

Sábado, 01 Noviembre 2014 00:00

# Coyuntura crítica

Escrito por Norma del Río



**Los recién nacidos nacen como parte de un espacio y tiempo histórico familiar y social, con posibilidades marcadas por la equidad o desigualdad social que impere en ese momento y en una trama de significados y de expectativas, o de obstáculos derivados de la marginación y desafiliación social, que vulnerarán y comprometerán su sobrevivencia y calidad de vida**

La unidad materno-infantil expresa vivamente este condicionamiento y es por ello preocupante, que los índices de mortalidad materna todavía sean una de las agendas pendientes para cubrir los Objetivos del Milenio de reducirla en un 75%, cuando se reportó un avance del 52% en el 2012.

Sin embargo, hay que reconocer el trabajo que se ha venido haciendo en los últimos años para implementar un sistema de información validado y certificado por múltiples medios con el fin de corregir el subregistro de muertes de más del 33% y contar asimismo con estudios, tanto de registro de nacimientos como de mortalidad materna en los 101 municipios con bajo índice de desarrollo. A partir de esta información, es posible saber que todavía la tercera parte de las defunciones se deben a enfermedades transmisibles, de la nutrición y a padecimientos ligados a la reproducción, siendo el riesgo tres veces mayor para las madres adolescentes que viven en comunidades indígenas y que ellas conforman el 20% de todas las muertes maternas del país. Una de cada cinco muertes son de adolescentes, dato alarmante dada su tasa de fecundidad de 37 nacimientos por cada 1,000 mujeres y más alarmante aun es el hecho de que casi todas recibieron atención médica en el embarazo y parto.



Foto: cortesía de ESCILSIO2

Ahora sabemos también que, contrario a lo que se esperaría, la mayor parte de las muertes maternas ocurren en una unidad médica (76%), siendo el ISSSTE quien tiene el índice de la mayor mortalidad materna, seguido de IMSS Oportunidades, aunque el riesgo de morir sea casi diez veces mayor fuera de la unidad médica. Al parecer la expansión en cobertura que ha venido dándose en los últimos años del Seguro Popular afectó significativamente la calidad de la atención, ya que en el año 2010 casi 40% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres afiliadas al mismo (entre 2010 y 2012, cerca de 13 millones de personas más se afiliaron al Seguro Popular, lo que significó pasar de 35 a 47.8 millones) (I). Es también esta misma proporción la que encontramos de madres que murieron con escolaridad nula o baja y el subregistro de muerte aumenta en 50% en los municipios más rezagados del país, con fuerte composición de población indígena (II).

Este panorama reportado de la muerte materna se aumenta cuando incorporamos aquellos casos que murieron en el primer año de vida del niño por causas no maternas o externas (en este caso por factores relacionados con violencia, que representan el 7.9%, y de cuyos casos la mayoría carecían de documentos que certificaran la muerte y su causa), aumentando con estos eventos a más del doble de las muertes estrictamente definidas por causas ligadas a los eventos obstétricos directos o indirectos. Tenemos entonces que en 2011, hubo 2,473 madres que dejaron al menos a un niño huérfano en el primer año de vida, vicisitud que comprometerá la posibilidad de que el niño pueda establecer un vínculo afectivo seguro, base de la confianza básica, de la motivación de logro y de resiliencia para hacer frente a las dificultades en la vida.

Por otro lado, el reconocimiento como ciudadano de quienes nacen es otra de las deudas pendientes para un 30% de ellos en nuestro país, cifra nada despreciable si consideramos que hay cerca de dos millones de nacimientos al año. En los municipios más marginados solo el 8.3% de los niños y niñas contaba con ambos documentos y casi la mitad carecía de ellos. Las razones que encontraron para estas graves omisiones de las que el Estado debiera ser

garante fueron que aún en las unidades médicas sólo se expedía el certificado de nacimiento por solicitud expresa, o bien se negaba por residir en localidades que corresponden a otro servicio, porque la mayoría de las mujeres no hablaba español y desconocían este derecho dándose en las localidades estudiadas de los estados de Chiapas que certifica a menos del 20% y Oaxaca, entidad que concentra el 60% de las muertes no registradas y que sólo logra certificar al 26.1% de los nacimientos.

# 30%

de los nacimientos

no son

registrados

de manera oportuna

Estos datos revelan las condiciones de extrema inequidad que determinan que sigan muriendo niños antes de los cinco años por enfermedades transmisibles. Habrá que evaluar el efecto positivo del Seguro Médico para una nueva generación, que garantice su afiliación y que pueda revertir los problemas para su reconocimiento como ciudadanos

de derechos, así como el reciente programa de coordinación intersectorial que apenas está estructurándose con rigor, para monitorear el desarrollo infantil en los menores de cinco años. Datos de las primeras muestras en Guanajuato arrojan hasta el 20% de rezago en el desarrollo moderado o grave en niños y niñas de cuatro años, el doble del detectado en el primer año de vida, todos beneficiarios de Oportunidades y Seguro Popular que viven en localidades mayores a los 2,500 habitantes (81.6%) y el restante en localidades más pequeñas (III).

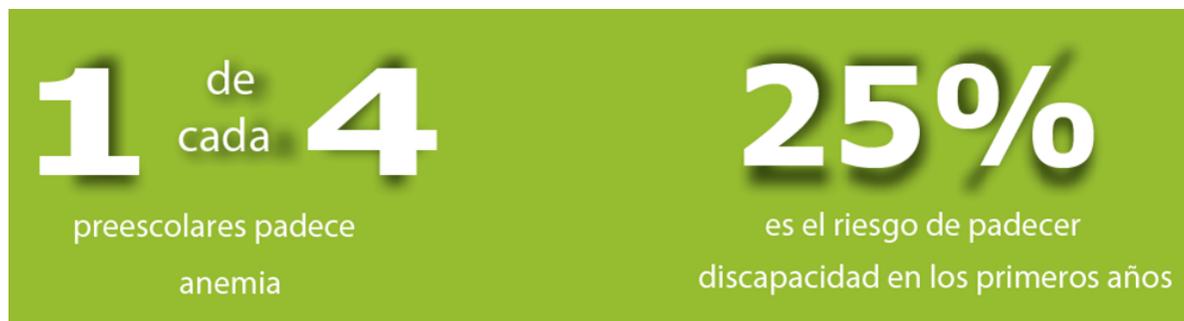
Es extremadamente bajo el porcentaje de niños que a los seis meses siguen siendo alimentados al seno materno (14.4%) según la ENSANUT 2012. El sur rural del país se revela de nuevo como mapa de la marginación prevaleciendo la talla baja, signo de desnutrición crónica. Están ampliamente documentados los efectos de falta de proteína en una deficiencia global y efectos en las áreas del hipocampo y corteza que subyacen a los problemas en la velocidad para procesar información, en memoria de reconocimiento y en cambios afectivos y motrices. Uno de cada cuatro preescolares padece anemia que altera el proceso de mielinización, además de cambios semejantes a los ya descritos en funciones de reconocimiento y procesamiento mental y emocional. Es particularmente preocupante que estas cifras alcancen casi el 40% de los niños y niñas en el primer año de vida, periodo crítico de desarrollo y diferenciación nerviosa, en donde se inhibirá la síntesis de neurotransmisores entre otros efectos (IV).

Las condiciones de exclusión impactan sobre todo a las niñas y los niños más pequeños, **reproduciendo los ciclos intergeneracionales de injusticia y fracaso del Estado** como garante de derechos con iguales oportunidades para todos

Estos datos reflejan la inseguridad alimentaria que afecta en distintos niveles a un cuarto de la población del país y que, aunado a la falta de agua en un tercio y al hacinamiento -indicador

de pobreza crónica y la carencia más persistente-, tienen un efecto sinérgico que combina desnutrición con sobre-exposición a ruido informativo. Se ha demostrado que para revertir los efectos de la desnutrición no solo se requiere la modificación dietética de nutrientes, sino la modificación de patrones de crianza y cuidado (V).

El riesgo de padecer discapacidad, evaluada mediante encuesta, puede llegar al 25% en los primeros años (ENSANUT 2012). Hay que hacer mención con respecto a esto de la política de salud dirigida a tamizar los problemas gruesos de orden metabólico que se han ampliado y el reciente programa para detectar pérdida auditiva con una cobertura de un poco más del 50% de recién nacidos, aunque la meta para el 2012 era la cobertura universal (VI). Este programa nos incorpora dentro de las políticas de detección universal que tienen muchos países desde hace más de una década y cuyos efectos positivos se verán en los próximos años, siempre y cuando haya un seguimiento e intervención oportunas para revertir el estado de penuria educativa, de desempleo y aislamiento en la que actualmente se encuentra la gran mayoría de sordos en el país.



El caso de la educación inicial muestra una regresión de los estándares anteriormente alcanzados. Actualmente se sigue ubicando como parte del sistema extraescolar y coexisten múltiples modalidades de manera fragmentada con un enfoque más asistencial que educativo. Los datos de cobertura para el ciclo 2011-2012 (VII) muestran contracciones progresivas y son más bajos que los reportados por Myers (VIII) para 2010: 678, 221 vs 706,890, respectivamente. La cobertura del ciclo 2013-2014 de CONAFE muestra igualmente una contracción de 22,125 niños y niñas beneficiados con respecto a 2010, con una inversión anual de \$112.00 dólares por niño (IX).

Todos los datos mostrados en este breve espacio muestran desde diversos ángulos cómo las condiciones de exclusión impactan sobre todo a las niñas y los niños más pequeños, reproduciendo los ciclos intergeneracionales de injusticia y fracaso del Estado como garante de derechos con iguales oportunidades para todos. Estamos en una coyuntura crítica para establecer un parteaguas jurídico que reconozca el interés superior del niño fundado en un sistema de protección integral e intersectorial que procure no sólo la sobrevivencia, sino el desarrollo pleno de todos los niños y niñas del país.



La educación inicial muestra una regresión de los estándares anteriormente alcanzados. Actualmente se sigue ubicando como parte del sistema extraescolar y coexisten múltiples modalidades fragmentadas, con un enfoque más asistencial que educativo

## Notas:

- I. CONEVAL. (2013). *Informe de pobreza en México 2012*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- II. Datos provenientes de: SSA. (2012). *Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México. Informe 2010*. México: Secretaría de Salud; SSA. (2009). *Búsqueda Intencionada de Muertes Maternas y de Menores de cinco años, y Registro de Nacimientos en los 101 Municipios con Bajo Índice de Desarrollo Humano*. México: Secretaría de Salud; Torres, L. M. A. L., Rhenals; Aline, Jiménez; Dolores, Ramírez-Villalobos; Rocío, Urióstegui; Miriam, Piña; Humberto, Rocha. (2014). *Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México: el efecto en la distribución de las causas*. *Salud Pública de México*, 56, 333-347.
- III. Rizzoli A., et al. (2014) “Evaluación del desarrollo infantil en México”, en Santibañez Martínez, L. D. E., Calderón Martín del Campo (coords). *Estado de la Educación en México 2014. Los invisibles: las niñas y los niños de 0 a 6 años. Resumen Ejecutivo*. México: Mexicanos Primero
- IV. Cf. Cravioto, J. E., Delicardie; Herbert, Birch. (1966). *Nutrition, growth and neurointegrative development*. *Pediatrics Supplement*, 38, 319; Georgieff, M. K. (2007). *Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85(2), 6145-6205.
- V. Cf. El trabajo pionero de Cravioto, J. A., Ramiro. (1979). *Stimulation and Mental Development of Malnourished Infants*. *The Lancet*, ii 899.
- VI. CONADIS. (2010). *Informe de Avances sobre la Implementación del Programa de Acción para el Decenio de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2006-2016)*. México: CONADIS-Secretaría de Salud.
- VII. INEE. (2013a). *Panorama Educativo de México. Indicadores del Sistema Educativo Nacional. 2012 Educación básica y media superior*. México: INEE.

VIII. Myers, R. A., Martínez; Marco Antonio, Delgado; Juan Luis, Fernández; Adriana, Martínez. (2013). *Desarrollo Infantil Temprano en México. Diagnóstico y recomendaciones (No. IDB-MG-144): Banco Interamericano de Desarrollo.*

IX. CONAFE. (2014). *Minuta del desarrollo de la sesión. Evento de Participación Ciudadana del Consejo Nacional de Fomento Educativo. 27 de Septiembre de 2014, ciudad de México.*



### Norma del Río

Profesora-investigadora y Coordinadora del Programa de Investigación sobre Infancia y del Centro de Documentación sobre Infancia "Dr. Joaquín Cravioto" en la UAM-Xochimilco. Miembro de la Mesa directiva de la Red de Investigación Internacional Childwatch.

---

Visto **354** veces

Twitter

0

Like

Be the first of your friends to like this.

g+1