

**Antropología física y salud en tres regiones de la Zona Metropolitana  
de la Ciudad de México.  
(Notas teóricas y metodológicas)**

Florencia Peña Saint Martin

Maestría en Antropología Física  
División de Posgrado  
Escuela Nacional de Antropología e Historia  
Periférico Sur y Calle del Zpote s/n  
14030 México, D.F.

Tel. (52)(5)666-3228 ext 234  
Fax. 665-9228  
correo-e: psmf3954\*cueyatl.uam.mx

Prepared for delivery at the 1997 meeting of the *Latin American Studies Association*  
Continental Plaza, Guadalajara, Jalisco, México, April 17-19, 1997

## **Introducción**

Este trabajo se inscribe dentro de la búsqueda por entender la cadencia del desarrollo físico, la enfermedad y la muerte como procesos complejos, irreductibles a explicaciones clínicas o modelos ecológicos (McElroy y Townsend, 1979), dado que asume que dichos procesos son indisociables de las relaciones sociales, los patrones culturales y la construcción de subjetividades en que tienen lugar. Por tanto, desde la perspectiva latinoamericana esta propuesta se inscribe en la corriente de la Medicina Social, que tiene su correlato norteamericano en el espacio teórico que se denomina economía política de la salud, perspectivas cuyo objetivo fundamental es demostrar que en materia de enfermedad y muerte no es posible reducir las relaciones sociales a relaciones ecológicas o problemas de individuos sin ocultar la inequidad con que se reparte la riqueza socialmente producida, fincada en una distribución desigual del poder, y su responsabilidad determinante en los patrones característicos de los diferentes sectores que integran el todo social (Singer, 1989).

Sin embargo, esta propuesta es a la vez un modesto intento por incorporar en el análisis cuestiones que hasta la fecha han dejado de lado los modelos críticos a las perspectivas clínica y ecológica:

1.- el recuperar la acción de los sujetos, dado que dichas corrientes críticas, al privilegiar la comparación de los perfiles de enfermedad de individuos agregados en grupos conformados a partir de categorías macroeconómicas (como clase social, etnia, ubicación rural o urbana, lugar específico de residencia, actividad laboral desempeñada, tenencia de la tierra, etc.), habían terminado por estudiar procesos sin sujetos, al borrar del panorama de análisis su actuar,

2.- asimismo, y a partir de las formas diversas de apropiación que los sujetos efectúan de las relaciones sociales, el capital cultural, el territorio, sus condiciones y sus servicios con sus prácticas cotidianas, sus sentimientos, sus relaciones personales, sus preferencias, sus perspectivas en la vida, su género, su situación dentro del sistema de parentesco, su edad, entre otros componentes de un complicado entramado procesual, sin lugar a dudas condicionados por las limitaciones estructurales que en el todo social encuentran, heterogeneizar a quiénes comparten ciertos soportes materiales de la vida al tener un mismo lugar de residencia. Estos grupos sociales tradicionalmente son asumidos como homogéneos porque no se toma en cuenta que los espacios, los bienes materiales, las relaciones sociales y las representaciones simbólicas son creados, recreados y apropiados.

3.- por último, proponer al grupo doméstico (y sus estrategias de supervivencia) como una unidad de análisis válida en el estudio de la enfermedad y la muerte (y no sólo como espacio de recolección de los datos, que es la práctica más corriente, Mercado y Robles, 1993:31), como una forma de evitar articular individuos aislados a la macroeconomía, sin la participación de la importantísima instancia mediadora que sobre todo en época de crisis y ajuste constituye “la familia”.

### **Un punto de vista alternativo**

En nuestra propuesta nos proponemos “invertir” el orden de los pasos lógicos más usuales en la investigación en el área de la salud. En lugar de a) determinar los grupos a contrastar utilizando alguna categoría macroeconómica, b) recabar la información de salud pertinente y c) llevar a cabo comparaciones entre los grupos, se decidió tomar una vía metodológica distinta: a) determinar un territorio a ser investigado, b) recabar la información de salud, c) encontrar a los individuos ubicados en los polos opuestos (es decir, los que están en mejores y peores condiciones de salud) y d) buscar las semejanzas y diferencias en las dinámicas domésticas de los grupos así conformados.

La determinación de la situación de salud se realizará principalmente a través de la relación estatura para la edad en niños y niñas de cinco años, aunque también se incluirá el análisis de otras variables antropométricas como son peso, perímetro del brazo, panículo adiposo del tríceps, anchura del codo, altura sinfisial, anchura biacromial y anchura bicrestálica.

La estatura total y el peso son las dimensiones más evidentes del tamaño corporal alcanzado en un momento determinado y, por ello, se consideran buenos indicadores de la situación de salud. La estatura brinda información para entender las condiciones pretéritas del proceso de crecimiento; el peso, en tanto medida de la masa corporal, es un buen indicador de las circunstancias por las cuales atraviesa el niño al momento de efectuar la toma del dato (Frisancho, 1990). El perímetro del brazo y el panículo adiposo del tríceps son útiles para estimar el desarrollo graso y muscular, componentes corporales muy sensibles a las condiciones nutricias del individuo (Gurney y Jelliffe, 1973; Shephard, 1991). La anchura del codo es indicadora del desarrollo óseo, al igual que las anchuras biacromial y bicrestal que permiten apreciar la estructura del tronco (Frisancho, 1990). En tanto que la altura al sinfision estima la proporción tronco-extremidades (Ramos Rodríguez, 1986). Por tanto, el adecuado manejo estadístico de estos indicadores antropométricos permite efectuar evaluaciones del estado de crecimiento de los individuos, como indicadores de su salud y las condiciones en que ha transcurrido su vida (Peña y López Alonso, 1996).

El proyecto se llevará a cabo en tres regiones de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México: la delegación Milpa Alta en el Distrito Federal y los municipios de Nezahualcóyotl y Solidaridad 122 (Xico), antes parte del municipio de Chalco, en el Estado de México. Como han señalado otros autores (Blanco et al., 1996), si bien la ZMCM presenta indicadores de bienestar superiores a los promedios nacionales, estas cifras muchas veces enmascaran su situación de mosaico social piramizado donde en la base se encuentran enormes sectores que viven en la pobreza, en condiciones insalubres y que no tienen acceso a atención médica, coexistiendo con sectores medios y un grupo pequeño de selectos políticos y empresarios millonarios.

En un estudio sobre calidad de vida que realizaron Blanco y colaboradores (1996), encontraron que Milpa Alta y Chalco (Solidaridad 122) se caracterizan por presentar condiciones de vida precarias, mientras que Nezahualcóyotl se ubica entre las regiones con condiciones satisfactorias. Reportaron también que en Chalco las tasas de incidencia de gastroenteritis, enfermedades respiratorias agudas y carenciales en menores de cinco años son altas y en Milpa Alta las de gastroenteritis, mientras que en Nezahualcóyotl no se observan tasas altas para estas enfermedades. Se eligieron tres territorios distintos con historias diversas con el fin de someter a prueba esta nueva propuesta en diferentes contextos sociales.

Se decidió utilizar parámetros antropométricos para valorar el desarrollo físico a través de criterios de crecimiento, porque se consideró que a pesar de las muchas discusiones y esfuerzos por definir a la salud (Noriega, 1997), y del señalamiento explícito de la Organización Mundial de la Salud de que "... no es solamente la ausencia de enfermedad..." en los hechos se investiga fundamentalmente a través de indicadores de enfermedad y muerte, eliminando así del estudio de la "salud", precisamente a la población "sana". En cambio su valoración a través de variables antropométricas tiene la enorme ventaja de dar cuenta de la situación de sujetos que no presentan patología clínica manifiesta. Además, las enfermedades son fundamentalmente de naturaleza sincrónica, mientras que la talla baja y el peso normal reflejan problemas de desarrollo en el pasado, la talla baja y el peso bajo problemas de desarrollo crónicos y la talla normal y el peso bajo, situaciones de crisis cercanas al momento de la toma de los datos (Waterlow et. al., 1977), es decir, estos parámetros tienen la capacidad de incorporar una perspectiva diacrónica al análisis.

## **Crecimiento y salud en menores de cinco años**

Dado su particular trayectoria evolutiva, la especie humana tiene características específicas, una de ellas es que en el momento del nacimiento los individuos son todavía inmaduros y que, por tanto, una buena parte de su proceso de desarrollo ocurre fuera del útero. Quizá la principal ventaja evolutiva de esta particularidad sea el garantizar las condiciones para el despliegue de la enorme complejidad del sistema nervioso central, base fisiológica fundamental para la existencia de lenguaje, pensamiento abstracto, cultura, y relaciones sociales. Pero, a la vez, esta situación condiciona que durante los primeros años de vida los niños sean extremadamente vulnerables.

Así, los bebés nacen con potencialidades que, sin embargo, deben ser desarrolladas en interacción con el entorno extraorgánico que los rodea, que, por ello, tiene un enorme peso tanto en posibilitar o limitar su existencia física, como en moldear su corporeidad y convertirse en miembros de grupos sociales. Por ejemplo, su aparato cognitivo y fonador eventualmente les permitirá pensar y hablar, pero es el contexto cultural el que determinará cual será su idioma y los códigos simbólicos que condicionarán su existencia. Desde esta perspectiva la eterna paradoja irresoluble entre biología y sociedad, natura y nurtura, desaparece, el pensamiento científico occidental ha sido el creador de pares dicotómicos aparentemente opuestos y luego dedica importantes espacios a la reflexión de cómo “se articulan” ambas dimensiones cuando en la realidad la existencia de uno de los componentes de los pares es impensable e imposible sin la otra.

Como en otras especies, en los seres humanos el crecimiento físico sigue un patrón específico controlado genéticamente, así, por ejemplo, al momento del nacimiento el peso es en promedio de 3 kg y la estatura de 50 cm (Bogin, 1994). El proceso de crecimiento, que inicia desde el momento de la concepción, está caracterizado por una dirección céfalo-caudal y ventro-dorsal; un ritmo, constituido por las modificaciones secuenciales, también universales, que sufren los diferentes segmentos que componen el cuerpo; una velocidad, medida en los centímetros que se crece por unidad de tiempo, y momentos críticos, dado que los máximos incrementos ocurren de la concepción hasta los seis años, con una desaceleración a partir del segundo año, y durante la adolescencia (Ramos Rodríguez, 1978).

En el proceso de crecimiento es muy evidente que en la especie existe la capacidad de “ajuste” a las circunstancias circundantes. Generalmente, se distingue entre los cambios adaptativos producto de la selección natural, que se transmiten genéticamente, como podría ser el patrón de crecimiento de la especie; la aclimatación,

es decir, los cambios fisiológicos reversibles no heredables que es capaz de llevar a cabo el cuerpo, y la plasticidad, o sea las modificaciones ontogenéticas (Schell, 1995:213) que se estructuran a través del proceso de crecimiento y desarrollo y son irreversibles, pero no inevitables (Schell, 1995:220).

Según Schell (1995:225), desde el punto de vista teórico y a la luz de la perspectiva evolutiva en la discusión actual hay dos puntos de vista opuestos sobre los cambios ontogenéticos, se consideran o bien un medio para la adaptación, o una forma de medir ésta.

Hay dos modelos de interpretación del crecimiento: el de la adaptabilidad, que ve al crecimiento como un medio de adaptación que tiene como consecuencia adaptaciones plásticas ontogenéticas y el modelo médico, en que el crecimiento es una forma de medir la adaptación (Schell, 1995:213)

En este trabajo consideramos que la característica adaptativa que por evolución está presente en nuestra especie es la plasticidad, esa capacidad del organismo de adecuar el crecimiento y el desarrollo físico (en sentido amplio) a muy diversas circunstancias externas y que, en su caso, las modificaciones observables durante el desarrollo ontogenético, valoradas a través de parámetros antropométricos y de acuerdo a los patrones de referencia con que se comparan, la manera en que se expresa dicha plasticidad. Desde este punto de vista la adecuación morfológica a las condiciones del exterior no es la adaptación, sino su resultado.

Las características del ajuste que lleva a cargo el organismo durante el proceso de crecimiento cuando no encuentra condiciones óptimas de desarrollo (principalmente por la presencia de malnutrición e infecciones gastrointestinales y broncorrespiratorias recurrentes, situaciones características de los sectores depauperados) se ha investigado a profundidad (Waterlow et. al., 1977; Ramos Rodríguez, 1978), no así las consecuencias del ajuste a largo plazo. May et al. (1993), en restos óseos encontraron que los individuos que presentaban un mayor número de líneas de hipoplasia del esmalte, indicadores de estrés nutricional entre los 3.5 y los 7 años, murieron a edades más tempranas que quienes no mostraban huellas de haber sufrido desnutrición a esas edades, lo que denota que existe relación entre la nutrición en los primeros años de la vida, con el momento de la muerte en la edad adulta, dos hechos "biológicos" distantes entre sí.

Esta susceptibilidad de los seres humanos en las etapas iniciales de su existencia hace que la mortalidad infantil sea ampliamente utilizada como un indicador de las condiciones de vida entre diferentes países y regiones. Con cuidados adecuados, una

buena alimentación y condiciones salubres los niños deben crecer y desarrollarse sin problemas, pero son extremadamente vulnerables a la ausencia de este entorno adecuado, lo que con facilidad los lleva a la muerte, principalmente por la presencia de diarreas.

Sin embargo... la muerte de niños por enfermedades diarreicas es relativamente fácil de evitar con medidas puntuales, principalmente a través de rehidratación oral oportuna. Por ello, este tratamiento forma parte del conjunto de políticas de salud baratas que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia recomiendan a los países subdesarrollados. Estas medidas son conocidas internacionalmente como GOBI, por sus siglas en inglés: control del crecimiento (growth control), rehidratación oral (oral rehydration), atención del embarazo y el parto (birth-control) e inmunizaciones (immunizations) (Ramos et al., 1996:6).

### **Crisis y ajuste estructural. El contexto en México**

Desde principios de la década de los ochentas México se ha enfrentado a una crisis económica que frenó el crecimiento del producto interno bruto que se venía registrando en décadas anteriores. Supuestamente como una forma de reactivar la economía del país, que llegó a niveles de recesión, desde esta misma época se comenzó a implantar en el país un modelo económico de corte neoliberal, basado en políticas de ajuste estructural "recomendadas" por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Con la implantación de estas políticas y la puesta en marcha en 1994 del Tratado de Libre Comercio se han desdibujado los conceptos de nación y soberanía, toda vez que la economía nacional se ha globalizado a un paso vertiginoso.

El ajuste estructural típicamente implica dos diferentes clases de procesos: programas de estabilización impuestos por el Fondo Monetario Internacional que incluyen devaluación, liberación de precios y austeridad fiscal, y políticas estructurales recomendadas por el Banco Mundial que conllevan reducción de los gastos de los gobiernos, lo que reduce o elimina subsidios, introduce cuotas por el uso de servicios y privatiza programas sociales. Desde una perspectiva macroeconómica se presupone que las individuos, los hogares y el entorno físico pueden enfrentar los costos de esta transición económica y que en el largo plazo el mundo entero se verá beneficiado con ello. Sin embargo, a quince años de haber sido implantados, los programas de ajuste estructural han aumentado en millones el número de pobres y extremadamente pobres en cada país "ajustado", sin que se vea cercana la promesa del paraíso, como no sea para un puñado de empresarios y políticos.

En la vida diaria una de las consecuencias más tangibles de los programas de ajuste estructural es la seria disminución de las obligaciones del estado con los niveles de bienestar de la población. La suspensión de subsidios a bienes-salario, servicios de consumo masivo y programas de desarrollo social (muy importantemente salud y educación) en estos quince años han sido constantes. Como corolario, ha venido ocurriendo un proceso de “privatización” de la vida” (Grassi, 1993, Benería, 1992) porque más y más costos están siendo transferidos a familias seriamente depauperadas por los mismos efectos de la crisis y el ajuste.

Estas políticas se proponen deliberada y explícitamente:

la privatización de la producción de servicios; el recorte del gasto social eliminando programas y reduciendo beneficios; la focalización del gasto, o sea, derivándolo a los grupos más pobres introduciendo mecanismos de comprobación de su pobreza...; y la descentralización de los servicios hacia el nivel local (Laurell y Ortega, 1991:9)

bajo el discurso de que gran parte del fracaso del modelo económico anterior, de corte keynesiano, se debió a la excesiva intervención del estado en la economía y a que los pocos recursos que el gobierno tiene deben ser canalizados a los pobres y extremadamente pobres; el resto de la población debe pagar por ellos y, así, contribuir a "sanear" la economía.

Diversos estudios (Benería, 1992; Safa y Antrobus, 1992; González 1988 y 1991; González et al., 1990) han demostrado que el impacto de la crisis y las políticas de ajuste ha sido amortiguado en gran parte por las diversas estrategias que en armonía o conflicto han implementado los miembros de los hogares, no sin un enorme esfuerzo y readecuación diferencial de perspectivas personales para muchos de ellos. Benería (1992:94) señala que las estrategias principales que los grupos domésticos han llevado a cabo para sortear la crisis son: ajustes en la participación en el mercado de trabajo de sus miembros (incorporando a actividades remuneradas a mujeres, niños e, incluso, ancianos), cambios radicales en la utilización del presupuesto doméstico, reestructuración de la vida cotidiana, modificación de hábitos de compra y consumo e intensificación del trabajo doméstico. En su estudio en la Cd. de México, el 70% de los hogares regularmente compraba menos comida, ropa y calzado que antes de la implementación de las políticas de ajuste y los gastos diarios, como el transporte, las bebidas y los refrigerios, se habían reducido al mínimo. Safa y Antrobus (1992) encontraron que en Jamaica y República Dominicana las mujeres y los hogares para enfrentar la crisis a) aumentaron el número de mujeres en la fuerza de trabajo, b) incrementaron las actividades del sector informal, c) cambiaron hábitos de dieta y consumo e d) intensificaron la migración internacional.



Según Safa y Antrobus (1992:49) las políticas de ajuste estructural han resultado en una carga adicional para los pobres precisamente porque incluyen: devaluación de la moneda, la eliminación de subsidios gubernamentales a productos básicos y créditos a campesinos, cortes en gastos gubernamentales, particularmente en gasto social, y el congelamiento de los salarios.

Sin embargo,

A pesar de este contexto de crisis y descenso de los niveles de bienestar para el conjunto de la población, la mortalidad infantil y preescolar se ha ido reduciendo, tendencia que desde el contexto de la crisis y el ajuste, y debido al aumento de la pobreza, se presenta como una paradoja (Menéndez, 1989:23).

En efecto,

Desde 1940, se ha observado en México un descenso de las tasas de mortalidad infantil y preescolar. Sin embargo, esta tendencia se ha acelerado a partir de los años ochentas, particularmente en el periodo 1990-1994 y entre 1990 y 1991 (Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia, 1995). En este comportamiento demográfico evitar la muerte por diarreas ha tenido un papel relevante (Ramos et al., 1996:6).

porque, como ya se dijo, evitar la muerte por diarreas es relativamente fácil a través de programas puntuales, como es la rehidratación oral, pero poco se sabe de las formas de existencia de estos nuevos sobrevivientes, lo más probable es que su desarrollo transcurra entre episodios mórbidos y desnutrición.

### **La importancia de la unidad doméstica**

Tanto para recuperar a los sujetos sociales en su actuar, como para tomar en consideración en el proceso de investigación aquéllas instancias sociales que las coyunturas vuelven importantes, desee nuestro punto de vista, en tiempos de crisis y ajuste es necesario incorporar el estudio de la unidad doméstica en la salud. La crisis económica, las políticas de ajuste estructural y la privatización de la vida que conllevan, han hecho que la familia, sus relaciones estructurales con el resto de la sociedad y su dinámica interna sean esenciales para la sobrevivencia y, por tanto para la salud. Además, cuando se trata de analizar a la población infantil, preescolar, escolar y adolescente, aún desde posiciones ecologistas, es innegable que el contexto familiar es una parte importantísima “de su medio ambiente”. Pero, hasta ahora, en el terreno de la salud la norma ha sido eludir su investigación.

Ahora bien, elegir a los grupos domésticos como unidad de análisis no hace sino situarnos ante nuevos problemas teóricos y metodológicos, tan solo el establecer sus fronteras precisas encierra dificultades. Quizá la definición más aceptada es que están formados por el conjunto de personas que en armonía o en conflicto organizan conjuntamente su reproducción cotidiana (de Oliveira y Salles, 1989), pero en el trabajo de campo rápidamente surgen situaciones complejizantes de este espacio que parecía bien acotado, entre muchos ejemplos posibles pueden mencionarse las madres que cocinan para o cuidan a la descendencia de sus hijas para que éstas puedan desarrollar alguna actividad remunerada y la presencia de miembros migrantes o hijos casados que sin compartir residencia envían con sistematicidad apoyo económico a sus familias de origen planteando la interrogante de si son o no parte de la unidad doméstica.

Además, en la literatura los grupos domésticos se clasifican tanto funcionalmente (con base en sus patrones de producción, consumo y reproducción y/o las relaciones sociales que establecen), como a partir de criterios estructurales, basados en co-residencia o parentesco por constituir a la vez un espacio de organización social y un conjunto de funciones (Berman et al., 1994:207). Por si fuera poco, también son teorizados de maneras distintas, como espacios de reproducción de la fuerza de trabajo, como lugar de subordinación de las mujeres, como unidades de producción y consumo, como un habitus etc.

Y, en armonía o conflicto, los hogares están constantemente tomando decisiones sobre problemas que atañen a sus diferentes integrantes o a la dinámica colectiva, la mayoría de las cuales acaban por impactar directa o indirectamente la salud de sus diferentes miembros. Por ejemplo, existen diferencias importantes en cuanto al predominio de la solidaridad o el conflicto, la presencia de alcoholismo o drogadicción masculina y/o femenina, de violencia masculina contra las mujeres o de los adultos hacia niños y ancianos, así como las particularidades de los mecanismos de toma de decisiones, el manejo y el reparto de los recursos, la composición del parentesco, la presencia de varones desempleados o subempleados, madres solteras, viudas, mujeres “abandonadas”, etc. en estrecha relación con la composición del parentesco y el momento en el curso de vida familiar por el que atraviesen.

Más directamente impactan la salud los cuidados directamente prodigados a niños y niñas, enfermos y ancianos y la distribución de comida, ropa, dinero y otros recursos entre los diferentes integrantes del hogar, tareas generalmente a cargo de las mujeres. Como el resto de la sociedad, los grupos domésticos son espacios de desigualdades, principalmente basadas en el género, la generación y el sistema de parentesco, lo que

hace que la participación de sus diferentes miembros en la toma de decisiones y el acceso y manejo de los recursos sea diferencial, lo que a su vez impacta también diferencialmente la salud. En el contexto de la crisis y el ajuste la intensificación de las relaciones domésticas han hecho surgir la solidaridad, pero también el conflicto, por lo cual en la crisis uno de los problemas emergentes importantes dentro de los hogares ha sido precisamente el de la violencia intradoméstica.

Es irrefutable la importancia del ámbito doméstico en las formas concretas en que se desenvuelve la vida humana. Por tanto, este ámbito, en acción sinérgica con otros procesos macro-sociales, impacta ritmos y velocidades de crecimiento y desarrollo, conforma patrones alimenticios, pone en marcha prácticas higiénicas, asigna recursos y toma decisiones en la detección y la terapéutica de las enfermedades. Así, la familia ejerce una tremenda influencia en la génesis, el curso y el desenlace de la enfermedad, así como en la atención de la misma (Echarri, 1993; García de Alba, 1997; Mercado, 1996) y constituye EL grupo mediador entre los niños, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad porque todas las relaciones del niño con el mundo pasan por su familia (Echarri, 1993:385).

Los cuidados prodigados a los niños son un elemento central en la determinación de su estado de salud y su crecimiento y desarrollo, son las personas responsables de ellos quienes deben interpretar su condición y evaluar si se requiere emprender alguna acción específica, alimentarlos, limpiarlos, evitar que ingieran alimentos contaminados, vacunarlos o llevarlos al médico, etc. (Echarri, 1993:390).

No es de extrañar que en las edades infantil y preescolar tengan mayor riesgo de morir los niños en arreglos familiares reconocidos como vulnerables, como son los que viven en uniones inestables, los hijos de madres solteras y de madres adolescentes (Levine, 1987), ni que se haya documentado que un mayor número de muertes infantiles se concentre en unas cuantas familias (Bronfman, 1987).

En México, las desigualdades de género dentro del hogar se han investigado fundamentalmente a partir de la subordinación de las mujeres adultas que, realicen o no actividades remuneradas, son siempre responsables de las labores domésticas y relegadas de la toma de decisiones dentro del hogar. A partir de estas consideraciones se ha estudiado el impacto del trabajo doméstico y, en su caso, la doble jornada de trabajo en su salud, su salud mental y su salud reproductiva.

Menos abordadas en la investigación han sido las desigualdades de género existentes entre niños y niñas (Ramos, et al., 1996) y estudios realizados en grupos

musulmanes (Chen et. al., 1981; Das Gupta, 1987; Farah wt al., 1982; Levine, 1987, entre otros) han mostrado que hay diferencias que favorecen a los niños en la prodigación de cuidados cuando lloran o están enfermos, en la asignación de comida nutricionalmente superior y más valuada socialmente, ropa y gastos médicos, de tal forma que 2.4 más niñas que niños mueren en los dos primeros años de vida (Das Gupta, 1987:86) y que también se presenta más desnutrición en las niñas (Chen et al., 19981:55).

Según Levine, (1987:282), elementos culturales y la estructura social se combinan para dar forma a patrones de cuidado que garantice o no la sobrevivencia de los niños aunque, por supuesto, la riqueza y la fuerza de trabajo de que dispongan los hogares, así como ciertos atributos de los propios niños y niñas como son su estado de salud, su atractivo y su comportamiento tienen un papel importante. Esta autora encontró que además del sexo de los niños, el orden de paridad (principalmente si se trataba de niñas y ya tenían hermanos mayores saludables), la estabilidad de la pareja y la legitimidad del niño tienen capacidad de impactar sus probabilidades de sobrevivencia y su estado de nutrición (Levine, 1987:282). Estos cuidados diferenciales rara vez llegan al límite del descuido agresivo o el asesinato, más bien se concretan en el proceso que Scrimshaw (1980) denomina “subinversión materna”, esto es, actitudes y conductas conscientes o inconscientes negativas o de indiferencia de las madres, dirigida selectivamente a los niños no valorados.

Con estos antecedentes considero que es necesario redirigir la investigación para ubicarla en la intersección entre el contexto macroeconómico de la crisis y las políticas de ajuste estructural en México y las prácticas de los sujetos sociales que en los grupos domésticos se traducen, por ejemplo, en formas específicas de atención y cuidado, a veces diferencial, de niños y niñas. Hoy que el modelo neoliberal habla fundamentalmente de cifras, borrando a los seres humanos, me parece indispensable que sus críticos evitemos caer en el mismo error.

## Bibliografía

Benería, L. (1992). "The Mexican debt crisis: Restructuring the economy and the household." In: L. Benería and S. Feldman (Eds.): *Economic crisis, persistent poverty, and women's work*. Boulder: Westview Press, pp. 83-104.

Berman, P., C. Kendall y K. Bhattacharya (1994). "The household production of health: Integrating social science perspectives on micro-level health determinants". *Social Sciences and Medicine*, vol. 38, núm. 2, pp. 204-215.

Blanco, J., J. A. Rivera, O. López y F. Arroniz (1996). "Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México", *Salud Problema*, núm 1, nueva época, pp.

Blanco, J., J. A. Rivera, O. López y F. Arroniz (en prensa). "Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos. *Estudios de Antropología Biológica*.

Bogin, B. (1994). *Patterns of human growth*. Gran Bretaña, Cambridge University Press.

Bronfman, M. (1987). "La tendencia a repetir muertes infantiles". Ponencia presentada en el Seminario "Demografía de la desigualdad en América Latina", Centro de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Florida, Gainesville, Florida.

Chen, L., E. Huq y S. D'Souza (1981). "Sex bias in the family allocation of food and health care in rural Bangladesh." *Population and Development Review*, vol. 13, núm. 1, pp. 55-70.

Das Gupta, M. (1987). "Selective discrimination against female children in rural Punjab, India," *Population and Development Review*, vol. 13, núm. 1, pp. 77-100.

Echarri, C.J. (1993). "Estructura familiar y salud infantil. Una propuesta de análisis". En C. Denman, A. Escobar, C. Infante, F. J. Mercado y L. Robles (coord.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*. México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y El Colegio de Sonora, pp. 383-400.

Farah, A. y S. H. Preston (1982). "Child mortality differentials in Sudan," *Population and Development Review*, vol. 8, núm. 2, pp. 365-383.

García de Alba, J.E. (1997). *La representación de la hipertensión arterial en los habitantes de la colonia Fábrica de Atemajac*. Tesis de Doctorado en Antropología en proceso, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras.

González, M. (1988). "Economic crisis, domestic reorganisation and women's work in Guadalajara, México." *Bulletin of Latin American Research*, 7(2):207-223.

González, M., A. Escobar, M. de la O. Martínez (1990). "Estrategias versus conflicto: reflexiones para el estudio del grupo doméstico en época de crisis." En G. de la Peña, J. M. Durán, A. Escobar and J. García de Alba (Comps.), *Crisis, conflicto y sobrevivencia: estudios sobre la sociedad urbana en México*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara and Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de Occidente.

González, M. (1991). "Family well-being, food consumption, and survival strategies during Mexico's economic crisis". En M. González y A. Escobar (Eds.), *Social Responses to Mexico's economic crisis of the 1980s*. U.S.-Mexico contemporary perspectives Series, 1, Center for U.S.-Mexican Studies, University of California, San Diego, California, EEUU.

Grassi, E. (1993). "Redefinición del papel del estado en la reproducción y cambios en el discurso sobre familia y mujer en Argentina." En S. González (Coord.), *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*. México: El Colegio de México, pp. 223-252.

Laurell, C. y M.E. Ortega (1991). *El impacto del Tratado de Libre comercio en el sector salud*, México, Fundación F. Ebert y UAM-X.

Levine, N. (1987). "Differential child care in three Tibetan communities: Beyond son preference," *Population and Development Review*, vol. 13, núm 2, pp. 282-304.

May, R.L., A.H. Goodman y R.S. Meindl (1993). "Response of bone and enamel formation to nutritional supplementation and morbidity among malnourished Guatemalan children". *American Journal of Physical Anthropology*, 92:37-51.

McElroy y Townsend, (1979). *Medical ecology in ecological perspective*. North Scituate, Massachusetts, Duxbury Press.

Menéndez, E. (1989). "Mortalidad en México. A preguntas simples ¿sólo respuestas obvias?". En R. Jiménez (Coord.), *Investigación Multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años. (Primer seminario de demografía formal)*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria*. México, Universidad de Guadalajara.

Mercado, F. y L. Robles (1993)

“Los estudios sobre la familia y la salud-enfermedad: la producción en el campo de la salud pública en México”. En C. Denman, A. Escobar, C. Infante, F. J. Mercado y L. Robles (coord.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*. México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y El Colegio de Sonora, pp. 27-43.

Noriega, M. (1997). “Ensayo sobre las limitaciones de la teoría moderna del sistema para el análisis de los problemas de salud colectiva”. México, Maestría en Salud en el Trabajo, UAM-Xochimilco, mimeo inédito.

Oliveira, O. de y V. Salles(1990). “Acerca del estudio de los grupos domésticos: un enfoque demográfico”. En O. de Oliveira, M.P. Lehalleur y V. Salles, *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, El Colegio de México, Coordinación de Humanidades de la UNAM y Miguel Angel Porrúa, pp. 11-36.

Peña, F. y S. López Alonso (1996). *Estrategias familiares de vida y salud. Estudio comparativo en tres regiones de la Zona Metropolitana de la Cd. de México (proyecto de investigación)*, Maestría en Antropología Física, División de Posgrado, Escuela Nacional de Antropología e Historia, mecanuscrito.

Ramos Rodríguez, R. (1978). *Crecimiento físico, composición corporal y proporcionalidad*, Tesis de Maestría en Antropología Física, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

Ramos, R.M., F. Peña y S. Fernández (1996). “Las tasas de mortalidad infantil y preescolar por enfermedades diarreicas en México (1990-1994). Algunas reflexiones desde la perspectiva de género”. Ponencia presentada en la Congreso de la Sociedad Mexicana de Antropología, Tepic, Nayarit.

Safa, H. y P. Antrobus (1992). "Women and the economic crisis in the Caribbean", en L. Benería and S. Feldman (Eds.): *Economic crisis, persistent poverty, and women's work*. Boulder: Westview Press.

Schell, L. M. (1995). "Human biological adaptability with emphasis on plasticity: History, development and problemas for future research". En C.G.N. Mascie-Taylor y B. Bogin (eds), *Human variability and plasticity*, Gran Bretaña, Cambridge University Press.

Scrimshaw, S.C.M. (1980). "La mortalidad infantil y el comportamiento respecto a la regulación del tamaño de la familia". *Estudios de Población*, (Asociación Colombiana para el Estudio de la Población), número especial, abril, pp. 81-97.

Singer, M. (1989). "The limitations of medical ecology: The concept of adaptation in the context of social stratification and social transformation," *Medical Anthropology*, vol. 10, pp. 223-234.

Waterlow, J.C., R. Buzina, W. Keller, J. Lanne, M. Nichaman, y J.M. Tanner (1977). "The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years". *Bulletin of World Health Organization*, vol. 55, núm. 4.