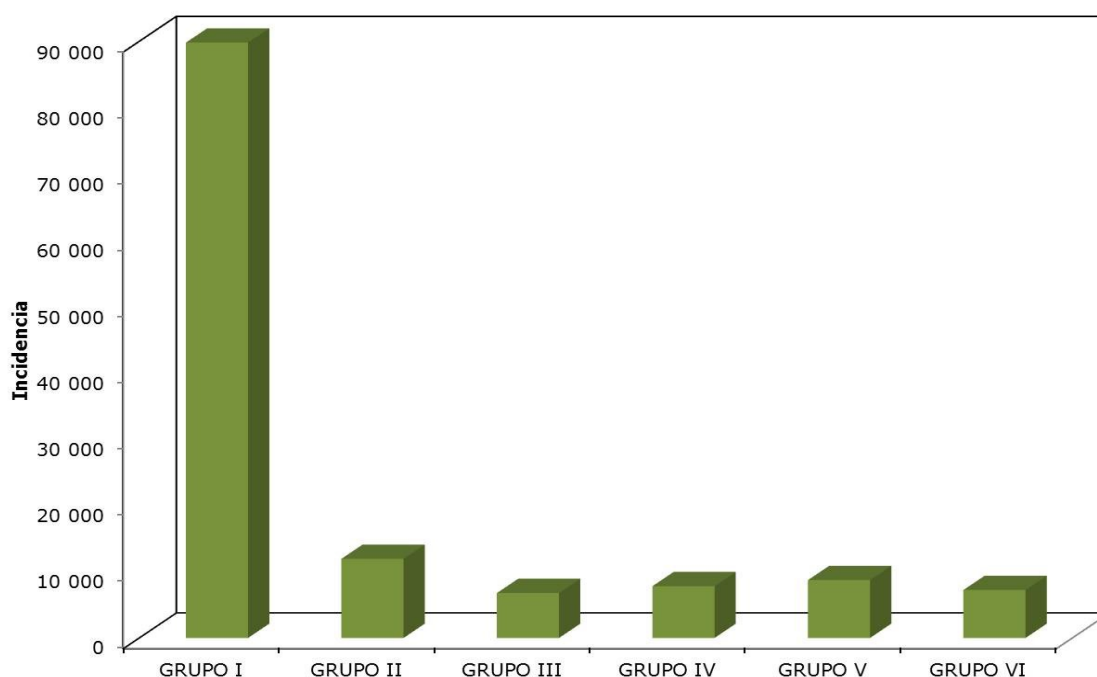
¹ Respecto del total de casos.

² Por 100 mil habitantes.

Del total de fallecimientos, el 36% corresponde a muertes por enfermedades transmisibles, el 11.8% a padecimientos crónicos que incluyen: enfermedad hipertensiva, enfermedad isquémica del corazón, de la circulación pulmonar, enfermedad cerebrovascular y otras del aparato circulatorio. Es muy notable que el 10.6% de las muertes fueron causadas por accidentes, violencias y quemaduras; estas últimas representan el 6% de todas las muertes registradas en el estado. El 5.5% de los fallecimientos corresponde a afecciones del periodo perinatal y causas obstétricas, mientras que los tumores malignos provocaron el 5% de las defunciones y las deficiencias de la nutrición el 3.5%.

En Chiapas las muertes por sarampión representaron el 17% del total de fallecimientos por enfermedades transmisibles, con una mortalidad de 40.7 por 100 mil habitantes. Si bien es cierto que 1990 es un año "anómalo" por la epidemia de sarampión que afectó a todo el país, en declaraciones oficiales se aseguraba que al final del año se tendrían -a nivel nacional- alrededor de 10 mil casos de enfermedad y aproximadamente 500 defunciones. ^[24] Sólo en el estado de Chiapas se registraron alrededor de 1 300 muertes por sarampión y, de éstas, el 72% ocurrieron en menores de 5 años, con una tasa de mortalidad estimada de 216.2 por 100 mil habitantes de este grupo de edad.

Gráfica 2
DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD SEGÚN CONDICIONES SOCIALES
Selva Lacandona, Chiapas, México, 1990



FUENTE: Cuadro 3.

Los datos consultados reflejan -en forma indirecta- la precariedad de las condiciones de vida (y muerte) de la población chiapaneca: menos del 50% de los casos recibió atención médica en el padecimiento que causó la muerte y 58% de las muertes ocurrieron en personas con residencia habitual en localidades de menos de 2 500 habitantes (42% se concentró en localidades de menos de mil habitantes). Asimismo, las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles, por causas obstétricas y perinatales y por deficiencias de la nutrición son más altas en Chiapas que las reportadas para el país. Mientras la mortalidad por enfermedades transmisibles es de 81.4 por 100 mil habitantes a nivel nacional, la tasa para el estado de Chiapas es de 242.6; la mortalidad por causas obstétricas y perinatales en el país es de 29.9 por 100 mil habitantes, en tanto que para Chiapas es de 37.2 y la mortalidad por deficiencias nutricionales a nivel nacional es de 19.8 y en Chiapas es de 23.6 por 100 mil habitantes. En contraste, la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, tumores, diabetes y accidentes y violencias presenta tasas menores a las reportadas para el país.

Para ejemplificar algunas de las dudas que se generan al revisar la información oficial, se seleccionaron algunos municipios para calcular la mortalidad y el subregistro.

Cuadro 4		
MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS (GRUPOS DE CAUSAS)		
Estado de Chiapas y nivel nacional		
Grupos de causas básicas de muerte	Mortalidad	
	Chiapas	Nacional
Enfermedades transmisibles	242.6	44.4
Enfermedades circulatorias	80.0	71.9
Quemaduras	40.5	n.d.
Causas obstétricas y perinatales	37.2	25.8
Enfermedades del aparato digestivo	36.8	n.d.
Tumores malignos	33.6	55.3
enfermedades metabólicas	32.4	n.d.
Accidentes violencias	30.9	45.6
Deficiencias de la nutrición	23.6	12.3
Enfermedades de la sangre y tejido hematopoyético	12.0	n.d.
Tumores malignos del aparato genitourinario	11.4	5.4
Anomalías congénitas	8.1	10.7
Aborto	0.3	n.d.
Otras	36.6	81.7
Signos y síntomas mal definidos	49.3	9.6
Todas las causas ³	6.8	5.1

¹ Para el estado de Chiapas, las defunciones fueron calculadas tomando en cuenta un subregistro de 30%.

² Por 100 mil habitantes

³ Por mil habitantes

El Cuadro 5 muestra que, en los municipios que forman parte de la Selva Lacandona, la mortalidad por mil habitantes se encuentra por debajo de la reportada para el estado de Chiapas (6.8). El caso extremo sería el del municipio de Ocosingo donde la mortalidad es casi 5 veces menor que para el resto del estado.

6. A manera de conclusión

En síntesis, las deficiencias en la información constituyen una limitante fundamental para aproximarse a la situación de salud de la población de la Selva Lacandona. Entre los principales problemas destaca el hecho de que se trata de morbilidad por demanda, registrada con los recursos y limitaciones del primer nivel de atención, la estimación imprecisa de la ocurrencia de casos nuevos (incidencia) y el hecho de que algunos de los padecimientos frecuentes en la región ni siquiera se procesan a nivel estatal y/o jurisdiccional, al quedar fuera (promedialmente) de las principales causas. En relación con la mortalidad, al subregistro característico de zonas rurales se agregan: la "invisibilidad social" de algunos padecimientos, la inespecificidad de la causa básica de muerte y la certificación de las defunciones por personal no autorizado.

Cuadro 5				
MORTALIDAD* POR MUNICIPIOS SELECCIONADOS				
Estado de Chiapas, 1990				
MUNICIPIOS	REPORTADA		CORREGIDA**	
	CASOS	MORTALIDAD	CASOS	MORTALIDAD
Altamirano	49	2.9	64	3.7
Las Margaritas	270	3.1	351	4.1
Ocosingo	141	1.2	183	1.5
Palenque	187	3.0	243	3.8
San Cristóbal de las Casas	555	6.2	722	8.1
Simojovel	119	4.2	155	5.5
Tenejapa	148	5.4	192	7.1
Chanal	53	7.4	69	9.6

* Mortalidad por mil habitantes

** Mortalidad corregida, considerando 30% de subregistro.

FUENTE: Dirección de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1990.

Con la información generada por este estudio es posible mostrar que el perfil patológico de la Selva Lacandona ilustra el hecho de que el fenómeno salud/enfermedad es expresivo de condiciones materiales de vida, en donde los procesos sociales de dominación, explotación y privación determinan las formas de enfermar y morir.

Se observa un claro predominio de enfermedades asociadas a condiciones de vida y trabajo sumamente precarias. Las seis primeras causas de enfermedad son transmisibles y los problemas asociados a deficiencias nutricionales se ubican entre los primeros lugares por orden de frecuencia, con incidencias mucho más altas que las reportadas para los niveles estatal y nacional. Destaca el caso de la tuberculosis pulmonar cuya frecuencia es 30 veces más alta que la estimada para el país. Asimismo, los padecimientos asociados a procesos de trabajo que demandan gran esfuerzo físico, posiciones incómodas y forzadas, presentan frecuencias elevadas (por ejemplo, heridas y traumatismos diversos, mialgias, miositis y dorsopatías).

Los datos de mortalidad también reflejan la precariedad de las condiciones de vida (y muerte) de la población chiapaneca. Del total de fallecimientos, casi el 40% corresponde a muertes por enfermedades transmisibles y las tasas de mortalidad por patología transmisible, por causas obstétricas y perinatales y por deficiencias de la nutrición son más altas en Chiapas que las reportadas para el país. También es notable que causas como accidentes, violencias y quemaduras sean responsables del 10% de las muertes. Por otra parte, casi el 60% de las muertes ocurrieron en personas que residen en localidades de menos de 2 500 habitantes y menos del 50% de los casos recibió atención médica en el padecimiento que causó la muerte.

Así, se puede concluir que la población asentada en la región noreste de Chiapas, presenta una mayor carga de enfermedad y muerte respecto de los niveles promedio del estado y del país: una sobremorbilidad y una sobremortalidad por patología relacionada directamente con las condiciones de vida sumamente precarias que imperan en la Selva Lacandona.

7. El futuro inmediato

La emergencia del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en enero de 1994 y su papel protagónico en la política regional y nacional a través de sus demandas de *trabajo, tierra, techo, alimentación, salud, educación, independencia, libertad, democracia, justicia y paz*,^[25] hizo visible para muchos sectores de la población nacional la gravedad de la pobreza y la magnitud de la exclusión de la mayoría de los chiapanecos; sin embargo, también desató una respuesta militar intensa, que afectó severamente la vida de las comunidades y produjo un número importante de desplazados por el conflicto.^[26]

Esta situación se agrava aún más a partir del 9 de febrero de 1995, día en que el gobierno federal rompe unilateralmente la tregua mantenida durante más de un año, con el consecuente incremento de la presencia del ejército federal en el estado de Chiapas, que da por resultado una militarización sin precedentes.^[27] El Ejército Mexicano se convierte en una fuerza de ocupación que atemoriza a la población de estas comunidades, destruye sus medios de subsistencia, la precaria infraestructura (cuando la había) y su base productiva, a tal grado que la población civil busca refugio en la montaña. La ocupación militar y el consecuente desplazamiento de la población impide la cosecha y el reinicio del ciclo agrícola, poniendo en grave riesgo a las comunidades no sólo en el corto plazo, sino en su supervivencia futura con un previsible impacto sobre la salud de las poblaciones.^[28]

A la fragilidad extrema en la que transcurría la vida en las localidades, se suman ahora los saldos de la guerra: los desplazados, el despojo y la destrucción de la precaria base material de las comunidades. Así, en el ámbito de la salud, es previsible que el panorama de la enfermedad y la muerte se torne más complejo, que la patología se incremente y que los problemas ligados a la violencia cobren un papel protagónico, es decir, que la situación de emergencia sanitaria permanente se agrave y que el impacto negativo afecte intensamente a un mayor número de personas de la región y del estado.

Para citar la versión impresa de este documento:

Blanco Gil, J., Rivera, J.A., López, O. Chiapas: la emergencia sanitaria permanente, *Chiapas*, núm. 2, México: IIEc, UNAM-Ediciones ERA, 1996, pp. 95-115. ISBN: 968-411-384-6.

Notas:

Agradecemos el apoyo del doctor Joel Heredia Cuevas del Programa de Salud Comunitaria Rural, INI, Santo Domingo, Chiapas, y del doctor Juan Emrich, asesor de la Jurisdicción Sanitaria IV, SSA, Palenque, Chiapas, en la construcción de los perfiles regionales de daño, así como la participación -en el registro y notificación de la información- de los pasantes de Medicina del Programa de Servicio Social en Chiapas, de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

- [*] José Blanco Gil es Jefe del Departamento de atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; José Alberto Rivera Márquez y Oliva López Arellano son profesores de la maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- [1] Freyermuth, E. G. y Godfrey, N., *Refugiados guatemaltecos en México: la vida en un continuo estado de emergencia*, CIESAS/Instituto Chiapaneco de Cultura, Ediciones de la Casa Chata, México, 1993, p. 16.
- [2] Moguel, Julio, citado en Legorreta, MC., "Chiapas", en Vásquez Rangel G. y Ramírez López J. (coords.), *Marginación y pobreza en México*, Ariel Divulgación, México, 1995, pp. 74-78.
- [3] Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Censo General de Población y Vivienda 1990*.
- [4] Cruz, J., *Absalón Castellanos y terratenientes. Un análisis coyuntural*, Universidad Autónoma de Chiapas, México, 1982. Citado por Freyermuth 1993, op. cit.
- [5] Arana, M., "La salud en la selva de Chiapas en el fin de siglo", en Almada Bay, I (coord.), *Salud y crisis en México. Más textos para el debate*, CIIH, UNAM, Serie Seminarios 2, México, 1991, p. 251.
- [6] Los indicadores propuestos, son: cuidado prenatal, atención del parto, puericultura, vigilancia del crecimiento, vacunación BCG, vacunación DPT, diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas (enteritis y otras enfermedades diarreicas), atención de la enfermedad terminal, acceso a servicios de salud, consultas por habitante (4/año/habitante), agua potable, instalaciones sanitarias (acceso a drenaje).
- [7] Valencia, GJ y col., "Regionalización de México basada en indicadores de Atención Primaria a la Salud propuestos por la OMS", en *Rev. Salud Pública de México*, v. 33, n. 1, enero-febrero de 1991, pp. 29-37.
- [8] Los resultados que se presentan en este trabajo fueron obtenidos en el proyecto de investigación "Identificación y análisis del perfil patológico de la región noreste del estado de Chiapas, México" que se realizó en colaboración con el Programa de Salud Comunitaria Rural del Instituto Nacional Indigenista (Centro Coordinador del Valle de Santo Domingo) y la Jurisdicción Sanitaria IV (Palenque) de la Secretaría de Salud. El proyecto tiene como antecedente el establecimiento de un Programa Regional de Integración Docente-Asistencial del Servicio Social de Pasantes de Medicina de la UAM-X, iniciado en 1982, en la región noreste del estado de Chiapas. Los aspectos conceptuales y metodológicos del proyecto fueron propuestos inicialmente en otra investigación de carácter regional.
- [9] Total de casos nuevos en un año, para una población definida, expresados por 100 mil habitantes.
- [10] Secretaría de Salud. Dirección de Estadística, Informática y Evaluación, Información sobre defunciones 1990.

- [11] La corrección del subregistro se realizó a partir de las estimaciones realizadas por los investigadores del Proyecto Economía y Salud, de la Fundación Mexicana para la Salud, "El peso de la enfermedad en México: un doble reto", en *Economía y salud, documentos para el análisis y la convergencia*, n. 3, México, 1994, pp. 103-111.
- [12] Casos nuevos referidos a una población y periodo determinado, multiplicados por una constante (100 mil en este caso).
- [13] Blanco Gil, José, "Región y clase social en la determinación de la enfermedad: el caso de la Meseta Tarasca (Michoacán)", en Almada Bay, I (coord.), *Salud y crisis en México. Más textos para el debate*, CIIH, UNAM, Serie Seminarios 2, México, 1991, pp. 205-247.
- [14] En este subgrupo se ubica también el cólera, que en el periodo de recolección de la información aún no reaparecía en México. Sin embargo, a partir de su aparición, Chiapas ha sido uno de los seis estados más afectados por este padecimiento. De enero a septiembre de 1995, en el estado se habían notificado 1 020 casos nuevos de cólera, que representaban el 10% del total de casos reportados en México para el mismo periodo (*Epidemiología*, v. 12, n. 12, 1995).
- [15] Blanco, J. y O. López, "De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis", en *La política sanitaria mexicana en la década de los 80's*, Colectivo CES/Fin de siglo, México, 1990, pp. 35-60.
- [16] López O. y J. Blanco, *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. Colección Ensayos, UAM-X, México, 1993, pp. 95-99.
- [17] Soberón, G. J., Kumate, J. y Laguna (comps.), *La salud en México: Testimonios 1988*, t. II, *Problemas y programas de Salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1988, p. 85.
- [18] *Excelsior*, 15 y 16 de noviembre de 1990, México.
- [19] *Epidemiología*, v. 12, n. 9, semana 34, agosto de 1995, México.
- [20] *Epidemiología*, v. 12, n. 9, semana 34, agosto de 1995, México.
- [21] Breilh, J. y E. Granda, *Investigación de la salud en la sociedad*, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Fundación Salud y Sociedad, Bolivia, 1985. p. 205.
- [22] Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", *Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural, 1989*, en División de Nutrición de Comunidad, INNSZ L-86, México, 1990, pp. 61-91.
- [23] Arana, M., op. cit.
- [24] Declaraciones del secretario de Salud, *La Jornada*, 3 de octubre de 1989.
- [25] "Declaración de la Selva Lacandona, EZLN", enero de 1994.
- [26] Según estimaciones de Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) actuantes en la zona, el número de desplazados por el conflicto asciende a 25 000 personas.
- [27] Estimaciones de Conpaz señalan que en el estado hay un soldado por cada 3 habitantes y que la presencia militar se extiende a todo el estado y no únicamente a la región reconocida oficialmente como zona de conflicto.
- [28] Varios, "Chiapas: testimonios de guerra", en *Coyuntura*, ns. 57-58, marzo-abril de 1995