

## El *ombudsman* de los niños

Jesús Kumate

---

La niñez y la adolescencia, etapas de la vida durante las cuales ocurren el crecimiento y desarrollo, son definitorias de su futuro como adultos. Se espera sean tiempos de cuidados y acciones para promover el óptimo aprovechamiento de sus facultades, mediante la alimentación apropiada a su edad, la prevención de enfermedades y accidentes, la educación durante un mínimo de nueve a diez años, la detección oportuna de enfermedades y en su caso el tratamiento y la rehabilitación, así como las interacciones intrafamiliares, escolares y sociales determinantes de su personalidad.

Ese ideal dista de la realidad imperante, si bien los riesgos de morir en el primer día, la primera semana, el primer mes y el primer año son los mayores, salvo los últimos, las diferencias en la mortalidad infantil en 1999<sup>1</sup> fueron desde tres en Suecia y Suiza hasta 165 en Afganistán (seguramente muy subestimada); en 86/191 de los países encuestados por UNICEF, la mortalidad infantil fue de 30 ó más/1 000 nacidos vivos, en 25 países con más de 100, literalmente los niños transitan por un valle de la muerte antes de tener una edad en la que puedan defenderse para sobrevivir.

### Las desventajas de ser pequeño

La niñez es la edad más vulnerable a toda clase de influencias nocivas, desde la concepción hasta la adolescencia. Las tasas de morbilidad y las de mortalidad infantil son las más altas en el decurso de la vida. Antes de la concepción, si la madre está desnutrida, es alcohólica o drogadicta, los riesgos de aborto, o el síndrome de feto alcohólico se hacen notar desde el nacimiento.

Desde la concepción hasta el parto, el embrión durante las primeras 12 semanas y después el feto, la enfermedad materna de muy diversa etiología puede tener efectos nocivos sobre el producto, *v. gr.*: sífilis, toxoplasmosis, rubéola y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) entre las bacterianas, parasitarias y virales,<sup>2</sup> la diabetes gestacional como metabólica y las isoimmunizaciones varias (Rh la más frecuente) de mecanismo inmunitario.

Algunas deficiencias nutricionales transgestacionales, folatos entre otros, se asocian con defectos en el cierre del tubo neural (mielomeningocele, espina bífida), y el bajo peso al nacer conlleva un riesgo mayor para infarto del miocardio y diabetes tipo 2 en edades mayores a 50 años que los neonatos de peso normal.<sup>3</sup>

Durante el trabajo de parto puede haber contagio por *Neisseria gonorrhoeae*, clamidias o virus del herpes simple tipo 2, con secuelas tan graves como ceguera y encefalitis con retardo neuromotor y letalidad elevada.

El aborto es la muerte programada de un ser viviente sin que el afectado pueda defenderse, las salvedades legales de no practicarlos después de la novena o vigésima semana no modifican la realidad biológica del hecho. Las justificaciones para su práctica legal pueden ser psicológicas, económicas o tan frívolas como si el sexo del producto diagnosticado por ultrasonido es femenino.

Algunas prácticas oprobiosas en prepúberes como los eunucos de China y en la Turquía de los sultanes, inconcebibles en nuestro tiempo, se practicaron durante siglos con un atropello monumental de los derechos humanos más elementales: la inviolabilidad de la integridad corporal. Otro ejemplo de la vulnerabilidad durante la infancia fue la práctica de los castrados en Italia para conservar el tono y timbre de los niños como tenorinos eternos al precio de una mutilación monstruosa.

Actualmente, la remoción de riñones de adolescentes con engaño, bajo la presión de un adulto poderoso, es un ejemplo acabado de la vulnerabilidad de los menores y señala la permanencia de amenazas y realidades inaceptables.

Al nacimiento los humanos corremos un riesgo único entre los seres vivos: el abandono; los niños expósitos dieron origen a la inclusa o la rota en el Hospital de los Inocentes en Florencia.<sup>4</sup> Actualmente en la India y en China hay menos niñas que niños, el eufemismo de "las niñas faltantes en China"<sup>5</sup> esconde el hecho más frecuente en las áreas rurales del abandono de los niños recién nacidos. Se estima en 500,000 el número de niñas faltantes cada año, al considerar que la menor atención durante el primer año es responsable de mayor número de muerte femeninas y que se dan en adopción más niñas que niños; quedan 177,000 defunciones sin explicar ¿infanticidio? En la India el "baño" con leche muy caliente y los tés catárticos son prácticas frecuentes en nuestros días. De acuerdo al censo de 2001 en la India<sup>6</sup> se registraron

157'863,145 menores de seis años, 81'911,041 niños y 75'952,104 niñas; ¡seis millones menos de niñas! ¿Cómo explicar su desaparición en pleno siglo XXI?

En muchos países africanos en las niñas prepúberes se practica una mutilación bárbara: la circuncisión o clitoridectomía hasta la infibulación consistente en la ablación de los labios mayores, la clitoridectomía y la sutura de las partes resecaadas, todo ello sin anestesia, asepsia insuficiente en el piso de una habitación con secuelas de infección, disuria y dolor durante el coito cuando adultas.

A lo largo de la vida, especialmente en los primeros años, los niños pueden ser objeto de privaciones, agresiones o sistemas formativos que afectan negativamente su crecimiento y desarrollo. Los accidentes, la segunda causa de muerte en lactantes y la primera en preescolares y adolescentes de México,<sup>7</sup> son indicadores del descuido familiar y social por la insuficiencia del sistema de guarderías.

Los niños son particularmente sensibles a carencias nutricionales: la carencia o deficiencia de yodo en la sal de cocina ocasiona retardo mental irreversible, la ausencia o exceso de flúor en el agua afectan el desarrollo dentario, la insuficiencia de vitamina A es responsable de ceguera, así como elevada letalidad por infecciones del árbol respiratorio, y si se agregan las anemias por privación de hierro, estas carencias afectan a 2 000 millones de la población mundial, muchos de ellos niñas.

Los niños desde el nacimiento, especialmente en los 2-3 primeros años de vida son objeto de robo con fines de venta para adopción en el extranjero o por personas mentalmente desequilibradas que padecen la obsesión de tener un hijo, aunque no sea propio. A edades mayores se combinan el robo y la explotación con propósitos tan diversos, todos criminales, de pornografía, pedofilia, prostitución u operaciones para extraer órganos (riñón) para su venta a receptores que pagan precios muy variables.

A partir de la II Guerra Mundial la colocación de minas antipersonales ha cobrado decenas de miles de inválidos, amputados de una o ambas

piernas, la gran mayoría niños en áreas rurales. Resulta inconcebible que gobiernos con mortalidad infantil menor a diez, rehúsen firmar el protocolo que prohíbe la fabricación y venta de minas antipersonales. Es evidente que cuidan y protegen a sus niños, pero no les preocupan el resto, ¡paradoja esquizofrénica!

Los adolescentes, y ahora con frecuencia creciente los escolares, son objeto de campañas deliberadas para iniciarlos en las adicciones “lícitas”: tabaquismo y alcoholismo. El narcotráfico empezó con el mismo propósito, el fomento de la drogadicción en todas sus variedades, con el agregado de convertir a los jóvenes drogadictos en agentes de venta entre sus pares y aún en adultos. La inexperiencia, la particular inestabilidad emocional del adolescente y la natural curiosidad por probar (experimentar) nuevas sensaciones los tornan especialmente susceptibles a consumirlas.<sup>8</sup>

¿Qué se ha hecho para atender las necesidades, proteger su vulnerabilidad, facilitar su óptimo crecimiento y desarrollo, impedir las injusticias de agresiones o aprovechar las espléndidas oportunidades para ayudarlos a desplegar sus enormes posibilidades?

En retórica se han expresado muy nobles pensamientos, *v. gr.*: “los niños son las mariposas del paraíso”, “un niño es un amor que se ha hecho visible”, “los niños son las riquezas de los pobres”, “las aspiraciones de la vida aparecen en forma de niños”, “los niños son los apóstoles cotidianos de Dios, enviados para predicar amor, esperanza y paz”, “una infancia venturosa es el mejor regalo que los padres pueden dar a sus hijos”, “los niños son el patrimonio más valioso de un pueblo, el futuro de la patria”, etc., etc.

En la práctica la realidad ha sido otra. Los romanos despeñaban de la roca Tarpeya a los niños malformados. Actualmente se practica la eutanasia o se dejan sólo con cuidados de enfermería a recién nacidos con malformaciones o muy bajo peso al nacer en países del primer mundo. En La Vendée durante la Revolución Francesa, la represión dio consigna de imponer el terror como la orden del día, se asesinaron a

todos los niños de los pueblos insurrectos; a principios del siglo XIX en Inglaterra según las novelas de Dickens, cuando había escasez económica en los orfanatos se acostumbraba vender a los huérfanos en subasta pública por las calles de Londres; la Revolución Industrial Inglesa tuvo como fuerza laboral importante el trabajo de niños en jornadas de 10-12 horas en los llamados “molinos satánicos”. En 1833 el Parlamento inglés decretó que los niños de 9-13 años no podían trabajar más de nueve horas diarias; sin embargo, en 1843 era común que niños de seis años trabajaran en fábricas de encaje “largas horas al día” y todavía en la segunda mitad del siglo XX los tapetes persas más valiosos eran obra de niños que en virtud de sus dedos más pequeños podían hacer más nudos/cm<sup>2</sup> que los tejidos por adultos, a costa de las deformaciones inherentes a tal oficio.

En una de las ciudades más hermosas del mundo es práctica corriente el asesinar periódicamente a los niños que duermen en las calles, ladrones de los comercios elegantes, una “plaga intolerable”, según los dueños de tales establecimientos. Hay indicios que la policía local es “contratada” para tales “propósitos”. Es obvio que si se tratara de adultos sería mucho más difícil, tanto de llevarlo a cabo, como de quedar impune.

La protección legal de los niños siempre ha ido a la zaga de los adultos, los derechos del hombre y el ciudadano, proclamados por la Asamblea Nacional de Francia el 20 de agosto de 1789. Enlistó los derechos naturales e imprescriptibles de los humanos, pero no hizo mención a los niños. Las mujeres consiguieron el sufragio en el siglo XX (México en 1953) y los niños recibieron en 1872 el Acta de Protección de su vida en el Reino Unido, seguida en 1874 por la Ley Roussel en Francia.

En cambio no había provisiones para el maltrato: en la ciudad de New York en 1874,<sup>10</sup> la niña Mary Ellen de nueve años, fue golpeada brutalmente por su madrastra, la denuncia de las vecinas no pudo atenderse por las autoridades, dado que no existían leyes que prohibieran el maltrato a los

niños. Un procurador (ministerio público) sensible e imaginativo tuvo que invocar las leyes para prevenir la crueldad con los animales en base a *¡que un niño era como un animal!* Sólo así se pudo rescatar a la niña de tal arpía y procesar a la agresora que fue condenada a un año de cárcel. Al año siguiente el estado de New York promulgó la ley, primera en el mundo, para prevenir y castigar el abuso punitivo de los niños.

La Carta Convención de los Derechos del Niño de 1989 fue ratificada en 1991 con el compromiso implícito de ponerla en práctica. Fueron antecedentes la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos de los Niños y la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de la ONU el 20 de noviembre de 1959 con carácter de recomendaciones.

Tratándose de la atención asistencial médica, el Hôtel Dieu de París tiene historia desde 657, el Saint Bartholomew de Londres fue fundado en 1123 y el Hôtel Dieu de Beaune data de 1143. En comparación el primer hospital de niños, L'Hôpital des Enfants Malades en París, fue fundado por Napoleón en 1802, le siguieron el pabellón pediátrico de la Charité en Berlín (1830), el Kinderspital de Viena (1837) y el Hospital para Niños Enfermos de la calle Great Ormond en Londres (1852),<sup>11-13</sup> el Hospital Infantil de México inicia labores el 30 de abril de 1943 pero el Hospital de Jesús es de 1524.

El primer profesor de Pediatría fue Jules Marie Parrot en París (1879), Cervesato en Padua (1882), Wiederhofer es el primer Ordinarius en Viena (1884). La inclusión de la Pediatría en el currículo de pregrado se realiza en Viena (1899), en Alemania (1919), en México (1931), aunque desde 1546 Enrique VIII estableció el *Regius Professor of Medicine* en Oxford y en 1518 se funda el *Royal College of Physicians*. La Academia Nacional de Medicina de México nace en 1864, la Sociedad Mexicana de Pediatría se funda en 1930 y la Academia Mexicana de Pediatría es de 1950. El primer Congreso Internacional de Pediatría se realiza en París en 1912 y la Primera Conferencia Internacional de Higiene data de 1850, también en París.

Las estadísticas vitales de Suecia se inician en 1749, pero el concepto de mortalidad infantil es de 1874. Kempe en 1951 publica el primer trabajo sobre niños golpeados (battered children).

### Descuido de la niñez: biología y sociología

¿A qué podemos atribuir la actitud de muchas sociedades respecto a la menor atención a las necesidades de los niños que linda en el descuido?

Algunas explicaciones:

1. Los humanos nacemos con inmadureces naturales, fisiológicas las llaman los neonatólogos, que se prolongan en magnitud y tiempo variable según los órganos y sistemas. Así la ictericia fisiológica del recién nacido resultado de la menor capacidad de glucuronización de la bilirrubina no dura más de dos semanas, la respuesta inmunológica apropiada a los antígenos de *Bordetella pertussis* no se estimula hasta el segundo mes de vida, la vacuna del sarampión no prende antes del sexto o séptimo mes, la visión binocular correcta requiere de cuatro a seis meses, la mielinización conlleva dos años, etc. Expresiones como "la desventaja de ser pequeño" en los trastornos hidroelectrolíticos resultan del mayor recambio líquido intestinal del menor de dos años respecto del adulto con el consiguiente mayor riesgo de una deshidratación letal.

Tales realidades explican más no justifican la actitud de los adultos médicos inclusive, que la mayor mortalidad en menores de dos años es algo inevitable dada su menor capacidad homeostática. Las experiencias de los países nórdicos, de Japón, de Suiza, y de Singapur demuestran que los lactantes y preescolares menores no tienen mayor riesgo de morir que un adulto joven, excluyendo las malformaciones congénitas graves, si reciben los apoyos que la puericultura y pediatría moderna tienen a su alcance.

2. Los políticos atentos siempre a las presiones públicas, a la promoción de intereses económicos poderosos, no son muy receptivos para dar prioridad a los problemas de los niños, grupo etéreo que no vota a pesar de que cuando hay carencias

nutricionales los más afectados son los niños, en las guerras los que más sufren física y emocionalmente son los niños, en los divorcios, los más afectados son ellos, sólo en el caso de naufragios se dice: “niños y mujeres primero”. Los políticos deberían conocer el proverbio danés: “quien toma de la mano a un niño gana el corazón de su madre” que sí vota.

3. Las inversiones necesarias para asegurar el óptimo bienestar de los niños son cuantiosas y con frecuencia son vistas como gastos y no como inversión. La vigilancia del embarazo requiere un mínimo de cinco consultas prenatales, en Cuba 14, con los exámenes físicos y de laboratorio (biometría hemática y química sanguínea, como mínimo); la atención del parto por personal idóneo en un medio capacitado para diagnosticar y resolver una emergencia es costosa, el seguimiento del puerperio durante seis semanas implica personal y organización institucional *ad hoc*. El primer día y la primera semana de vida son lapsos críticos, *i. e.*: la correcta reanimación neonatal, el inicio temprano de lactancia materna, la realización del tamiz neonatal, que llega a ser de ocho pruebas, según los países y que en México sólo contempla el diagnóstico del hipotiroidismo congénito, la exploración de hipoacusia o sordera, son algunas de las diez condiciones a poner en práctica para que un hospital sea reconocido por el UNICEF como “Amigo del Niño”.

Las vacunas en los primeros dos años de la vida son el orgullo de la Pediatría contemporánea; a las seis tradicionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendado en 1988 (sarampión, poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina y tuberculosis) se agregaron en rápida sucesión: hepatitis B, *Haemophilus influenzae* “b”, parotiditis, rubéola, varicela-zoster, hepatitis A, e influenza. En México se aplican gratuitamente las diez primeras. La cobertura universal y los refuerzos a edades posteriores han transformado, para bien, el perfil epidemiológico y la práctica de la Pediatría en México y en el mundo.

4. La resignación de que un menor de dos a cinco años va a padecer seis episodios infecciosos

de vías aéreas/año, de donde el remoquete de “mocos”, y de tres a cuatro cuadros de diarrea, afortunadamente ahora en vías de olvidarse, fueron causa de enfermedad innecesaria, desnutrición, absentismo escolar en jardín de niños y letalidad como las dos primeras causas de muerte en lactantes y preescolares, aún en nuestros días, aunque con una tasa mucho menor. Mientras las diarreas aparezcan entre las cinco primeras causas de muerte en menores de cinco años la situación dista de ser aceptable y queda un largo camino por recorrer.

5. Es erróneo considerar que los derechos humanos de los adultos se pueden trasladar tal cual a los niños, no son iguales y tienen matices *sui generis*, *v. gr.*: a) para los niños los juegos no solo son indispensables, sino que además de placenteros son formativos; b) durante la niñez se cursan tiempos óptimos para desarrollar destrezas psiconeuromotoras para un gimnasta, un bailarín, un virtuoso musical o un políglota, en algunos casos imposibles de adquirir a edades ulteriores, si no se aprovechan son oportunidades perdidas; c) la inmediatez, Gabriela Mistral escribió: “en la vida hay muchas necesidades a las que se les puede decir mañana; a las de los niños no, en cada instante se están formando su sangre, se fortalecen sus huesos, se desarrolla su mente y sensibilidad, su tiempo es hoy”; d) los criterios de recompensas, llamadas de atención, limitaciones y prohibiciones requieren de un manejo diferente en forma al de adultos; e) las secuelas de casi todas las enfermedades de los lactantes son más graves que en las de mayor edad, en particular las del sistema nervioso (poliomielitis, meningitis, encefalitis), y otras de etiología infecciosa como tétanos, tos ferina, sarampión, las bronconeumonías y la tuberculosis, amén de las endocrinopatías como hipotiroidismo y los errores congénitos del metabolismo.

6. El crecimiento poblacional sin la disposición de insumos que provean alimentación apropiada, educación de por lo menos nueve años, asistencia médica moderna y convivencia social digna, inevitablemente conlleva desnutrición, ignorancia, insalubridad, tensiones sociales, atributos de la pobreza en los que los niños son los más afectados

de manera inmediata y a largo plazo. Muchas familias no han sido conscientes de su responsabilidad demográfica.

7. El tradicional descuido en la atención a las niñas y adolescentes *vis à vis* los varones, en especial la educación; desde siempre la educación femenina se ha acompañado de mejores indicadores de salud en los niños.<sup>14,15</sup>

### **Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (México 2000)**<sup>16</sup>

El Diario Oficial de la Federación publicó la ley el 29 de mayo de 2000 y entró en vigor al día siguiente; contiene 56 artículos agrupados en cinco títulos que definen: el primero, obligaciones de ascendientes, tutores y custodios; el segundo, derechos de niñas, niños y adolescentes con 13 capítulos: derecho a: prioridad, la vida, no-discriminación, a condiciones de bienestar y un sano desarrollo psicofísico, protección en su integridad, libertad y contra maltrato y abuso sexual, identidad, vivir en familia, la salud, asistencia en discapacidad, la educación, descanso y juego, derecho a cultura propia y participar; el tercero, sobre los medios de comunicación masiva; el cuarto, sobre el debido proceso en caso de infracción a la ley penal; y el quinto, de la procuración de la defensa y protección de los derechos.

La ley es un producto muy acabado de iniciativas previas, de la experiencia operativa de ordenamientos legales de otros países y de las demandas de nuestra sociedad cada día más consciente de las justas necesidades de los niños. La Convención sobre los Derechos de la Niñez de 1989, ratificada en 1991, la celebración de la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990, su evaluación "a medio camino" en 1995 y las metas alcanzadas en 2000 facilitaron la promulgación de legislación protectora de los niños.

Si los artículos de la Ley se cumplieran nuestro país estaría al nivel de los más adelantados en lugar del 94° entre los 191 evaluados por el UNICEF en 1998; es un documento con propósitos ideales para alcanzar. Algunos de los más deseables son:

Artículo 14. Prioridad de "protección y socorro en cualquier circunstancia", "atención antes que a los adultos en todas los servicios", "que se asignen mayores recursos a las instituciones encargadas de proteger sus derechos".

Artículo 25. "Cuando se vean privados de su familia tendrán derecho a recibir la protección del estado, quien se encargará de procurarles una familia sustituta".

Artículo 28. Del derecho a la Salud; en diez apartados describe todas las acciones de la Declaración de Alma-Ata (1978).

Artículo 31. Apoyos educativos y formativos a familias con niños discapacitados y las acciones interdisciplinarias para el diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación, formación de centros educativos especiales, disposición de cuidados especiales gratuitos, etc.

Artículo 32. Proporcionar la atención educativa a su edad; educación especial a los que posean cualidades intelectuales por encima de la media; impedir la imposición de medidas de disciplina contrarios a la dignidad.

Artículos 33-34. Tienen derecho al descanso y el juego, los cuales serán respetados como factores primordiales de su desarrollo y crecimiento, "por ninguna razón, ni circunstancia se les podrá imponer regímenes de vida, estudio, trabajo o reglas de disciplina que impliquen la renuncia o el menoscabo de estos derechos".

Artículo 43. "Eviten la difusión o publicación de información en horarios de clasificación A, que promuevan la violencia o hagan apología del delito y la ausencia de valores".

Artículo 44. Infracción a la ley penal, "Que la privación de la libertad sea aplicada siempre y cuando se haya comprobado que se infringió gravemente la ley penal y como último recurso, durante el período más breve posible, atendiendo al principio del interés superior de la infancia".

Artículo 48. "Para la mejor defensa y protección de los derechos contarán con el personal capacitado y serán instancias especializadas con

funciones de autoridad para la efectiva procuración del respeto a tales derechos”.

### El cuidado y la defensa de los niños

La atención, cuidado y protección de los niños fue, hasta finales del siglo XIX, misión de caridad casi siempre responsabilidad de órdenes religiosas, de laicos con sensibilidad social o de instancias gubernamentales muy a menudo con participación eclesiástica. Los resultados nunca fueron satisfactorios, aunque atendieron un problema urgente poco atractivo al público laico, con pobre imagen pública, siempre en déficit con grandes carencias. Sin embargo la conciencia pública, la noticia de abusos a los niños, el progreso médico y el desarrollo de la Pediatría tornaron imperativos el establecimiento de instancias a cargo de los asuntos de los niños; Smyke escribió en 1989 “La conciencia sobre los derechos y las necesidades del niño ha aumentado un centenar de veces en los últimos diez años”.<sup>17</sup> Surgieron departamentos de higiene infantil o materno-infantil, higiene escolar, departamentos de Pediatría en los hospitales generales, hospitales de niños, leyes sobre niños, congresos de pediatras, sociedades y academias de Pediatría, cartillas/carnets de vacunación y salud de los niños. El interés por la puericultura se hizo evidente por el éxito de un libro del Dr. Benjamín Spock sobre la crianza de los niños, en Estados Unidos de Norteamérica segundo en venta sólo a la Biblia.

Resultó natural que los países con tradición de sistemas de estadística bien organizados y conciencia del valor de la salud de los niños, Suecia-Noruega, Dinamarca, Suiza, Australia, Costa Rica y Canadá, acogieran favorablemente la iniciativa de una institución independiente del gobierno, con facultades y recursos conferidos por el Congreso, que tuviera a su cargo vigilar, proteger y promover los derechos e intereses de los niños semejante a la figura del *ombudsman* nórdico encargado de proteger a los ciudadanos de los posibles abusos del gobierno, creada en Suecia en 1809, en Finlandia en 1919, en Dinamarca en 1955 y en Noruega en 1962.

El primer *ombudsman* de niños fue nombrado en 1981 por el Parlamento noruego, le siguieron Australia (1986), Costa Rica, Canadá y Filipinas (1987), Nueva Zelandia (1990), Colombia (1991), Portugal (1992), Suecia (1993), Dinamarca y Nicaragua (1994), Austria, Hungría, Islandia, Italia y Sudáfrica (1995), España (1996), Bélgica y Rumania (1997), Bolivia y Rusia (1998), y Macedonia, Irlanda y Francia en el 2000.

Los títulos varían desde: *ombudsman*, *ombuds-person*, *defensor de los niños*, *comisionado de los derechos del niño*, *defensor del menor*, *abogado de los niños*, y *tutor público de niños y adolescentes*.<sup>18</sup>

El mandato del cargo es muy similar en todos los países; según las necesidades más apremiantes se hacen señalamientos precisos, *v gr.*: en Australia la educación a distancia, en Portugal los niños de la calle, en Dinamarca el acoso intraescolar de condiscípulos y el castigo corporal, en España (Cataluña) el derecho de los niños enfermos a la educación, en Rusia la dotación gratuita de leche hasta los dos años, en Israel el respeto a las peculiaridades culturales de los hijos de emigrantes de Rusia, Yemen y Etiopía, etc.

La ley de México es muy amplia, el artículo 48 especifica que las instituciones señaladas en el artículo 48 tendrán como atribución:

*“Vigilar la observancia de las garantías constitucionales que salvaguardan los derechos de niñas, niños y adolescentes”, “Representar legalmente los intereses”, “Conciliar en casos de conflicto en el núcleo familiar” (algo prohibido para el ombudsman noruego), “Denunciar ante el Ministerio Público todos aquellos hechos que se presuman constitutivos de delito”. “Promover la participación de los sectores público, social y privado en la planificación y ejecución de acciones a favor de la infancia”. “Asesorar a las actividades competentes y a los sectores social y privado en lo relativo a la protección de sus derechos”. “Realizar, promover y difundir estudios e investigaciones para fortalecer las acciones a favor de la atención, defensa y protección de sus derechos y hacerlos llegar a las autoridades competentes y a los sectores social y privado”. “Definir, instrumentar y ejecutar políticas y mecanismos que garanticen la protección de los derechos de niñas, niños*

y *adolescentes*” y “Aplicar las sanciones establecidas en esta ley”.

El mandato de la ley mexicana incluye prácticamente todo lo concerniente al bienestar desde el nacimiento hasta los 18 años, concibe una organización con personal idóneo en múltiples materias, con funciones de autoridad “para la efectiva procuración del respeto de tales derechos”, “con órganos consultivos de apoyo, evaluación y coordinación”, “en los que participaron las autoridades competentes y representantes del sector social y privado”.

Parecería que las instituciones nombradas en la Ley serían la Dirección General Materno Infantil de la Secretaría de Salud, el DIF, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (SSA), la Comisión Nacional de Derechos Humanos, los Institutos Nacionales de Salud (Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Pediatría e Instituto Nacional de Perinatología) y la Procuraduría General de la República. Al igual que en otros países será natural la instalación de instituciones semejantes en los estados de la república.

“Las actividades competentes podrán emitir las leyes, reglamentos y otras disposiciones para instrumentar en todo el país lo establecido en esta ley, en un plazo que no exceda de un año, a partir de la publicación (29 mayo 2000), según el artículo transitorio segundo”.

#### *La agenda del ombudsman en México*

El *ombudsman* de los niños tiene una agenda muy cargada en México; en efecto, las mortalidades infantil y preescolar, aunque a la baja desde mediados de siglo, en 1999 todavía están en niveles insatisfactorios, *v. gr.*: la mortalidad infantil 24 ó 27, según las fuentes es dos a cuatro veces mayor que en Costa Rica,<sup>13</sup> Chile<sup>11</sup> o Cuba.<sup>6</sup> La mortalidad preescolar de 6 desmerece frente a Costa Rica y Chile,<sup>1</sup> Cuba y Uruguay<sup>2</sup> o Venezuela y Argentina.<sup>3</sup> En tanto la mortalidad por diarreas siga entre las primeras cinco causas de muerte en los lactantes

(ahora en tercer lugar) y en los preescolares (cuarto) la situación debe ser inaceptable.<sup>19</sup>

## Asuntos generales

### *Tamiz neonatal*

El diagnóstico de errores congénitos del metabolismo al nacimiento o en las primeras semanas, es una prioridad de muy alto orden, puede evitar la enfermedad subsecuente o permite aliviar las minusvalías cuando la condición es reversible. En México por ley se debe realizar la prueba para el hipotiroidismo congénito. En países industrializados se practican hasta diez pruebas, con mayor frecuencia las pesquisas de fenilcetonuria, galactosemia, orina de miel de maple, homocistinuria, biotidina, hiperplasia suprarrenal, tirosinemia, fibrosis quística del páncreas. Otros servicios agregan, serología de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de toxoplasmosis, amén de pesquisa de la función auditiva. Todas con una relación costo beneficio muy favorable.<sup>20</sup>

### *Salud escolar*

El sistema educativo desde el jardín de niños, la preprimaria, la primaria, la secundaria hasta el bachillerato con las adecuaciones del caso ofrecen oportunidades para iniciar, reforzar o perfeccionar la educación en salud intrafamiliar, la autodidacta o la de compañeros y amigos.

En las escuelas se expenden intra y extramuros alimentos y bebidas inconvenientes (comida “chatarra”) que distorsionan la disciplina alimentaria y son en parte responsables de la creciente obesidad en los niños mexicanos.

La vigilancia a través de la Cartilla Nacional de Vacunación, y de las agudezas visual y auditiva, la exploración de la postura, de la dentadura y del lenguaje y de la somatometría son o pueden ser muy útiles para alertar anomalías en el crecimiento y desarrollo. Los niños con facultades excepcionales y la conveniencia de educación especial se descubren en el entorno escolar formal.

La agresión abusiva de condiscípulos es un hecho frecuente que está indicado entre la materia a vigilar y que en algunos casos llega a homicidio del agresor o de la víctima.

#### *Niños en circunstancias críticas*

La marginación de niños huérfanos, abandonados ex profeso, en extrema pobreza, los de comunidades indígenas, los hijos de trabajadores agrícolas, los hijos de emigrados sin ser actualmente enfermos son más propensos a toda clase de factores ambientales adversos, a carencias nutricionales, a menos oportunidades de aprendizaje y de asistencia médica preventiva, curativa y de rehabilitación.<sup>21</sup>

#### *Investigación clínica y biomédica*

La investigación médica en niños, regulada por el Código de Helsinki actualizado el año 2000, debe ser asunto de vigilancia permanente por parte del *ombudsman* habida cuenta de los avances médicos, la necesidad de investigación en todas las edades pediátricas, siendo imperativo vigilar la autorización y consentimiento informado de padres o tutores.<sup>22</sup>

#### *La prioridad de los niños<sup>23</sup>*

Si en igualdad de condiciones los niños tienen prioridad, en la realidad hay mucho por hacer; las carencias nutricionales afectan mucho más a los niños que a los adultos: durante las hambrunas los primeros muertos son niños. En materia asistencial cuando hay escasez de medicamentos costosos, las carencias son más agudas en los niños. La cirugía plástica y reconstructiva atiende más adultos que niños.

#### *Accidentes*

Los accidentes ocurren en todas las edades, pero las tasas son más elevadas en preescolares, escolares y lactantes. Durante los primeros cinco años los niños dependen totalmente de sus madres y en menor grado de los padres para defenderlos y evitar los accidentes, tanto en el hogar como extramuros.

La muerte súbita de los lactantes, el ahogamiento, las quemaduras, los traumatismos, las intoxicaciones medicamentosas y los accidentes viales tienen indicaciones útiles para su prevención y de los primeros auxilios que deben conocerse y que el *ombudsman* debe promover.

#### *Niños maltratados*

Incluye niños golpeados, víctimas de pornografía y sujetos de abuso sexual, desafortunadamente cada vez más frecuente o más visible; asunto muy grave que involucra a las autoridades judiciales y que en muchas ocasiones no es denunciado, generando en la actualidad una industria lucrativa. Su atención es incumbencia natural del *ombudsman*.

#### *Niños adoptados<sup>24</sup>*

En México las posibilidades de adopción son muy limitadas, no más de 1 000 al año, con las siguientes peculiaridades:

Predominio de la naturaleza contractual.

No existe incorporación total del adoptado a la familia de adopción, quedan subsistentes los vínculos con su familia consanguínea.

Existe la posibilidad de revocar la adopción.

### **¿Asuntos especiales?**

#### *Malnutrición*

En México un problema peculiar es la alta proporción de niños anémicos (menos de 12 g de hemoglobina al nivel del mar): 19.5% entre cinco a once años; algo para corregir a bajo costo.<sup>25</sup>

A juzgar por la Encuesta Nacional de Talla<sup>26</sup> en 2.4 millones de alumnos del primer año de primaria (seis a nueve años) hubo talla subnormal en 17.1% de las escuelas públicas, 3% en las privadas y 57.5% en internados indígenas; si existiera un *ombudsman* tan estridente como inaceptable diferencia no se diera tan lastimosa situación.

### *Niños de la calle*

Una vergüenza nacional, a pesar de su realidad cotidiana y de su magnitud 13 a 15,000 en la Ciudad de México no disminuye y tal parece que las instancias naturalmente a cargo de resolverlo o atenuarlo han fracasado.

### *Niños drogadictos*

Un problema de magnitud creciente, con inicio cada vez a menores edades y con variantes como los inhalantes con secuelas graves e irreversibles. No hay indicios de amainar su impacto, algunos opinan de la estrategia actual como fracaso sin atenuantes.

### *Niños infractores sociales*

Una combinación de abandono, abuso familiar, deserción escolar y desatención de las autoridades resultan en infractores cuyos derechos están explícitos en la ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

### *Niños trabajadores*

En México el fenómeno de trabajadores agrícolas migratorios cuyo número puede ser de 150,000 en los valles de Sinaloa que llegan como núcleo familiar, la participación de niños en faenas agrícolas fijas, la participación en elaboración de ladrillos entre muchos otros, dan elementos peculiares al problema en México cuya solución requiere desarrollo económico, mejoría educativa, avance tecnológico y una distribución menos asimétrica del ingreso.

### *Niños hiperactivos con déficit de atención*

Un fenómeno recién conocido, mal interpretado, con riesgo mayor para drogadicción a edades ulteriores, susceptible de control medicamentoso y que empieza a ser atendido por el Consejo Nacional de Adicciones (CONADIC) de la presente administración.

### *Niños discapacitados*

La situación de los niños con minusvalías senso-

riales (sorderas, hipoacúsicos, débiles visuales o ciegos), motoras o intelectuales en México tienen carencias cuantitativas y cualitativas muy importantes. La insuficiencia en auxiliares auditivos, lentes, sillas de ruedas es crónica a pesar de campañas permanentes casi siempre de organizaciones no gubernamentales para aliviar la situación.

El trato de los discapacitados empieza a mejorar, a nivel jurídico con leyes y reglamentos protectores y en la realidad con adecuaciones en el transporte público, ayudas peatonales y mejor conciencia pública de solidaridad con semejantes discapacitados.

### **¿Cuánto vale un niño?**

Exclusión hecha de la retórica sensiblera y de mitos como: "Rómulo y Remo fueron amamantados por una loba", "cada niño viene al mundo con una torta bajo el brazo", "los niños se curan solos", "la letra con sangre entra", "quién bien te quiere te hará sufrir"; existen indicadores muy precisos para conocer cuánto vale un niño para la sociedad o nación encuestada. Existen parteaguas consensados internacionalmente para definir condiciones críticas y grado de avance o retroceso en la situación de los niños.

### *Mortalidad infantil*

El número de menores de un año muertos por cada 1 000 nacidos vivos es el mejor indicador para evaluar el desarrollo socioeconómico cultural y sanitario de un país; resulta más informativo que el ingreso *per capita*, la cantidad y calidad de servicios públicos y va paralelo con la educación, especialmente de las mujeres. Cuántos niños nacen con menos de 2.5 kg califica la atención del embarazo y presagia cuál puede ser la mortalidad infantil.

La mortalidad infantil, corregida la subestimación tradicional en países subdesarrollados, califica inapelablemente a los países. Cualquier cifra mayor a 30 debe ser inaceptable y la meta debe ser menos de diez.

### *Mortalidades neonatal y postneonatal*

La inmadurez homeostática "fisiológica" de neonatos y lactantes es responsable de muertes evitables, si se usan los recursos disponibles los riesgos para la salud y la vida disminuyen importantemente.

La reanimación neonatal, el tamiz neonatal, la profilaxis de oftalmías, la maniobra de Ortolani, la exploración de malformaciones y discapacidades, la lactancia al seno materno, la posición supina, las vacunas y la vigilancia del crecimiento y desarrollo son factores definitorios de una mortalidad infantil mínima. Una mortalidad postneonatal mayor que la neonatal es incompatible con buena atención el primer año de la vida.

Cuántas pruebas se realicen en el tamiz neonatal dan idea precisa del valor de los niños para ese país. El que se determine en Japón el ácido vanililmandélico en la orina de 1.2 millones de niños a los seis meses para alertar la posibilidad de 20 casos de neuroblastoma, es la medida del valor de un niño para ese gobierno.

### *Mortalidad preescolar*

Los niños que mueren entre el primero y quinto año de la vida padecieron carencias nutricionales, no fueron vacunados contra el sarampión, la tos ferina, la tuberculosis y las meningitis o fueron descuidados y sufrieron accidentes letales. La mortalidad infantil debe ser por lo menos cinco veces mayor que la preescolar; ¡en Japón, Noruega y Singapur, no ocurren defunciones en niños preescolares! Si la mortalidad en menores de cinco años en todo el mundo fuera como en Japón habría un millón de fallecimientos en lugar de los once que ocurren actualmente.<sup>27</sup> El estado nutricional a los cinco años califica la atención prestada a esos niños durante ese lapso tan importante para su futuro.

### *Enfermedades y muertes evitables*

Si la mortalidad infantil se ha reducido a 3 por 1 000 nacidos vivos en Suecia y se ha logrado eliminar la mortalidad preescolar, cualquier otra situación no es aceptable.

En tanto haya defunciones por causas evitables o enfermedades prevenibles por el estado del arte médico actual la situación es insatisfactoria. Hasta aquí la responsabilidad es mayoritariamente médica, de los pediatras.

Que a la administración de la vacuna Sabin se le atribuyeran ocho casos/año de parálisis fláccida fue suficiente para que Estados Unidos de Norteamérica la substituyera por la vacuna Salk y el que la vacuna *pertussis* a partir de la bacteria íntegra sea más reactogénica que la vacuna acelular con antígenos definidos motivó la recomendación para el uso preferente de la vacuna purificada. Son ejemplos de cuánto vale el bienestar de los niños para los médicos en esos países.

### **Responsabilidades de la familia y de la sociedad**

La mayor parte de la salud y bienestar de los niños dependen de acciones de responsabilidad de familias y de gobiernos. Las respuestas a las preguntas siguientes indicarán cuánto vale un niño:

1. ¿Cuántos niños son expósitos, abandonados o internados en orfanatos?
2. ¿Cuál es la proporción de satisfacción en la demanda de guarderías?
3. ¿Cuántos niños discapacitados (débiles visuales, hipoacúsicos, disléxicos o incapaces psicomotores) son atendidos?
4. ¿Cuántos niños en edad escolar no asisten o desertan de sus escuelas?
5. ¿Qué escolaridad alcanzan los niños a los 15 años?
6. ¿Cuántos son los niños en la calle?
7. ¿Cuál es la magnitud de la drogadicción infantil?
8. ¿Cómo se previene y defiende el abuso y explotación de los niños?
9. ¿La legislación protege a los niños de mensajes promotores de violencia, adicciones y pornografía?

10. ¿Los niños hospitalizados reciben la atención conducente a su recuperación y el respeto integral a sus derechos?
11. ¿El sistema escolar dispone de educación especial para niños minusválidos y para los excepcionalmente dotados?
12. ¿Cuántos hospitales de niños han sido certificados como Amigos del Niño y de la Madre?
13. ¿Cuántos recién nacidos y menores de un año son alimentados al seno materno y por cuánto tiempo?
14. ¿Hay preferencia en los cuidados según sean niños o niñas?
15. ¿Se practican castigos corporales?
16. ¿Cuánto tiempo y recursos se dedican a la convivencia familiar?
17. ¿Se busca oportunamente la consulta médica?
18. ¿De quién reciben los niños la primera información sobre sexualidad y adicciones? ¿de sus

- padres, de sus condiscípulos o de sus maestros?
19. ¿Los juegos de los niños son espontáneos, promovidos o planeados?
20. ¿Qué oportunidades tienen los niños de conocer la historia, la cultura y las expresiones artísticas de su pueblo y de la civilización universal?
21. ¿Se practica la eutanasia en recién nacidos malformados con muy bajo peso o con anomalías cromosómicas?<sup>28-31</sup>

James P. Grant escribió con motivo de la I Cumbre Mundial a favor de la Infancia: "Los niños son curiosos, activos y están llenos de esperanza. Su infancia debe ser una época de alegría y paz, juegos, aprendizaje y crecimiento. Su futuro debiera forjarse con espíritu de armonía y cooperación". Son los mejores deseos de todos que el *ombudsman* de los niños en México luche por hacer realidad los deseos del ilustre Director Ejecutivo del UNICEF (1980-1995).

---

## Referencias

1. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2001. New York: UNICEF; 2001.
2. Behrman RE, Vaughan VC, Nelson WE. Nelson textbook of pediatrics. 13th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1987.
3. Cook JTE, Levy JC, Page RCI. Association of low birth weight with  $\beta$  cell function in the adult, first degree relatives of non-insulin dependent diabetic subjects. *BMJ* 1993; 306: 302-6.
4. Kumate J. Hospital de los Inocentes, Florencia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1997; 54: 461-3.
5. Johanson S, Nygren O. The missing girls of China: a new demographic account. *Popul Demogr Rev* 1991; 17: 35-51.
6. Sharma DC. Indian government must enforce ban on gender diagnostic test. *Lancet* 2001; 357: 1599.
7. SSA. Agenda de la Salud Infantil en el Nuevo Milenio Salud y Nutrición Programa Nacional de Acción a favor de la Infancia. México: SSA; septiembre 2000.
8. SSA. Lineamientos para el reforzamiento del Programa Nacional contra las Adicciones. México: CONADIC; 2000.
9. Nichols BL, Ballabriga A, Kretschmer N. History of pediatrics 1850-1950. Vol. 22. Nestlé Nutrition Workshop Series; 1991.
10. Encyclopaedia Britannica. Protection of children on humane societies. Vol. 11. Chicago: Encyclopaedia Britannica, Inc.; 1960. p. 878.
11. Garrison FH. An introduction to the history of medicine. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia and London: WB Saunders; 1917.
12. Bleichmann G. Histoire de la Pédiatrie. En: Laignel Lavastine, editor: "Histoire Générale de la Médecine". Tome 3. París: Albin Michel Editeurs; 1930. p. 264-77.
13. Seidler E. El desarrollo de la pediatría moderna. En: Laín Entralgo P, editor: Historia Universal de la Medicina. Tomo VI. Positivismo. Barcelona: Salvat Editores; 1974.
14. Flegg AT. Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in undeveloped countries *Pop. Studies* 1982; 36: 441-58.
15. Grosse RN, Auffrey C. Literacy and health status in developing countries *Ann Rev Public Health* 1989; 10: 281-97.

16. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión "Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes". México: Colección de Leyes Vigentes 2000, número 1; 2000.
17. Myers R. "Los doce que sobreviven". Bogotá: OPS-UNICEF; 1993.
18. UNICEF. Independent Institutions Protecting Children's Rights. Florence: Innocenti Research Centre.
19. SSA. Agenda de la Salud Infantil en el Nuevo Milenio. Salud y Nutrición. México: SSA; 2000.
20. AAP. Newborn screening: a blueprint for the future. *Pediatrics* 2000; 106 Supl: 393.
21. La Salud de los niños de México. Continuidad de una Política 1917-2000. Un Año por la Salud de México. México: SSA, 2000. p. 159-76.
22. Carroli G, Villar J, Piaggio G. WHO systematic review of randomized controlled studies of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357: 1565-70.
23. Black M. "Children first". The story of UNICEF, past and present. Oxford: Oxford University Press; 1996.
24. Cárdenas MEL. México y la adopción. La experiencia mexicana en adopción 448.
25. SSA/INSP/INEGI. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Niños menores de 5 años, niños en edad escolar, mujeres en edad fértil. México: SSA; 1999.
26. DIF-SEP. Primer Censo Nacional de Talla en niñas de primer grado de primaria, 1993. México: DIF; 1993.
27. Sen K, Bonita R. Global health status: two steps forward, one step back. *Lancet* 2000; 346: 577-82.
28. De Leeuw R, de Beaufort AJ, de Kleine MJK. Foregoing intensive care treatment in newborn infants with extremely poor prognoses. *J Pediatr* 1996; 129: 661-6.
29. Van der Heide A, van der Maas PJ, van der Wol G. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet* 1997; 50: 251-5.
30. Editorial. Ethics of intensive neonatal care. *Lancet* 2000; 55: 70.
31. Cuttini M, Nadal M, Kaminski M. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians self-reported practices in seven European countries. *Lancet* 2000; 55: 2112-8.