

**UNA APROXIMACIÓN A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA
TUBERCULOSIS PULMONAR EN MIGRANTES, FRONTERA SUR DE MÉXICO.**

**ESTUDIOS DE CASOS REGIÓN SOCONUSCO
DEL ESTADO DE CHIAPAS, 1997**

**UNA APROXIMACIÓN A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA
TUBERCULOSIS PULMONAR EN MIGRANTES DE LA FRONTERA SUR DE MÉXICO**

ESTUDIOS DE CASO

REGIÓN SOCONUSCO DEL ESTADO DE CHIAPAS
LIC. TELMA PATRICIA VÉLIZ ESTRADA
TESISTA¹

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL**

TUTORA

DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL
UAM -XOCHIMILCO

TUTOR

DR. MIGUEL ÁNGEL VACA MARÍN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA
INER²

MÉXICO, D.F., SEPTIEMBRE DE 1997

¹ Apoyada por la Secretaría de Relaciones Exteriores, México.

² Con el apoyo institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (INER), la Jurisdicción Sanitaria No. 7, Tapachula, Chiapas; y Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado de Chiapas (Departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

- Planteamiento del Problema
- Justificación
- Objetivos
- Hipótesis
- Definición conceptual de las categorías de análisis
- Definición Operacional de las categorías de análisis y variables
- Método

CAPITULO II

CONSTRUCTO HISTÓRICO

- Construcción histórica de la región del Soconusco
- Frontera Sur y Chiapas
- Posibles causas y motivos de migración
- El factor político
- Condiciones de salud pública en sus lugares de origen, Guatemala
- Condiciones de salud en el estado de Chiapas, México

CAPITULO III

TUBERCULOSIS PULMONAR UNA ENFERMEDAD DE LOS POBRES

- Definición y descripción etiológica de la tuberculosis pulmonar
- Antecedentes históricos de la tuberculosis pulmonar
- La tuberculosis pulmonar en México
- El estado actual del conocimiento

CAPITULO IV

MARCO TEÓRICO

- Migración como fenómeno de gran magnitud

CAPITULO V

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Perfil general de la población migrante
- Descripción de las condiciones de trabajo y de vida en las fincas que laboran.

CAPITULO VI

LOS RIESGOS DE CONTRAER LA TUBERCULOSIS PULMONAR

- Como influyen las condiciones de trabajo y de vida en el riesgo de contraer la tuberculosis pulmonar en la población migrante

CAPITULO VII

RESULTADOS DEL PERFIL DE SALUD

- Caracterización patológica de la tuberculosis pulmonar de los migrantes
- Escala de síntomas
- Estudio de casos

CAPITULO VIII

CLASIFICACIÓN Y COMPARACIÓN DEL INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE NECESIDADES BÁSICAS -PNUD-

- Calidad de vida de los migrantes

CAPITULO IX

CRUZANDO FRONTERAS DE ENFERMEDAD Y POBREZA

- Conclusiones y remecomendaciones

CAPITULO X

- Bibliografía

ANEXOS

- Gráficas
- Fotografías
- Diversos



*Crucé la frontera amor
no sé cuando volveré...
Crucé la frontera cargada de dignidad...
Crucé la frontera amor.
Volveré mañana...
Rigoberta Menchú, "Patria abnegada"*

INTRODUCCIÓN

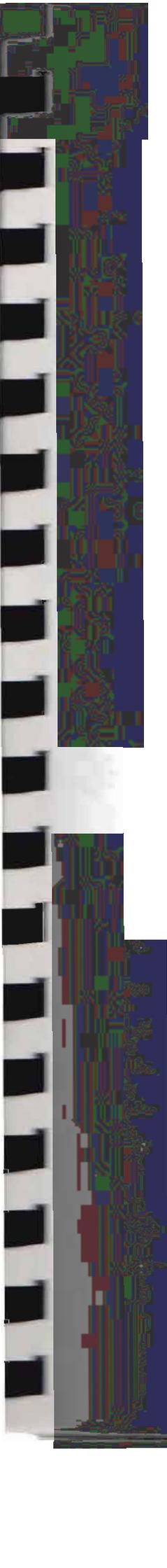
El presente estudio busca una aproximación explicativa de los determinantes sociales del perfil epidemiológicos de los migrantes temporales (jornaleros) a través de un modelo explicativo construido a partir de la categoría central de análisis calidad de vida, esta a su vez se desglosa en categorías intermedias denominadas de proceso de trabajo, proceso de consumo y redes de apoyo familiar y comunitaria, elementos de deterioro y amortiguadores en el modo de andar de la vida de los migrantes y un indicador de las condiciones de vida, sustentando en el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I.), para conocer los procesos de riesgo que influyen en la determinación de casos sospechosos de la Tuberculosis Pulmonar en la frontera sur de la región del Soconusco del estado de Chiapas en México.

Se partió de la premisa epidemiológica que esta población ocupa una posición destacada dentro del perfil morbi-mortalidad de la población mexicana y guatemalteca, debido a las condiciones de trabajo y de vida a las que se ven sometidas.

Presenta también, un análisis socioeconómicos y demográficos de las características básicas de la migración, encontradas en los trabajadores que acuden anualmente a las plantaciones del café de la región Soconusco en el estado de Chiapas.

Se resaltan las precarias condiciones de vida y trabajo de dicha población de los lugares de destino que caracteriza un perfil de la calidad de vida.

Los resultados orientan a conclusiones significativas que muestran una tasa de incidencia y prevalencia de casos sospechosos de tuberculosis pulmonar superior a las del nivel nacional, identificando una tendencia epidemiológica reveladora del deterioro de la calidad de vida al que están expuestos los migrantes.



CAPITULO I
PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis ha sido clasificada como una enfermedad olvidada, a pesar de ser históricamente conocida, con relevancia epidemiológica, desde el periodo neolítico; sigue siendo una de las patologías causantes de muerte más importante a nivel mundial (Martínez, 1991), por lo que se le ha considerado actualmente como una emergencia mundial, estrechamente relacionada con la pobreza.

Se estima que durante el decenio de 1990-1999 se producirán aproximadamente 90 millones de casos nuevos en todo el mundo. En la población mayor de cinco años la tuberculosis es la principal causa de muerte por un agente infeccioso único, según información presentada en el seminario; La tuberculosis una emergencia mundial, realizado en la ciudad de México, 1996.

A nivel mundial México está clasificado entre los países con problemas graves de tuberculosis con una tasa alta de incidencia. Los estados que tienen una población con mayor riesgo de enfermar y morir por tuberculosis pulmonar son aquellos con retraso socioeconómico y con movimientos importantes de migración; ejemplo de esa problemática en México el estado de Chiapas que presentan un alto índice de marginalidad (CONAPO, 1990).

Esta patología encuentra un terreno fértil para su proliferación entre las poblaciones migratorias debido a sus condiciones precarias de vida y trabajo, determinando una discapacidad y pérdida de vida significativa de individuos en edad productiva con expresiva desestructuración del núcleo familiar y comunitario. En estas circunstancias se puede identificar que las condiciones de vida de los migrantes temporales, incrementan los riesgos de enfermar y morir por la tuberculosis pulmonar.

Conforme a los estudios epidemiológicos existentes se ha documentado que si un enfermo de tuberculosis pulmonar no se trata, infecta en promedio a diez personas por

año. El 50% de los enfermos no tratados mueren en dos años, de lo cual resulta la probabilidad de infectar a veinte personas en el transcurso de su vida (Infra).

Es innegable que la tuberculosis es una enfermedad que predomina en la región del estado de Chiapas con tasas muy altas de incidencia (19.06), es importante señalar que el estado de Chiapas ha ocupado en los últimos doce años, el primer lugar a nivel nacional en mortalidad por tuberculosis pulmonar y en específico el municipio de Tapachula es catalogado como de alto riesgo en la población de Chiapas, (Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, Chiapas, 1995). Se infiere que esto se debe a la disminución de la calidad y cantidad de las actividades de control y prevención de la tuberculosis pulmonar por parte de las autoridades sanitarias.

Debido a la magnitud social y epidemiológica de esta enfermedad que trasciende fronteras, se puede considerar la tuberculosis pulmonar como un evento epidemiológico que expresa el nivel de deterioro de la calidad de vida de una población. Considerando los aspectos mencionados, en este trabajo de investigación se propuso analizar los determinantes sociales que contribuyen para la prevalencia de la tuberculosis pulmonar entre migrantes (jornaleros), a partir de la categoría de calidad de vida manifestada en sus condiciones de vida y trabajo.

JUSTIFICACIÓN

Por varios años, en la frontera sur de México con Guatemala, en particular en la región conocida como Soconusco en el estado de Chiapas, se han presentado flujos migratorios de carácter temporal. Estos flujos migratorios de trabajadores guatemaltecos y mexicanos son fundamentales para la economía regional mexicana ya que representan una fuerza de trabajo de bajo costo que propicia precarias condiciones de vida y trabajo de esta población con consecuencias significativas en su estado de salud (Castillo, 1995).

Se estima que en el estado de salud de los trabajadores migrantes guatemaltecos y mexicanos interactúan varios procesos:

- 1) Características singulares de la población migrante tales como: aspectos culturales, económicos políticos y sociales determinados por el tipo de desarrollo prevaleciente en la región; enmarcado en un modelo de agricultura de supervivencia y hábitos culturales específicos de sus etnias;
- 2) Cuadros epidemiológicos específicos de los trabajadores temporales con elevadas tasas de prevalencia e incidencia de enfermedades respiratorias y en particular de la tuberculosis pulmonar; en sus lugares de origen y destino.
- 3) Condiciones precarias de vida y trabajo en las regiones de procedencia y destino; así como las características deterioradas de infraestructura de sus viviendas y entorno;
- 4) La fractura socio-afectiva-cultural de las redes de apoyo familiar y comunitaria determinadas por el proceso migratorio;

6) La oferta insuficiente de servicios salud clínicos y de salud pública en sus lugares de origen y destino para los trabajadores y familia.

Una aproximación socio-epidemiológica permitirá identificar evidencias empíricas de la conjugación de estos procesos y conocer la interrelación entre los determinantes sociales y la emergencia de enfermedades respiratorias, en específico de la tuberculosis pulmonar y su posible modificación a través de programas-sanitarios para la población migrante.

Las enfermedades respiratorias han presentado alta tasas de incidencia en México, con incremento de la morbilidad en los estados del norte de la república y de la mortalidad en los estados del sur de México, al igual que en el país de Guatemala las enfermedades respiratorias se encuentra entre las principales causas de muerte con incremento en el área rural.

Los estudios actualmente desarrollados únicamente enfatizan los aspectos epidemiológicos y biológicos determinantes del proceso salud-enfermedad de la tuberculosis pulmonar por lo que se considera importante realizar un estudio que analice el impacto de los determinantes socioeconómicos en la prevalencia de esta patología general y de los posibles ámbitos de intervención.

OBJETIVOS

General:

- Identificar los determinantes fundamentales que intervienen en la prevalencia de la tuberculosis pulmonar en los migrantes (jornaleros) de las región de Soconusco (Chiapas) en México, a través de la categoría calidad de vida.

Específicos:

- Identificar los determinantes fundamentales de los procesos de trabajo y consumo de los migrantes temporales (jornaleros), que influyen en la prevalencia de la tuberculosis pulmonar.
- Caracterizar las condiciones vida y trabajo de la accesibilidad a los bienes y servicios de consumo y estrategias socio-afectivas inherentes a la red de apoyo familiar y comunitaria de los migrantes.
- Identificar la calidad de vida de los migrantes, a través de la descripción de la insatisfacción de sus necesidades básicas y analizar su relación con la prevalencia de la tuberculosis pulmonar.

HIPÓTESIS

- o Las condiciones de trabajo y de vida particulares a que están expuestos los migrantes temporales son procesos que potencializan la presencia de la tuberculosis pulmonar.
- o La dimensión socio afectiva ante la fractura de red apoyo familiar y comunitario, por los procesos de migración, tiene un peso esencial en la determinación del proceso de enfermedad, y atención por la tuberculosis pulmonar.
- o La tuberculosis pulmonar por su magnitud (incidencia y prevalencia de casos sospechosos) expresa la emergencia de un evento de trascendencia epidemiológica entre migrantes (jornaleros).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variables independientes

1. **Proceso migratorio** : significa movimientos poblacionales de sujetos; individual o colectivo, voluntario o forzado de un sitio a otro por razones económicas, sociales políticas o laborales de carácter; transitorio, temporal o definitivo, (Casillas, 1997).
2. **Calidad de vida** es definida como las condiciones de vida, entendidas como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación (Blanco et al, 1995, op. cit.).

Variables de Clasificación

- 1) **Condiciones de Vida** es comprendido como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación y sus correspondientes satisfactores.

a) Características socio económicas y culturales

Conjunto de variables atributivas que se refieren a las características socioeconómicas y etnográficas de la población a estudiar.

1. **Sexo**: variable atributiva con dos niveles: a) Hombre b) Mujer.
2. **Edad**: variable atributiva continua que se refiere al tiempo de vida en años, a partir del día de nacimiento.
6. **Nivel socioeconómico**: se refiere al conjunto de variables atributivas que en su conjunto representan el grupo social, a través de la ocupación, ingresos y grado de instrucción.

Variables intermedias

Características del proceso laboral :

Proceso laboral es comprendido como los procesos de producción en una formación social específica que garantizan la reproducción social de un modelo económico de desarrollo, a través de una relación asincrónica entre capital y fuerza de trabajo (MMS, 1996), y se constituyó con las siguientes variables:

- 1) **Jornada:** variable categórica que se refiere a cantidad de horas de trabajo por día.
- 2) **Desgaste:** variable categórica que se refiere a los procesos de desgaste laboral a través del número de días trabajados.
- 3) **Ingreso:** Variable continua referente a los niveles de salarios percibidos.
- 4) **Característica laboral:** variable categórica que se refiere al tipo de actividad laboral ejercida.

Características del acceso al consumo

- **Proceso de consumo:** es comprendido como los procesos básicos de consumo ejercido por una clase o fracción de clase social y se realiza por la transacción del ingreso o renta o por bienes y/o servicios y/o derecho-habiente (Blanco y Sáenz, 1990) y serán estudiados en los siguientes aspectos :
- **Calidad nutritiva de la dieta alimentaria:** variable categórica que se refiere a el nivel de ingestión de nutrientes básicos.

- **Nivel de acceso y calidad de atención a la salud:** variable categórica que se refiere a el nivel de accesibilidad y calidad de atención a los servicios médicos y de salud.
- **Nivel de la infraestructura de la vivienda y su entorno:** variable categórica que se refiere a las condiciones de estructura, higiene y confort de la vivienda y el entorno.
- **Nivel de acceso y calidad de la atención en educación:** variable categórica que se refiere a el nivel de accesibilidad y calidad de los servicios de educación.

Características de las redes de apoyo familiar y comunitaria

Conjunto de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios de información y nuevos contactos sociales (Villagrán op. cit, 1996). Los aspectos de las redes de apoyo son:

1. **Estructura de la red; tamaño y densidad:** variables categóricas que cuantifican los miembros de una familia y comunidad y la cantidad proporcional de habitantes por hogar y zona territorial.
2. **Tiempo libre:** variable categórica que se refiere a la forma de utilización del período no laboral.
3. **Nivel de fractura y desintegración familiar y comunitaria:** variable categórica que se refiere si la migración se presenta con familia o individual.
4. **Característica migratoria:** Variable categórica que se refiere si la migración es permanente o temporal.

Variable Dependientes

o **Índice de necesidades básicas no satisfechas**, comprendido como la correlación entre las necesidades y sus correspondientes satisfactores conforme definiciones el Programa de Naciones Unidas (Blanco et. al, op. cit, 1995) y clasificados en los niveles satisfactorio e insatisfactorio.

o **Proceso patológico en tuberculosis pulmonar**: Asociación de síntomas que pueden determinar epidemiológicamente la presencia de la tuberculosis con una duración superior a 15 días :

1) **Tos**: variable categórica de presencia o no de tos.

2) **Pérdida de peso**: variable categórica de presencia o no de pérdida de peso.

3) **Expectoración**: variable categórica de presencia o no de expectoración (flemas).

4) **Hemoptisis**: variable categórica de presencia o no de hemoptisis (flemas con sangre).

5) **Espustos hemoptóicos**: variable categórica de presencia o no de espustos hemoptóicos (sangre con flema).

6) **Padecimiento**: variable categórica positiva o negativa de padecimientos de tuberculosis pulmonar.

Método

Tipo de Estudio

Estudio de casos de corte socio-epidemiológico transversal.

Sujetos en estudio

Población de migrantes (jornaleros) de las región de Soconusco del estado de Chiapas.

La encuesta fue aplicada a 250 personas escogidas aleatoriamente, se cuestionó específicamente al jefe de familia considerado en la investigación como informante clave. El total de personas ascendió a 515 con un promedio de 5 miembros por familia.

Técnica

Se seleccionaron al azar cinco fincas cafetaleras, de un total de cincuenta fincas en el área del Soconusco.

Para la aplicación de la encuesta se contó con el apoyo de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Tapachula en Chiapas (Cinco promotores, Jefe de Epidemiología, y el Jefe de Control de la Tuberculosis del estado de Chiapas). Para tal fin fueron entrenados por un cuerpo de investigadores de la UAM-X e INER.

Escenario

Se realizó la investigación de campo en la región de Soconusco en el estado de Chiapas, situado al sur del país en donde se dedican principalmente a los cultivos de

café, caña de azúcar y plátanos, en este caso se trabajó específicamente en las fincas cafetaleras.

Instrumento (Ver en anexo)

La encuesta se constituyó por 148 variables, de las cuales se realizó una discriminación, con la intención de explorar únicamente las que nos acercará y explicará al fenómeno en estudio.

Procedimiento

La información referente a la calidad de vida de los migrantes fue reconstruida de fuentes primarias, a través de una guía de observación y de la aplicación de una encuesta en donde se obtuvieron datos sobre las características socioeconómicas, demográficas, alimenticias, laborales, epidemiológicas y accesibilidad a los servicios asistenciales básicos.

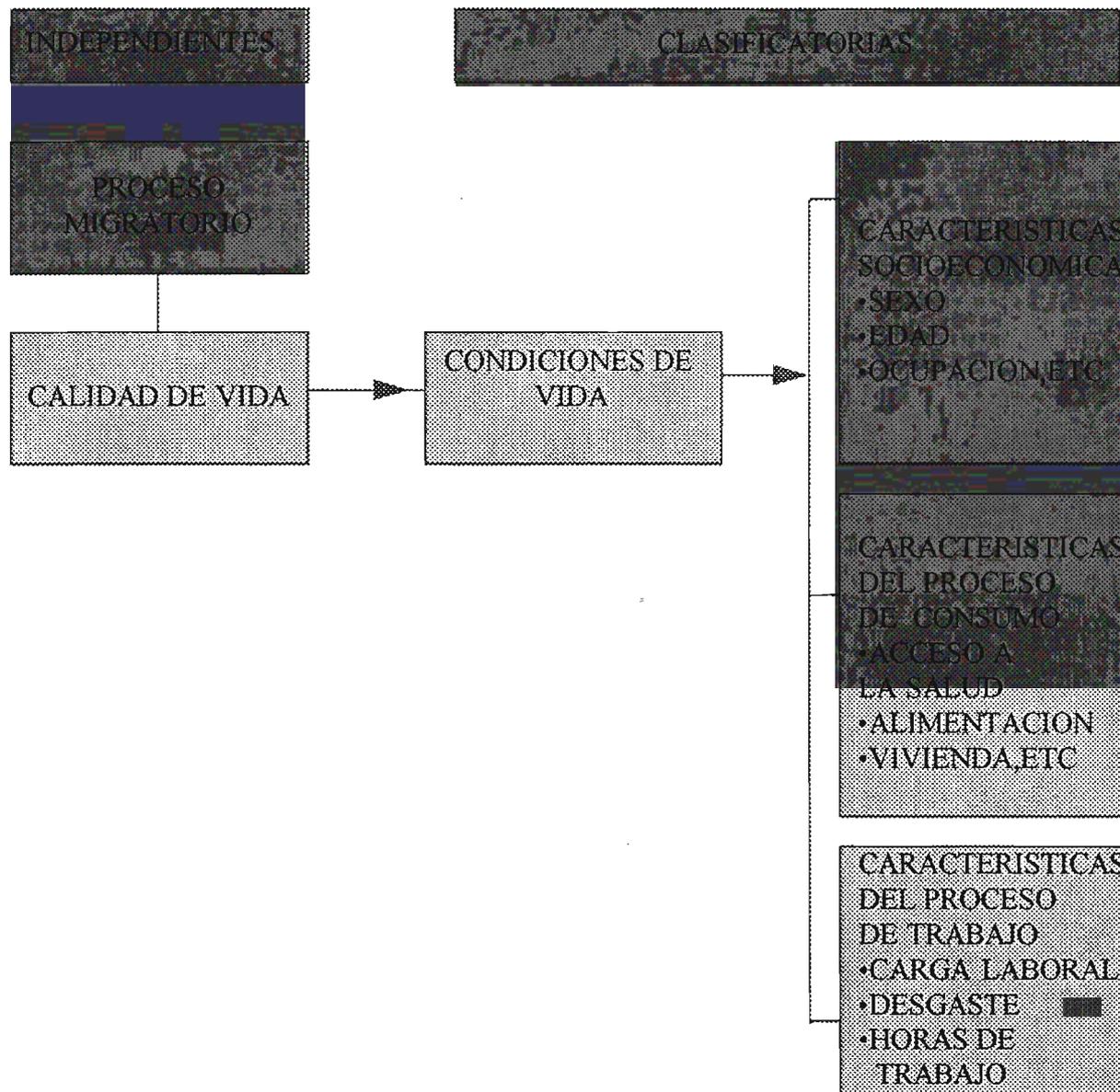
Captura de datos

En la captura de datos participaron capturistas del INER a través del programa de Foxpro. La sistematización y limpieza de la base de datos estuvo a cargo de investigadores y con el apoyo del INER. El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS:

- Sistematización de un perfil general de los migrantes proporcionando una caracterización social, demográfica y económica delineando las condiciones de vida y de trabajo de la población estudiada, por medio del análisis descriptivo y cálculos de frecuencias simples.

- Sistematización de un perfil patológico en tuberculosis pulmonar proporcionando una caracterización del proceso salud-enfermedad, a través de la aplicación de técnicas estadísticas de Correlación de Spearman y Reliability Analysis Scale.
- Definición de indicadores de necesidades básicas insatisfechas para los migrantes con inclusión de variables adecuadas, a través de la estructuración de un modelo explicativo de la calidad de vida.

MODELO METODOLOGICO UTILIZADO PARA LA INVESTIGACION DE VARIABLES



CAPITULO II
CONSTRUCTO HISTÓRICO

MARCO REFERENCIAL

En este apartado se presenta un acercamiento de la construcción histórica de la frontera sur, con énfasis en la región de Soconusco en Chiapas. Aborda también la migración que se presenta en este espacio geográfico, las características de sus posibles causas y motivos de migración. Finalmente se presenta las condiciones de vida en sus lugares de origen y de salud en el lugar de destino.

Construcción histórica de la región del Soconusco

El antiguo territorio man en tiempos prehispánicos comprendía desde Quetzaltenango y Totonicapán, (Guatemala) hasta el Soconusco en (México), luego con la firma de los tratados de límites entre México y Guatemala en 1882 y 1894, el pueblo man fue dividido por la línea fronteriza¹ (INI, 1995).

A principios de 1870 el Soconusco sólo era reconocimiento debido a los frecuentes conflictos fronterizos con Guatemala; por lo demás, la región se destacaba por su extremado aislamiento y su escasa población dentro de un estado tan incomunicado como Chiapas. En esa época, se producían en toda la región alrededor de mil quintales de grano, que equivalía a menos de 50 toneladas (Bartra Armando, 1995). Treinta años después el Soconusco se transforma en un imperio cafetalero donde más de 60 empresas extranjeras explotaban dos millones de matas, los capitalistas de la primera etapa dejan su lugar a enormes consorcios (German-American Coffee Co.), que para en ese entonces tenían una inversión de cinco millones de pesos. Esta sociedad no generó el fenómeno cafetalero del Soconusco, en cuyo origen están las fuerzas transnacionales, lo peculiar es que la revolución cafetalera no trascendió su espacio regional, y fuera de las zonas de las plantaciones la sociedad chiapaneca conservó sus rasgos tradicionales (Infra). Antes de la invasión cafetalera, el Soconusco no era muy

¹ El "mam" o mame es un grupo mayense que habita en México y en Guatemala. El vocablo mame se deriva del vocablo quiché "mam" que significa padre, abuelo o ancestro. Tanto en Guatemala como en Belice "mam" es sinónimo de las deidades de la montaña que riegan los cultivos.

distrito al resto de Chiapas, lo que la diferenció históricamente en su destino económico fue la producción de cacao.

Conquistados y sometidos por los aztecas, los mames fueron obligados a tributar este grano; a partir de la conquista de América, la aristocracia Europea descubre el chocolate y la región del Soconusco tiene la "suerte" de depender directamente de la Corona, sin repartimientos a cambio de seguir tributando cacao, después de la Independencia, el Soconusco mantiene su especialización y el cacao, es el mejor en América y Europa (Luna). Lamentablemente el cacao no se cultivó en grandes plantaciones sino en pequeñas haciendas de indios nativos, por lo que fueron diezmados por las enfermedades transmitidas por los españoles, de esta manera las tierras acabaron por ser de bajo rendimiento.

En la década de los setenta, la ganadería extensiva establecida desde fines del siglo XVI, domina la llanura del Soconusco y las desiertas laderas de la sierra eran terreno libre para las milpas anuales que en época de verano cultivaban millares de campesinos indígenas provenientes de Los Altos Chiapanecos o Guatemaltecos. Con la desaparición del cacao el Soconusco se caracterizaba por un aislamiento mayor que el de las épocas anteriores, sin embargo, en esos mismos años inician aparecer signo de la futura revolución cafetalera. El café no era desconocido en la región, pero su cultivo había sido doméstico. La primera plantación en forma fue establecida en 1846 por el italiano Jerónimo Manchinelli en su finca La Chácara (et al, Bartra, Armando, 1995). Tuvieron que transcurrir treinta años para que se volviera a repetir este experimento.

A inicios de los setenta nacen nuevas plantaciones, pero no se extienden, ya que no existen las condiciones necesarias para su generalización. La apertura de la caficultura sólo era posible si se disponía de capitales capaces de soportar cuatro años de inversiones sin rendimiento y también que se desarrollará una infraestructura adecuada para generar exportación, condiciones difíciles para los capitalistas locales.

El proceso de creación de estas premisas se prolongará aún por más de dos décadas, durante las cuales la cafeticultura local no logrará su despegue definitivo, y el resultado final fue un enclave neocolonial representado por capital germánico, (Revista Chiapas, No. 1). Es en esta etapa en que la cafeticultura del Soconusco adquiere su auge definitivo por la irrupción del gran capital transnacional y no sólo por los finqueros alemanes sino también por presencia de norteamericanos, sin embargo las casas comerciales germánicas y sus plantaciones son ampliamente predominantes en el negocio del café (Infra).

Frontera sur y Chiapas

En la actualidad la frontera sur de México, se encuentra en el espacio de la antigua área maya, es una región caracterizada por su escasa población y poco desarrollo centros urbanos significativos. Para fines del XX, sólo dos localidades mexicanas de la frontera representaban una población de algunas decenas de miles de habitantes (Tapachula y Chetumal), situados en los extremos de esta amplia franja fronteriza. El resto de la población se ubica en comunidad en pequeñas comunidades dispersas escasamente articuladas y comunicadas (Messmacher, 1986).

La dinámica demográfica se ha caracterizado por un crecimiento relativamente lento de la población con excepción de algunos municipios que la han visto acrecentarse como resultado principalmente de apertura de cultivos de nuevas tierras.

Los factores que más claramente la distinguen son todavía el estancamiento económico y el abandono, fuera de Tapachula animada por una migración temporal de 80 y 150 mil trabajadores agrícolas que se trasladan anualmente por el Soconusco², (Casillas, 1997) los otros municipios presentan baja densidad demográfica. Además del

² El Instituto Nacional de Migración, en el mes de mayo de 1997 aceptó que anualmente ingresan a México 100,000 trabajadores agrícolas, sin hacer estimación alguna sobre el volumen de los trabajadores indocumentados.

Socónusco, ninguna otra región de esta franja fronteriza ha resultado atractiva para promover el desarrollo de esta población que pudiera ir conformando la frontera.

Cabe señalar que a lo largo de la frontera nacional de Guatemala con el estado mexicano de Chiapas (985 km.), existe una infinidad de caminos vecinales en medio de una vegetación exuberante y de fincas agrícolas que terminan justo en la línea fronteriza (Castillo, 1995). Por lo que se piensa que esto dificulta tanto el control migratorio, las estimaciones sobre el volumen y, sin duda, la puesta en práctica de programas institucionales sociales y de salud para la población migrante.

Posibles causa y motivos de migración

Los trabajadores agrícolas temporales específicamente de Guatemala a Chiapas, son parte del fenómeno de migraciones de carácter internacional que incluye la circulación de la fuerza de trabajo. En el caso de los trabajadores guatemaltecos, debe señalarse la existencia en Chiapas de un mercado de trabajo y, por tanto, las posibilidades de un ingreso salarial. La migración guatemalteca puede calificarse de masiva y en lo fundamental -como causa de tipo estructural-, obedeciendo al desempleo, a la diferencia de salarios -reales y nominales-, lo cual favorece el crecimiento del capital en las fincas chiapanecas de café (Casillas, 1997).

Diversos procesos regionales en Chiapas (tendencia a la migración campo-ciudad, estrategias campesinas de lucha por la tierra, algún efecto de las acciones agrícola en atenuar procesos de proletarización en ejido, etc.) han contribuido a disminuir la migración temporal de trabajadores chiapanecos hacia la agricultura comercial del Soconusco. En consecuencia, la demanda de trabajo guatemalteco por parte de este sector productivo en expansión, ha crecido y se prevé que continuará creciendo.

El factor político

Por razones políticas o de carácter económico en el caso del país de Guatemala es difícil marcar una separación entre migración voluntaria y forzada, miles de guatemaltecos se han visto en la necesidad de migrar al estado de Chiapas;³ en ambos casos, debe ubicarse la década de 1970 como factor importante pues se caracteriza por la emigración de grandes grupos de población guatemalteca hacia México (en lo primordial a Chiapas). Esta situación es entendible ya que a partir de 1970 inicia en Guatemala una nueva etapa: el poder lo sostendrían los militares (1979-1985), con el

³ Se estima que cerca de un millón doscientos mil personas, se han visto obligados a dejar sus lugares de residencia", ver informe de un genocidio -los refugiados guatemaltecos-, p.59.

propósito de contener a los grupos en armas (se organiza desde 1960) y las acciones del movimiento sindical y popular.

En 1970 la máxima autoridad política en Guatemala se da a conocer por un programa de pacificación lo que significa represión en el campo y la ciudad. El famoso Plan de Desarrollo no pudo detener la política de bajo salarios. Este hecho, junto a la vigencia casi permanente del estado de sitio, originaron el incremento de número de campesinos guatemaltecos que se dirigían a trabajar (y protegerse) en Chiapas.

A lo anterior deben considerarse los siguientes elementos: En la década de 1970 se reactivó en la Región Soconusco la producción de plátano, así como el café que experimentó un aumento de la superficie cultivada pero la vía fundamental de su expansión ha sido la intensificación del cultivo, lo cual redundó en el notable aumento de la producción por hectáreas y como consecuencia, una mayor utilización del trabajo temporal (Ordoñez, Cesar, 1990).

La presencia de gobiernos que dirigieron diversos generales guatemaltecos aceleraron los procesos de represión y también acentuaron la crisis económica. Durante el régimen Arana Osorio (1970-1974), disminuyó la producción de granos básicos como el maíz, frijol y arroz; aumentó el costo de vida y la especulación fue uno de los factores que incidieron en la economía. Posteriormente (1974-1978) Laugerud García (Presidente a través de un fraude electoral, conocido el suceso nacional e internacionalmente), no impulsó ningún plan para resolver la crisis económica que se incrementó con el terremoto de 1976, lo que definitivamente agudizaría el proceso migratorio. Este movimiento demográfico es también causas de graves daños a la salud de la población afectada ya que este desastre fue altamente mortífero.⁴

⁴ En Guatemala el número de muertes registradas como consecuencia del terremoto de 1976 fue de 23,000 habitantes, y un porcentaje muy significativo de la población rural se quedó sin viviendas y trabajo lo que generó movimientos poblacionales en el país.

Para el año de 1982, Guatemala resentía las implicaciones de una profunda crisis económica; las reservas monetarias cayeron en menos de 60 millones de dólares; descendieron los precios de los principales productos de exportación; hubo reducción de inversiones y ahorro; fracasó la realización de grandes obras (con préstamos del exterior).

La estrategia del presidente de ese entonces tenía el propósito de derrotar al movimiento armado por la intensificación de sus acciones urbanas y presencia militar en Los Cuchumatanes, La Selva Madre, Zonas del Pacífico, El Petén, así como Alta y Baja Verapaz. Los frentes guerrilleros contaban a favor con la incorporación de un nuevo sujeto social: los indígenas (Aguilera, Gabriel, 1991). Sin embargo, la guerra afectó a las poblaciones. La insurgencia realizaba acciones político-militares para lograr una mayor relación y reclutar a los indígenas. Por otro lado, la contra-insurgencia golpeaba para evitar el apoyo y crecimiento de la guerrilla. Y en este escenario los campesinos migraban a la zona fronteriza de Guatemala y Chiapas en busca de trabajo y refugio (Grupo de apoyo y refugiados, 1983).

El gobierno del general Lucas fracasó, no resolvió sus dificultades para combatir la insurgencia, no se preocupó de enfrentar algunos de los problemas (hambre, miseria, pobreza), que originan y/o agudizan las desigualdades económicas y determina la calidad de salud de un país. Planteó como solución de carácter electora imponer como presidente de la República al general Aníbal Guevara, exministro de la Defensa. Las elecciones se concibieron como un mecanismo para negociar internamente entre los sectores económicos, militares y políticos comprometidos con el gobierno. La idea era producir un nuevo relevo bajo una aparente legalidad, más esta situación no funcionó: El 23 de marzo de 1982 el ejército dio un golpe de Estado (Prensa Libre, marzo 1983).

Definitivamente la inestabilidad política de Guatemala, como parte de crisis política de la región fue un factor de especial importancia para explicar el aumento de trabajadores agrícolas a Chiapas en 1982. La represión originó fenómenos migratorios

que dieron lugar a cambios bruscos y substanciales en la distribución geográfica de la población.

Los oficiales protagonistas del golpe militar, colocaron en la dirección del régimen al general Ríos Montt⁵. El gobierno de este presidente militarizó el territorio guatemalteco, junto a la imposición del estado de sitio (julio de 1982), con el objetivo de anular a la base social de la guerrilla: se incendian y destruyen poblaciones donde se considerara la existencia de apoyo, (hombres, mujeres, ancianos y niños) son asesinados. Los sobrevivientes, así como los pobladores de otras aldeas, empiezan a abandonar sus viviendas. Los niveles organizativos de la guerrilla resiente esas acciones. Se inicia entonces, el éxodo masivo de campesinos indígenas (Consecuencias de un conflicto, 1985).

Las poblaciones fronterizas de México empezaron a sentir el aumento de campesinos indígenas guatemaltecos. Muchos llegaban a la frontera después de permanecer un tiempo en las montañas de su país. Esta migración se incrementó en la medida que creció la agresión a los derechos humanos en Guatemala: a partir de 1981 centenas de indígenas guatemaltecos empezaron a llegar a territorio mexicano. Desde esa fecha y hasta 1983 la afluencia alcanzó dimensiones nunca vistas, que preocuparon al gobierno mexicano por lo que solicitó la intervención del Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR).

El movimiento armado se replegó y el ejército ocupó las principales poblaciones. Los campesinos indígenas, para no sufrir las consecuencias de la represión, abandonaron municipios, aldeas, caseríos y cantones del El Quiché, *San Marcos*, *Huehuetenango* y El Petén (departamento fronterizo con Chiapas), así como Baja Verapaz y Chimaltenango.⁶ Grupos indígenas llegan a la capital guatemalteca, otros se dirigen a

⁵ En los 16 meses que gobernó a Guatemala, el general Ríos Montt decidió restarle autoridad de nivel y decisión al Alto Mando del ejército. Al anular parte de la jerarquía militar, creo un poder paralelo con los oficiales jóvenes que lo reemplazaron. Ver Cáceres, Carlos, "En Guatemala el peligro se llama Ríos Montt", en otra Guatemala, p. 10.

⁶ A los movimientos migratorios usuales, se han sumado en la actualidad los traslados masivos de campesinos de sus lugares de origen hacia diversas áreas del país y hacia el exterior para protegerse de las acciones

Honduras, pero en su mayoría migran al estado de Chiapas. "Alguien los ha contado: más de 250 mil trabajadores errantes, migratorios, sin más domicilio que el sufrimiento y sin más compañía que la esperanza" (Martínez Julio, año).

La ofensiva militar del gobierno de Ríos Montt intensificó la migración de los trabajadores agrícola temporales, frontera sur de México, quienes, sin decidirse abandonar definitivamente el país (como el caso de quienes buscaron refugio), se trasladaron a fincas y ejidos de Chiapas, lo que permitió superar su escasez de alimentos y no vivir en las aldeas estratégicas (área controlada militarmente).

Los habitantes de departamento fronterizos con México en especial Huehuetenango, intensificaron las demanda de solicitudes para salir del país, "Los migrantes viajan no sólo para evitar la violencia -señaló la prensa guatemalteca- sino en busca de trabajo en México, pues el clima de zozobra, se une la paralización de actividades económicas" (El Gráfico, 1982).

La violencia afectó la estructura socioeconómica de la población rural guatemalteca, en zonas donde se libraron combates o se efectuó la represión; y hubo un deterioro de las actividades comerciales, por lo que se estima que trasladarse a Chiapas para trabajar temporalmente, significó la posibilidad de contar con un ingreso económico (difícil de tener en Guatemala), pero no quería decir abandonar en forma definitiva las parcelas, costumbres o el país. Sin embargo, se presentó el problema que los trabajadores agrícolas no se declararon como tales en las oficinas migratorias de Guatemala y México. Por lo que no se puede situarse el volumen con base en datos reales (Castillo, 1990).

Integrar factores de tipo militar, político y económico, en el marco de una estrategia global de contrainsurgencia para evitar el apoyo de la población a los grupos armados,

contrainsurgentes". Ver Comités de Resistencia popular, "Los procesos migratorios de coyuntura". en Los campesinos indígenas rompen el silencio, p.107.

... fue un propósito básico del presidente Ríos Montt en su lucha contra la guerrilla. Los programas sociales en el campo (trabajo por frijoles, entre otros) fueron medidas para proporcionar lo mínimo de subsistencia a quienes habitan en la zona de conflicto. El desarrollo de este proyecto incluyó establecer aldeas refugio-estratégicas, (también fueron conocidas públicamente como Aldeas Modelo), así como destruir poblados en forma selectiva e indiscriminada, las acciones de exterminio incluyeron ganado menor y aves, granos básicos y sembradíos, así también se les obligó a los indígenas a incorporarse a los llamados Grupos de Autodefensa Civil (integrado por civiles para control de la población). Asimismo, cabe destacar los operativos contra la población civil que tuvieron carácter de genocidio. Fue una "guerra sucia" contra seres humanos⁷. "Cientos de aldeas han sido rodeadas y quemadas con sus habitantes y pertenencias. La política represiva y los métodos de tortura se reonocen con el triste mérito de ser los más espantosos de América Latina. De aquí que a miles de guatemaltecos les toque emigrar o morir" (Audiencia Pública Trabajadores Migratorios; Osorio Saúl; 1985).

Lo anteriormente expuesto origina que, en forma masiva, la población indígena, especialmente de los departamentos fronterizos con México migraran a Chiapas. A la migración coyuntural y a los movimientos migratorios estacionales, se incluyó el desplazamiento de campesinos a la frontera Guatemala-México, por las consecuencias de la violencia impuesta por el gobierno del presidente Ríos Montt, (marzo, 1982-agosto, 1983) Aldeas y caseríos quedaron despoblados. La Conferencia Episcopal de Guatemala señaló: "(...) un millón de personas ha abandonado sus hogares", esta apreciación no es exagerada si se considera que el 30% de la población se ubica en el Altiplano Occidente.

Con relación a México y los migrantes guatemaltecos, debe señalarse que los gobiernos de Luis Echeverría y José López Portillo, no realizaron ninguna acción de rechazo a la presencia en territorio mexicano de migrantes forzosos guatemaltecos (refugiados). Puede afirmarse que hubo comprensión por parte de los dos gobernantes

⁷ "Petén: Dos familias completas masacradas", en El Gráfico 25 de abril, Guatemala, 1982.

para considerar que los refugiados no iban a la Región Soconusco buscando trabajo, por el contrario estaban sujetos a factores de tipo político por los cuales tuvieron que abandonar Guatemala.

Para concluir con esta caracterización de los trabajadores guatemaltecos en México, desde una perspectiva que combina lo económico, político, social y lo cultural, que determinada por los procesos sociales internos de Guatemala, y por las modalidades de desarrollo del capitalismo en la agricultura chiapaneca, los primeros constituyen los determinantes de las características de la sobrepoblación relativa (SPR) y del crecimiento de la oferta de fuerza de trabajo en las regiones Altiplano Occidental y Costa Sur de Guatemala, el segundo determina la demanda de dicha mercancía al lado chiapaneco (Castillo y Casillas, 1988).

Lo anterior ha sido causa esencial de las luchas sociales que se vienen manifestando en Guatemala, que tomaron un carácter agudo desde fines de la década de 1970. Las políticas represivas han favorecido, en estos últimos tiempos, al capital agroexportador, en tanto que el elevamiento de la SPR ha permitido la sobre oferta de fuerza de trabajo, la disminución del empleo permanente y el aumento del empleo temporal, profundizando el modelo de acumulación cuya relación salarial tiene, entre otras las siguientes consecuencias: a) miserable ingreso de los asalariados y reproducción paupérrima de la fuerza de trabajo, b) desempleo temporal y reemplazo de trabajadores y d) movilidad y procesos migratorios de fuerza de trabajo (Castillo y Casillas, 1988).

Lo que evidencia que el elemento determinante para tal proceso ha sido la disponibilidad oportuna y en cantidades suficientes de fuerza de trabajo barata, con la que ha contado el capital agrícola del Soconusco.

LAS CONDICIONES DE VIDA EN SUS LUGARES DE ORIGEN

El país de Guatemala ocupa una extensión territorial de 108,889/km², dividida en 22 departamentos que, a su vez se subdividen en 328 municipios. Considerando como base el censo de población de 1981 el crecimiento anual de 2.9% se ha estimado, para 1993 una población de 10,029,714 habitantes, y una densidad poblacional de 92 hab/km².

La población guatemalteca se encuentra distribuida desigualmente en el territorio nacional. Las regiones Norte II, Noroccidente VII y parte del Suroccidente VI (que evidencia un menor grado de desarrollo relativo, comparado con el resto del país) concentran casi la mitad (45.76%) de la guatemalteca, especialmente la indígena - rural. El otro espacio poblacional que presenta mayor concentración es la ciudad Capital con el 17.7% de la población. (INI, 1985).

La conformación de la población por grupo étnico según el Censo de 1981 era de 41.9% indígenas y 58.1% población ladina (O.P.S.; 1990).

La población indígena está formada por más de 21 grupos lingüísticos, la mayoría se concentra en las regiones Noroccidental VII, Norte II y parte del Suroccidental, (INI, 1981).

El porcentaje de población indígena por grupo lingüístico es 29% K'iché, 25% Kaqchikel 14% ; K'eqchi 4% man; (consideradas como lenguas mayoritaria); así también existen otras lenguas un 24% representado por comunidades que utilizan otras lenguas como pocomchí, pocoman, tzutuhil, chortí, conjobal, aguacateco, y un 4% que tienen menor número de hablantes. Cerca del 32% de esa población se comunica utilizando únicamente alguna lengua maya lo cual limita el acceso de estos grupos a los servicios sociales por lo que a sido un factor de discriminación social, (Los idiomas mayas de Guatemala, 1981)

A Guatemala se le ha considerado como uno de los países más pobres de América Latina, en la actualidad el 84% vive en extrema pobreza en el área rural. Lo que en alguna medida determina y condiciona la presencia del fenómeno salud-enfermedad y muerte con impacto alarmante en la esperanza de vida al nacer para los guatemaltecos de 60 años para el sexo masculino y 64 para el sexo femenino (O.P.S., 1990).

El gasto presupuestal para el rubro social (que incluye salud, educación y vivienda, entre otras ha venido disminuyendo en términos reales, a la par de aumentos en la demanda insatisfecha y en el crecimiento poblacional. Aproximadamente 62% de la población vive en zonas rurales, con una distribución de 124.4 viviendas por 1000 habitantes, sin embargo, en el campo el hacinamiento es más pronunciado. La vida en las áreas urbanas, marginales y rurales tienen un común denominador que es la pobreza y el vivir en condiciones que no llegan al nivel mínimo.

El hacinamiento, la falta de sistemas saneamiento y los desagües a flor de tierra crean un ambiente peligroso para la salud de la población. Ya que con la carencia de servicios, la necesidad de agua y saneamiento produce una alta tasa de infección intestinal y peligros de epidemias en el país. Los departamentos en los cuales se ubican la mayoría de hogares sin el servicio de saneamiento básico ni agua potable son Alta Verapaz, San Marcos, Huehuetenango y el Quiché (Boletín Epidemiológico Nacional, 1994).

El 62% de la población vive en el área rural en 20,017 localidades, de las cuales el 87% tiene menos de 500 habitantes, lo cual dificulta y encarece el acceso a los servicios sociales. (INI, 1995)

En relación a la escolaridad al día de hoy por falta de un censo más reciente es difícil describir la situación actual de los alfabetas y analfabetas en el país, sin embargo, la Secretaria General de Planificación Nacional (SEGEPLAN) y el Instituto Nacional de

Estadística (INE), ha estimado que en 1993 de los 2.3 millones de analfabetas de 15 años y más, el 23% radica en el área urbana y el 77% en regiones rurales. Aproximadamente el 44% es de sexo masculino y el 56% para el sexo femenino y los departamentos de mayor incidencia son Quiché, Alta Verapaz, *Huehutenango*, *San Marcos*, Totonicapan, Baja Verapaz y Sólola. Sin embargo, se infiere que por la falta de servicios educativos, la necesidad de trabajar a temprana edad, entre otros problemas hacen que una de las características más importantes de la oferta de mano de obra sea su bajo nivel de calificación. Un 36% de la PEA no es calificada y un 42% no tiene escolaridad, lo cual origina que la participación de la población más pobre sea cada vez menor en la captación del ingreso, no digamos en el sector agrícola en donde la falta de escolaridad supera al 50%. La mayor parte de la PEA se encuentra en el interior de la República, donde el principal modo de subsistencia es la agricultura. (Departamento Nacional de Empleo). Por lo que se puede deducir que si la mayor parte de la PEA se encuentra en el agro, donde los salarios son bajos (Q14.50) debido a la poca productividad las condiciones de vida del guatemalteco son más difíciles de lo que se pudiera imaginar. Es importante señalar que un sólo un 28% de la PEA está afiliado al Seguro Social, lo que significa que sólo un 8% de la población total tiene cobertura de Seguridad Social.

En Guatemala la década de los ochenta ha dejado como secuela un incremento de la pobreza en términos generales. La situación es más deprimente en la estructura social del sector agrícola. Este sector comprende a la población más pobre, a pesar de ser el sector más importante de la economía guatemalteca, contribuye con el 26% del PIB, generando alrededor del 67% de las explotaciones totales y es la fuente principal de ingresos de la población rural y de la producción de alimentos

Por otra parte, entre las características socioeconómicas y demográficas del país destaca su carácter eminentemente rural, como ya se mencionó anteriormente el 62% vive en el campo (CIES, 1994) y está conformada en su mayoría por grupos indígenas

de origen maya, dedicados a actividades primarios -agricultura básicamente con fines de autoconsumo-.

En lo que se refiere a los servicios de salud, éstos en su mayoría lamentablemente no son proporcionados por dependencias gubernamentales, sino que por instancias semiautónomas y/o no gubernamentales (ONG).

Entre las causas de morbilidad más frecuentes en el caso de las mujeres están las complicaciones prenatales y perinatales, enfermedades respiratorias, parasitosis intestinal, diarreas agudas, puerperio fisiológico, amibiasis intestinal y parasitosis. Para los hombres, las causas son enfermedades respiratorias agudas, diarreas agudas, parasitosis y amibiasis intestinales, faringoamigdalitis, dermatitis alérgica, neumonía y tuberculosis (Registros de la Unidad de Informática, DGSS, 1992). Al respecto se presenta en el siguiente cuadro las principales de defunciones en el país:

Cuadro No.1

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES, GUATEMALA, 1994

CAUSA	CASOS	%*
NEUMONÍA E INFLUENZA	10846	16.50
AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO NEONATAL	9039	13.79
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	5848	8.92
AFECCIONES ORIGINADA EN PERIODO PERINATAL	9039	13.79
ANEMIAS POR DEFICIENCIA Y LAS NO ESPECIFICAS	3746	5.71
LESIONES QUE IGNORAN SI FUERAN ACCIDENTAL O INTENCIONAL	2114	3.22
CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO	1829	2.79
DIABETES MELLITUS	880	1.34
TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LOS CONDUCTORES	834	1.27
SEPTICEMIA	670	1.02
SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	642	0.98
TUBERCULOSIS PULMONAR	523	0.78

Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional, Ministerio de Salud Pública, Guatemala, 1995

*Del total de defunciones (65534), reportadas en Guatemala para 1994.

En cuanto a la mortalidad neonatal, para finales de los 80 era de 20 por cada 1000 nacidos vivos y registrados y la mortalidad posnatal era de 40 también por cada 1000 (N.V.R.), la mortalidad infantil para 1992 presentó una tasa de 37.8 por cada 100,000 a nivel nacional y las principales causas fueron: Infecciones respiratorias (9.56%), síndrome de dificultad respiratoria (5.07%), infección intestinal (4.57%), afección del periodo perinatal (3.88%) y por último recién nacido pretérmino (1.5%); (Registros de la Unidad de Informática; D.G.S.S.; 1992). Más preocupante es que de cada 1000 menores de 5 años, morían 160. La tasa de mortalidad infantil es fuertemente afectada por condiciones sanitarias de la vivienda, por las condiciones de vida en general por el grado instrucción de la madre en materia de salud, higiene y alimentación. Adicionalmente, cabe señalar que sólo 19% de los partos son atendidos en centros hospitalarios y 77% por parteras, la mayor parte empírica, y que cerca del 50% de la mortalidad materna se debe a hemorragias y 20% a sepsis. Como resultado que se tienen de morbi-mortalidad para 1994, se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro II

CASOS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD REPÚBLICA DE GUATEMALA, 1994

ENFERMEDADES	CASOS	TASAS	DEF.	LETALIDAD
IRA	138550	1342.28	10546	7.6
DIARREICA	84932	827.08	5848	6.8
INTESTINAL	154911	1508.54	442	0.3
COLERA	16779	163.39	151	0.9
MALARIA	19516	190.05	90	0.5
DESNUTRICION	8363	81.44	40.52	48.4
DENGUE	2384	23.22	523	15.5
TUBERCULOSIS	3365	32.76	523	15.5
BLNORRAGIA	1725	16.79	0	0
SIFILIS	308	2.99	8	2.6
SARAMPION	68	0.66	34	50
FIEBRE TIFOIDEA	157	1.53	58	36.9
TOS FERINA	74	0.72	73	98.6
ONCOCERCOSIS	N/D	N/D	0	0
LESHMANIASIS	2500	24.34	7	---
TET. NO NEONATAL	14	0.14	27	---
TETANO NEONATAL	14	0.14	2	14
POLIOMIELITIS	0	0	0	0
VIH/SIDA	389	3.79	107	27.5
RABIA HUMANA	13	0.13	13	100
CHAGAS	7000	68.16	6	---
DEPTERIA	0	0	2	---
HEPATITIS	731	7.22	184	25
INTOX. ALIMENTICIA	170	1.65	33	19.4
DIABETES MELLITUS	N/D	N/D	880	---
HIP. ARTERIAL	N/D	N/D	121	---
CERVICOUTERINO	N/D	N/D	395	---
ACCIDENTES*	277875	2705.97	812	0.29

Nota: No. de casos por 100,000 Hab.* Incluye todo tipo de accidentes.

Fuente: Boletín Epidemiológico, Ministerio de Salud Pública, Guatemala, 1995.

Como se puede observar entre las causas de muerte, las más frecuentes han sido enfermedades infecciosas intestinales, desnutrición, afecciones originadas en periodo perinatal, enfermedades varias del aparato respiratorio, diversas enfermedades bacterianas, infecciones y parasitarias.

Al analizar las principales causas de muerte se debe tomar en cuenta el acceso que tienen los diferentes grupos de población guatemalteca a los servicios de salud. Por ejemplo: Totonicapán, Quiché, *San Marcos*, *Altaverapáz* y Huehuetenango, menos del 10% de defunciones ocurren en el medio hospitalario; el resto se producen predominantemente en el domicilio; (O.P.S.; 1990). A nivel nacional el 75.6% de las defunciones ocurren en el domicilio, 19.1% en el hospital, el 4% en la vía pública y el 1.3% en Casas de Salud, es importante señalar que a nivel nacional el 42.9% no tuvo ninguna atención médica antes de la defunción, el 32.8% fue atendido por médicos, el 21.6% por personal empírico y el 2.7% por comadrona (Infra).

Es evidente la dificultad que existe en el registro de las defunciones, así como la baja confiabilidad de dichos registros.

En relación a las enfermedades transmisibles; las infecciones respiratorias agudas (IRA), son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad registradas en el país. En específico la tuberculosis pulmonar que la patología estudiada en esta investigación se observa en el siguiente cuadro la situación en el país para el años de 1995.

Cuadro No. III

MORBILIDAD DE TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN NOTIFICACIÓN DE CASOS, PARA
AMBOS SEXOS GUATEMALA, 1995

GRUPO DE EDAD	No.	Tasa ¹⁰⁰
0-4	200	9.44
5-9	224	14.36
10-14	147	10.80
15-19	187	16.02
20-24	286	30.07
25-29	269	34.74
30-34	288	44.82
35-39	276	52.82
40-44	193	44.18
45-49	171	50.31
50-54	147	53.58
55-59	119	51.14
60-64	158	78.42
65-69	119	76.54
70-74	62	59.48
75 y más	68	62.30
TOTAL	2914	26.61

Fuente: División de Tuberculosis, Ministerio de Salud Pública de Guatemala, 1995

Se hace énfasis en que estas cifras corresponden solamente a los casos que se presentan en los Hospitales, Centros y Puestos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en demanda espontánea de atención médica. Lo que hace pensar que una población significativa queda subregistrado ya que no cuenta con el servicio a su alcance.

Al realizar el análisis de los datos por grupos de edad se puede apreciar que la mayor incidencia de tuberculosis pulmonar, corresponde a la población de 60 años y más, con una tasa de 78.42. Respecto a la población de 25 a 59 años, las tasas registradas oscilan entre 34.74 y 51.14 por 100,000 habitantes para 1995, lo cual es indicador de una amplia distribución de la enfermedad y de los factores ambientales que la favorecen.

En relación al sexo se pudo observar que es más afectado el sexo masculino que el femenino y las edades se presentan de la misma manera.

Es importante señalar que el área rural es donde se encuentra el mayor número de incidencia de tuberculosis por las condiciones de vida en que vive esta población.

En específico en este estudio se observa que un porcentaje significativo del flujo migratorio provienen de Guatemala y pertenecen al Departamento de San Marcos; este es uno de los departamentos de la república que reporta mayor número de casos nuevos y ha tenido un ascenso de 1991-1995 de Tuberculosis Pulmonar, como se puede apreciar en el cuadro No. IV:

Cuadro No. IV
CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR
DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS Y GUATEMALA, 1995

	Años	1991	1992	1993	1994	1995
SAN MARCOS	Casos	361	439	439	392	408
	Incidencia	51.4	60.71	58.95	51.1	51.63
GUATEMALA	Casos	3489	3483	4831	3365	3119
	Incidencia	36.85	36.74	48.17	32.6	29.22

Nota: Por 1,000 habitantes.

Fuente: División de Tuberculosis, Ministerio de Salud Pública de Guatemala, 1995

Es innegable que la incidencia de Tuberculosis Pulmonar en el Departamento de San Marcos es muy superior del promedio nacional, como se pudo observar que para 1995 la tuberculosis se presentaba a nivel nacional con una incidencia de 29.22 y para el Departamento de San Marcos en ese mismo año presentó 51.63. Al pensar que esta patología ha continuado constante y muy elevada en el Departamento de San Marcos y al considerar que el acceso a los servicios de salud es mínima se estima un subregistro en estas cifras. Tal situación determina al Departamento de San Marcos como zona de alto riesgo en el país, lamentablemente hasta el momento esta patología no parece querer descender de la región y tampoco del país en general ya que las cifras realmente presentan ser alarmantes, por lo que la Organización Mundial de la Salud lo ha catalogado como un país de emergencia contra la tuberculosis pulmonar.

Lo anterior nos lleva a concluir que la situación del país de Guatemala en términos de salud se encuentra en un estado difícil ya que existe una oferta gubernamental de atención a la salud limitada y deficiente, donde la participación de las redes sociales (vía organismos no gubernamentales y prácticas tradicionales) tienen un papel importante dado que absorbe gran parte de la demanda de atención de la población rural de Guatemala. Si bien esto lleva un fuerte subregistro en morbilidad y mortalidad, lo grave es que las tasas de enfermedad y muerte son abatibles de contarse con la atención y servicios oportuno. Es decir, hay una fuerte incidencia de las enfermedades y muertes de la pobreza en una población mayoritariamente indígena, analfabeta, joven, desempleada, con precarias condiciones en la vivienda, en la alimentación, en el acceso al empleo y a los servicios públicos asistenciales.

Este es el perfil de la población que por muchos años se ha visto obligada a migrar, a México, a los cultivos ya antes mencionados. Como se puede observar, es triste y difícil las condiciones de vida y de salud de la población, como también es diversa y compleja la situación del trabajador guatemalteco, incluso antes de llegar a su destino (las fincas del Soconusco en México).

LA CONDICIONES LA SALUD EN CHIAPAS, MÉXICO

El estado de Chiapas constituye 58% del total de la frontera sur de México, es el principal centro de destino de las migraciones laborales en este caso principalmente la región del Soconusco; esta región constituye la zona económica más importante de Chiapas por su producción agrícola de café, cacao, algodón y plátano. Sus fincas absorben la fuerza de trabajo de jornaleros provenientes de los Altos, de la Sierra Madre de Chiapas y de Guatemala, dentro de este contingente encontramos trabajadores mames. El Soconusco se ha colocado en México como uno de los principales productores a nivel nacional del café, por lo que a nivel mundial México ocupa el cuarto lugar de producción y el séptimo de plátano, productos que también ocupan un lugar fundamental de la región del Soconusco como la punta de lanza modernizadora de una agricultura que en la región ha sabido diversificarse hasta cierto punto logrando una relativa importancia a nivel nacional, así también presenta una migración de tránsito de casi todas las migraciones centroamericanas al país y a Estados Unidos. Chiapas también es uno de los estados más pobres de México; los índices de marginación gubernamentales lo ubican en primer lugar en la categoría de muy alta marginalidad.⁸

La población chiapaneca es rural casi en su totalidad: de 16,622 localidades existentes en el estado, 99.2% son rurales y sólo 0.7% urbanas. Más de la mitad de la población ocupada (66%) está dedicada al sector primario, con un importante porcentaje que sólo produce para el autoconsumo, es decir que no recibe salario alguno (30% del total del sector). En lo que se refiere a las condiciones de vivienda, cerca del 50% no cuenta con drenaje, inodoro ni agua entubada y sólo 66.9 cuenta con energía eléctrica.⁹

⁸ Con respecto a los municipios y su distribución según los grados de marginalidad en que se encuentran, más del 34% del total (38 de 111 municipios) están en condiciones alarmantes; y más de 84% (94 de 111) se ubica en los grados de alta y muy alta marginalidad.

⁹ Ello no obsta para que en su territorio sea rico en recursos naturales con lo que proporciona al país energía eléctrica (primer lugar nacional), petróleo (cuarto lugar nacional), gas (tercer lugar nacional), maíz (tercer lugar nacional), café (primer lugar nacional), plátano, cacao, ganado bovino (segundo lugar nacional).

En su territorio también se encuentra una diversidad cultural, con fuertes raigambres mayenses en diversos pueblos indígenas que al extenderse a Guatemala conforma una región transnacional de cierta homogeneidad cultural y de similares condiciones de vida precarias para los sectores campesino e indígenas.

Para principios de este decenio, según cifras oficiales, en Chiapas habían aproximadamente 645,000 personas sin acceso a ningún tipo de servicio sanitario, lo cual en términos relativos equivale a 17.2% de la población total del estado. Sin embargo, aun en el grupo poblacional que recibe, real o potencialmente los servicios de salud, los recursos médicos también son escasos. Considerando que la proporción de la población total que cuenta con algún tipo de seguro médico en Chiapas de 20%, principalmente de instituciones gubernamentales y que la población potencialmente usuaria de los servicios de salud es de 60%, es evidente que la utilización de los servicios sanitarios en el primer nivel esta por debajo del promedio nacional: la proporción de consultas a un médico es de ocho por día, la mitad de lo que ocurre a nivel nacional; la población asegurada lo hace con más frecuencia: casi diez consultas por día frente a seis de la población no asegurada.

En Chiapas las enfermedades infecciosas más comunes son las respiratorias aguda y las intestinales; estas últimas han sido en años recientes la principal causa de mortalidad general en la población total del estado, alcanzando en 1992 una tasa de 52.4.

En el medio doméstico, las instalaciones sanitarias representan un aspecto importante que influye en la aparición de algunas parasitosis o infecciones. En región fronteriza de Chiapas, sólo el 20% del total de las viviendas cuenta con drenaje y hay casos donde menos del 10% de las viviendas cuentan con ese servicio. Con respecto al abastecimiento de agua, aproximadamente 40% de las viviendas cuenta con ella. La baja dotación de servicios sanitarios de la población en el interior de sus viviendas y las condiciones de hacinamiento en que vive la mayor parte de los pobladores

multiplican los riesgos de contraer parasitosis, enfermedades gastrointestinales y tuberculosis.

Las muertes maternas se deben en mayor parte a causas obstétricas y al aborto. El porcentaje de mujeres que se atienden en los puestos de salud durante y después del embarazo es mínimo. La mayoría son atendidas por sus familiares o parteras empíricas. Las muertes de infantes son pocas según registros oficiales; lo que ocurre es un alto subregistro de nacimientos y muertes en poblaciones campesinas e indígenas. De las registradas, en primer lugar están las originadas en el periodo perinatal, seguidas por diarrea y neumonía, respectivamente.

Al revisar el perfil epidemiológico de Chiapas se advierte que las enfermedades que prevalecen en la entidad y las que en mayor proporción son causa de mortalidad podrían ser, como en el caso de Guatemala, prevenibles con una intensa política de salud orientada a ese fin, a continuación se presenta las principales causas de mortalidad en el estado:

Cuadro No. I
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
CHIAPAS, 1995
T O T A L

No. de orden	Causa	Defunciones	Mortalidad
1	Accidentes	1,537	41.7
2	Tumores malignos	1,497	40.6
3	Enf. Corazón	1,392	37.8
4	Enf. Inf. Intestinales	1,107	30.0
5	Neumonía/ influenza	864	23.4
6	Afec. Orig. Per.	835	22.7
7	Homicidios x otra persona	703	19.1
8	Diabetes mellitus	621	16.8
9	Cirrosis, Enf. Hígado	613	16.6
10	Cerebrovascular	552	15.0
11	Def. de la Nutrición	462	12.5
12	Tuberculosis Pul.	345	9.4
13	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	317	8.6
14	Bronquitis crónica y la no específica	295	8.0
15	Anomalías congénitas	230	6.2
16	Anemias	216	5.9
17	Septicemia	158	4.3
18	Epilepsia	108	2.9
19	Úlceras gástricas y duodenal	103	2.8

Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: SSA, Dirección General de Estadística e Informática, 1995.

Estimada en base a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población.

Definitivamente todas estas enfermedades pueden ser susceptibles de ser tratadas en el primer nivel de atención médica. Este tipo de enfermedades, y otras como la fiebre tifoidea, la influenza, la tuberculosis pulmonar y la oncocercosis¹⁰ ubica a la entidad en niveles más altos que el nacional, debido sobre todo a las precarias e insanas condiciones en que vive la población.

Como se puede observar en el cuadro anterior desde el punto de vista sanitario el estado de Chiapas presenta una prevalencia epidemiológica de enfermedades respiratorias agudas e intestinales; estas últimas han sido en años recientes la principal causa de mortalidad general de la población total del estado. Entre las enfermedades respiratorias se encuentra la tuberculosis pulmonar que predomina en la región con altas tasas de incidencia. En 1993 contribuyó con 407 muertes que representan el 9.5% del total nacional de defunciones por esta causa, para 1994 la incidencia de tuberculosis pulmonar era de 19.06%, como es de imaginar muy superior a la de la escala nacional y la mortalidad por tuberculosis pulmonar la tasa para 1995 se encontraba a 9.9% (Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis; Chiapas; México, 1995).

Es importante señalar que en 1994 Chiapas ocupó a nivel nacional el décimo lugar con una tasa de 24.2 por 100,000 habitantes por morbilidad pulmonar y por mortalidad pulmonar en 1993 ocupó el 1er. lugar con una tasa de 11.70 por 100,000 habitantes.

El acceso a los servicios de salud, los recursos médicos son escasos, siendo que 17.2% de la población no cuenta con ningún tipo de servicio sanitario. En la región fronteriza, sólo 20% del total de las viviendas cuentan con drenaje y hay casos donde menos de 10% de las viviendas cuentan con ese servicio. Con respecto al abastecimiento de agua, aproximadamente 40% de las viviendas cuentan con ella (Casillas, 1995).

¹⁰ Tapachula es el foco de infección más importante en todo el país; esta enfermedad, desde finales del siglo XIX, se arraigó, del tal forma que en este municipio hasta la fecha ha sido imposible para las autoridades sanitarias erradicarla o reducirla a su mínima expresión.

Cuadro No. II
MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA POR TUBERCULOSIS PULMONAR
MÉXICO Y CHIAPAS, 1995

Causa de Mortalidad	MÉXICO		CHIAPAS	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Tuberculosis pulmonar	2380	4.3	345	9.4

FUENTE : Subsecretaría de Planeación; Dirección General de Estadística e Informática, México, 1995.

*Tasa por cada 100 000 habitantes de 15-64 años.

Estimada en base a las proyecciones de población del CONAPO.

El cuadro epidemiológico de mortalidad afirma que en el estado de Chiapas en el comportamiento de la Tuberculosis Pulmonar se ha presentado superior (9.4) en comparación a la del nivel nacional.

CAPITULO III
LA TUBERCULOSIS PULMONAR UNA ENFERMEDAD DE LOS POBRES

Definición y descripción etiológica de la tuberculosis pulmonar

Se acepta generalmente, que la Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, la cual, puede adoptar tanto un curso agudo como crónico; causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Caracterizada por una amplia gama de lesiones, signos y síntomas, que dependen del lugar, órgano o tejido afectado, puesto que puede lesionar a cualquiera de ellos en el cuerpo humano, sin embargo, destaca por su frecuencia, el ataque al tejido pulmonar.

Existen tres especies fundamentales de *Mycobacterium tuberculosis*, a saber: M.B.T variedad *Hominis*, *Bovis* y *Avium*. Es importante señalar que el 95% de los casos de tuberculosis. en humanos, aproximadamente, son producidos por MBT variedad *hominis*.

Se entiende además, las denominadas "atípicas" según la clasificación de Runyon-Type. Morfológicamente, son bacterias en forma de bacilo, rectos o ligeramente curvos, cuyo grosor varía de 0.2 a 0.5 micras y su longitud de 1 a 4 micras.

"Esta enfermedad se diagnóstica por la presencia de bacilos en el esputo, o por cambios radiológicos (infiltraciones, cavernas o fibrosis), en fases avanzadas existe pérdida de peso, fatiga, fiebre tos, dolor torácico y hemoptisis. El modo de transmisión es por la exposición al bacilo a través de núcleos de gotitas suspendidas en el aire procedente del esputo de personas bacilífero-positivas. La exposición prolongada y cercana a un caso activo puede producir infección en los contactos. El periodo de incubación es de 4 a 12 semanas entre el momento de la infección y la aparición de lesiones primarias. El periodo de transmisibilidad dura mientras se expulsan bacilos (en pacientes no tratados o con tratamiento insuficiente, el esputo puede permanecer infectante durante año). La susceptibilidad es mayor en personas desnutridas o afectadas de silicosis, diabetes o sometidas a tratamientos inmunosupresor. Las medidas preventivas y de control, se orientan a la mejoría de las condiciones de vida,

vacunación BCG, detención temprana de los casos, tratamiento oportuno y de quimioprofilaxis a los contactos” (López, op. cit., 1993).

El tratamiento se desarrolla con la utilización de antibióticos antituberculosis, recomendados por la OMS y la UICTER; *isoniacida, estreptomycin, tiacetazona, etambutol, rifampicina y pirazinamida*, y la temporalidad del medicamento difiere según la asociación. Lamentablemente la disponibilidad del medicamento difiere de los países centrales a periféricos y en estos últimos años no se ha considerado un presupuesto por parte del gobierno mexicano para la Tuberculosis, sin negar la eficacia de este medicamento contra la tuberculosis pulmonar, si infiere que los programas de tratamiento no han tenido el éxito deseado debido entre otras causas a la falta del medicamento y a la aparición de bacterias resistentes a los antibióticos.

Antecedentes históricos de la tuberculosis

La tuberculosis, es una enfermedad ancestral que ha causado millones de fallecimientos y que en la actualidad aún causa estragos en las familias mexicas y guatemaltecas, ha sido motivo de estudio ininterrumpido y de ingenio del hombre para controlarla y aun aspirar a erradicarla. Conocida desde Hipócrates, la tuberculosis no ha respetó por muchos años clases sociales, lo mismo indigentes que personajes relevantes cayeron víctimas de la enfermedad.

El hombre se ha esforzado por combatirla, desde antes de conocer el agente causal (1882) y con mayor entusiasmo después. Al principio como lo recomendó Hipócrates, se enfatizó el aislamiento, la buena alimentación y reposo, y hubo una época de auge en que se construyeron importantes sanatorios en climas de altitud, donde el factor principal era el reposo del individuo enfermo. En México se construyeron: el Hospital “Dr. Manuel Gea González, El Hospital Zoquipan, Jal y el de Ximonco, este último nunca inició labores (Historia de una enfermedad Olvidada, 1993).

Posteriormente se pensó que era el órgano enfermo el que debía reposar y surgió el neumotórax intrapleural, colapso reversible que obligaba por largo tiempo a la insuflación de aire en la cavidad pleural. Luego se buscó un colapso permanente mediante la recesión de fragmentos posteriores de las primeras costillas o sean, las toracoplastías con las distintas variantes, se intentó también resecar la porción enferma. Todos estos procedimientos se llevaron a cabo antes del advenimiento de los antibióticos y quimioterápicos específicos (Supra). Con esta larga trayectoria y desde un punto de vista ecológico, no se puede negar y admirar la astucia del *Mycobacterium tuberculosis*, para mantener un posición tan firme en la población por un período tan prolongado y bajo condiciones adversas a su existencia (Broeksmans, 1991).

La tuberculosis, antigua enfermedad que durante largo tiempo constituyó un gran desafío para la salud pública a nivel mundial, actualmente continúa siendo un importante problema de salud en los países de capitalismo periférico. En el siglo pasado fue responsable por casi una de cada diez muertes en Europa (Prestonet et al. 1972). Existen evidencias confiables que a pesar de su magnitud en los últimos cuarenta años el problema de la tuberculosis ha ido disminuyendo en los países capitalistas centrales, después de la introducción de la quimioterapia antituberculosa, inclusive en muchos de estos se observó en la era pre antifímicos (principios de siglo) una sostenida disminución de la mortalidad por tuberculosis (Frost, 1973; Styblo, 1980).

En la actualidad, se estima que a nivel mundial mueren al año por esta enfermedad cerca de tres millones de personas y en este mismo período aparecen ocho millones de nuevos casos que se suman a los ya existentes. A partir de los ochenta se ha observado un aumento en su frecuencia, lo que se ha asociado a dos fenómenos: el sida, ya que los sujetos que padecen esta enfermedad presentan una depresión en su respuesta inmune que favorece el desarrollo de la tuberculosis, y a la aparición de bacterias resistentes a los antibióticos. En México se observa un fenómeno semejante.

La tuberculosis pulmonar en México

Los primeros registros de la tuberculosis Pulmonar en México se presentaron en 1972, esta ha sido una de las pocas enfermedades a las que se le reconoce abiertamente su relación con la pobreza. El riesgo de contraer tuberculosis en menores de 15 años es tres veces mayor en México que en los países centrales y en específico con América Latina es tres veces menor, mientras que en la población adulta el peligro es superior seis veces con relación a los primeros y se encuentra ligeramente por encima del promedio latinoamericano (SSA, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la ha considerado como una epidemia y su erradicación como un desafío para las Américas, lamentablemente hasta momento no se tiene definido un presupuesto por parte del gobierno mexicano específico para atención a la tuberculosis, (Seminario: La tuberculosis como una emergencia mundial, México 1996).

En la actualidad existen 70,000 casos conocidos y la incidencia para 1996 llegó aproximadamente 18 casos por 100,000 habitantes (INER, 1997).

Se calcula que dentro de las causas de mortalidad en México, es la primera enfermedad que causa la muerte debido a la acción de un germen patógeno único. La tuberculosis pulmonar contribuye en la proporción de 1.5 de la mortalidad nacional, determinando 96.116 años de vida potencialmente perdidos y se trata de la primera enfermedad-causa de hospitalización en México.

La tuberculosis se detecta en la etapa productiva de la población, enferma principalmente a personas entre 24-44 años y 45-65 años con incidencia 67% de los casos y se caracteriza como de naturaleza pulmonar en 65% entre los casos nuevos. (Seminario la tuberculosis pulmonar: Una emergencia mundial, 1996).

Para 1994 la incidencia de tuberculosis en todas las formas a los diez estados que más afectó se presentaron en la república Mexicana de la siguiente manera:

CUADRO III
INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA
DIEZ ESTADOS MAS AFECTADOS EN MÉXICO, 1994

Estado	Casos	Tasas*
Guerrero	906	31.94
Nayarit	265	29.10
Tabasco	477	28.87
Baja California	540	26.65
Baja California Sur	88	24.27
Sinaloa	543	22.50
Chiapas	717	20.26
Veracruz	1242	18.13
Tamaulipas	376	14.86
Quintana Roo	82	13.52

Fuente: Registro Nacional de casos de tuberculosis DGE/SSA*100 000 habitantes.

Las cifras muestran una distribución diferenciada de la tuberculosis para la República Mexicana, con alta incidencia para en las regiones norte y sur. Geográficamente la enfermedad se encuentra diseminada a las condiciones socioeconómicas de cada estado, razón por la cual donde se presentan los índices más altos de incidencia como se presentó en el cuadro anterior, ya que en estos estados son expulsores de flujos migratorios como receptores. Se ha señalado también que 16 mil personas se contagian cada año, así también se calcula que existe un subregistro de 14 mil. Del total de la suma el 80% recibe atención medica (SSA, 1996).

El estrés, pobreza, desnutrición, analfabetismo y hacinamiento que prevalecen en comunidades rurales, indígenas y urbanas del país son los principales factores de riesgo para que la tuberculosis se haya incrementado en los últimos años. Otro importante riesgo que contribuye a la transmisión y complicación de este padecimiento es la intensa migración interna e internacional y la prevalencia de enfermedades como SIDA, alcoholismo y diabetes (SSA, 1996).

Por último para el año de 1995 se registró una mortalidad de tuberculosis como se muestra en el cuadro IV. Donde se observa que el estado de Chiapas a nivel nacional se colocó en primer lugar por esta causa.

CUADRO IV
MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS, SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA
DIEZ ESTADOS MAS AFECTADOS, MÉXICO 1995

Entidad Federativa	Defunciones	Tasa*
Chiapas	366	9.9
Oaxaca	321	9.5
Veracruz	608	8.8
Nayarit	70	7.9
Baja California	164	7.8
San Luis Potosí	171	7.7
Coahuila	162	7.4
Tabasco	121	7.1
Tamaulipas	176	7.0
Hidalgo	137	6.5

Fuente: Registro nacional de casos de tuberculosis DGE/SSA *1/tasa por 100 000 habitantes.

En 1996 el Sistema Nacional de Salud notificó un total de 13,000 casos y 4,000 fallecimientos, lo que significó un incremento del 10% en relación a 1995. Actualmente ocupa el décimo quinto lugar de mortalidad a nivel nacional y en específico el Estado Chiapas ocupa el primer lugar nacional por tuberculosis pulmonar, situación por la que la entidad federativa es considerada prioritaria para el programa nacional.

Es evidente que la incidencia por tuberculosis en la República Mexicana viene presentando desde 1993 una tendencia creciente, solicitando políticas sanitarias de mayor impacto epidemiológico para control de la patología y cambios emergentes y estructurales en las condiciones de vida y salud de la población más vulnerable, para que de esta manera disminuir su proceso de transmisión y propagación.

Estado actual del conocimiento:

El modelo médico hegemónico con enfoque biologicista explica ampliamente desde una perspectiva multicausal los factores de riesgo que predisponen al hombre a padecer la enfermedad de la tuberculosis pulmonar, como son: el estilo de vida, las costumbres, la educación, etc.

Describe con exactitud las alteraciones fisiológicas que la bacteria provoca en su tránsito por el organismo humano, así como aquellas relacionadas con la respuesta inmune, pero deja de lado la explicación de las determinantes socioeconómicos.

En concordancia con el énfasis científicista del modelo, las investigaciones que se han privilegiado son aquellas orientadas a la explicación de tratamientos más eficaces al desarrollo de vacunas (BCG), tratamientos de quimioterapia, farmacológico y los aportes para determinar el comportamiento epidemiológico de esta entidad nosológica. Sin negar la importancia de estos avances en el tratamiento y prevención específico de la tuberculosis, esta aproximación resulta ser insuficiente pues deja de lado (o trata de

manera muy superficial) los componentes sociales y económicos de los grupos con mayor riesgo de padecer la enfermedad y muerte.

CAPITULO IV
MARCO TEÓRICO

MIGRACIÓN COMO FENÓMENO DE GRAN MAGNITUD

En la actualidad la migración representa un fenómeno de gran magnitud social que aflige indiscriminadamente a los países centrales y periféricos. La migración posee una trascendencia geopolítica y es determinada por múltiples factores de orden económico, político, religioso y cultural, y, entre otros. Se caracteriza fundamentalmente como un movimiento de grupos humanos que genera intercambios económicos y culturales, implicando transformaciones en las condiciones de vida de los migrantes y cambios importantes en la estructura social de los países y regiones receptoras. Las políticas oficiales adoptadas hasta el momento por el Estado, en los países centrales y periféricos, son insuficientes y superficiales, lo que determina que los flujos migratorios internos a un país y entre países presentan una tendencia creciente, insertándose en el contexto internacional como uno de los graves problemas socio-demográficos del siglo XXI.

Derivado de la problemática social y política de los flujos migratorios, emergen los problemas de orden sanitario creados por las precarias condiciones de vida y trabajo a las que normalmente están sometidos los migrantes y por consecuencia las poblaciones receptoras, que también se exponen a esta situación de insalubridad. De esta manera se dan las condiciones propicias para la proliferación de enfermedades transmisibles e infecciosas generando un evento epidemiológico trascendente con graves implicaciones para la salud colectiva.

Considerando los aspectos mencionados anteriormente, en este estudio socio-epidemiológico, se parte de la premisa teórica de que los movimientos migratorios pueden determinar la emergencia de un perfil patológico particular de un grupo humano, definiendo un modo específico de enfermar y morir (Laurell, 1993), sostenido por una determinación social multifacética. Así también, se identifica una intersección entre migración y salud colectiva en la medida que lo primero genera las condiciones favorables para la proliferación de patologías de gran trascendencia epidemiológica,

implicando un proceso de retroalimentación que avanza en proporciones geométricas ocasionando daños y pérdidas en el nivel de salud de una población.

El proceso migratorio de las regiones de Soconusco en el estado de Chiapas está determinado esencialmente por factores socioeconómicos. El modelo de desarrollo económico y social de las regiones de origen de los migrantes no ofrece oportunidades para la inserción en el mercado laboral de esa mano de obra en su país y/o región de origen respectivamente. Por lo tanto se puede inferir que la expulsión de esa mano de obra para actividades laborales agrícolas temporales ocurre porque se encuentran en condiciones infrahumanas de vida y sin alternativa laboral. Añádese a estos procesos una tendencia migratoria sociocultural de los indígenas, impulsada por el deterioro económico de las regiones. Finalmente, buscan una mejoría de algunos aspectos elementales de sus condiciones de vida (vivienda, alimentación, salud y educación) a través de la migración temporal sin renunciar a sus raíces familiares, comunitarias, cultura y su base económica del lugar de origen.

Se considera la premisa que existe un deterioro histórico de las condiciones de vida de los migrantes en sus lugares de origen y se estima que el proceso migratorio lo potencializa, ocasionando la manifestación de un perfil patológico específico de esa población, es decir, que el deterioro de los niveles de salud de los migrantes temporales encuentra su principal determinación en el proceso socio-histórico en que están insertos.

Conforme estudios epidemiológicos realizados por PRONSJAG. (Problemática de Salud y Seguridad Social de los Jornaleros Agrícolas, abril de 1995), la tasas de prevalencia e incidencia son altas entre migrantes de la región de la mixteca por patologías de tuberculosis pulmonar, infecciones respiratorias agudas, enfermedades sexualmente transmisibles, SIDA y diarreas. Para ejemplificar, un estudio epidemiológico hecho con una muestra de migrantes de Oaxaca al valle de Culiacán en el estado de Sinaloa identificó que las enfermedades respiratorias son responsables por 41.20% del total de la enfermedades que padecen los jornaleros (SEDESOL,

1992). En alguna medida se puede clasificar ese perfil patológico en el campo de las patologías de la pobreza, como denomina la Organización Mundial de la Salud; a pesar de la necesidad de la presencia de un microorganismo biológico, este sólo se hospeda en los organismos que tiene una debilidad en su sistema inmunológico posiblemente determinada por el deterioro acentuado de las condiciones de vida y laboral de los migrantes.

En la presente investigación, se parte de la hipótesis que la tuberculosis pulmonar, por sus características clínicas y epidemiológicas puede ser considerado como un evento trazador que revela la existencia de un progresivo deterioro de la calidad de vida de ese grupo humano.

La tuberculosis pulmonar como una patología infecto-contagiosa, puede ser analizada desde la perspectiva epidemiológica de evento centinela, porque es interdependiente de las características de hacinamiento e higiénicas del entorno, así como del nivel de la dieta nutricional y del grado educativo de las personas expuestas a la microbacterium tuberculosis (*M. Bovis* o *M. Africanum*). Esta perspectiva encuentra fuerza en las altas tasas de incidencia (casos nuevos) y en los niveles crecientes de morbilidad y mortalidad por tuberculosis pulmonar entre migrantes temporales, evidenciando su trascendencia epidemiológica en esa población. Además, existe una pérdida de años de vida potencial medida por la discapacidad y muerte de migrantes portadores de la enfermedad, implicando en una disminución de la mano de obra en edad productiva, pérdida monetaria para la economía regional, ruptura de la estructura del núcleo familiar y comunitario, así como cambios de las estrategias socioafectivas y culturales de los individuos y grupos humanos de migrantes en función de la pérdida afectiva.

El acercamiento del objeto de estudio de esa investigación se dará a través de la categoría de calidad de vida conceptualizada como las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos (Blanco et al, 1995).

La calidad de vida incluye diversas dimensiones, tales como: las condiciones de trabajo remunerado, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno (Blanco et al , 1995). Es decir, la capacidad de un grupo humano de resolver satisfactoriamente en cantidad y calidad el conjunto de necesidades humanas y posibilitar el desarrollo humano, es lo que permite que su población tenga una mejor calidad de vida (Blanco et al , 1995). Esta categoría analítica buscará explicar el deterioro de los niveles de salud de los migrantes temporales que los predispone a la adquisición de la tuberculosis pulmonar.

La calidad de vida en esta investigación será evaluada a través de la reconstrucción del desgaste laboral del proceso productivo en que se encuentran insertos los migrantes, de la reproducción de su fuerza de trabajo a través del nivel de acceso a los bienes y servicios de consumo y del nivel de apoyo de las redes familiar y comunitarias para la satisfacción de sus necesidades subjetivas y culturales que están circunscritas principalmente en la vivienda y su entorno (Blanco el al, 1995). En estos tres momentos distintos e interdependientes se caracterizará por la expresión de la calidad de vida experimentada por los migrantes con el objetivo de evaluar su nivel de salubridad y susceptibilidad a la adquisición de la tuberculosis pulmonar.

Se estima que en los flujos migratorios existe un entorno bio-psíquico-social característico que enmarca los límites y alcances de la calidad de vida vivenciada por ellos, que se explica por el intento de adaptarse a las condiciones de vida y trabajo accesibles, es decir la calidad de vida entre migrantes es traducida por su capacidad de adaptarse plásticamente a su nuevo entorno. Todavía, esa adaptación se construye por medio de una historicidad de los procesos biológicos y sociales, que se deriva de la capacidad que tiene el cuerpo y la mente de responder con plasticidad contra y a través de sus condiciones de desarrollo; proceso que origina modos de andar de la vida típicos del grupo humano de migrantes, que están históricamente definidos.

Con el intento de concretar la categoría calidad de vida desplazada en su dimensión de condiciones de vida de los migrantes, se optará por trabajar con necesidades básicas y sus correspondientes satisfactores definidos según el Programa de Naciones Unidas - PNUD - (Blanco et al , op. cit., 1995). Operacionalizando esas categorías intermedias planteadas, se utilizará la medición de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) en las unidades de espacio (Soconusco) y población (migrantes) que según algunos autores permite identificar la carencia estructural (Blanco, et. al, op. cit, 1995).

Para explicar el fenómeno patológico de la tuberculosis pulmonar entre migrantes, se propone la identificación las condiciones de vida y de trabajo en las dimensiones del proceso de trabajo, proceso de consumo y red de apoyo familiar. Esto significa puntualizar los elementos específicos de estos espacios de interacción del migrante con su entorno, clasificando aquellos que actúan como promotores de deterioro del nivel de salud.

Los satisfactores de las necesidades básicas conforme la conceptualización del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), nos permitirá aproximarnos a las dimensiones de trabajo, consumo y red de apoyo familiar y comunitario de esta investigación que serán contemplados en los siguientes satisfactores correspondientes:

- 1) Seguridad de tener acceso a los satisfactores básicos durante toda su vida, independientemente de la situación en que se encuentre, lo cual requiere de mecanismos familiares o sociales para enfrentar los riesgos de enfermedad. incapacidad, desempleo, vejez, orfandad, viudez, abandono y similares;
- 2) Mantener la salud y la reparación biológica, lo que entraña servicios de salud, así como los satisfactores que permitan la higiene del hogar y la personal;
- 3) Socialización y educación básicas que incluye no sólo la educación y la socialización primaria que suelen darse en el hogar, y la instrucción pública, sino

también la educación para la salud, la orientación sexual y la capacitación para el trabajo;

4) Información, recreación y cultura, lo que implica no sólo los recursos familiares y el acceso a las instalaciones sino también disponibilidad de tiempo libre (Blanco et. al, 1995).

Estos satisfactores serán operacionalizados y cuantificados a través del índice de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) permitiendo identificar la carencia estructural del grupo humano de los migrantes.

La manera como el autor (Blanco, 1995), han definido la categoría de Calidad de Vida corresponde a la capacidad de un grupo humano de resolver satisfactoriamente en cantidad y calidad el conjunto de necesidades humanas y posibilitan el desarrollo humano, por lo que para la operacionalización de estas categorías se desglosa en variables explicativas relacionadas al proceso de trabajo, la accesibilidad a los bienes sociales y redes de apoyo familiar y comunitaria con el objetivo de la construcción del índice de satisfacción de las necesidades básicas de los migrantes, conforme el siguiente esquema:



**VARIABLES RELACIONADAS
AL PROCESO DE TRABAJO**

- 1) Trabajo permanente o temporal
- 2) Actividad Laboral
- 3) Días de trabajo
- 4) Salario mensual

**VARIABLES RELACIONADAS
A LA ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS BÁSICOS**

- 1) Escolaridad
- 2) Calidad de la vivienda
- 3) Acceso a los servicios de salud
- 4) Acceso a la educación

**VARIABLES RELACIONADA
A LA RED DE APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIA**

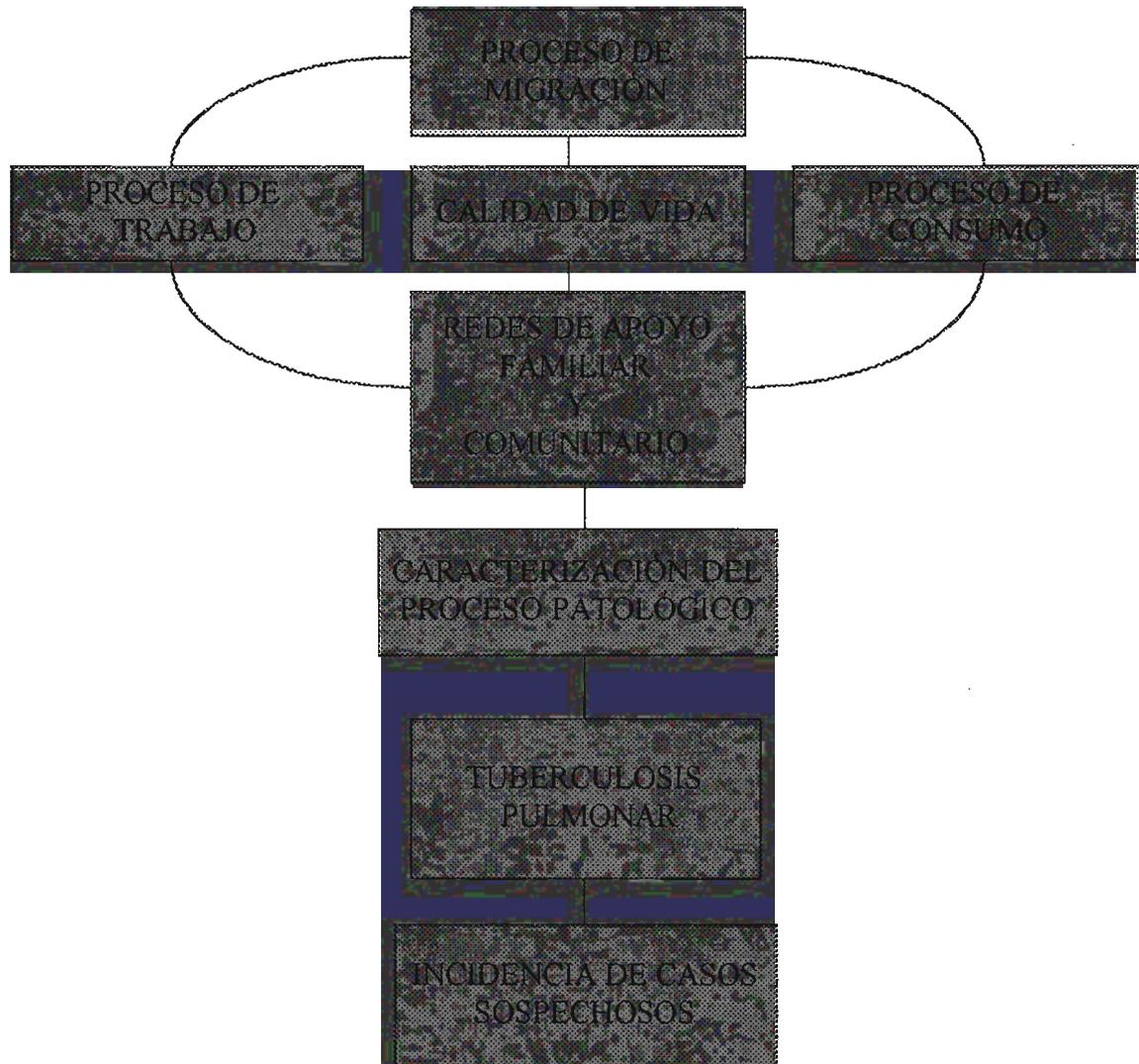
- 1) Tiempo libre
- 2) Migra con o sin familia
- 3) Donde irán cuando terminen su trabajo

**ÍNDICE DE
SATISFACCIÓN DE
LAS NECESIDADES
BÁSICAS DE LOS MIGRANTES**



**ÍNDICE DE
SATISFACCIÓN DE LAS
NECESIDADES HUMANAS
BÁSICA -PNUD-**

ESQUEMA TEÓRICO EXPLICATIVO DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS



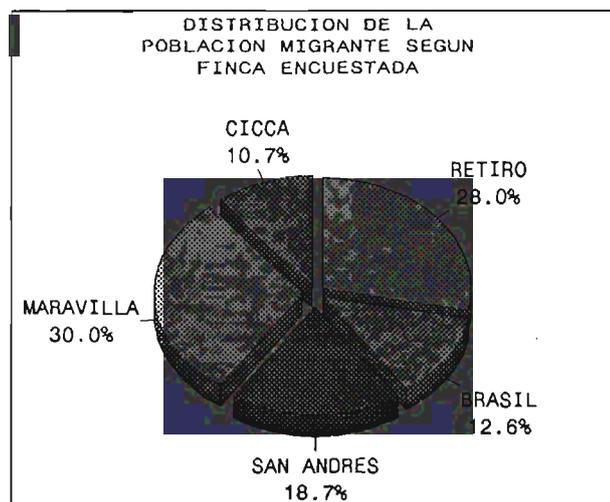
CAPITULO V
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Perfil general de la población migrante

En este capítulo se busca delinear un perfil general de la población en estudio con el objetivo de conocer sus condiciones de vida y de trabajo y sus características socio-demográficas y económicas para que de esta forma se comprenda el fenómeno del proceso migratorio. Presenta una descripción epidemiológica y análisis socioeconómico de las características básicas de la migración, encontradas en los trabajadores que acuden anualmente a las plantaciones de café de la región Soconusco en el estado de Chiapas.

A través del trabajo realizado, se identificaron dos grupos de migrantes: permanente y temporales. Este criterio de clasificación se basó en el tiempo de permanencia en las fincas. Se consideran migrantes temporales los que llegan a las fincas de cuatro a doce semanas y permanentes los que ya viven de manera establecida en las mismas. Lo anterior permite acercarse a establecer una interrelación entre los procesos de riesgo; que existe en los flujos migratorios temporales y el proceso de salud-enfermedad en la tuberculosis pulmonar. Por lo que en términos de salud, se podría inferir, que de contagiarse de algún microorganismo podrían transportarlo a su lugar de origen así como a los lugares donde transitan (ruta migratoria), lo que influye en la definición de un perfil patológico específico de esta población, diferente a los de los migrantes permanentes.

El universo de trabajo estuvo comprendido por total 250 encuesta a familias nucleares y extensivas que correspondió a un total de 515 personas registradas incluyendo, adultos y niños, las fincas con las que se trabajó fueron en su orden las siguientes: Centro Internacional de Investigación y Capacitación Agropecuaria (CIICA) 10.7%; El Retiro 28.0%; Maravilla 30%; San Andrés 18.7% y por último Brasil 12.6% (Véase la siguiente gráfica).



El instrumento fue aplicado a jefes de familia o bien a la persona que se encontraba disponible en el momento de su aplicación.

Es importante señalar que en el momento en que se recopiló la información la población en estudio se encontraba en la última etapa de cosecha (tiempo de limpia) que corresponde del mes de marzo-agosto, no obstante se pudo constatar por administradores de las fincas, que una finca en tiempo de cosecha (septiembre-febrero) llega a utilizar 600 trabajadores muchos de ellos acompañados de familiares (esposa e hijos), lo que aumenta significativamente el total de laborantes.

Por último se resaltan las precarias condiciones de vida y trabajo de dicha población de los lugares de destino que caracteriza un perfil de la calidad de vida.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados como calidad migratoria, lugar de origen y ocupación, salario etc. De ellos se obtuvo ciertos datos a través del instrumento utilizado. Este perfil general de los migrantes caracteriza los elementos básicos que integran el proceso migratorio, las condiciones de trabajo y de vida, llevándonos a comprender los riesgos fundamentales que intervienen en el proceso salud-enfermedad en específico de la tuberculosis pulmonar en esta población.

El universo de trabajo estuvo comprendido por un total 515 sujetos (incluyendo a esposas e hijos) en el cual un 72% respondió ser temporal y un 28% respondió ser permanente, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

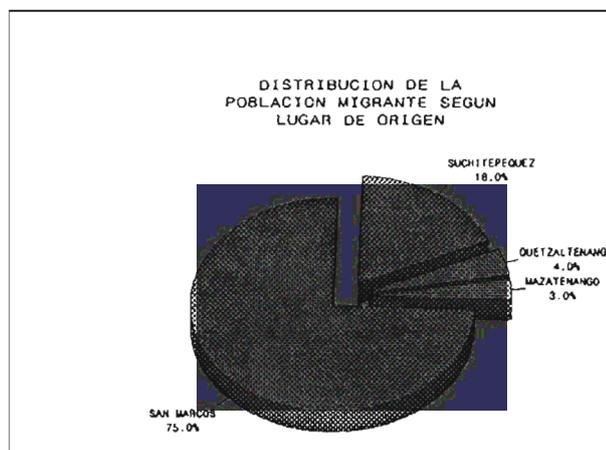
Tabla I
Distribución de los migrantes por característica migratoria

Tipo de migrante	Frecuencia	%
Temporal	291	72
Permanente	114	28
Total	405*	100

*No se incluye a menores de 6 años

Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

Es importante señalar que los que respondieron ser temporal provienen del país de Guatemala, específicamente del Altiplano (Suroccidente), esta región del país es especialmente indígena se caracterizan por ser monolingües mayas, presenta un menor grado de desarrollo relativo, comparado al resto del país.



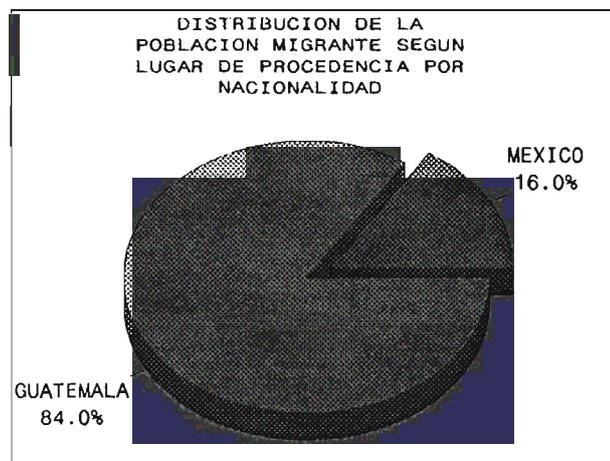
Se observó que las condiciones de trabajo y de vida en entre estas dos categorías no presentan un cambio significativo, ya que ambos ocupan actividades laborales iguales, con salarios semejante, lo que les podría diferenciar únicamente es la nacionalidad, ya que un porcentaje significativo se encontró que muchos de estos migrantes presentan ser del altiplano de Guatemala, es evidente que para ambos grupos no existe diferencias en relación a sus costumbres, cultura y creencias ya que se infiere que por la cercanía fronteriza no existen diferencias socioculturales en esta población de raíces mayas.

Para la migración temporal se constató que al terminar la época de limpia partir del mes de abril regresan a sus lugares de origen, evidenciando que la migración es un mecanismo de trabajo que los lugares de origen no les proporcionan. Esto evidencia que la migración es producto de la ausencia de alternativas de trabajo en sus lugares de origen de los migrantes, lo que les obliga a salir de sus tierras en busca de oportunidades laborales para generar en alguna medida mejores condiciones de vida y trabajo.

En relación al lugar procedencia y ocupación se pudo constatar que los trabajadores agrícolas que acuden a la limpia del café son en su mayoría; campesinos, minifundistas de origen guatemalteco (84%) que proceden del altiplano Suroccidental¹¹, este es un factor característico de singular importancia en la forma que determina el flujo migratorio Guatemala-México el lugar de procedencia de estos campesinos se sabe que presenta un deterioro en las condiciones de vida de la gran mayoría de la población guatemalteca, es una realidad que afecta particularmente a campesinos del Altiplano, motivando un movimiento migratorio, el resto (16%) presentó ser de la República Mexicana, específicamente del estado de Chiapas lugar que actualmente presenta un alto grado de marginalidad lo que hace pensar que no existe una diferencia significativa en ambos espacios físicos. Ambos trabajadores se estima que

¹¹ En específico un 75% pertenecen al Departamento de San Marcos.

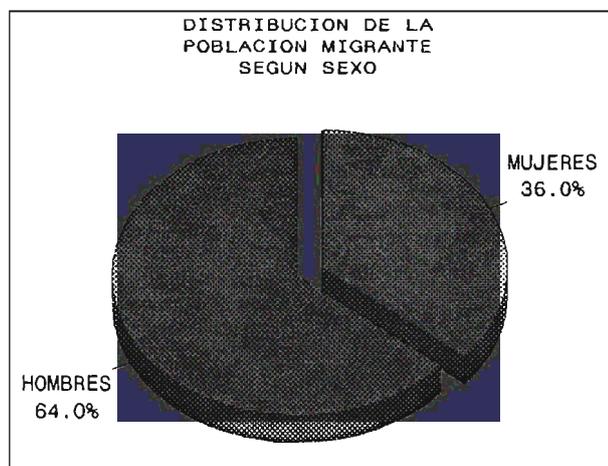
recurren a la migración como una alternativa para obtener los recursos que les permitan mantener sus niveles mínimos de subsistencia. Véase gráfica.



El número total de migrantes que ingresan a la frontera, no se pudo definir con exactitud debido que hasta el momento no se tiene una estimación real por parte de las fincas cafetaleras con las que se trabajó, como también por parte de las autoridades migratoria, (se estima que en promedio trabajan en cada finca 600 jornaleros más los miembros de familia, hay aproximadamente 50 fincas en el área del café) lo anterior se explica ya que se pudo constatar en el trabajo de campo que existe un subregistro por parte de las fincas como también de las autoridades migratorias, existe presencia de migrantes indocumentados, así también las autoridades de migración han reportado un número de migrantes que equivale a 100,000, sin considerar a la migración indocumentada. Sin embargo hay investigadores en el área de migración que estiman que el número de migrantes oscila entre 100,000 a 150,000 los que año con año cruzan la frontera para trabajar en las fincas del Soconusco (Castillo y Casillas, 1993).

En específico en este estudio se pudo constatar que el total de migrantes estudiados esta distribuida en la proporción de 64% para el sexo masculino y de 36 % para sexo femenino, mostrando una distribución mayor para el sexo masculino, lo que hace pensar que es mano de obra masculina la que migra, ya que se infiere que se

encuentra en mejores condiciones de salud en relación al sexo femenino, sin embargo se encuentra un porcentaje de mano de obra femenina lo que nos refiere a la necesidad de ambos sexos de buscar nuevas alternativas de trabajo, las que en sus lugares de origen no encuentran. Véase gráfica siguiente:



La migración se presenta de manera colectiva, es decir que migran con sus familiares o vecinos (paisanos) de la comunidad (74.9%) e individual (24.1%), es importante señalar que se pudo observar que la población joven comprendida ente 19-24 años del sexo masculino migran de manera individual, por lo que se infiere que este migrante presenta en alguna medida mejores condiciones de salud del resto de la comunidad y que en sus lugares de origen no hay alternativa de trabajo y cubrir las necesidades básicas del hogar, por lo que el miembro de familia del sexo masculino se ve en la necesidad de migrar

Tabla III
DISTRIBUCIÓN DE LA MIGRACIÓN FAMILIAR

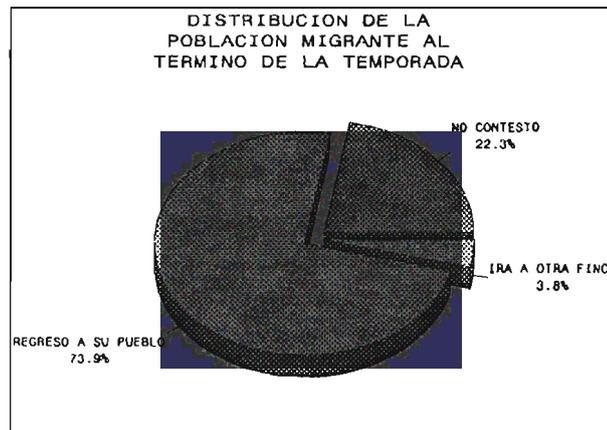
Tipo de Migración	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	391	74.9
Individual	124	24.1
Total	515	100

Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997. (Ver gráfica en anexo "Distribución de migrantes por grupo familiar").

La estadía promedio para esta población es de tres a ocho semanas y se observó que en esa temporada de limpia la mayoría de los jornaleros trabajan en una sola plantación, sin desplazamiento a otras fincas con cultivos similares, en su mayoría van de regreso a su lugar de origen (95%). Se infiere que la población que migra es la que presenta mejores condiciones de salud y también es la que carece de tierras propias o bien la que se encuentra desempleada en su lugar de origen, buscando a través del proceso migratorio alternativas laborales para cubrir en alguna medida las necesidades básicas de sus familiares que van acompañándolos o bien los que se quedan.

Definitivamente esta ambivalencia laboral genera en la población algún tipo de estrés, pues bien saben que al terminar la temporada de limpia, deberán de regresar a su lugar de origen sin la expectativa laboral que tiene en el lugar de destino y por consiguiente generando peores condiciones de subsistencia para su familia.

En la siguiente gráfica se puede apreciar el número de migrantes que regresa a su lugar de origen:



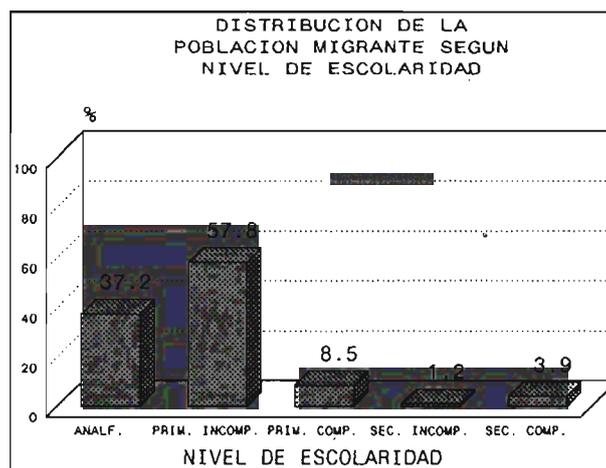
En relación a la edad la mayor proporción se encuentra en las edades productivas de 16-25 años (35%) y de 26-53 años (31%) para ambos sexo, la edad mediana para esta población es de 20 años lo que significa que es un grupo etario joven, sin embargo se pudo constatar que hay presencia de menores de edad que equivale a un 17.3% (Ver Anexo Pirámide Poblacional). En estas circunstancias de convivencia en el trabajo compartido y en lugar de habitación o de descanso transitorio, se piensa que conlleva los riesgos de compartir las enfermedades. La población se encuentran en edades muy jóvenes como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Tabla No. IV
GRUPO DE EDADES QUINQUENALES DE LA POBLACIÓN MIGRANTE
PARA AMBOS SEXOS

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-4	45	8.7
5-9	40	7.8
10-14	49	9.5
15-19	110	21.4
20-24	68	13.2
25-29	38	7.4
30-34	40	7.8
35-39	38	7.4
40-44	20	3.9
45-49	14	2.7
50-54	10	1.9
55-59	10	1.9
60-64	5	1.
65 y más	28	5.4
TOTAL	515	100

Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

En relación al nivel de educación para los mayores de quince años se observó que un 37.8% de esta población no tiene ningún tipo de escolaridad por lo que es considerada como analfabeta, para el primer año de primaria correspondió a 19% de la población y se observa que la máxima educación para la población de ambos sexos es 37.8% y un porcentaje de la población que ha cursado algún grado de secundaria que equivale a 15.3%. Se infiere que la población en edad escolar es la que reciente más; ya que no existen escuelas en las fincas donde ellos puedan educarse después de la jornada de trabajo, así también se estima que la población extranjera (Guatemala) debido a su calidad migratoria en algunos casos de indocumentados no tienen acceso a la escuelas públicas que estuvieran aledañas a las fincas. Por último se estima que debido a la temporalidad del trabajo esta población no tiene acceso a la educación tanto en el lugar de destino como el de origen, ya que el ciclo escolar varía de un país a otro.

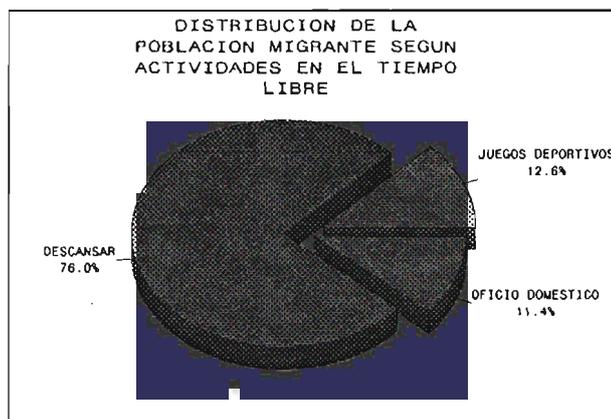


Por lo que se infiere que el bajo nivel de calificación de mano de obra está directamente relacionado con la falta de servicios educativos y capacitación técnica tanto en los lugares de origen como de destino, a esto se suma que niños y adolescentes se ven en la necesidad de trabajar para mejorar el ingreso familiar y de esta manera contribuir a cubrir las necesidades básicas del hogar.

Definitivamente es mano de obra barata con poca instrucción que se dedica a trabajos agrícolas que viene de una tradición laboral de origen familiar o comunal.

El tiempo libre se observa que es utilizado de manera distinta por hombres y mujeres, los hombres en un 83.3% respondió que lo utiliza para descansar y 14% para hacer juegos deportivos, el resto (2.7%) se dedica a trabajar. El sexo femenino en un 52.5% lo dedican al descanso, el 40% a los oficios domésticos y el resto (7.5%) a jugar.

Se observa una inexistencia al acceso de actividades culturales, recreativas y deportivas tradicional de una comunidad agrícola. Ya que no cuentan con ningún tipo de estas dentro de las instalaciones de la finca. (Hacer cuadros con actividades de descanso).



Definitivamente hay una doble carga laboral para el sexo femenino, lo que indudablemente genera un desgaste físico y mayor riesgo de enfermarse, ya que su sistema inmunológico se somete a mayor desgaste físico y psicológico.

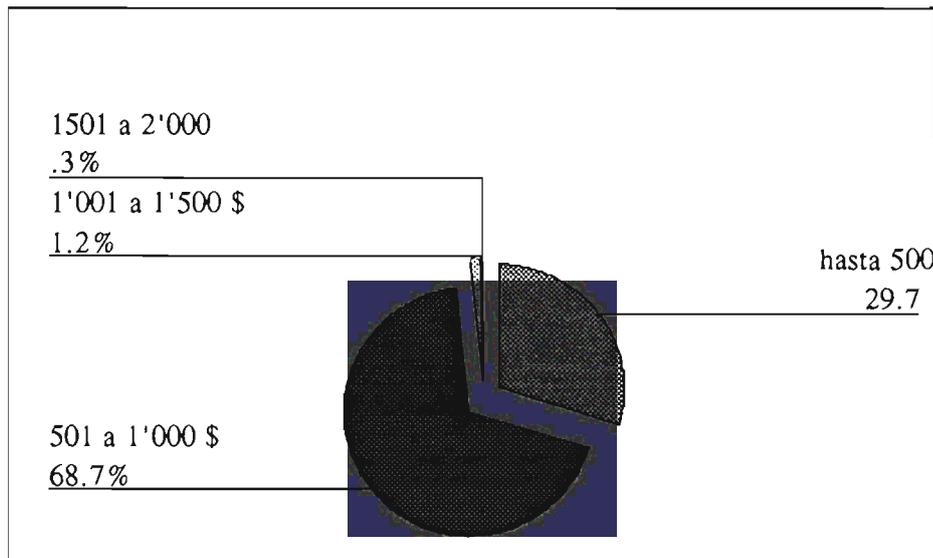
En relación al salario se constató que el ingreso es bajo, se requiere de una jornada de 8 a 10 horas de lunes a sábado para lograr una retribución promedio \$21.00 para el trabajador agrícola y para la población infantil correspondió a \$13.00, es importante

señalar que el salario mínimo para el Estado de Chiapas es de \$22,50¹², y esta población no cubre ni siquiera ese salario. Así se identificó que aunque el salario difiere con respecto a la edad, no existe diferencia en la jornada de trabajo para los migrantes. Se estima que ante esta circunstancia los migrantes se ven en la necesidad de incluir a los miembros de la familia para que en alguna medida mejoren en el ingreso económico y de esta manera tener una mejor retribución, es apreciable que la carga laboral no difiere de mujeres, hombres y niños por lo que se observa un desgaste laboral muy marcado en sus características físicas y psicológicas (Ver fotografía No. 1 en anexo).

En la siguiente gráfica se presenta el salario mensual por migrantes distribuidos por rangos como se puede apreciar en la siguiente gráfica:

¹² Según la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, 1997.

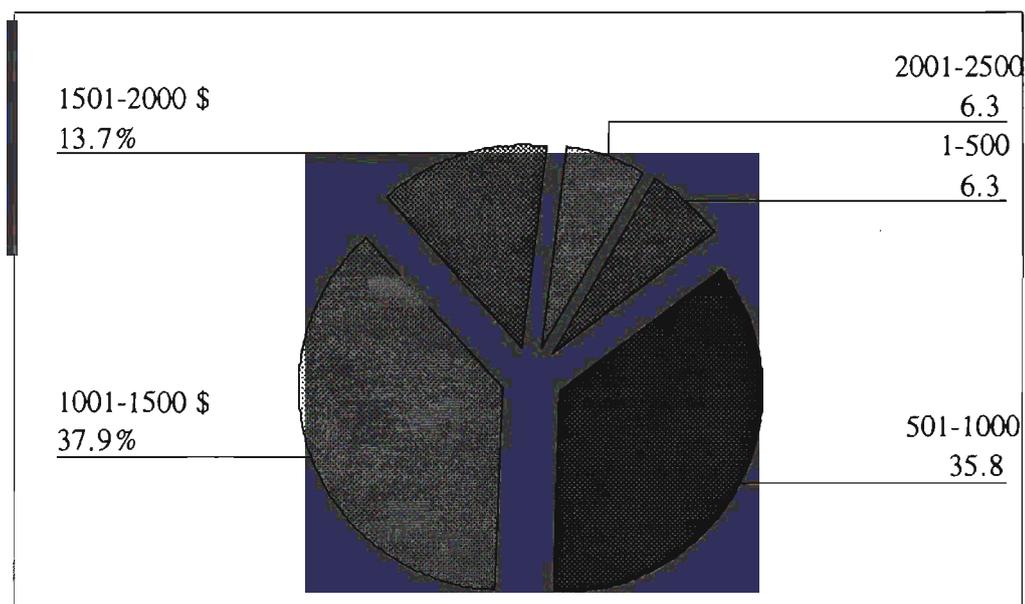
DISTRIBUCIÓN DE RANGO DE SALARIO MENSUAL POR MIGRANTE



Se estima que uno de los aspectos que influye en el salario de los migrantes es el nivel de escolaridad y la poca o nula oferta de trabajo en su lugar de origen, por lo que los contratantes aprovechan esta coyuntura para explotar de una manera inhumana a la población migrante, se observó que los niños a partir de los seis años de edad empiezan a laboral en la fincas, por lo que los contratistas olvidan la condición de niñez de esta población que crece con aroma de café, olvidando el mundo mágico de los niños de su edad y de la bondades que deberían ser merecedores (Ver fotografía No. 2 en anexo).

El salario promedio mensual del grupo familiar distribuidos por rango se comportó de la siguiente manera; $\$ \geq 500$ (6.3%); \$501-1000 (35.8%), \$1001-1500 (37.9%); \$1501-2000 (13.79%) y de \$2001-2500 (6.3%) mensuales conforme a la gráfica siguiente:

RANGO SALARIAL MENSUAL POR FAMILIA

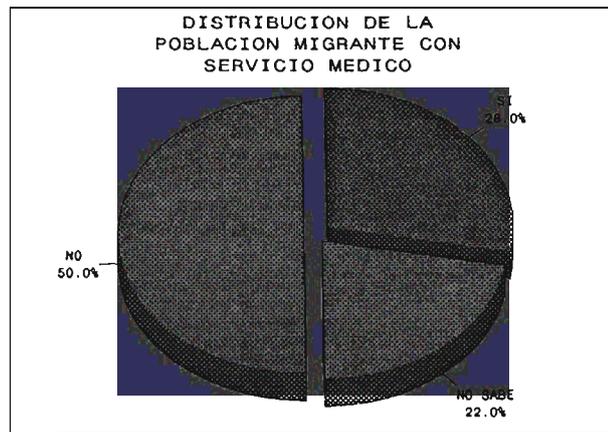


Como se puede analizar en la gráfica de salario mensual por migrante el salario no cubre ni siquiera el salario mínimo, por lo que se deduce que existe una explotación de mano de obra barata y en estas circunstancias el migrante tiene que incluir a los miembros de la familia para mejorar el ingreso familiar y de esta manera cubrir en alguna medida las necesidades básicas del hogar o bien generar algún tipo de ahorro para cuando termine la temporada de trabajo.

La manera como son alojados o habitan los trabajadores migrantes con sus familiares es en galeras ("galleras" como le suelen llamar los migrantes), estas no presentan ventilación es decir no tienen ventanas, carecen de servicios básicos. no se observaron divisiones el total de la población con la que se trabajo reportó que un 76% vive en estas condiciones, el techo de la vivienda se caracteriza por ser de lámina, las paredes de block, algunas galeras tienen piso de cemento 25%, otras cuentan con piso de tierra (75%), no se observaron divisiones dentro de las galeras, hay áreas que duermen en el suelo (petates) (75%) y otras tienen camas de litera 25% (Ver fotografía No. 3 en anexo). En algunos de los casos los que migran de manera temporal (24%)

tienen la oportunidad de obtener una pequeña casa o cuarto sin divisiones dentro de la misma (Ver fotografía No. 4 en anexo), sin embargo estas viviendas tienen un poco más de privacidad ya que son alojados únicamente con sus familias, de lo contrario van con todos los demás contratados a dormir en el suelo (petates) o en el mejor de los casos en literas es importante señalar que el clima se caracteriza por ser húmedo y con temporadas de lluvias permanentes por lo que se estima que en estas circunstancias de vivienda, (hacinamiento, sin servicios básicos, en espacio delimitado) genera un clima propicio de enfermedades infectocontagiosas de alcances impredecibles para ambos países (Guatemala - México).

En relación a los servicios de salud se observó que esta población no cuenta con ningún tipo de asistencia de servicio de salud dentro de las fincas (89.3)% y que únicamente un (10.7%) esto se identificó en el momento de aplicar el instrumentó y al preguntarles directamente a la población en estudio si contaban con algún tipo de servicio médico (28%) respondió que si; un 50% dijo que no; un 22% respondió que no lo sabía y que nunca lo había utilizado. Es importante señalar que según testimonio de un migrante que en ese momento se encontraba enfermo respondió: que por temor de ser despedidos y devueltos al lugar de origen no reportan su estado de salud, comentó que únicamente en caso de una emergencia cuentan con un "pase" y este sólo puede ser utilizado si están en estado muy grave de salud y que de lo contrario ellos tienen que ver de que manera se curan. Definitivamente esta población tiene que recurrir a la medicina tradicional ya que es obvio que es la única alternativa con la que cuentan. Al respecto puede verse en la gráfica siguiente la distribución de la población que cuenta servicio de salud, según respondieron en el cuestionario:



Con respecto a la dieta de alimentos, esta la proporcionan las fincas ya que dentro de las mismas existen comedores comunales donde la población ingiere sus alimentos (véase en anexo fotografía 5), la alimentación se caracteriza por ser monótona y únicamente la proporcionan dos veces al día, es decir sólo tienen dos tiempos de comida (una en la mañana y otra por la tarde que la dan después de la jornada de trabajo), es importante señalar que la población debe de estar en la hora indicada de los alimentos sino de lo contrario perderá su hora de alimentos ya que el comedor lo abren a horas específicas y después de la comida lo cierran. En el momento que se aplicó el cuestionario se les preguntó que comió el día de ayer en las horas de comida, del cual respondieron lo siguiente; la dieta de alimentos consiste en lo siguiente para los dos tiempos de comida: frijol, arroz, chile, tortillas y café, como se puede observar se caracteriza por lo deficiente en la calidad y cantidad de nutrientes, favoreciendo a los carbohidratos en detrimento en proteínas y lípidos, y se infiere que debido a los bajos salarios y a la fuente de abastos impedirá alguna modificación en la dieta. Es obvio que la población tiene un sistema inmunológico débil por la calidad de alimentos que ingiere y definitivamente su sistema inmunológico se encuentra propicio para contraer enfermedades transmisibles por lo que facilita la instalación de procesos patológicos en la población migrante.

Por lo que al contrario llamó la atención de manera especial que un porcentaje equivalente al 10.7% de la población tienen una mejor ingesta de alimentos en calidad

y cantidad; comen carne, chile, verduras, frutas, arroz frijol, tortillas, huevos, y café, esta alimentación es combinada conforme a las necesidades y gustos de la población como se observa la dieta es más balanceada y con una mejor calidad de nutrientes por lo que se infiere que esta población es menos vulnerable de contraer enfermedades transmisibles por la resistencia de sus sistema inmunológico ya que se encuentra en mejores condiciones y definitivamente con más resistencia de defensas.

Este perfil general de los migrantes caracteriza en alguna medida los elementos básicos que integran en su proceso migratorio y nos muestra las condiciones de trabajo y de vida, para poder entender o dimensionar en las repercusiones que pueden tener en el proceso salud-enfermedad de esta población y en específico de la tuberculosis pulmonar.

DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y DE VIDA A LA QUE ESTÁN EXPUESTOS LOS MIGRANTE EN LA FINCAS QUE LABORAN

A continuación se presenta un análisis de las condiciones de trabajo, vida y de salud de las cinco fincas con las que se trabajó con la intención de conocer los riesgos a los que están expuestos los migrantes en el proceso de salud-enfermedad y muerte y la vulnerabilidad de contraer enfermedades y en específico la tuberculosis pulmonar.

De las cinco fincas con las que trabajó la finca Centro Internacional de Investigación CIICA, es la única que difiere de las condiciones de vida y de trabajo, se estima que por ser un centro internacional de investigación, consideran generar condiciones básicas de vivienda y de trabajo ya que establece relaciones laborales bajo el marco legal existente, firmando contratos colectivos, por lo que, los migrantes tienen la posibilidad de acceder algún tipo de servicio de salud o de seguridad social.

En relación a las condiciones de trabajo y seguridad social con que cuenta el CIICA se puede decir que tiene un departamento de atención a la salud que cuenta con personal médico y paramédico y una infraestructura idónea para ofrecer tratamiento a los trabajadores enfermos que así lo requieran y en su caso referirlos a las instituciones de salud.

Las relaciones de trabajo involucran al conjunto de la familia jornalera, hombres, mujeres y niños y si bien las funciones más pesadas como cargar y podar recaen en los hombres adultos estos son los menos concurridos, mientras en la pizca, el amarre, el injerto se concentra en el mayor número de trabajadores y no existe distinción de edades ni de sexo.

Los días de trabajo son de seis días a la semana que van de lunes a sábado y el día de descanso corresponde al día domingo, la jornada de trabajo tiene una duración de ocho horas que inician de cinco o seis de la mañana.

Esta población vive en casa individuales, paredes de block, techo de lámina, piso de cemento, cuenta con baños, cocinas y baños individuales y comunales por que se puede inferir que tienen una mayor privacidad y menos posibilidad de contraer alguna enfermedad infecto-contagiosa en relación de la demás población que no labora para esta finca.

Se observó que no cuentan con guarderías para que cuiden a sus hijos menores de cinco años en el momento en que los padres de familia se encuentran en la jornada de trabajo, ni con escuelas públicas para la población en edad escolar, por lo que se estima que esta población es la más vulnerable. Así también carecen de escuelas para que la población en edad escolar asista a ella, mínimo después de la jornada de trabajo.

En relación a la dieta de alimentos es observable que tienen una ingesta de alimentos balanceada de alimentos en carbohidratos, proteínas y lípidos, ya que esta población cuenta con sus propias hortalizas que ellos mismos las cultivan y así también de animales de autoconsumo lo que la administración de la finca les proporciona.

Se infiere que esta población tiene menos vulnerabilidad de contraer algún tipo de enfermedad en relación a las otras cuatro fincas estudiadas ya que definitivamente sus condiciones de vida y salud son mejores.

A continuación se presentan el análisis de las cuatro fincas con las que se trabajó como lo son: *El Retiro*, *La Maravilla*, *San Andrés* y *Brasil*; estas fincas no difieren en sus condiciones de trabajo y de vida por lo que se tomo la decisión de trabajarlas de manera agrupadas. A continuación se presenta una descripción sobre las condiciones de trabajo y de seguridad social en estas.

En las relaciones de trabajo no existen contrato de trabajo, normalmente sólo se establecen compromisos verbales y el trabajador no tiene ninguna posibilidad de

acceder a algún tipo de servicio de salud o de seguridad social. Para el trabajador no existe seguridad en el empleo, se le contrata de manera individual o colectiva (con los miembros de familia).

Se piensa que debido a estas condiciones en general no tienen acceso a la seguridad social, los servicios de IMSS son destinados a trabajos de planta, por lo que los trabajadores temporales están sujetos al sistema de "pases" los cuales son utilizados únicamente cuando presentan cuadros críticos o cuando se encuentran imposibilitados para trabajar y los administra generalmente el encargado de la finca o los capataces de esta manera su manejo no obedece a criterios médicos y se estima que se presta a favoritismo y manipulación.

Así también se observó que no tienen acceso a la educación dentro de las fincas, ni fuera de la localidad debido a su condición de migrantes en algunos de los casos indocumentados, es claro que no cuentan con establecimiento educativos para su formación para la población en edad escolar, no existen guarderías para dejar a los niños menores de cinco años, ni centros de atención médico dentro de las fincas.

La alimentación la proporcionan las fincas en comedores comunales (ver fotografía en anexo) y se caracteriza por deficiente en calidad y cantidad de nutrientes, favoreciendo a los carbohidratos, así también se presenta monótona en los únicos dos tiempos que tienen de alimentación, se puede decir que va en detrimento de proteínas y lípidos, lo que genera un sistema inmunológico débil y propicio para contraer enfermedades infectocontagiosas, por su parte los bajos salarios y la falta de fuentes de abasto impiden algún tipo de modificación de la dieta.

CAPITULO VI
LOS RIESGOS DE CONTRAER LA TUBERCULOSIS PULMONAR

COMO INFLUYEN LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y DE VIDA EN EL RIESGO DE CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR EN POBLACIÓN MIGRANTE

Definitivamente esta población recurre a la migración como vía concreta para obtener los recursos básicos que le permitan mantener sus niveles mínimos de subsistencia. Es evidente que no existe una diferenciación en cuanto a sus condiciones de vida y de trabajo de las población en estudio con excepción de la Finca Centro Internacional de Investigación y Capacitación Agropecuaria (CIICA), lo que podría ser un modelo de trabajo para resto de las fincas de la región.

Se infiere que la población de niños y adolescentes es la que resiente con mayor rigor las condiciones de vida del migrante ya que por la mala alimentación que reciben en los momentos importantes de su desarrollo, el abandono que es objeto (niños menores de cinco años) mientras los padres trabajan y por el ambiente sucio, y la inclemencia del tiempo en que se desenvuelven quedan expuestos a enfermedades infecciosas que repercuten en su crecimiento y desarrollo y por lo tanto en su vida adulta futura.

La población en estudio se constató que en sus lugares de origen, habitan generalmente en comunidades dispersas, de difícil acceso a los servicios de salud y con gran carencia de servicios y bien cuando salen de sus lugares de origen a las zonas de trabajo, evidentemente estas condiciones no necesariamente mejoran, ya que como se mencionó anteriormente llegan a viviendas en su mayoría en malas condiciones e improvisadas y construidas con material inadecuado para el clima en que se habita, en cualquier manera prevalecen condiciones de hacinamiento, promiscuidad y carencia de servicios básicos (mala disposición de excretas, aguas residuales) lo que representa una situación propicia para la proliferación de enfermedades infectocontagiosas.

Se estima también que además de la larga jornada de trabajo y los bajos salarios influyen varios factores fundamentales de riesgo que agudizan la situación del migrante en sus condiciones de trabajo como lo son:

- Condiciones climáticas (húmedo y lluvioso).
- Falta de capacitación y protección para el uso adecuado de herramientas y equipo de trabajo.
- Exposición a fauna nociva durante la jornada de trabajo.
- Contacto cotidiano con agroquímicos por el manejo sin capacitación adecuada.
- Trabajo temporal.
- Migran sin familia.

Se infiere que son cinco los factores fundamentales de riesgo que influyen en el proceso de deterioro de la salud-enfermedad de la población migrante, lo que le predisponen a padecer diferentes tipos de enfermedades, en especial la tuberculosis pulmonar.

- La deficiente infraestructura de sus viviendas (hacinamiento y carencia de servicios básicos).
- Dieta inadecuada para conservar la salud.
- Nivel de escolaridad (educación para la salud insuficiente).
- Los salarios bajos (para atender las necesidades básicas del hogar).
- Acceso restringido a los servicios de salud.

Esta particularidad conlleva a un fenómeno del proceso salud-enfermedad diferenciado de otros grupos humanos principalmente en la transición epidemiológico del migrante sano en enfermo.

Por lo que se concluye en este análisis que éstos factores intervienen en el proceso de salud-enfermedad de los migrantes ya que se ven sometidos a un deterioro de la calidad de vida y por consecuencia del deterioro de los niveles de salud.

CAPITULO VII
RESULTADOS DEL PERFIL DE SALUD

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO PATOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS MIGRANTES

Es importante señalar que la información epidemiológica en esta investigación se reconstruyó por interrogatorio; por medio de aplicación de preguntas directas a los entrevistados y no por pruebas de laboratorio (baciloscopía), sin embargo la clasificación de los síntomas del diagnóstico verbal siguieron los parámetros epidemiológicos conocidos y empíricamente aceptados. Es decir la técnica se denomina casos encontrados de tuberculosis pulmonar como sospechosos y estos casos serán la referencia para la continuidad de la investigación a través de un seguimiento coordinado por el INER y la SSA de la jurisdicción de Tapachula.

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE Tbp

Los síntomas básicos de la tuberculosis pulmonar son: tos, pérdida de peso, expectoración, hemoptisis y esputos hemoptóicos y se partió del concepto epidemiológico de la asociación síntoma básico de tos y otros síntomas (mencionados arriba) en este caso se estima que es suficiente para diagnosticar un caso sospecho de tuberculosis pulmonar.

Al realizar el análisis de correlación entre los síntomas de Tbp, muestran que las respuestas de los encuestados fueron homogéneas (únicamente fueron considerados en este análisis los que contestaron "sí", en la presencia de por lo menos un síntoma de tuberculosis), esto confirma que los datos encontrados de posibles casos de tuberculosis presentan confiabilidad, así como también, de poder estimar las respuestas con sólo uno de los síntomas debido a la alta correlación entre ellos, como se observa en la siguiente tabla No I:

TABLA No I
CORRELACION. DE SPEARMAN

	Pérdida-peso		Tos		Expectoración		Hemoptísis	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Tos	0.9436	0.000						
Expectoración	0.9339	0.000	0.9577	0.000				
Hemoptísis	0.8753	0.000	0.8684	0.000	0.9044	0.000		
Espujo-hemoptoico	0.8654	0.000	0.8634	0.000	0.8931	0.000	0.9638	0.000

Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

Así también, se aplicó la prueba de realibility con la intención de construir una nueva variable, llamada **Casos-sospechosos** la que representa a los cinco síntomas en conjunto de Tbp (Pérdida de peso, Tos, Expectoración, Hemoptisis y Espujo-hemoptoico) y de esta forma evaluar el grado de casos sospechosos de la patología en estudio.

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 515.0

N of Items = 5

Alpha = **0.7855**

Se observa una Alpha mayor de 0.75 lo cual indicó una alta consistencia y homogeneidad en las respuestas entre las cinco variables de síntomas, bajo esta consideración se construye la siguiente escala para clasificar los casos sospechosos de tuberculosis pulmonar, así como también se presentan los resultados encontrados en la investigación como se muestra en la siguiente tabla No II:

TABLA No II
ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE CASOS SOSPECHOSOS DE Tbp



Pérdida de peso	Tos	Expectoración	Hemoptisis	Esputo-hemoptoico	Casos sospechosos	Freq
X	X	X	X	X	Muy alto	2
	X	X	X	X	Alto	4
X	X	X	X		Medio	10
	X	X			Bajo	17

Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

Es evidente que en la población en estudio existe el riesgo de que se presenten casos sospechosos de tuberculosis de acuerdo a la escala propuesta (33 casos), considerando a la población en estudio (515) representa el 6.4% de la población migrante, esto sugiere que es una población con alto riesgo de contraer la Tbp. Por lo que presenta ser una población a seguir con mayor atención para confirmar los casos encontrados y posibles nuevos casos de Tbp mediante las pruebas tradicionales de detección de Tbp, para tener mayor confiabilidad en el diagnóstico.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

De la aplicación de la parte epidemiológica del instrumento se encontraron los siguientes resultados:

I Un grupo de 14 migrantes contestaron positivo para la tos y pérdida de peso asociado por un periodo igual o superior a 15 días. Esto significa que un porcentaje de 2.72% de 515 migrantes encuestados presenta sospecha de tuberculosis pulmonar en relación a la asociación de este síntoma.

II Un grupo de 6 migrantes respondieron positivo para tos y esputo hemoptóicos asociado por un periodo igual o superior de 15 días, lo que se interpreta que un porcentaje 1.17% del grupo de 515 migrantes presentan sospecha de tuberculosis pulmonar en referencia a la asociación de los síntomas.

III Un grupo de 19 migrantes contestaron positivo para tos y expectoración, asociado por un periodo igual o superior, de 15 días, esto significa que un porcentaje 3.69% del grupo de 515 migrantes encuestados presentan sospecha de tuberculosis pulmonar en referencia a la asociación de los síntomas.

IV Un grupo de 4 migrantes contestaron positivo para tos y hemoptisis asociados por un periodo igual o superior a una semana. Es decir que un porcentaje 0.78% de grupos de 515 migrantes encuestados presentan sospecha de tuberculosis en referencia a la asociación de estos síntomas.

Al realizar un análisis comparativo de los resultados encontrados con la incidencia nacional de tuberculosis pulmonar que es de 18 casos por 100,000 se identificó la siguiente correlación con una **prevalencia de casos sospechosos** encontrados en la población en estudio:

A) Grupo I:

La prevalencia será de 2,718 casos sospechosos / 100,000 personas;

B) Grupo II

La prevalencia será de 1,165 casos sospechosos / 100,000 personas;

C) Grupo III

La prevalencia será de 3,689 casos sospechosos / 100,000 personas

D) Grupo IV

La prevalencia será de 776 casos sospechosos / 100,000 personas.

En específico en relación a la pregunta si había padecido de tuberculosis pulmonar un grupo de cinco migrantes respondió que **si**, lo que significa que un 0.97% de los 515 encuestados tienen la probabilidad de haber padecido tuberculosis y al hacer el análisis comparativo proporcional a la incidencia nacional se encontró una incidencia de 970 casos sospechosos por 100,000 personas.

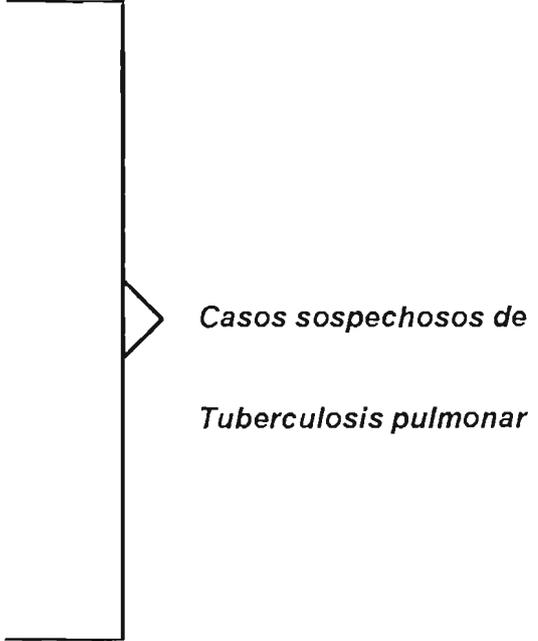
Este primer análisis refleja una posible tendencia epidemiológica de la tuberculosis pulmonar entre el grupo de migrantes estudiados (grupo de mayor vulnerabilidad comparado con los no migrantes) que muestran una incidencia extremadamente alta en relación a la del estado de Chiapas y del Departamento de San Marcos (Guatemala). Por lo que se considera necesario realizar diagnósticos con los métodos tradicionales como lo son: baciloscopia, cultivo, rayos x, etc., para reconfirmar el diagnóstico de Tbp. Definitivamente no se descarta la posibilidad de que la alta prevalencia de casos sospechosos de tuberculosis pulmonar en la población estudiada interactúan varios factores como; el lugar de origen y de procedencia. La tuberculosis registra mayor número de casos en municipios fronterizos (Tapachula, por lo que se le ha catalogado como de alto riesgo), lo que coincide con el Departamento de San Marcos (Guatemala), que presenta una incidencia muy superior a la nacional. Es claro que estas condiciones de vida a que están expuestos los migrantes generan una mayor vulnerabilidad epidemiológica para este grupo humano. Este evento puede ser considerado como una señal de alerta en el proceso de salud-enfermedad para la población migrante con alcances impredecibles para ambos países fronterizos (México y Guatemala).

Estudio de los Casos

En función de los resultados estadísticos se optó por hacer una evaluación individual de los casos que confirmaron que tuvieron tuberculosis pulmonar, a través de las respuestas obtenidas en sus respectivas encuestas. Se observó que los cinco casos que respondieron que sí para tuberculosis pulmonar; los cinco pertenecen al país de Guatemala en específico al Departamento de San Marcos; correspondiendo para el sexo masculino tres y para el sexo femenino dos y las edades estuvieron comprendidas entre 13-28 años. Para analizar el nivel de correlación entre las variables explicativas de condiciones de vida y casos sospechosos de tuberculosis, del cual se realizó un recorte de variables, considerando únicamente los procesos de riesgos ya reconocidos empíricamente que pueden conllevar a la tuberculosis pulmonar:

Proceso de Riesgos para Tbp

- *La deficiente infraestructura de sus viviendas (hacinamiento e higiene carencia de servicios básicos)*
- *Dieta inadecuada (para conservar la salud)*
- *Salarios (insuficiente para atender las necesidades básicas de él y de su familia)*
- *Nivel de escolaridad*
- *Educación para salud insuficiente*
- *Acceso restringido a los servicios de salud*



***Casos sospechosos de
Tuberculosis pulmonar***

Los procesos de riesgos fueron identificados en las encuestas a partir de la siguiente clasificación:

- a) Hacinamiento
 - a.1) Vive en las galeras o en las casa individuales
- b) Dieta alimenticia
 - b.1) Dieta básica en el desayuno y comida
- c) Salario
 - c.1) Salario mensual por individuo y grupo familiar
- d) Educación
 - d.1) Nivel de escolaridad
- e) Acceso a los servicios de salud
 - e.1) Distribución del uso de los servicios de salud

En este análisis de los procesos de riesgos de los cinco casos sospechosos indican que no existe una variable discriminativa de la correlación riesgo-casos sospechosos y si predomina una tendencia homogénea. Esto podría indicar que el grupo de 515 migrantes en relación a los procesos de riesgo descritos tienen la misma probabilidad de enfermar y morir de tuberculosis pulmonar. Por lo que se puede inferir que las condiciones de vida de la población migrante es un proceso de alto riesgo para el contagio y propagación de la tuberculosis pulmonar.

Es importante señalar que de los cinco casos que respondieron que si para tuberculosis pulmonar los cinco sujetos presentan ser del país de Guatemala, específicamente del departamento de San Marcos, correspondiente a tres para el sexo

masculino y dos para el sexo femenino y las edades se encuentran comprendidas entre 13-28 años respectivamente.

CAPITULO VIII
CLASIFICACIÓN Y COMPARACIÓN DE INDICADORES DE LA CALIDAD DE VIDA A
TRAVÉS DEL I.N.B.

Elaborado por el ICA

CLASIFICACIÓN Y COMPARACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA DE LOS MIGRANTES DE ACUERDO AL MODELO PROPUESTO DEL PNUD

El concepto de calidad vida tienen diversas formas de uso, para fines de este estudio, se consideró la interpretación sociomédica que diferencia dos momentos constitutivos: que son el momento productivo; su exploración empírica se realiza en la fábrica (en sentido amplio) a través de la reconstrucción de las condiciones de trabajo. (Blanco, Saenz y Laurell, 1991) y el momento de consumo; su espacio privilegiado de observación son los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo y de la población en general que se realizan principalmente en la vivienda y su entorno (Blanco y Sáenz, 1990).

Con el objeto de dar contenido concreto al concepto de condiciones de vida se optó por trabajar con la noción de Necesidades Básicas Insatisfechas.¹³ adaptando a las condiciones de vida y trabajo de los migrantes en los campamentos agrícolas.

Para la conceptualización de las necesidades básicas de una familia con cuatro miembros, según los parámetros nacionales en México indican que el grupo familiar debe de disponer de una vivienda construida con materiales idóneos y en buen estado, que cuente en su interior con agua potable, drenaje, electricidad, con el mínimo de dos recámaras y con colecta de basura y que este dotada con mobiliarios y equipos básicos para la vida familiar; con un ingreso familiar mínimo de dos salarios mínimos (\$1,368.00); una alimentación que cumpla con los requerimientos nutricionales de cada persona y con las pautas culturales, lo que supone como satisfactorias no solo el agua, las bebidas y los alimentos, sino también la energía y los medios para prepararlos y consumirlos; socialización y educación básica que incluye la educación para la salud la

¹³ Para Boltvinik (1990) clasifica el método de NBI: a) definición de las necesidades básicas y de sus componentes (qué es necesario); b) selección de las variables e indicador para cada necesidad. c) definición de un nivel mínimo para cada indicador, el cual considera que en el hogar no satisface la necesidad en cuestión; d) clasificación de los hogares (o personas) con una o más necesidades insatisfechas considerados como pobres.

orientación sexual y la capacitación en el trabajo , información recreación y cultura, vestido calzado y cuidado personal; transporte público; comunicación básica, seguridad de tener acceso a los satisfactores básicos durante toda su vida, independientemente de la situación en que se encuentre, lo cual requiere de mecanismos familiares o sociales para enfrentar los riesgos de enfermedad, incapacidad, desempleo, vejez, orfandad, viudez, abandono y similares.(PNUD, 1992).

Como se ha mencionado el empleo del concepto de calidad de vida requiere, necesariamente de la discusión sobre necesidades humana. Como punto de referencia, esta idea remite a la explicitación de una concepción del ser humano al que se define y diferencia de otras especies vivas, por su capacidad de apropiarse de la naturaleza y en este proceso transformarse así mismo. Esta transformación es realizada mediante la actividad vital específicamente humana: el trabajo, a través de él es capaz de transportar en objeto de sus necesidades y de su actividad todos los fenómenos de la naturaleza, y en ese proceso desarrollar y ampliar sus propias capacidades y necesidades (Bolvitnik, 1990).

Para fines propios de la investigación se consideró como parámetro de mediación los elementos determinantes de la calidad de vida de los migrantes, utilizados las variables del cuestionario que se aplicó para la construcción del índice de necesidades básicas:

Variables relacionadas con el proceso de trabajo:

- 1) Trabajo permanente o temporal
- 2) Actividad laboral
- 3) Días de trabajo
- 4) Salario mensual
- 5) Ingreso

Variables relacionadas a la accesibilidad

- 1) Escolaridad
 - 1.1) Nivel de escolaridad
 - 1.2) Acceso a la escuela para niños en edad escolar (desde cinco años)
- 2) Salud
 - 2.1) Acceso gratuito a los servicios de salud
- 3) Vivienda
 - 3.1) Calidad (tipo de vivienda)
 - 3.2) Acceso a los servicios básicos

Variables relacionadas a las redes de apoyo

1. Tiempo libre
2. Pertenece a alguna organización
3. Cuenta con prestaciones
4. Migra con o sin familia
5. A donde ira cuando termine su trabajo

El nivel mínimo para satisfacción de las necesidades básicas de una familia de migrantes con cuatro personas para cada indicador se basó en los indicadores del PNUD adaptada a las condiciones rurales que muestran diferencias de algunos aspectos de las condiciones urbanas.

**ESQUEMA EXPLICATIVO DE LOS INDICADORES DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN
DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE LOS MIGRANTES DE LA REGIÓN DEL
SOCONUSCO EN EL ESTADO DE CHIAPAS**

INDICADOR	PROMEDIO <u>REVALENCIA</u>	SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
Trabajo permanente-temporal	Temporal		X
Salario mensual	\$500.00		X
Escolaridad	Primaria		X
Acceso a escuelas	No hay establecimientos educativos		X
Accesos gratuitos a los servicios de salud	Insatisfactorio		X
Vivienda	Material inadecuado de construcción y sin divisiones		X
Servicios básicos en la vivienda	Inexistentes		X
Tiempo libre: Dedicado a actividades recreativas	Oficios domésticos y a dormir		X
Información, recreación y cultural	No hay		X
Alimentación	Inadecuada		X
Prestaciones	Inadecuadas		X

Los resultados muestran que la población migrante puede ser clasificada como de pobreza extrema, ya que sus necesidades básicas no se encuentran satisfechas en el total de indicadores que se construyó de la calidad de vida, por lo que se deduce que existe una relación significativa entre calidad de vida y el proceso de salud/enfermedad de tuberculosis pulmonar. La Organización Mundial de la salud le ha denominado como una enfermedad de la pobreza, por lo que encuentra parte de su explicación epidemiológica en los indicadores de pobreza de la población.

CAPITULO IX
CRUZANDO FRONTERAS DE ENFERMEDAD Y POBREZA

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Aunque las conclusiones de este estudio están presentadas explícitamente en el texto, cabe resumir brevemente los puntos de vista más sobresaliente.

La calidad de vida de los migrantes en sus lugares de destino (fincas cafetales) es considerada por abajo de línea de pobreza, según los resultados de la clasificación del indicador de necesidades básicas del PNUD. Al tomar en cuenta que el estado Chiapas presenta un alto índice de marginalidad a nivel nacional y que la región del Altiplano de Guatemala el 84% de la población vive en pobreza extrema, se estima que ésta situación determina y condiciona la presencia del fenómeno salud-enfermedad en la población migrante de manera directa es especial de la tuberculosis pulmonar..

Se clasificó el flujo migratorio hacia la región del Soconusco del estado de Chiapas en dos tipos; a) El procedente del país de Guatemala, como transfronterizo, es decir se trata de flujos migratorios que comparten fronteras comunes y con características de movimientos voluntarios, gradual intermitentes y pacíficos por su duración como temporal y su magnitud presentó ser colectivo-familiar y el motivo que origina el proceso migratorio es de carácter laboral y político. b) La migración estatal como interno, con movimiento poblacional interestatal de naturaleza voluntaria, gradual y pacífica, el fenómeno presentó duración permanente, con magnitud colectiva familiar y encontró su principal motivo que originó el proceso migratorio como de carácter laboral.

Se estima que en los lugares de origen no tienen fuentes de trabajo lo que obliga al migrante a buscar nuevas alternativas de subsistencia para él y los miembros de su familia, para que de esta manera pueda mejorar en alguna medida sus condiciones de

vida y de trabajo al cruzar fronteras, específicamente para la migración guatemalteca, o bien trasladarse a otras regiones internas del país.

Se llegó a la conclusión que el desplazamiento poblacional proviene de los estratos sociales más deprimidos de la población, tanto en la chiapaneca como la guatemalteca se infiere que estos flujos migratorio presentan en alguna medida mejores condiciones de salud en relación a los demás miembros de su comunidad de origen, lo que les permiten migrar y ser seleccionados para las actividades laborales de jornalero. Se estima que el proceso migratorio agregado a las condiciones de trabajo, los límites de accesibilidad a los bienes y servicios y la ruptura de la red de apoyo familiar y comunitaria determina las condiciones esenciales para la instalación de un perfil epidemiológico característicos de los migrantes y en esta caso se encontró una incidencia muy alta en el riesgo de contraer la tuberculosis pulmonar en este grupo humano.

Este proceso salud-enfermedad de los migrantes se trató de explicar desde el pensamiento médico-social, partiendo que tienen una singularidad las condiciones de vida a la que están expuestos la población de migrantes de riesgo inherentes a la emergencia y propagación de la tuberculosis pulmonar de alcances impredecibles en ambos países (Guatemala y México).

En la presente investigación se estudió la manifestación del fenómeno de la tuberculosis pulmonar en migrantes como evento epidemiológico denunciador del deterioro de la calidad de vida, este evento se explicó por sí mismo en la medida que se observó la expresión de altas tasas de prevalencia de casos sospechosos, mucho más altas que la del nivel nacional y del país fronterizo con Guatemala.

Se estima que la tuberculosis pulmonar se caracteriza como una emergencia epidemiológica agudizando la situación en la población migrante por sus condiciones

de vida y de trabajo con el status de evento centinela, mediatizado por los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad.

Se encontró que los migrantes son afectados por la tuberculosis pulmonar en mayor proporción para el sexo masculino y en el periodo de vida correspondiente a edad productiva 13-28 años que determinan daños significativos a la salud. Se evidenció que los componentes de la calidad de vida de la población son procesos de riesgo inherentes a la emergencia y propagación de la tuberculosis pulmonar. Los indicadores de las *necesidades básicas insatisfechas* clasificaron a los migrantes con una carencia estructural a nivel de los *satisfactores de necesidades fundamentales* y demostró que esta población se encuentra por abajo de la línea de pobreza, la mayor expresión de esta tendencia es la alta incidencia de casos sospechosos de tuberculosis pulmonar que está estrechamente relacionada con los indicadores de pobreza.

La presente investigación pretendió comprender el fenómeno de la tuberculosis pulmonar como una manifestación epidemiológica representativa de la calidad de vida de la población migrante. Es importante señalar que esta investigación como un estudio preliminar en específico de migración y salud, en una población específica de migrantes, por lo que intentó una articulación teórica y operacional (bio-social e histórica) del proceso salud enfermedad en tuberculosis pulmonar.

A manera de recomendación

Cruzando fronteras de enfermedad:

Definitivamente las autoridades de la república Mexicana y de la república Guatemalteca tienen un problema en común de salud pública en la región frontera sur de México, con poblaciones económicas, sociales y culturales en términos interrelacionadas.

Los cuadros epidemiológicos de la población migrante en el estado de Chiapas, específicamente en el municipio de Tapachula muestran prevalencias muy altas de la tuberculosis pulmonar al extremo que esta región ha sido catalogada como de alto riesgo, y por otro lado el Altiplano (Suroccidente de Guatemala) presenta prevalencias muy superiores a las del nivel nacional, así también que los indicadores encontrados de incidencia de casos *sospechosos de tuberculosis pulmonar entre migrantes* demuestra una relación muy significativa con el lugar de origen y de destino por lo que el deterioro de las condiciones de salud de los migrantes y en consecuencia de las precarias condiciones de trabajo y vida a las que están expuestos influye en el riesgo de *contraer la enfermedad y transmitirla* con alcances imprevisibles para ambas fronteras. Por lo que se puede decir que no hay una mayor diferencia en las enfermedades predominantes en ambas fronteras como para evitar generar las condiciones de realizar un diseño binacional de salud pública, no olvidando la responsabilidad de cada país, ni tampoco los derechos humanos que esta población tiene como individuos inmersos en un espacio físico. Por su parte es de esperar que las autoridades sanitarias del país de Guatemala concientice en el perfil de salud-enfermedad y muerte de esta población de bajos recursos (Altiplano Suroccidente) e implemente programas de emergencia en la atención a la salud y en especial de la tuberculosis pulmonar para la población más vulnerable como lo es la zona rural y no siga delegando responsabilidades a organismo no gubernamentales como lo ha venido realizando en el pasado.

Se estima que las razones prácticas por las cuales la situación del desplazamiento poblacional debiera preocupar al gobierno de Guatemala y México son muchas y no serán detalladas. Algunas de ellas resultan obvias a la luz de este estudio. La situación de los desplazamientos poblacionales puede resultar fácilmente en una situación peligrosa y nada deseable en el proceso de salud-enfermedad y muerte. Las condiciones de vida y trabajo de los flujos migratorios es un tema, tristemente de poco interés en Guatemala, aunque sus efectos en la salud pueden ser grandes.

Por lo que se espera que con el proceso de paz que ha iniciado en el país a partir de diciembre de mil novecientos noventa y seis¹⁴, influya de manera directa en la población que se ha visto obligada a salir de su lugar de origen, debido a que se han sometido a procesos de represión (tierras arrasadas, sobrepoblación relativa, militarización obligatoria, grupos de auto defensa civil, específica para el sexo masculino, etc.); es esta la población que se ha visto en la necesidad de migrar, definitivamente ha sido la más afectada y la más olvidada por años en el país de Guatemala. Es de esperarse que con el proceso de paz, se generen al interior de la estructura económica y social de Guatemala, transformaciones cuyo beneficio se refleje en los núcleos de la población más vulnerable, ya que definitivamente al mejorar las condiciones de vida de esta población, se presentaran mejores condiciones de salud.

Para finalizar deseo agregar que espero que este estudio proporcione resultados iniciales para la continuidad de la investigación de mayor confiabilidad epidemiológica con el objetivo primordial de implementar programas de atención a la salud de los migrantes para prevención y tratamiento de tuberculosis pulmonar, a través del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), de la Secretaria de Salud (SSA), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPG), División de Tuberculosis en Guatemala y Centros de Investigación Social interesados en este fenómeno.

¹⁴ Se respeten y se retomen los compromisos de mejorar la salud, aspectos socio-económicos y situación agraria de la población guatemalteca que se consolidaron en las negociaciones entre Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) y el Gobierno de Guatemala. (Firmado en la ciudad de México el día seis de mayo de mil novecientos noventa y seis). Véase "Acuerdos de Paz" IDIES, Universidad Rafael Landívar de Guatemala (URNG), 1997.

CAPITULO X
BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo, S. Los centroamericanos olvidados en México, en Nexos, No. 88, abril, México, 1985.
2. _____ El éxodo centroamericano: consecuencias de un conflicto, Secretaría de Educación Pública (SEP), México, 1985.
3. Aguilera G.E.I. nuevo sujeto de la lucha en Guatemala, en Polémica, No. 13 enero-febrero, Costa Rica, 1991.
4. Asociación Interamericana de Desarrollo (AID) Propuesta de la AID sobre el problema agrario en Guatemala, en Polémica, No. 17-18, Costa Rica, 1985.
5. Arana, M., La salud en la selva de Chiapas en el fin del siglo, s/e., s/f., México, 249-269 pp.
6. Boltvinik, Julio Pobreza y Necesidades Básicas, Proyecto regional para la superación de la pobreza., Artes Gráficas y Reproducción de la Unesco, México, 1990.
7. Cáceres Ruiz, C. Cerezo en México; Nuevas relaciones de México y Guatemala, en 6 de julio, México, 1985.
8. _____ Situación actual de los trabajadores agrícolas de Guatemala en México, Jueves de Excelsior, No. 3724, 2 de diciembre, México, 1993.

Audiencia Pública Trabajadores Migratorios, Causas de la emigración guatemalteca, Coordinación de Extensión Universitaria Dirección General de Extensión Académica., México, 1985.
9. Constitución Política de la República de Guatemala. Decretado por la Asamblea Nacional Constituyente el 31 de mayo, Guatemala, 1985.
10. Conaplam. Metodología participativas para poblaciones rurales e indígenas, Guatemala, 1992.
11. Bartra, A. Orígenes y claves del sistema finquero del Soconusco, Revista Chiapas No. 11995.
12. Blanco, J. y otros, Reproducción Social, su exploración empírica: Condiciones de vida y salud en el ámbito urbano, cuaderno médico Sociales, No. 63, Argentina, 1990.

13. _____ Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos, primer simposio sobre calidad de vida, salud y ambiente, México, 1995, 1-4 pp.
14. _____ Espacio Urbano y Salud, Universidad de Guadalajara, México, 1994
15. Breilh, J., Reproducción Social y Salud. La construcción del pensamiento en Medicina Social y el Debate Ideológico. CEAS, Ecuador, 1989.
16. Casillas Ramírez, R. y otros, Crítica a los mitos acerca de las migraciones centroamericanas a la frontera sur de México, en Estudios Fronterizos, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Autónoma de Baja California, Año VI, Vol. III, 17 de septiembre-diciembre, México, 1988.
17. Casillas Ramírez, R. Migraciones Centroamericanas, sociedad y legislación mexicana, (mimeo), ponencia presentada en el II Congreso Internacional sobre fronteras en Iberoamérica, ayer y hoy, 14-17 de noviembre, Costa Rica, 1990
18. _____ La experiencia del migrante, de sus redes y de las ONG: Todo un potencial al alcance de la mano.(mimeo) ponencia presentada en el Encuentro sobre migración México-Estados Unidos y nuevas leyes, 06 de agosto, en la ciudad de Guanajuato, México, 1997.
19. _____ La Salud de los trabajadores guatemaltecos en México, (mimeo) Ponencia que se presenta Primera Reunión Internacional sobre Inmigración, Políticas Sociales y Salud. Granada, España, 1995.01-23 pp
20. Castillo García, M. y otros Tipos, volúmenes y política de inmigración a la frontera sur de México: Interrogantes y ambigüedades. Seminario Interno, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, mayo, México, 1990.
21. Castillo García, M., Características básicas de la migración guatemalteca al Soconusco chiapaneco, s/e, México, s/f 537-562 pp.
22. _____ Chiapas: Frontera y Migración. Contacto Social y Reflexiones Metodológicas, Colegio de México, México, 1994, 22-54 pp.
23. _____ Migración Mujeres y Derechos Humanos, Colegio de México, México, 1993, 01-11 pp.
24. _____ La migración internacional y el problema de los refugiados (en México) ponencia presentada en la Conferencia centroamericana, del Caribe y México, sobre políticas de población, 9 de abril, Antigua Guatemala, 1991.

25. Algunos determinantes y principales transformaciones recientes de la migración guatemalteca a la frontera sur de México, en Estudios Latinoamericanos, Csuca, No. 40, Costa Rica, 1986
26. CEPAL, Guatemala: Evolución económica durante 1992, junio; México, 1993.
27. College Lecture, Tuberculosis and migration, Journal of the Royal College, U.S.A., 1995. 113-118 pp.
28. Centro Médico, Seminario La tuberculosis : una emergencia mundial, SSA, México, 1996.
29. Centro Médico, Enfermedades Bacterianas causadas por micobacterias, s/e, s/f, 140-145 pp.
30. CIES, Perfil epidemiológico y grados de marginación: Chiapas. Cuadernos de Trabajo No. , San Cristóbal de las Casas, Chiapas, Centro de Investigación Ecológicas del Sureste, 1994.
31. Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta de Salud Materno Infantil. Guatemala, 1987.
32. Departamento de Relaciones Públicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Correo de la Salud, Guatemala, 1995
33. Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Consolidados de enfermedades. Boletín Epidemiológico Nacional. Guatemala, 1996.
34. Diario El gráfico; marzo, Guatemala; 1992.
35. Comités de Resistencia Popular, Los campesinos indígenas rompen el silencio. s/imprenta, Guatemala, 1992.
36. Cuadernos de Salud No. 4. Frontera Sur. Secretaria de Salud, México, 1994
37. Ediciones de la paz, Informe de un genocidio -los refugiados guatemaltecos-, Federación Editorial Mexicana, enero, México, 1993.
38. Fábregas Pulg, A., La formación histórica de la frontera sur, en Cuadernos de la Casa Chata, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste, México, 1985.
39. Glass Vv. y otros Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales. PHI, España, 1980.

- 40 Grupo de Apoyo a Refugiados Guatemaltecos, La contrainsurgencia y los refugiados guatemaltecos. Federación. Editorial Mexicana, abril, México, 1983.
- 41 Arce Bayona, C. Los refugiados y las relaciones bilaterales en la frontera sur de México, en Migración Internacional en las fronteras Norte y Sur de México, Consejo Nacional de Población, México, 1992.
- 42 Informe de la Comisión de Investigación para el Desarrollo, Investigación en salud, Colección Nacional, México, 1ra. edición, 1991. 80 pp.
- 43 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional Sociodemográfica (INE), Guatemala, 1989.
- 44 Instituto Nacional Indigenista (INI); CD Indicadores Sociodemográficos; México, 1986.
- 45 Instituto Nacional de Estadística (INI). Cobertura de Servicios Municipales (Necesidades Básicas Insatisfechas). Guatemala, 1993
- 46 Kettinger, N., Investigación del comportamiento, técnicas y metodología. Interamericana, México, 1987.
- 47 Laurel, A., Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad, s/a, México, s/f, 01-11 pp.
- 48 López, A., La políticas de salud en México (1982-1988). Una visión crítica, México, 1990. 85-91 pp.
- 49 Maestría en Medicina Social, Modulo distribución y determinantes de la salud y enfermedad, UAM, México, 1996.
- 50 Maestría en Salud en el Trabajo, Protocolo de Investigación, s/e., México, 1995. 01-10 pp.
- 51 Méndez, L., Migración decisión involuntaria, INI, México, 1985, 11-75 pp.
- 52 Macomacher, M. y otros, Dinámica Maya, Fondo Cultura Económica, México, 1ra. Edición, 1986. 8-10, 16-17, 63-66 pp.
- 53 Ministerio de Trabajo y Prevención Social y Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Trabajadores agrícolas temporales. Lopdel, junio, 1996.
- 54 Murray, L. y otros, Artículos originales de la Tuberculosis, s/e, U.S.A., s/f. 01-10 pp.

55. Ordóñez, M. Migraciones de trabajadores guatemaltecos y crecimiento económico en el Soconusco Chiapas, en Migración Internacional en las fronteras Norte y Sur de México, Consejo Nacional de Población, México, 1992.
56. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; Condiciones de Salud en Guatemala; 1994.
57. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; Condiciones de Salud en las Américas; Publicación científica No. 524; Vol. II; Washington, 1990. 161 pp.
58. Organización Internacional del Trabajo Convenios Internacionales de Trabajo ratificados por Guatemala, Tipografía Nacional, febrero, Guatemala, 1990
59. Organización Panamericana de la Salud. Serie Indicadores de Salud Seleccionados por Departamentos. Programa de análisis de la situación de salud y sus tendencias OPS/OMS. Guatemala, 1993.
60. L. Teorías de las relaciones Internacionales. La Investigación sobre la paz y el conflicto, Serie IRIAPAZ, Serviprensa, Centroamericana, Guatemala, 1992.
61. Pérez, C. Los trabajadores migrantes y la violación a sus derechos, en la Unidad No. 34, 1 de mayo, México, 1988.
62. Pinto P. Estudio de la Realidad de Guatemala, Aspecto Social. Guatemala, 1994
63. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis; Morbilidad y Mortalidad por tuberculosis, Chiapas, México. 1995.
64. Revista Chiapas, No. 1 Orígenes y claves del sistema finqueros del Soconusco. Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México, 1995
65. Remartínez R., La tuberculosis, como se previene, como se adquiere y como se cura, s/e. Francia, 1948, 04-43 pp
66. SEDESOL, Programa Nacional de Solidaridad con Jornaleros Agrícolas . Base de datos Oaxaca, SEDESOL, México, 1996.
67. Silva, Cc., La formulación de problemas de investigación en salud, ISCM, Cuba, 1991.
68. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática; Anuario Estadístico, 1995.; México, octubre de 1995.
69. Unicef y Segeplan. Análisis de la Situación del Niño y la Mujer. Guatemala, 1992

70. Villagrán, G., El individuo y la familia frente al SIDA: un estudio sobre la salud mental, la calidad de vida y los estilos de afrontamiento de hombres homosexuales con diferentes sero status al VIH/SIDA, UNAM, México, 1996.

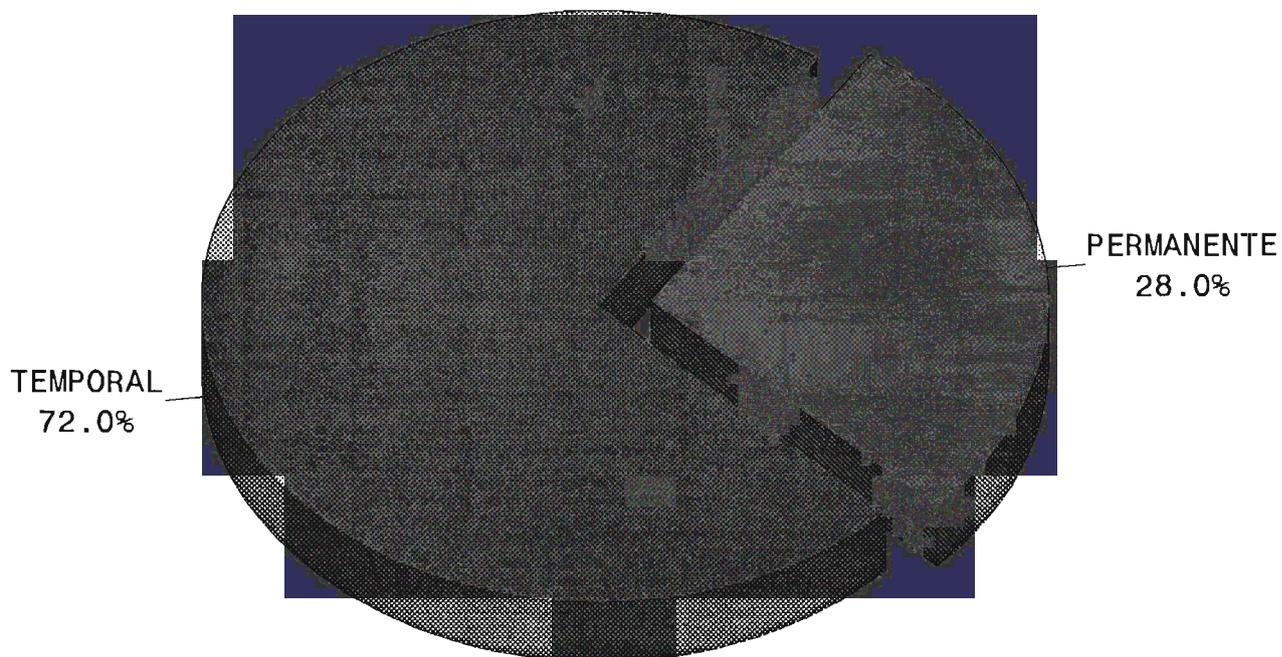
71. Yanez L., Marginación y Tuberculosis, Seminario Nacional de Tuberculosis, s/e, s/f, México, Anexo 8. s/p.

72. Zeballos, JL: Efectos de los desastres naturales en la infraestructura de salud: lecciones desde una perspectiva médica, Bol Of Sanit Panam, 1993, 381-388 pp.



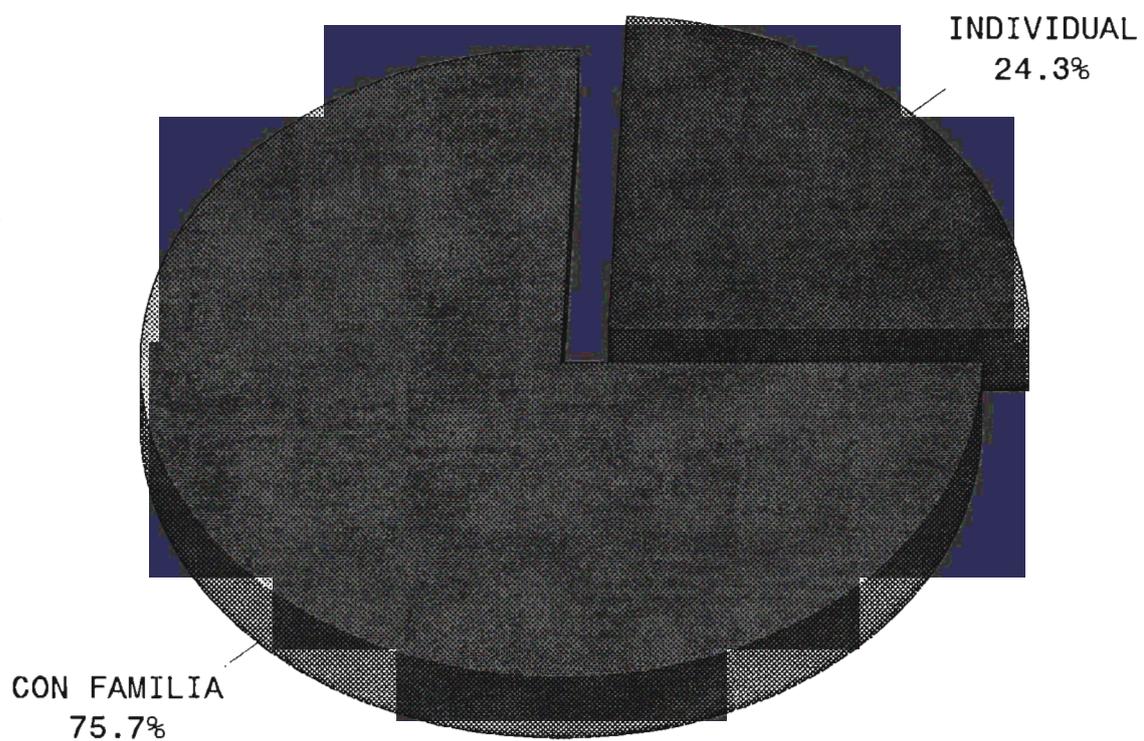
ANEXOS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
MIGRANTE SEGUN SU CARACTERISTICA
LABORAL



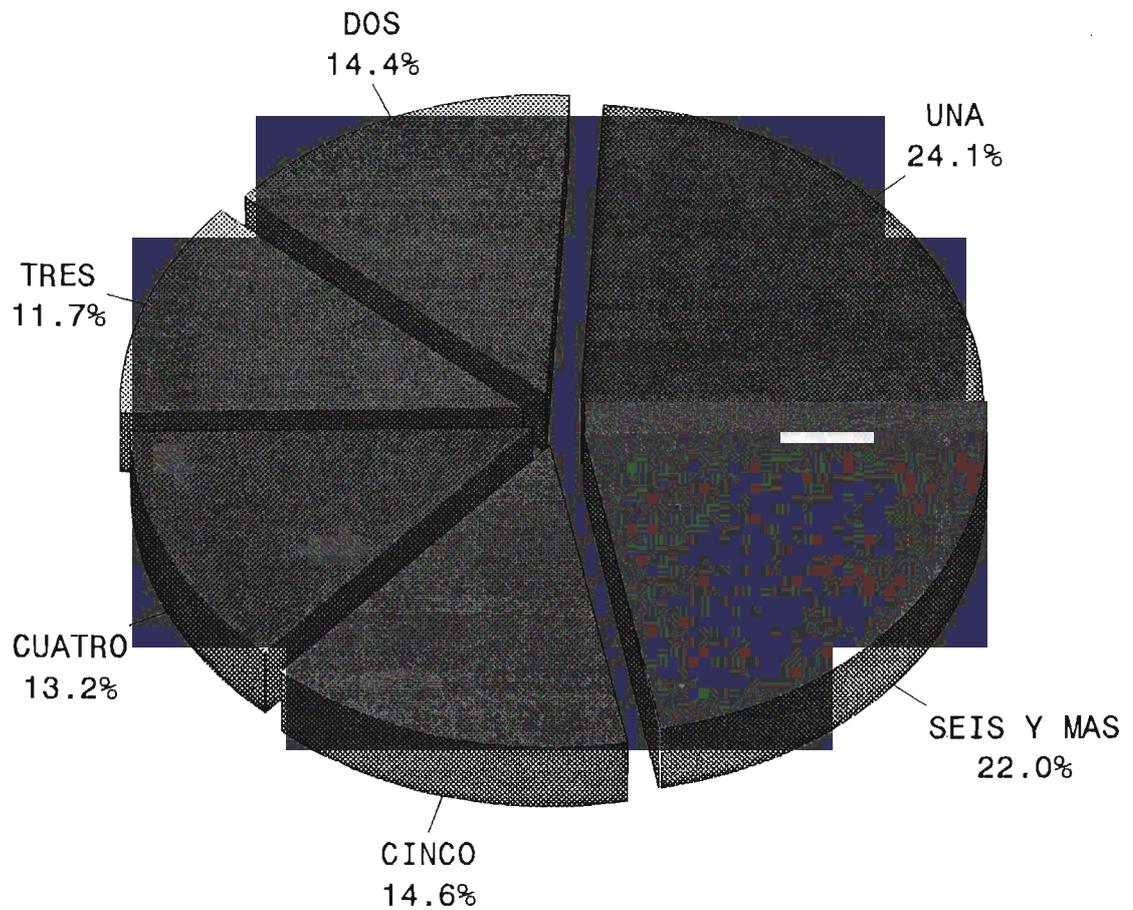
Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
MIGRANTE SEGUN LA FORMA EN QUE MIGRA



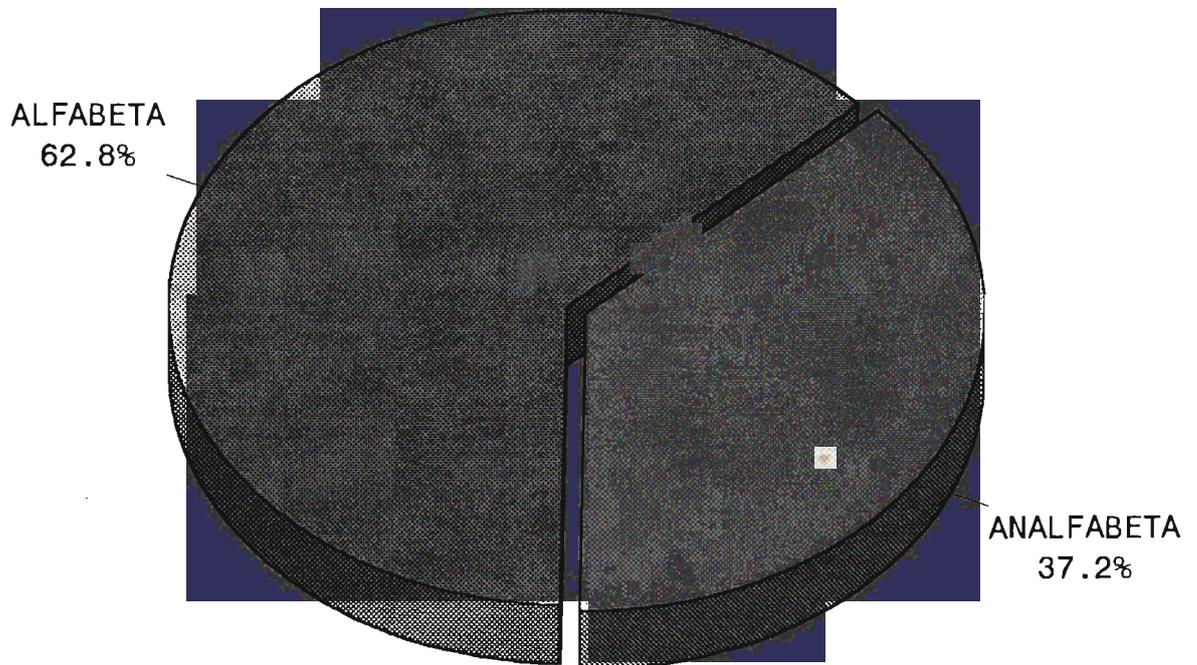
Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
MIGRANTE SEGUN GRUPO FAMILIAR
(NUMERO DE PERSONAS)



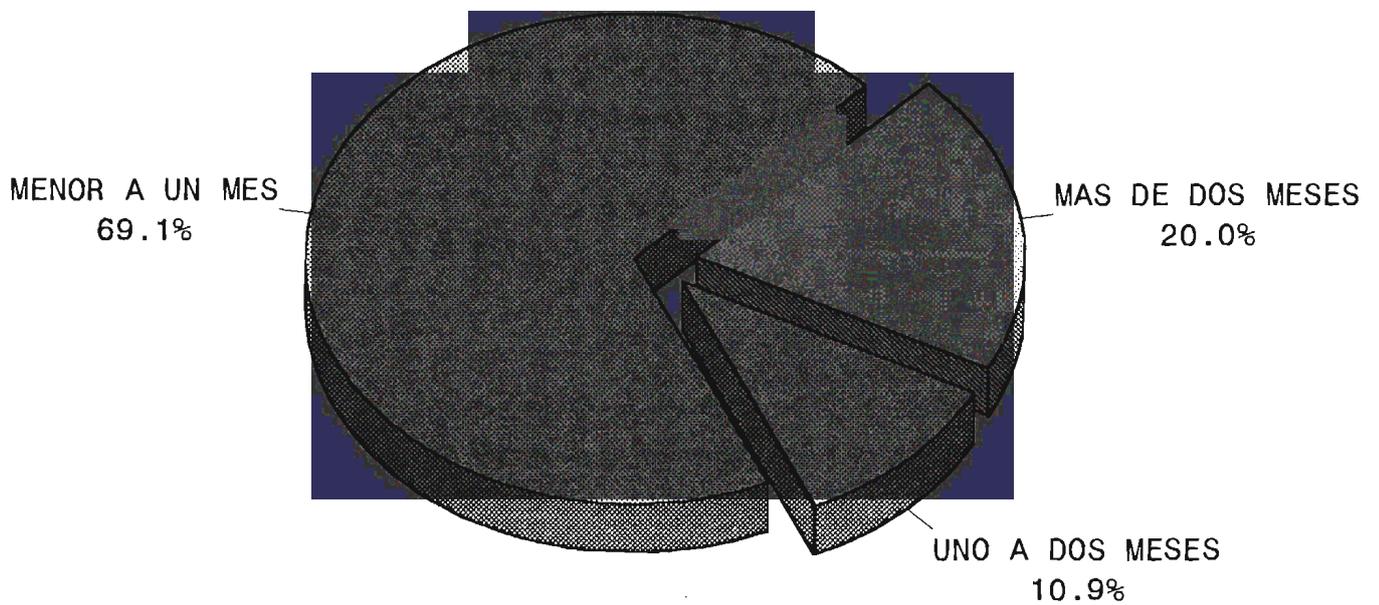
Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

CONDICION DE ALFABETISMO DE LA
POBLACION MIGRANTE MAYOR DE 15 AÑOS



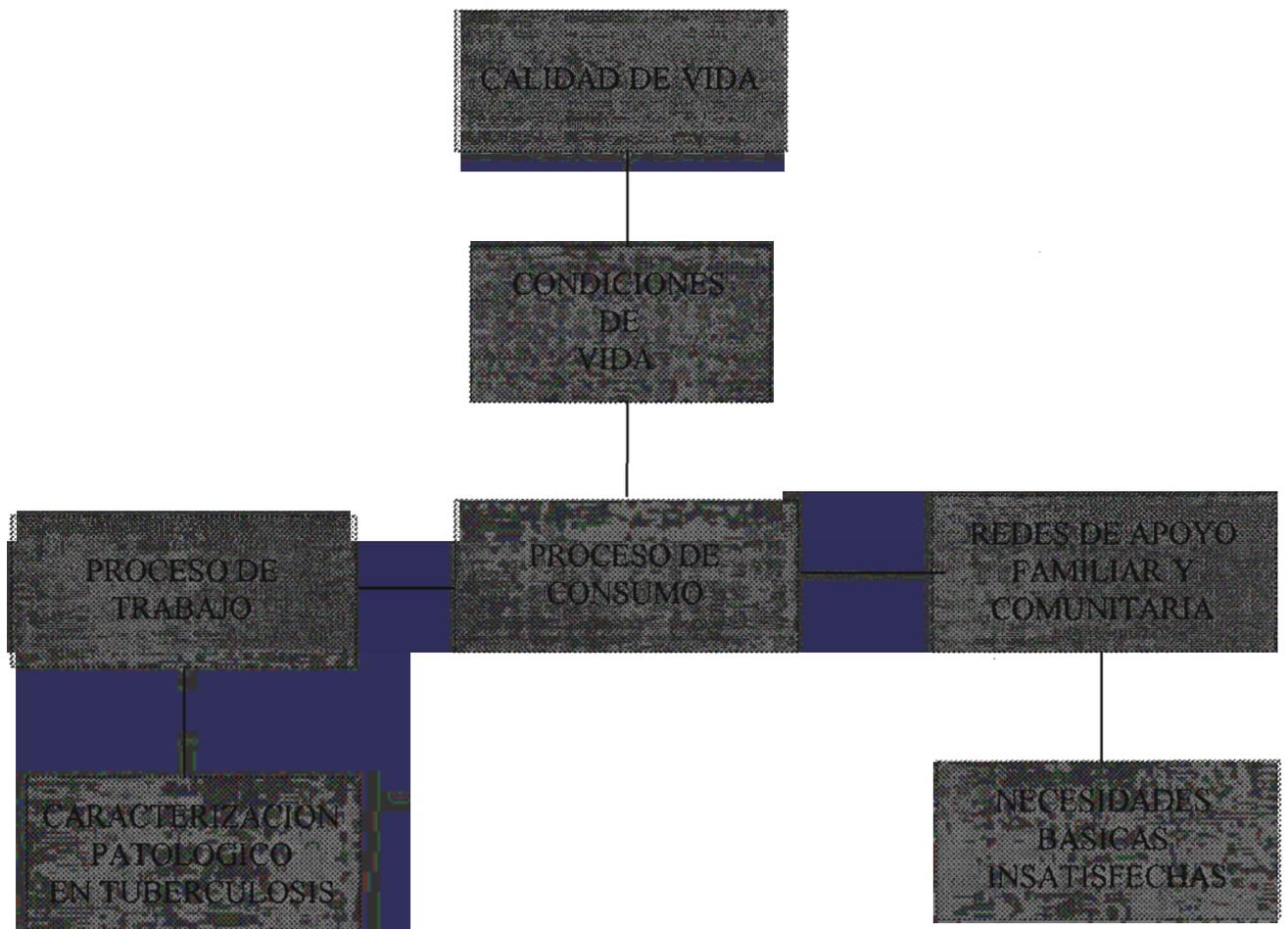
Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
MIGRANTE SEGUN TIEMPO DE PERMANENCIA
EN LAS FINCAS



Fuente: Estudio de caso en la región de Soconusco en el estado Chiapas. Una aproximación a los determinantes sociales de la tuberculosis pulmonar en migrantes, frontera sur de México; marzo, 1997.

ESQUEMA TEORICO



INER

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
MIGRACION EN JORNALEROS AGRICOLASFecha : _____ Folio: _____
día /mes/año

Identificación

1.- Nombre del campo agrícola	2.- Municipio	3.-Localidad	4.-No. de galerón	5.-No. de cuart
6.- Desde cuando trabaja aquí (fecha)	7.- Su trabajo es: 1.- Permanente o 2.- Temporal			

Lugar de procedencia

8.- Estado	9.- Municipio	10.- Localidad	11.- Fecha de llegada	12.- Fecha de salida	13.- Tiempo de perm
------------	---------------	----------------	-----------------------	----------------------	---------------------

Nombre de la Familia: _____ Nombre del entrevistado: _____

14.- nombre	15.- Sexo (edad) M F		16.- Parentesco	17.- Escolaridad (máxima)	18.- Religión	19.- Habla algún dialecto. ¿Cuál?	20.- Habla español.		21.- Ocupación en este campo	22.- No. días de trabajo (semana)	23.- No. horas de trabajo a día (horario de trabajo)
	si	no									
1.-											
2.-											
3.-											
4.-											
5.-											
6.-											
7.-											
8.-											
9.-											
10.-											

28.- Cuenta con servicios médicos: _____ 1.- Si 2.- No

29.- En el caso de que algún miembro de la familia enferme en donde lo atienden: _____ 1.- IMSS 2.- SSA 3.- Ninguna 4.- Otra

31.- En donde adquiere los medicamentos para su tratamiento: _____ 1.- IMSS 2.- SSA 3.- Ninguna 4.- Otra Especifique _____

32.- Toma además del tratamiento médico otro sujerido por sus familiares, amigos o del curandero: _____ 1.- Si 2.-No

Socio-demográficos

33.- nombre	34.- Ocupación en su pueblo	35.- No. días de trabajo (semana)	36.- No. horas de trabajo al día (horario de trabajo)	37.- Horas de descanso a la semana	38.- Salario por día (aprox)	39.- Existen riesgos en su trabajo, en caso positivo diga cuales	40.- acci algi a
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
6.-							
7.-							
8.-							
9.-							
10.-							

41.- A trabajado en otros campos agricolas 1.- Si 2.- No. (En caso de ser positiva la respuesta pase a la siguiente)

42.- Nombre del campo agrícola	43.- Estado	44.-Municipio	45.- Localidad

46.- Cuando se termine el trabajo en éste campo irá hacia otro 1.- Si 2.- No. (En caso de ser positiva la respuesta pase a la siguiente)

47.- Nombre del campo agrícola	48.- Estado	49.- Municipio	50.- Localidad	51.- Fecha en la estima llegar	52.- Fe estim

53.- En caso negativo regresará a su pueblo 1.- Si 2.- No

Bienes disponibles en la vivienda

54.- Cuenta con animales para consumo de la familia 1.- Si 2.- No . En caso positivo diga cuales: _____
 55.- Tiene radio: _____ 1.- Si 2.- No 56.- Cuenta con Televisión: _____ 1.- Si 2.- No 57.- Cuenta con refrigerador _____
 58.- Tiene estufa: _____ 1.- Gas 2.- Leña 3.- Carbón 4.- otro(especifique _____)

Infección diarreica aguda (durante los últimos 15 días)

En caso positivo colocar la duración de los signos y síntomas según corresponda

Duración

1.- Menos de tres días 2.- 4 a 6 días 3.- más de 6 días

101.- Apellido y nombre	102.- Fiebre		103.- Diarrea		104.- Líquida		105.- Con moco		106.- Con moco y sangre		107.- Color 1.- Blanquecina 2.- Amarilla 3.- Verdosa 4.- otra		108.- Deshidratación
	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si
[Redacted]													
2.-													
3.-													
4.-													
5.-													
6.-													
7.-													
8.-													
9.-													
10.-													

109.- Participa con su familia a platicas educativas de salud _____ 1.- Si 2.- No

Entrevista completa _____ 1.- Si 2.- No En caso negativo cual fue la causa: _____

Nombre del entrevistador: _____