

CASI UN SIGLO DE MORTALIDAD EN UNA POBLACIÓN MAYA DE CAMPECHE... GRACIAS AL TORO

Albertina Ortega Palma, José Luis Castrejón Caballero
y Jorge Cervantes Martínez

Escuela Nacional de Antropología e Historia-Instituto Nacional de Antropología e Historia

RESUMEN

Se presentan los cambios en la mortalidad y morbilidad en el siglo XX en la villa de Pomuch, Campeche, y su relación con algunos indicadores socioeconómicos en el marco de la transición demográfica y epidemiológica acontecida a nivel global y nacional. El objetivo es analizar las tendencias y cambios en el patrón de mortalidad respecto a los montos y las causas de defunción de acuerdo con la distribución por sexo y grupos de edad, así como establecer los factores socioeconómicos y culturales involucrados. Se observó la transformación del perfil epidemiológico en la población, dando cuenta de los brotes epidemiológicos y los cambios en la morbilidad, en relación con el mejoramiento de los servicios de atención de salud y otros servicios públicos. La fuente de consulta fueron los libros de defunción del Registro Civil, con la particularidad de no presentar información del periodo de 1925 a 1950, debido a que los libros fueron quemados en un intento por incendiar la presidencia del lugar a causa del indulto de un toro en la fiesta patronal.

PALABRAS CLAVE: Campeche, mortalidad, transición epidemiológica, demografía histórica.

ABSTRACT

This paper presents the changes in mortality and morbidity in the twentieth century in the town of Pomuch, Campeche, and its relationship with the socio-economic indicators, in the context of demographic and epidemiologic transition that took place globally and nationally. The aim was to analyze the trends and changes in the pattern

of mortality in account to number and causes of death according to the distribution by sex and age groups, and to determine the economic and cultural factors involved. The study allowed us to observe the transformation of the epidemiologic profile within in this population, accounting for disease outbreaks and changes in morbidity in relation to the improvement of the health care service and other public services. The source of information were books of death of the Civic Register Office, with the particularity of not presenting information from the 1925-1950 period because the books were burned down in an attempt to fire the Municipal Palace because of a bull indulto granted at the local holiday.

KEYWORDS: Campeche, mortality, epidemiologic transition, historic demography.

ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS DEL SIGLO XX EN MÉXICO

En el ámbito de la salud, el siglo XX está marcado por la tercera fase de una segunda transición epidemiológica, que inicia a partir de la década de los cuarenta con terapias antibacteriales y es caracterizada por una disminución de las enfermedades infecciosas en las naciones industrializadas con la subsecuente reducción de la mortalidad infantil, que ha tenido consecuencias para la salud humana, como lo es la posterior ampliación de la esperanza de vida y el aumento de la morbilidad por enfermedades crónicas. Las llamadas enfermedades de la civilización son: cáncer, diabetes, arterial coronaria y pulmonar obstructiva crónica (Barrett *et al.* 1998; Kaplan y Keil 1993; Omran 1971). En los países de ingresos medios, como México y Brasil, la situación socioeconómica actual se relaciona inversamente con marcadores de riesgo de enfermedades crónicas como obesidad e hipertensión (Popkin 1994). Asimismo, la rápida urbanización en combinación con marcadas desigualdades sociales y la continua falta de infraestructura de salud pública han dado lugar a enfermedades transmisibles entre los pobres y enfermedades crónicas degenerativas entre las clases medias acomodadas (Muktatkar 1995).

Durante este siglo México sufrió sucesos socioeconómicos que marcaron cambios en su estructura demográfica y de salud pública. Después de la Revolución mexicana, movimiento de reivindicaciones sociales y económicas, aunque la situación económica era difícil, se puso en marcha la restauración y la superación del sistema. Se inició una fuerte obra educativa en la que Vasconcelos vislumbró mejoras económicas, de salud y cultura basadas en la educación, alfabetización, beneficios de la segu-

ridad social y servicios públicos, preferentemente para los más pobres y los más alejados del centro del país. Una de estas labores se ve reflejada en la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1942, que extendió los beneficios de seguridad social a obreros, campesinos, empleados temporales y domésticos.

Aunada a estos cambios estaba la idea de progreso que se venía planteando en países desarrollados y que México bajo presión intentaba alcanzar. Para ello, fue necesario el desarrollo de un indigenismo integracionista (1917-1968), política cultural que adoptó el Estado en torno a los pueblos indígenas. Este proyecto liberal que se sustentaba en el mestizaje y en la integración cultural de los grupos indígenas respondió a la lógica de asimilación, puesto que su objetivo era la disolución de las diferencias etnoculturales por medio de la mezcla (en algunas propuestas) de sangre o de la aculturación de las minorías étnicas, con la finalidad de integrarlos y de adoptar nuevas formas de organización económica, política y cultural que le permitieran al país llegar al desarrollo y al progreso.

Dicho proyecto ha sido severamente criticado, empero en las comunidades indígenas marcó cambios particularmente en el ámbito de la salud. El Instituto Nacional Indigenista (INI) creó los Centros Coordinadores Indígenas, con los que pretendió llevar los beneficios de la vida moderna a las comunidades más alejadas. Estos centros tuvieron la facultad de crear escuelas y consultorios médicos, abrir exploraciones agrícolas, organizar cooperativas de producción, de consumo y de transporte, además de proveer la inversión material e intelectual y el sostenimiento del personal (maestros, médicos, agrónomos, etcétera) a través de la formación de *promotores culturales*, adolescentes y jóvenes indígenas bilingües contratados, que al finalizar el ciclo de instrucción primaria en sus comunidades se especializaban en el sector de la educación, de la medicina y la higiene, y que volvían a sus comunidades como profesores de escuela, enfermeros, promotores de salud, auxiliares de médicos, agrónomos en una estación experimental, según su especialidad. En Yucatán, la política indigenista se propuso integrar el desarrollo socioeconómico y el urbano.

A partir de 1968 el país comenzó a minar económicamente, y los más afectados volvieron a ser los pueblos campesinos y los más alejados del centro del país; el desarrollo económico y en salud se detuvieron. En la década de los ochenta el panorama empeoró: se entraba en un periodo de serias transformaciones internacionales a las que se tendría que ajustar

el país, la economía mexicana sufrió graves crisis debido al impacto de la economía mundial y a un mal manejo de las finanzas públicas. Durante la gestión salinista (1988-1994) la población aumentó, particularmente en el norte, mientras que en el sur las condiciones sociales continuaron siendo desventajosas, sobre todo en los grupos indígenas de miserable economía y gran atraso socioeconómico. Comenzó la creación del gran polo de atracción turística en el Caribe, lo que provocó también el inicio del éxodo poblacional hacia los centros turísticos.

El cierre del siglo no fue menos penoso y contrariado, el deterioro económico continuó aunado al aumento de desempleo, violencia criminal y una microeconomía desastrosa que afectó mayormente a los campesinos. Durante las últimas décadas, los servicios que debe forzosamente prestar el Estado, como educación, salud y servicios públicos, se ampliaron pero a un paso lento, quedando lejos de contar con un sistema total y efectivo de salud, una impartición eficaz de educación y un abastecimiento de los servicios públicos mínimos.

LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

A nivel mundial, las enfermedades infecciosas (diarreas) sumadas a infecciones respiratorias y la malnutrición han sido la causa principal de la mayor cantidad de muertes (Taylor y Greenough 1989). En el apartado anterior hacíamos especial énfasis en las condiciones socioeconómicas, en la situación de los servicios médicos y la atención a la salud que imperaron en nuestro país durante el siglo pasado, esto porque diversos autores aseguran que un mayor acceso y uso de la atención médica en comunidades de riesgo social y económico (pobreza) reduce sustancialmente la mortalidad infantil y aumenta la esperanza de vida en la población adulta (Cárdenas 2001; Davies 1952; Starfield 1985). Otros señalan que al menos en Europa, el descenso inicial en la mortalidad se debió esencialmente al avance tecnológico en la agricultura, el cual se reflejó en el mejoramiento de la nutrición y, por tanto, en la resistencia a enfermedades infecciosas (Vera 2000). Por otra parte, Kirk (1996) asegura que el desarrollo del Estado moderno fue una influencia decisiva en la evolución de los servicios públicos, tales como la provisión de agua potable, vacunación, control de epidemias y hambres. Otro aspecto que impactó de forma indirecta fue

el desarrollo de infraestructura en transporte y comercio, que influyó en la reducción de las hambrunas y quizá también en las epidemias.

Lo anterior, se afirma, ha influido en el descenso de la mortalidad y ha dado como resultado lo que Omran (1971) ha llamado “transición epidemiológica”, es decir, un cambio de un ambiente epidemiológico dominado por las enfermedades infecciosas y la desnutrición a un perfil de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos y ancianos.

A su vez, esta transición se vio favorecida por el cambio demográfico a una menor fecundidad, la cual tiene un gran impacto en la estructura de edad y, por tanto, en la frecuencia de las distintas causas de muerte, simplemente porque la población alcanza cada vez en mayor proporción edades avanzadas. Es decir, la transición epidemiológica está acompañada de manera paralela por la transición demográfica, por tanto, una reducción en los niveles de fecundidad produce cambios en la participación de enfermedades en los infantes, y asimismo, un aumento en la población de edad mayor trae consigo un incremento en la proporción de las enfermedades no transmisibles, que se observan en mayor proporción en este grupo (Cárdenas 2001).

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Una vista rápida del siglo XX en nuestro país muestra un descenso paulatino de la mortalidad, que inicia con la culminación de la Revolución mexicana (1910-1921) y, de acuerdo con Gómez de León y Partida (2001), es dada por la mejora de las condiciones generales de bienestar de la población.

Este trabajo es un estudio particular y específico, en el marco de la transición demográfica y epidemiológica del siglo XX. Nuestro objetivo es analizar lo que sucedió a nivel regional en Pomuch, comunidad maya al noreste de Campeche, con respecto a las tendencias y cambios en el patrón de mortalidad en cuanto a montos y causas a través de un estudio detallado de los factores particulares: la acción de los promotores de salud hacia la segunda mitad del siglo, las campañas de salud en las dos últimas décadas (hidratación oral voluntaria¹ y disminución de enfermedades in-

¹ Entre otros autores, Quijano Pitman (1995) señala que de 1950 a 1993 en México la mortalidad por diarrea en menores de cinco años de edad disminuyó 96 % con el empleo generalizado de la hidratación oral; la mortalidad por 100 mil habitantes de todas

fecciosas a través de coberturas de vacunación²) y el acceso y mejoramiento de servicios de atención de salud y otros servicios públicos.

En el croar de las ranas

Asentada en una planicie, en el límite de la sierra de escasos lomeríos calizos, conocida localmente como sierra *Pucc* o sierra Maya menor, y al norte de la ciudad de Campeche, a 50 km rumbo a Mérida, se encuentra la comunidad de Pomuch, una de las diez localidades que pertenecen al municipio de Hecelchakán y la segunda en importancia, después de la que da nombre al municipio.

Desde la ciudad de Campeche hasta el Camino Real –*noh bec*–³ se conoce a Pomuch por dos razones: sus panaderías y la forma tan especial que tienen de celebrar el día de Todos los Santos (Cervantes 2011). En época de lluvia, recuerdan sus habitantes, por las tardes en sus amplias calles se escuchaba el croar de las ranas, hecho que hace afirmar a algunos que de ello deriva el nombre de Pomuch, que etimológicamente significa “Lugar donde se lavan o se tuestan los sapos” (Tuz 1997).

Con una altitud promedio de ocho metros sobre el nivel del mar, posee un clima tropical caluroso con lluvias en verano y parte del otoño, la temperatura oscila entre los 25 y 35 °C, alcanzando una máxima de hasta 40 °C en verano. En invierno, puede descender hasta los 10 °C que es considerado un clima frío para la población acostumbrada al calor.

las edades que en 1940 era de 518, descendió a 26.5 en 1990 (Larracilla 2002). A pesar de ser un programa iniciado en 1950, hasta 1983 las comunidades rurales comenzaron a beneficiarse (*ibid.*).

² A partir de 1990 diversos programas de salud, educación y saneamiento recibieron en México un importante impulso, debido principalmente a dos circunstancias: a) el arribo de las pandemias de sarampión y cólera y b) los compromisos internacionales que nuestro país adquirió para la erradicación, la eliminación o el control de diversas enfermedades, fundamentalmente de aquellas prevenibles por vacunación, de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas en la infancia. Simultáneamente, la ampliación de los servicios de salud, de saneamiento básico y de educación continuó avanzando lentamente en todo el país (Gutiérrez *et al.* 1999).

³ El Camino Real incluye a los municipios de Calkiní, Hecelchakán y Tenabo –parte norte del estado– donde mayoritariamente se encuentran indígenas mayas concentrados en pueblos históricos, cuya principal actividad económica es la agricultura tradicional, el trabajo artesanal y la pesca ribereña con persistencia de tradiciones, hábitos y formas de organización social (Solís 2002).

La temperatura también disminuye cuando hay presencia de huracanes, generalmente en los meses de septiembre y octubre, los que en ocasiones han azotado fuertemente, afectando el cultivo y a la población. Debido a su suelo calizo que permite la infiltración del agua pluvial que cae durante el verano, no existen ríos.

Actualmente, cuenta con una extensión de cuatro kilómetros cuadrados, consta de 8 694 habitantes (INEGI 2010), de los cuales 2 832 hablan una lengua maya, aproximadamente un tercio de la población total. Dispone de una superficie de 84 447 hectáreas de tenencia ejidal,⁴ sin embargo, sólo alrededor de 200 ejidatarios de 1 040 se dedican al cultivo de la milpa. A partir de los años ochenta fue introducida la agricultura mecanizada,⁵ cuando el gobierno local parceló los ejidos para evitar la agricultura de roza, tumba y quema.⁶

⁴ Las hectáreas de cultivo se encuentran en el municipio de Champotón, a más de 100 km al sur de Pomuch y en las zonas aledañas a la población. La preparación del suelo comienza en mayo para realizar la siembra por el mes de julio; a fines de octubre ya tienen los primeros elotes con los que preparan el atole de maíz nuevo durante la celebración de Todos los Santos en noviembre; la cosecha del maíz para el autoconsumo la llevan a cabo en el mes de enero; regularmente, así es el ciclo de cultivo en Pomuch. Cabe señalar que durante estas actividades los hombres dejan a sus familias en la comunidad y se internan en el “el monte” durante días, en donde la fuente de agua proviene sólo de las sartenejas o haltunes (hondonada en piedra donde se deposita el agua de lluvia, sin contacto con el manto freático), por lo que el agua es estacional y puede estar presente en la temporada de secas –de enero a mayo–. De esta manera, los campesinos de Pomuch realizan un nomadismo de emigración constante.

⁵ En el caso de Pomuch, se entiende por agricultura mecanizada el ingreso de las máquinas para la limpieza y preparación de la tierra, no para la siembra y cosecha. Esto último sólo ha sido empleado por algunos campesinos a partir del 2000, lo que en ocasiones les ha provocado un endeudamiento al tener que cubrir los gastos de renta de la maquinaria (Cervantes 2011).

⁶ También conocida como agricultura nómada o itinerante, se ha relacionado frecuentemente con la degradación del ambiente. Es un sistema idóneo para los suelos selváticos, donde la fertilidad es reducida, lo que hace imposible lograr cosechas abundantes durante largo tiempo sin fertilizar el suelo. La productividad se recupera dejando que la parcela descance por varios años, con la ventaja de no usar agroquímicos que representen un riesgo a la salud o al ambiente. Sin embargo, en las últimas décadas la superficie destinada a esta forma de explotación ha crecido considerablemente, mientras que los ciclos de descanso se han acortado. Esto no sólo ha impactado negativamente a la producción sino que representa una amenaza al entorno. El uso del fuego para la agricultura es responsable de un importante número de incendios forestales. Resultado de

A lo largo de su historia, los pomuchenses han sido básicamente campesinos, enfocados al cultivo del maíz. En sus solares y terrenos familiares cultivan calabaza (*Cucurbita moschata*), chile (*P. lunatus*), frijol *xpelón* (*Vigna unguiculata*), jitomate (*Lycopersicon esculentum*), aguacate (*Persa americana millar*) y frutales de naranja (*Citrus sinensis*), limón (*Citrus limonum*), cocoteros (*Cocos nucifera*), ciruela (*Spondias bombini*), nance (*Byrsonima crassifolia*), huaya (*Talisia olivaeformis*), mango (*Anacardiaceae manguifera*), guanábana (*Annona muricata*), cacao (*Theobroma cacao*) y cacahuates (*Arachis hypogaea*) para el autoconsumo. Además cuentan con aves de corral (gallinas y pavos) de las que aprovechan los huevos, y cerdos consumidos sólo en ocasiones especiales. La carne de res se compra en el mercado eventualmente; otro tipo la obtienen de la caza esporádica: venado, pavo de monte y jabalí. Alrededor de una vez por semana consumen pescado frito que es traído de la costera próxima; entre las principales especies están el pescado de boca roja, *chak chi'* (*Haemulon aurolineatum*).

Entre las principales actividades está el cultivo de maíz en solares y parcelas. Durante el siglo XX, algunos hombres se dedicaron a *carreteros*, que eran los encargados de transportar mercancías y maderas a la población y tierra adentro, en la región de los chicleros. Los pobladores del centro son comerciantes y panaderos, otros más –sobre todo los jóvenes– han migrado y trabajan en la capital del estado o en los centros turísticos de Yucatán y Quintana Roo. Algunos más entran al magisterio y se desempeñan como profesores en las escuelas públicas de la región.

Un poco de historia local y de la adquisición de los servicios públicos

En 1915, un suceso marcó un cambio en la historia de Pomuch. La hacienda henequenera de La Blanca Flor, ubicada a unos cuantos kilómetros, sufrió un embate a manos de soldados carrancistas y alvaradistas, provocando la muerte de soldados y la huida a los montes y cerros de los pobladores de sitios cercanos por temor a morir. A finales de marzo de ese mismo año, Salvador Alvarado, general del cuerpo del ejército del sureste, arribó a Hecelchakán y decretó que los bienes de las haciendas serían nacionalizados. Esto ocasionó la salida de esclavos de las haciendas de San Antonio Pom, Chenxulá, San Isidro y en particular de Dzodzil (Tuz 1997), cuyos

ello, el suelo de la selva se degrada y numerosas especies típicas de la vegetación madura son incapaces de sobrevivir bajo un régimen de incendios constantes (SEMARNAT 2003).

esclavos mayas y yaquis pasaron a habitar Pomuch, creándose nuevas colonias en la villa.⁷

Durante el siglo XX existió poco desarrollo socioeconómico en la comunidad, con respecto a la mejora de servicios públicos, de salud y de condiciones de vida; éstas se sucedieron hasta el último tercio. La mayor del parte de la centuria mantuvieron costumbres y forma de vida similares; las casas tenían paredes de bejuco, con los espacios rellenos de lodo y algunas veces de yeso, con techos de huano, palma de la región (*Sabal japa C.*) y pisos de tierra; conformadas por una sola habitación, sin ventanas, con dos puertas, una hacia la calle y otra hacia el “solar” o patio que generalmente es amplio, donde cocinan, tienen sus animales de cría y algunos árboles frutales (figura 1). Generalmente habitan de seis a ocho personas (Pino 1946). Actualmente, existen ya varias casas construidas de piedra y cal, con techos de loza y piso de cemento; sin embargo, esto es un cambio que comenzó a darse hasta la última década del siglo pasado, entre la población de mayores recursos.



Figura 1. Casahabitación de piedra y huano rodeada del solar, propia de la región.

⁷ Dicha hacienda tuvo su origen en 1824 y se dedicaba al henequén y a la producción de sogas de sosquil y hamacas. Todavía en la primera década del siglo XX, los nacidos y los difuntos de la misma eran registrados en Pomuch, a través del capataz de la hacienda.

En la década de los cincuenta sólo existía un médico en la cabecera municipal de Hecelchakán y fue hasta 1970 que se fundó el único Centro de Salud en la población; en 1974 comenzaron las instalaciones de luz en la comunidad, antes de ello, sólo algunas casas del centro contaban con este servicio. Hasta la fecha carecen en su mayoría de agua potable, obteniéndola sólo a través de pozos; años antes, utilizaban el agua depositada en aljibes subterráneos, o bien, agua de lluvia almacenada en contenedores.⁸ La mayor parte de las casas cuentan con fosa séptica, habilitando para ello los mismos pozos de extracción de agua; en algunos hogares todavía defecan al aire libre en los solares en un rincón o lugar apartado. No se cuenta con sistema de drenaje, por lo que los charcos en época de lluvia son propicios para criaderos de mosquitos. Los caminos son pedregosos, sólo las calles principales que cruzan el centro del pueblo tienen pavimento. La basura se deposita en tiraderos a las afueras de la población, y la mayor parte es destruida por medio del fuego.

MÉTODO

La información se obtuvo mediante un estudio etnográfico realizado durante los años de 2007 y 2008 en la comunidad de Pomuch y la consulta de libros de defunción correspondientes al siglo XX, localizados en el actual Registro Civil del lugar.⁹ La mayoría se encuentran en mal estado de conservación como consecuencia de un inadecuado almacenamiento y tienen la peculiaridad de no contar con los libros del periodo de 1925 a 1950, debido a que durante la gestión del presidente de la junta municipal, Felipe Canché Tun (1977-1979), la presidencia local fue atacada por un grupo de habitantes enfurecidos por haber indultado a un toro durante la fiesta de la Virgen de la Purísima Concepción y los libros fueron quemados en un intento por incendiar el edificio que los resguardaba.

Los datos contenidos en las actas son: fecha de defunción, nombre completo del occiso, sexo, edad, legitimidad, hora de la muerte, causa de

⁸ En la mitad del siglo, Jorge A. Pino, un estudiante de medicina, realizó un estudio del municipio de Hecelchakán, asegurando que la población consumía esa agua sin esterilización.

⁹ Las actas de nacimiento y de defunción de la localidad fueron consultadas en los años de 2007 y 2008, como parte del proyecto Condiciones de vida y salud en Pomuch, del Centro INAH Campeche (Ortega 2008).

muerte, estado civil, ocupación, procedencia, nombre del padre, nombre de la madre y lugar del deceso.

El formato de captura es variable. Destacan tres periodos en los que los datos se asentaron de forma diferente. En el primero, de 1900 a 1964, están en letra manuscrita, sin formato alguno, donde las causas de defunción son diversas y describen males comunes de la época, como viruela, sarampión, cólera, disentería, pulmonía, entre otras, siendo probable que el diagnóstico no sea certero. En la mayoría de los casos, más que las causas, se describen los síntomas, tales como dolor de costado, tos, calenturas, ataques, diarreas y vómitos. Algunas otras, identificadas con el sitio anatómico afectado por dolor o hinchazón, y otras más, por el agente externo que lo ocasionó, como cornadas de toro, heridas en la cabeza, caída de caballo. En las mujeres la causa generalmente sólo se describe como muerte por parto, y en los ancianos, por vejez.

En el segundo periodo, a partir de 1965, la descripción de la causa de muerte es más detallada; no obstante, se centra más en los signos clínicos presentados en el momento de la muerte y no en la enfermedad que lo provocó.

Y finalmente, de 1984 a 1999, se adopta un formato estandarizado llenado en máquina de escribir, lo que homogeniza la información. Sin embargo, la causa de defunción se reduce aún más, muchas veces, a los signos clínicos, lo que si bien facilita la clasificación de las causas, empobrece la información.

Con un total de 2 142 actas, fue necesario estandarizar los datos, utilizando para ello la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), publicada por la OMS, que actualmente es utilizada como el sistema de clasificación de morbilidad y mortalidad por excelencia (Cárdenas 2001). Cuando fueron reportados como causa de muerte la senilidad, alferecía y desnutrición, éstas se separaron por no corresponder a una enfermedad concreta. Los datos se procesaron en el programa estadístico *SPSS*.

RESULTADOS

Los montos de defunción se agruparon por décadas, siendo notorio un aumento de fallecimientos en la segunda década. En 1918, en Pomuch

ocurrió una gran cantidad de defunciones infantiles, debido a una epidemia de influenza entre los meses de noviembre a enero. A ésta se le añade que en el resto del año, los infantes padecieron enfermedades infecciosas, como paludismo, viruela, sarampión, fiebres y diarrea. La elevada mortalidad infantil es reflejo de lo que era común en nuestro país en los albores del siglo XX: las constantes epidemias. Otro aspecto es la mortandad registrada en muchas zonas del país debido a la Revolución.

Es patente la ausencia de información entre 1925 y 1950, por el motivo explicado con anterioridad. A partir de mediados de siglo la mortalidad disminuyó debido probablemente a la entrada de servicios médicos y educativos, aunque se observa cierta tendencia a aumentar en la década de los ochenta. Este dato puede estar influido por el aumento de población (figura 2).

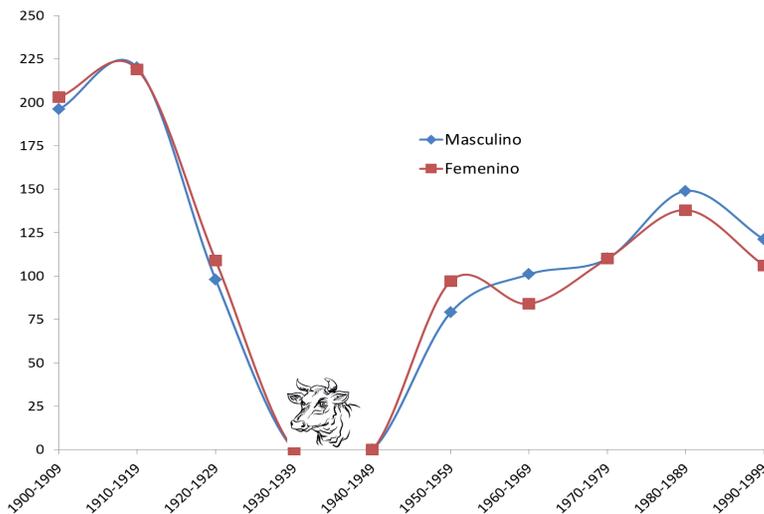


Figura 2. Total de muertes por década y sexo en el siglo XX, en Pomuch, Campeche. De 1925 a 1950 no hay datos, debido a la quema de documentos por el indulto a un toro.

Para saber si existen diferencias en la mortalidad por sexo, se calculó el índice de masculinidad, cuya expresión es el número de muertes masculinas divididas entre las femeninas multiplicadas por 100. En la mayoría de las poblaciones humanas este indicador es superior a 100, lo cual está relacionado con la mayor esperanza de vida de las mujeres. Sin

embargo, en el caso de Pomuch, en varios años toma valores inferiores a 100, debido posiblemente al subregistro de datos y/o a la emigración de la población masculina (figura 3).

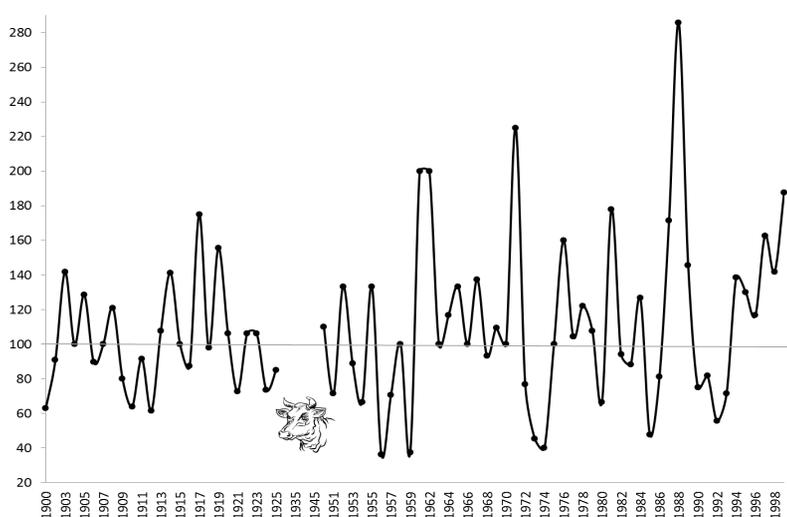


Figura 3. Índice de masculinidad (hombres/mujeres x 100) de las muertes registradas en Pomuch, Campeche, siglo XX. De 1925 a 1950 no hay datos, debido a la quema de documentos por el indulto a un toro.

Otro aspecto relacionado con la mortalidad es la edad a la que ocurre el evento. Por ello, se crearon grupos haciendo énfasis en los recién nacidos (menores de un año), infantil (1 a 14 años), población adulta (15 a 59) y edad mayor (60 años y más). El patrón de mortandad por grupo de edad en cada década del lapso de estudio se presenta en la figura 4. Se observa que en la primera mitad del siglo XX, más de la mitad de las muertes se concentraron en la población de recién nacidos e infantil (0-14 años), la cual se redujo particularmente a partir de la década de los setenta, siendo menor del 10 % entre 1990 y 1999. Aunque no es el indicador tradicional de mortalidad infantil, el porcentaje de defunciones de niños antes de cumplir el primer año de vida indica que las condiciones de vida de Pomuch no fueron las adecuadas, pues entre 1950 y 1990 cerca de 20 % de las muertes correspondieron a este grupo etario, indicador que manifiesta las carencias principalmente en el sistema de salud, entre otros.

En el otro extremo hay un incremento en la proporción de muertes en el grupo de mayores de 60 años con respecto a la década, lo cual estaría indicando un aumento en la esperanza de vida de la población. Estos patrones indudablemente muestran la transición en la mortalidad que inicia lentamente en la segunda mitad del siglo con mayor énfasis en las últimas dos décadas.

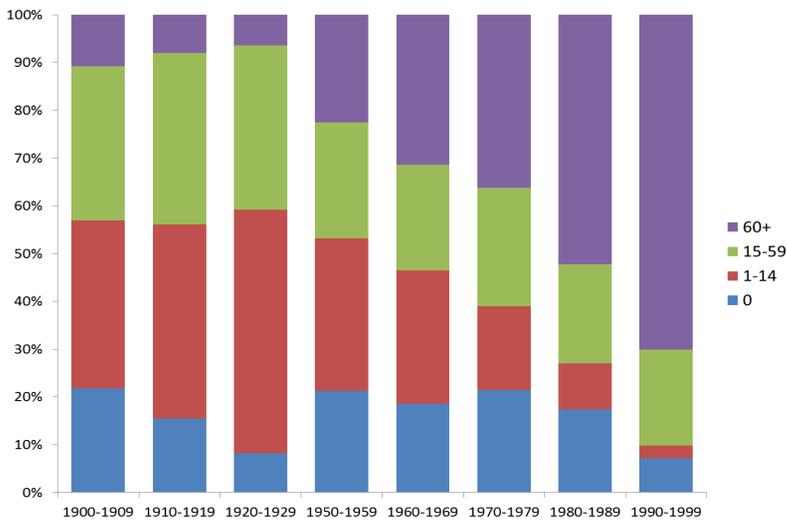


Figura 4. Mortalidad por décadas y grupos de edad en Pomuch, Campeche, siglo XX.

Al analizar las causas de defunción, el primer problema al que nos enfrentamos fue realizar una clasificación adecuada de las mismas, sobre todo cuando éstas fueron descritas de forma muy variable en la comunidad a lo largo del siglo. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) proporciona la estandarización, centrándonos en las diez principales causas de muerte en la comunidad (figura 5). En primer lugar están las de origen infeccioso y parasitarias, seguidas de enfermedades del sistema respiratorio, del feto y recién nacidos, senilidad, del sistema cardiaco, de origen desconocido, neoplasmas, del sistema digestivo y desnutrición.

La revisión por décadas (figura 6) muestra que las causas de mortalidad han cambiado. En los primeros tres decenios las muertes se debieron predominantemente (más de 65 %) a enfermedades infecciosas y parasitarias, siendo las respiratorias la segunda en importancia. En las décadas

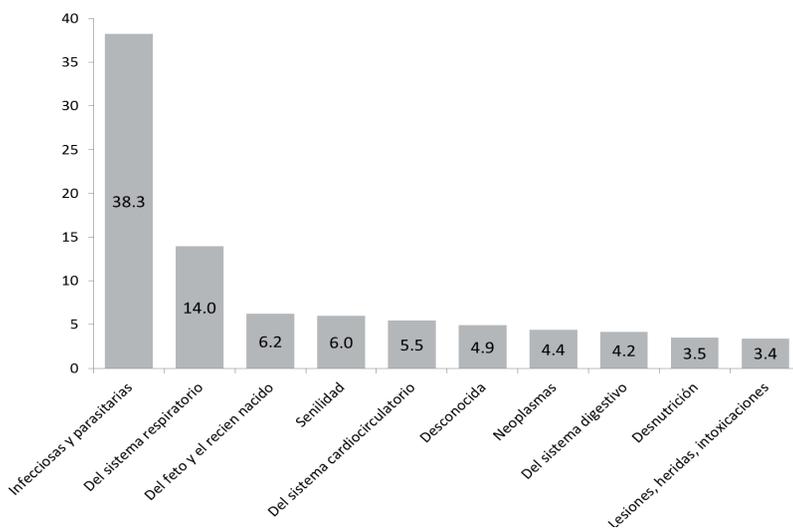


Figura 5. Diez principales causas de muerte en Pomuch, Campeche, siglo XX.

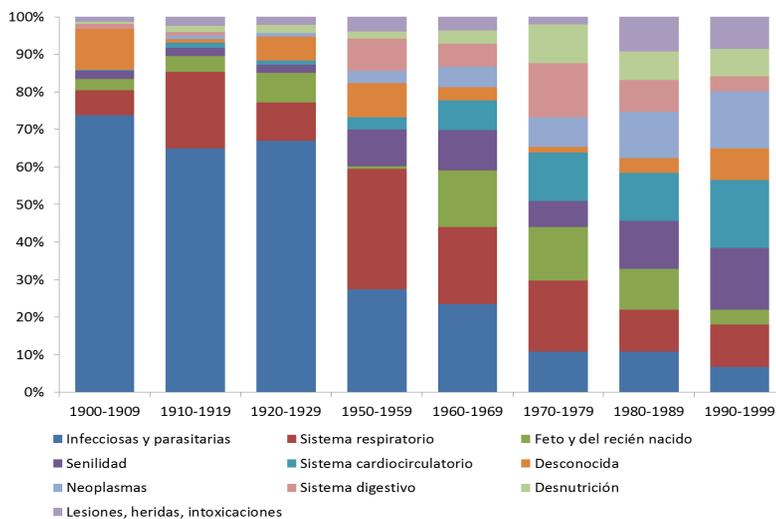


Figura 6. Diez principales causas de muerte por década en Pomuch, Campeche, siglo XX.

de los cincuenta y sesenta se invierten los lugares de esas dos causas, y aunque el peso porcentual conjunto disminuye, siguen siendo significativas en la mortalidad en Pomuch. Ambas causas han sido denominadas enfermedades de la pobreza, término que en el caso de la comunidad de estudio describen adecuadamente la situación de la población para esa época. Otro patrón a resaltar es la aparición paulatina, en décadas de la segunda mitad del siglo, de enfermedades del sistema cardiocirculatorio, neoplasmas, lesiones, heridas e intoxicaciones, además de las relacionadas con la senilidad. Es decir, una transición epidemiológica hacia enfermedades de la modernidad está presente; no obstante, llama la atención la desnutrición como una constante a través del tiempo, por lo cual se presenta en la última década y entonces se puede hablar de la coexistencia de un patrón mixto epidemiológico.

DISCUSIÓN

Me decía una doctora: “¡Ay, Paula! ¿Por qué no haces un libro?, para que nos cuentes cómo era Campeche...” “¡Ay doctora! Era terrible –le digo–, no había carretera, no había nada, había mucha pobreza, los niños se morían de tuberculosis, de tétano; las mujeres morían allá como animales con todo y su nene” (Paula María Uc Euan, promotora de salud, Pomuch).

De acuerdo con el postulado de Omrán (1971), el siglo XX es considerado el protagonista de la tercera fase de la transición epidemiológica, caracterizada por sustitución de enfermedades infecciosas por padecimientos crónicos. Este proceso se observa también en Pomuch, pero con variantes que a continuación desarrollamos.

A nivel global, en los países desarrollados de Europa y Estados Unidos en América, la transición de la segunda fase –caracterizada por el descenso de mortalidad y brotes epidémicos– a la tercera –donde las enfermedades infecciosas han sido sustituidas por padecimientos crónico-degenerativos– tiene sus inicios antes de la primera mitad del siglo XX (Barret *et al.* 1998; Kaplan y Keil 1993). Empero, en Pomuch el cambio se presenta décadas después, casi en el último tercio del siglo, incluso en la mayor parte de éste es perceptible un proceso largo de transición entre la segunda y tercera fase. Es decir, la mortalidad de origen infeccioso desciende paulatinamente, particularmente los brotes epidémicos, y las enfermedades

crónicas hacen su aparición ligeramente a partir de los años cincuenta. No obstante, las infecciosas parasitarias y respiratorias siguen en un lugar predominante, especialmente entre la población recién nacida, hasta la última década del siglo.

Durante los primeros decenios, la alta mortandad por aspectos infecciosos fue un patrón constante: las muertes se sucedían generalmente por los meses de mayo a septiembre, en los que las elevadas temperaturas, las sequías o el exceso de lluvias, así como los brotes epidémicos provocaban daños a la salud, al igual que las enfermedades respiratorias que tenían su mayor frecuencia durante los meses de noviembre a febrero. Las fuentes etnográficas (Cervantes 2011; Ortega 2008; Tuz 1997), etnohistóricas y de salud (Como 1991; Escobar 1992; Pino 1946) muestran que esta comunidad contaba con un ambiente propicio para la reproducción y transmisión de parásitos, bacterias y virus (hacinamiento, pisos de tierra, escasez de habitaciones adecuadas, falta de servicios básicos, como agua potable, drenaje, luz, etcétera).

En el último tercio del siglo ocurren mejoras en la infraestructura, instalación de servicios públicos, como luz y agua (en algunas colonias), asistencia de promotores de salud en los años sesenta, fundación del centro de salud, aplicación de vacunas e hidratación con suero oral en los años ochenta. Como consecuencia, la comunidad experimenta mejoras en la calidad de vida, como refleja el presente estudio: las enfermedades de tipo infecciosas, parasitarias y respiratorias disminuyeron como causa de muerte, concordando con lo estipulado por Cárdenas (2001), Kirk (1996) y Starfield (1985) en el sentido de que el mejoramiento en los servicios públicos y de salud trae consigo una disminución de la mortalidad, un aumento de la esperanza de vida y cambios en la estructura demográfica de la población.

Sin embargo, los resultados indican que persiste de manera notable la desnutrición como causa de muerte que conjuntamente con la pobreza y el indicador muertes de recién nacidos e infantiles son rasgos de la coexistencia del patrón epidemiológico previo. Otro aspecto que ilustra esta aseveración es el hecho de que a lo largo de los años los resultados muestran un descenso mínimo en el porcentaje de muertes del feto y recién nacidos,¹⁰ incluso si comparamos con los años veinte, observamos

¹⁰ En este grupo de edad la mortalidad tiene que ver principalmente con causas maternas, afecciones perinatales e infecciosas parasitarias y respiratorias.

un porcentaje similar, lo que indica que en setenta años no ha existido un cambio significativo en la atención de este sector de la población, pues existe un descuido en el cuidado periódico de la madre y del recién nacido, lo cual probablemente indicaría una alta mortalidad materna que no fue detectada con la información disponible. En consecuencia, la población infantil sigue muriendo de enfermedades infecciosas y de desnutrición, entre otras causas, tal y como sucede en otras entidades de la península de Yucatán (Como 1991; Méndez *et al.* 2004). La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor utilidad para evaluar el grado de desarrollo alcanzado en un país o región (Méndez *et al.* 2004; OPS 1999), en este sentido, observamos que en Pomuch es exiguo; lo mismo refleja el estudio etnográfico referente a las condiciones de vida y de desarrollo socioeconómico (Ortega 2008).

La categoría de senilidad como causa de defunción se encuentra de manera recurrente; sin embargo, esta condición parece no estar acotada a una causa o edad específica, sino que engloba una serie de circunstancias en las que la causa “real” de la muerte se desconoce.¹¹ Esta situación revela que gran número de ancianos de la localidad no son atendidos por el servicio médico, son de bajos recursos y habitualmente su vejez está acompañada de desnutrición crónica.¹² Para algunos de los hombres que se dedican a la agricultura en edad avanzada, resulta casi imposible trasladarse a sus parcelas y trabajar en el cultivo de sus tierras, por lo que dicha actividad termina por ser abandonada y con ello desaparecen o disminuyen los ingresos económicos, la vitalidad física y las relaciones sociales, volviéndose personas solitarias y desamparadas, lo que puede llevar a la desnutrición y la desatención médica. Lo mismo sucede con las ancianas, quienes por la edad sufren de la pérdida de la pareja que habitualmente es el proveedor económico y/o en ocasiones son abandonadas tras la migración laboral de los hijos y la pérdida de lazos familiares.

Al parecer, los cambios en infraestructura y los programas de salud no han tenido impacto en estos grupos poblacionales; la explicación se encuentra, quizás, en los factores ambientales y culturales que envuel-

¹¹ En los registros fue común encontrar como causa de muerte la senilidad o vejez, empero ésta fue hallada en individuos que iban desde los 60 hasta pasados los 100 años, lo que hace pensar que esta condición se asentaba sólo en vista de la edad del sujeto y no de la causa “real” de la muerte.

¹² Esta situación fue perceptible en las conversaciones con ancianos del lugar y familiares.

ven a la población. El estudio etnográfico permitió identificar prácticas culturales que pueden ser propiciadoras de malas condiciones de salud, como son: tipo de vivienda, prácticas de defecación al aire libre, consumo de agua de lluvia particularmente a campo traviesa durante las labores de campo, realizar muchas de las actividades cotidianas (cocinar, consumo de alimentos, convivencia, labores, juegos infantiles, cría de animales) en espacios como el solar y no dentro de la casahabitación.

En la comunidad es palpable y urgente la atención de salud y socio-económica en los grupos de edad vulnerables: los infantes y los ancianos, que son los más desamparados ante los factores ambientales, tanto biológicos (virus, bacterias y parásitos) como económicos, atendiendo las prácticas culturales propias de la población.

CONCLUSIONES

Mediante la aproximación histórico-demográfica y etnográfica realizada en la comunidad maya de Pomuch, se observaron las transiciones demográfica y epidemiológica que en el siglo XX han sido lentas y tardías y no en forma lineal como presentan los modelos teóricos. Particularmente, a partir de la década de los setenta se perciben ciertas mejoras en la calidad de vida de la población, explicadas en parte por la llegada de servicios públicos y de salud. Propósito que tiene sus inicios una década atrás con políticas gubernamentales, como fueron los promotores culturales y de salud del Instituto Nacional Indigenista, los cuales pusieron especial atención en las prácticas de higiene, en educación e impulso del desarrollo urbano.

No obstante, en la actualidad permanecen problemas como la pobreza, falta de apoyo al campo, insuficiencia de servicios públicos adecuados, rezago en el desarrollo socioeconómico y pésima infraestructura de salud pública que se transforman en situaciones de desnutrición, escasez de fuentes de trabajo y de ingreso, permanencia de enfermedades infecciosas y respiratorias ahora en adhesión a enfermedades crónico-degenerativas mal atendidas, en una situación de marcada desigualdad socioeconómica en relación con otras regiones del país.

Respecto a las actas de defunción como fuente documental para analizar las causas de muerte en una población, es necesario y aconsejable que exista una estandarización en el formato de registro y contenido,

así como incluir en ellas, de ser posible, una descripción clara, concisa y breve del historial médico del paciente, que permita la aproximación más precisa de las verdaderas causas de la muerte. Finalmente, queremos enfatizar que dichas actas, además de aproximarnos de manera sencilla y rápida a la morbilidad, en combinación con el estudio etnográfico, permiten estudiar el espacio histórico concreto, desde las voces de los sujetos involucrados en busca de relaciones y transformaciones de salud, sociales, económicas y culturales.

Agradecimientos

Al señor José Alfredo Escamilla Motul, oficial del Registro Civil de Pomuch, a Carlos Ucan Euan, a la señora Paula Euan, así como a los entrevistados y habitantes de Pomuch que amablemente colaboraron proporcionándonos información y nos permitieron convivir con ellos en este apacible lugar. Al maestro Juan Miguel Sarricolea por su colaboración y amena compañía durante la recopilación de los datos y las entrevistas.

REFERENCIAS

BARRETT, R., C. KUZAWA, T. MCDADE Y G. J. ARMELAGOS

1998 Emerging and re-emerging infectious diseases: the Third Epidemiologic Transition, *Annual Review of Anthropology*, 27: 247-71.

CÁRDENAS, R.

2001 Las causas de muerte en México, José Gómez de León y Cecilia Rabell (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, Consejo Nacional de Población-Fondo de Cultura Económica, México: 109-144.

CERVANTES, J.

2011 Entre vivos y muertos: creencias y ritos en Pomuch, ponencia presentada el 24 de junio en el Coloquio Interno 2011, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

COMO, L. DEL C.

- 1991 *Diagnóstico de salud de la comunidad de Pomuch, Hecelchakán, Campeche. Perteneciente a la jurisdicción tipo no. 1 del Estado*, tesis, Universidad de Campeche, Campeche.

DAVIES, N. P.

- 1952 Nutrition and nutritional diseases, *Annual Review of Anthropology*, 3: 99-132.

ESCOBAR, R. M.

- 1992 *Pomuch en el mayab y sentimientos*, Didactika, México.

GÓMEZ DE LEÓN, J. Y V. PARTIDA

- 2001 Niveles, tendencias y diferencias de la mortalidad, José Gómez de León y Cecilia Rabell (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, Consejo Nacional de Población-Fondo de Cultura Económica, México: 81-108.

GUTIÉRREZ, G., H. REYES, S. FERNÁNDEZ, L. PÉREZ, R. PÉREZ-CUEVAS Y H. GUISCAFRÉ

- 1999 Impacto de los servicios de salud, el saneamiento y la educación en la mortalidad de menores de cinco años, *Salud Pública de México*, 41: 368-375.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA

- 2010 *Censo de Población y Vivienda 2010. Resultados preliminares*, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, Aguascalientes.

KAPLAN, G. Y J. KEIL

- 1993 Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature, *Circulation*, 88: 1973-1998.

KIRK, D.

- 1996 Demographic transition theory, *Population Studies*, 50: 361-387.

LARRACILLA, J.

- 2002 México, pionero de la hidratación oral voluntaria, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40 (6): 461-464.

- MÉNDEZ, R. M., A. GARCÍA DE FUENTES Y M. D. CERVERA
2004 Mortalidad infantil y marginación en la península de Yucatán, *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía*, 54: 140-163.
- MUKTATKAR, R.
1995 Public health problems of urbanization, *Social Science & Medicine*, 41(7): 977-981.
- OMRAN, A. R.
1971 The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49: 509-538.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
2008 *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*, Organización Mundial de la Salud, Washington.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD
1999 Riesgos de morir y desigualdades en el ingreso, *Boletín Epidemiológico*, 20 (4): 7-10.
- ORTEGA, A.
2008 Informe Proyecto Condiciones de vida y salud en Pomuch, Campeche, Centro INAH Campeche, Campeche.
- PINO, J. A.
1946 *Estudio médico social del municipio de Hecelchacán, Campeche*, tesis, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- POPKIN, B. M.
1994 The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis, *Nutrition Reviews*, 52 (9): 285-298.
- QUIJANO-PITMAN, F.
1995 Primicias médicas nacionales. La hidratación oral en las diarreas. Una prioridad mexicana, *Gaceta Médica*, 131: 584-585.
- SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES
2003 *Informe de la situación del medio ambiente en México. Compendio de Estadísticas Ambientales 2002*, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, México.

SOLÍS, G.

- 2002 Campeche, Mario Humberto Ruz (coord.), *Los mayas peninsulares: un perfil socioeconómico*, Instituto de Investigaciones Filológicas (Cuadernos del Centro de Estudios Mayas), Universidad Nacional Autónoma de México, México: 70-106.

STARFIELD, B.

- 1985 Postneonatal mortality, *Annual Review of Public Health*, 6: 21-40.

TAYLOR, C. E. Y W. B. GREENOUGH

- 1989 Control of diarrheal diseases, *Annual Review of Public Health*, 10: 221-244.

TUZ, L. H.

- 1997 *Pomuch. Ahí donde se tuestan los sapos. Breve monografía*, Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias, Campeche.

VERA, M.

- 2000 Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica, *Papeles de la población*, 25: 179-206.