

Alimentación, nutrición y calidad de vida en áreas urbanas

José Alberto Rivera y Liliana Ruiz***

RESUMEN

La investigación sobre alimentación, nutrición y calidad de vida en ámbitos urbanos ha sido poco estudiada hasta la fecha. Sin embargo, es un tema que viene cobrando importancia en espacios académicos y entre diversos actores sociales. Este trabajo propone algunas aproximaciones para entender la relación entre estas dimensiones. La heterogeneidad y la polarización socio-sanitaria que caracterizan a las ciudades de países económicamente dependientes responde esencialmente a procesos de un elevado nivel de complejidad, como la crisis y el ajuste neoliberal. Esta situación se expresa en perfiles de salud-enfermedad y condiciones de alimentación-nutrición socialmente diferenciadas. La ciudad de México es un claro ejemplo del contexto antes descrito.

Palabras clave: nutrición, alimentación, calidad de vida, áreas urbanas

ABSTRACT

The relationships between feeding, nutrition and quality of life in urban areas has been insufficiently analyzed. However, academic groups and social sectors' attention toward the issue has been growing in recent years. This paper discusses theoretical approaches to understand the concepts and the way they are linked. The economic crisis and structural adjustment have configured a social and health heterogeneous scenario in dependent countries cities. This situation produces regarding social differences among urban groups health and nutrition. Mexico City is a good example of this context.

Key words: nutrition, feeding, quality of life, urban areas

Fecha de recepción: agosto de 1998
Fecha de aprobación: noviembre de 1998

* Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Correo e-mail: rmja2254@cueyatl.uam.mx.

**Departamento de vigilancia epidemiológica de la nutrición. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Correo e- lrui@quetzal.innsz.mx

En los últimos años, el crecimiento acelerado de metrópolis y ciudades medias ha ido generando una diversidad de escenarios en la calidad de vida y la salud de sus habitantes. Por tal razón, el espacio urbano, ámbito concreto de realización de esta problemática “socio-sanitaria”, continúa despertando el interés de grupos académicos y actores sociales.

Para América Latina y para las naciones periféricas en general, lo anterior cobra especial importancia en la medida en la que los procesos de metropolización y megalopolización ocurren en el marco de una aparente modernización cuya lógica se sustenta en la actual recomposición neoliberal de las economías (Novaes, 1996). El ajuste y el conjunto de reformas que le dan contenido, han sido implementados como la opción gubernamental a partir de las “recetas” de organismos supranacionales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, con la finalidad de frenar los efectos recesivos de la crisis y con ello garantizar la recuperación de la actividad productiva. Sin embargo, no obstante que en algunos casos se lograron resultados positivos a nivel de los indicadores macroeconómicos, esto significó un elevado costo para las grandes mayorías urbanas como consecuencia de la flexibilización de las relaciones laborales, los incrementos en el desempleo y el subempleo, el aumento generalizado de los precios, la contención salarial, la contracción del gasto social, la privatización de todo tipo de servicios y el desmantelamiento de las instituciones públicas, entre otros aspectos (Irzueta y Vos, 1994).

Bajo este modelo de acumulación capitalista, en la ciudad latinoamericana de hoy se intensifican ciertos fenómenos que Pradilla (1996) ha identificado como: gigantismo, desorden, privatización, fragmentación, contaminación, exclusión, conflictividad y violencia, que se traducen en una profundización de la desigualdad y la polarización socioterritorial.

En esa lógica, las formas de enfermar y morir, el acceso a los alimentos y la condición nutricia de los grupos urbanos se transforman constantemente como consecuencia de la crisis y el ajuste (Buchbinder, 1994), aunque tales cambios no suelen ser inmediatos (Loureiro, 1991). Así, en el ámbito de la ciudad, la calidad de vida responde a procesos como la expansión desordenada de la mancha urbana, la industrialización acelerada, la contaminación del entorno, la falta de tiempo y recursos para acceder a una dieta adecuada y la ausencia de opciones para el esparcimiento. Es posible afirmar, entonces, que la urbe condensa una serie de diferenciales sociales en cuanto a la distribución del territorio y a las formas organizativas de la colectividad

pero, además, juega un papel central en la configuración de perfiles de salud-enfermedad y alimentación-nutrición socialmente diferenciados (Blanco y Sáenz, 1994).

Hablar de morbi-mortalidad en este tipo de sociedades no es hacer referencia a la antigua visión —ya superada por cierto— que proponía una patología de la “pobreza” y otra de la “abundancia”. Por el contrario, es identificar un panorama compuesto por la combinación de eventos de distinta causalidad, que en un momento dado pueden estar presentes en un mismo individuo, independientemente del estrato socioeconómico al que pertenezca (Bourges, 1992). Por un lado, los padecimientos infecciosos siguen ocasionando enfermedad y muerte en una alta proporción de la población (especialmente en menores de cinco años); por el otro, el incremento registrado en los trastornos crónico-degenerativos, así como la rápida incorporación de lesiones accidentales y violencias, vienen a complejizar la situación sanitaria en dichos ámbitos (Harpham y Stephens, 1991; Frenk *et al.*, 1994; Blanco y Rivera, 1994). Por su parte, la alimentación-nutrición, dimensión estrechamente ligada a la salud-enfermedad, ya sea por las carencias, por los excesos o por ambos, ofrece una imagen de desigualdad y polarización, pues, en síntesis, la satisfacción del hambre es todavía una necesidad no resuelta para muchos, mientras que para sectores minoritarios esto no es motivo de preocupación (al menos en lo que al poder adquisitivo se refiere).

La problemática descrita trae a colación el señalamiento de Harpham y colaboradores (1988) de que las concentraciones urbanas de los llamados países “en vías de desarrollo” poseen lo peor de dos mundos: uno industrializado, rico y moderno y otro empobrecido, fusión que debe ser considerada como un elemento de peso para la comprensión de la calidad de vida en la ciudad.

La construcción del objeto de estudio. Aproximaciones teóricas

Si bien existe cierto consenso cuando se plantea, por un lado, que entre alimentación, nutrición y calidad de vida existe una estrecha correlación y, por el otro, que ese vínculo adquiere expresiones particulares en áreas urbanas, aún queda insuficientemente resuelta la delimitación del último concepto y la forma en que éste se liga teóricamente a las dos primeras nociones.

Desde luego, este trabajo no pretende agotar el tema ni mucho menos dar definiciones acabadas. Se trata, en todo caso, de un ejercicio teórico-metodológico que intenta aprehender dicha relación a través de la selección y

jerarquización de un conjunto de categorías, reconociendo, por supuesto, los alcances y las limitaciones implícitos en esta tarea.

El punto de partida para el abordaje del nexo es precisamente la exploración de la noción "calidad de vida", en virtud del alto nivel de abstracción que como categoría analítica posee o, en otras palabras, porque este constructo tiene la mayor capacidad abarcativa (Blanco *et al* 1996 y 1977), característica que, sin embargo, ha generado una amplia gama de definiciones entre las cuales puede haber coincidencias y desencuentros (López y Blanco, 1994). Así, en el intento por conceptualizarla, diversos campos del conocimiento han caído en reduccionismos al contemplar únicamente la parte que corresponde a su dominio y, en ese sentido, los esquemas metodológicos que sugieren como vías de aproximación para analizarla en el plano empírico, también incurren sistemáticamente en parcializaciones arbitrarias, ya sea por su afán de medir cualquier indicador o hecho, o bien por tratar de encajonar la realidad en modelos, escalas o variables que no se ajustan a ella. Otra dificultad comúnmente observada en el manejo teórico de la calidad de vida está dada por la imprecisión, tanto en los recortes como en las categorías intermedias utilizadas para hacerla aprehensible. De cualquier modo, hay un reconocimiento más o menos extendido acerca de las dos esferas que integran a la calidad de vida, así como de las dimensiones que le dan contenido. Sobre ello se ha mencionado que:

la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. Incluye diversas dimensiones, tales como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado...la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno. En estos términos, la calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos (o de deterioro) para el desarrollo vital humano... Así, la calidad de vida de una sociedad, o de un grupo humano, es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación de ventajas biológicas..." (Blanco *et al*, 1997).

A pesar de la complejidad que entraña esta categoría, se han formulado una serie de propuestas que si bien no profundizan en los componentes de carácter más cualitativo, constituyen una puerta de entrada tanto para la reconstrucción teórica como para la exploración empírica

en la medida en que problematizan un estadio intermedio, o sea, las condiciones de vida, dimensión que a su vez conduce al análisis de la "satisfacción-insatisfacción" de necesidades básicas en tanto mediadoras del desarrollo de capacidades y potencialidades humanas (Boltvinik, 1993; Desai, 1994; Blanco *et al*, 1997).

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1990), durante su ciclo vital todo individuo debería tener garantizado en cantidad y calidad un núcleo irreductible de satisfactores, que a grandes rasgos incluye: vivienda, salud, educación, información, recreación y cultura; vestido, calzado y artículos para el cuidado personal; transporte público, comunicaciones básicas y, por supuesto, una alimentación adecuada. Llama la atención, sin embargo, la ausencia del trabajo no sólo por la importancia del momento productivo en el proceso de reproducción social, sino por el papel que cumple como determinante de los niveles y el tipo de consumo.

En resumen, el conjunto de indicadores previamente enumerados estructuran la dimensión objetiva de la calidad de vida. Desde luego, hacer énfasis en esta parte tiene la desventaja de recortar otros aspectos cuyo estudio requeriría aproximaciones más cualitativas; empero, se insiste en que el abordaje de las condiciones materiales para la existencia y las necesidades básicas constituye un punto de partida para comprender el concepto.

En un segundo momento de la reflexión teórica, se propone el término "alimentación-nutrición" —y no la separación de las dimensiones que lo componen— porque de este modo queda superada la imagen de dos polos aislados entre los cuales existe un grado de vinculación únicamente por compartir factores comunes. Esta ruptura hace posible transitar hacia una construcción del pensamiento que los ubica en un mismo proceso, caracterizado por ser simultáneamente expresión y determinante de la salud-enfermedad y, en consecuencia, de la calidad de vida.

Además, a partir de esta postura, se reconoce el carácter histórico-social de la satisfacción-insatisfacción colectiva del hambre al plantear que la accesibilidad al alimento y las especificidades orgánicas —individuales— que ésta última asume (esto es, el estado nutricional) se han dado de manera diferenciada a lo largo de la historia de la humanidad, así como en el interior de una sociedad concreta en cada momento particular (véase, por ejemplo, Cerqueira *et al*, 1982; Avila, 1990; Escudero y Cajiga, s/f; Escudero, 1990 y 1996).

Estas reflexiones no pretenden subestimar el potencial interpretativo ni la complejidad de las respuestas fisiológicas y metabólicas asociadas al acto de comer, por el contrario, para entender la calidad de vida es preciso incorporarlas a la discusión teórico-metodológica, aunque también es necesario aclarar que las condiciones de alimentación-nutrición no se explican a partir de su naturaleza biológica e individual, sino en función de interrelación de procesos que tiene lugar en otro plano de la realidad. De acuerdo con esta perspectiva donde lo social subsume a lo biológico, las variaciones registradas en indicadores del estado nutricional como la talla y/o el peso corporales, por citar algunos ejemplos, dependerán esencialmente de las transformaciones en las formas colectivas de como se realiza el consumo, no como resultado directo de alteraciones en las fases de la digestión.

Los trastornos asociados a la cantidad y la calidad de la dieta, como serían la desnutrición propiamente dicha, los síndromes carenciales y ciertos padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, están determinados socialmente porque cualquier cambio en los patrones de alimentación —entendiendo por ello hábitos, costumbres, preferencias y posibilidades— responderá en primer lugar a las modificaciones en el acceso (Rivera y Ruiz, 1998).

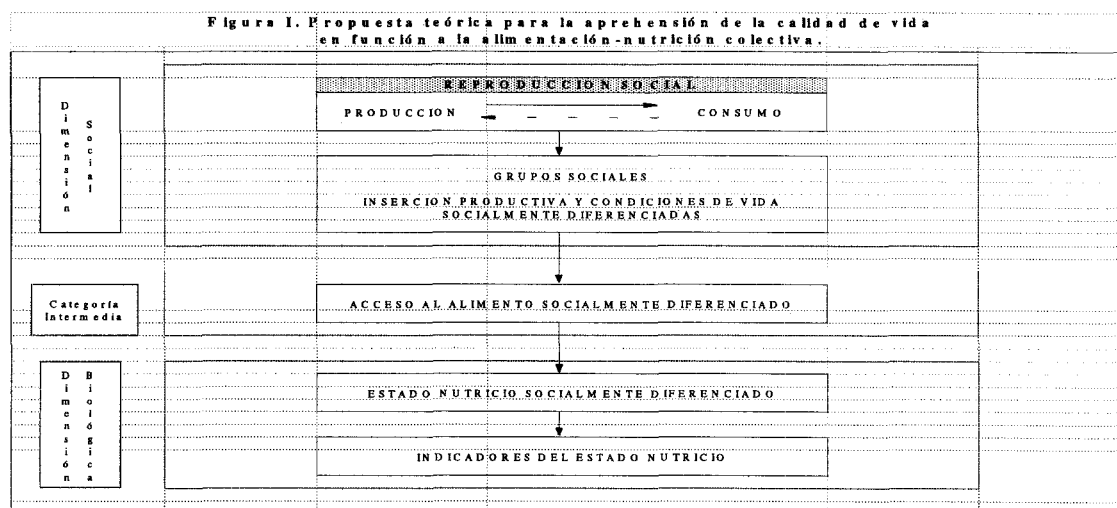
La importancia teórica de la accesibilidad al alimento consiste en su función como categoría intermedia entre lo social y lo biológico; crea una articulación coherente entre ambas dimensiones, suaviza el grado de abstracción de la primera y prepara el terreno para observar la realidad en la segunda. En otras palabras, se coloca exactamente a la mitad del camino dentro de la jerarquización de conceptos.

Para Duval (1986), por ejemplo, esta noción representa la mejor alternativa para analizar la problemática alimentaria-nutricional. En su propuesta, el carácter histórico-social de la satisfacción del hambre y la condición nutricional se explica a través de una interdependencia entre la evolución de los sistemas productivos relacionados alimentarios, los diferenciales en la inserción productiva de los grupos sociales y el comportamiento de los mercados en tanto espacios que perturban la disponibilidad y la adquisición de mercancías.

A través de esta categoría también es posible explicar las estrategias que la población pone en marcha para adecuar o conseguir recursos que irán destinados a la obtención de los alimentos; asimismo, permite entender la composición cuali-cuantitativa de la dieta. Finalmente, logra explicar los impactos en la condición nutricional cuyo origen trasciende el nivel biológico e individual.

Con base en lo planteado, si la alimentación-nutrición actúa como componente y determinante de la calidad de vida es justamente porque una ingesta adecuada permitirá el desarrollo pleno del ciclo vital, garantizará la reproducción “social-biológica” de la especie humana y proporcionará elementos indispensables para mantener un buen estado de salud (Rivera y Pérez-Gil, 1994; Breilh, 1995).

Hasta aquí se han revisado algunos aspectos que definen tanto la calidad de vida como la alimentación-nutrición, pero aún no se ha discutido el modo en que ambas dimensiones se articulan. Por tal razón, a continuación se propone un esquema de determinación en el que, paralelamente, se jerarquizan los conceptos que lo integran (figura I).



Es importante advertir que para fines meramente analíticos, la calidad de vida puede ser separada en una dimensión social, otra biológica y una tercera que actúa como enlace entre ambas, lo cual se corresponde con los niveles teóricos general, particular e intermedio, respectivamente. Sobra decir que tal desagregación no tiene sentido en la realidad concreta dado que ésta no asume comportamientos esquemáticos; sin embargo, proceder de tal manera facilita su comprensión.

Ubicada en el plano de mayor abstracción conceptual, la categoría reproducción social permite abordar los procesos de producción y consumo en tanto "...condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de cierta colectividad o de sus clases sociales..." (Breilh, 1989:187). Esta perspectiva coloca en el centro de la atención al trabajo como la actividad que permite al sujeto social apropiarse de la naturaleza y, en consecuencia, transformarla con la finalidad de satisfacer las necesidades de "producción-consumo" que a su vez engloban una com-pleja red de necesidades "sociales y biológicas" y "colectivas e individuales". El grado de satisfacción de ellas dependerá de las formas como los colectivos humanos se insertan en la producción. En este sentido, bajo los actuales modelos de acumulación capitalista, la sociedad moderna se caracteriza por la heterogeneidad que prevalece en el interior de la división social del trabajo, situación que da como resultado la existencia de diversas clases o estratos entre los cuales hay marcadas diferencias que se expresan en el acceso al consumo. En síntesis, las condiciones de vida de un grupo específico serán directamente proporcionales a su inserción productiva.

Esta diferenciación se constata, por otra parte, en el acceso al alimento. Si alguna vez la posibilidad de satisfacer el hambre respondió a la capacidad social de producir alimentos así como a una distribución igualitaria de éstos bajo una lógica de apropiación colectiva de la naturaleza, en la sociedad de clases, la alimentación-nutrición está regulada por las leyes del mercado. Ya sea a través de una relación de compra-venta o producido para el autoconsumo, el alimento y los insumos necesarios para su preparación, conservación y manejo, pasan por un circuito que al potenciar su valor de cambio como resultado de la obtención de la máxima ganancia, desplaza su valor de uso (Avila, 1990; Escudero, 1996; Ruiz y Rivera, 1996). Las distorsiones propias del mercado capitalista condicionan la adquisición de satisfactores y redefinen la noción de necesidades humanas. Por lo tanto, una ingesta adecuada estará mediada fundamentalmente por las "oportunidades reales" que ese espacio brinda a cada grupo conforme a su participación en la producción.

El último nivel del esquema de determinación está representado por el componente biológico que complementa la articulación entre calidad de vida y alimentación-nutrición; para llegar a él fue necesario, en primer lugar, desentrañar las categorías más generales y, posteriormente, descender a un nivel teórico menos abstracto que sitúa el análisis en el plano empírico. Una vez realizado el desdoblamiento conceptual previo, se puede concluir que las desigualdades en la accesibilidad al alimento tienen manifestaciones concretas en la condición nutricia grupal y, para comprobarlo, es preciso recurrir a su evaluación a través de indicadores directos como la talla y el peso corporales, tomando como unidad de observación al individuo, pero cuidando que la unidad de análisis siga siendo el referente colectivo porque, como ya ha sido señalado, la calidad de vida y la alimentación-nutrición son, ante todo, procesos determinados social e históricamente.

El ámbito de la ciudad

Cuando se analizan como espacios o conjuntos homogéneos, el común de las ciudades contemporáneas puede reflejar una imagen de modernidad y progreso que produce un efecto de invisibilidad social del deterioro. Pero, en la realidad, a pesar de su aparente desarrollo equilibrado, las áreas urbanas son escenarios en donde se observan diversas contradicciones, por ejemplo, la coexistencia de zonas con altos niveles de "bienestar" y otras cuyas condiciones pueden considerarse no satisfactorias o definitivamente precarias (Blanco *et al*, 1996a). En ese contexto, la calidad de vida tampoco se expresa de manera uniforme en toda la sociedad. Tal como se señaló al principio de este trabajo, el ámbito de la ciudad no sólo condensa una serie de desigualdades socioterritoriales, sino que además crea perfiles diferenciados de riesgo/daño para sus habitantes, lo que en conjunto se traduce en formas particulares de "producción-consumo" y "reproducción-desgaste" para cada grupo. Así, a grandes rasgos, es posible identificar una situación francamente desfavorable para las capas mayoritarias y, simultáneamente, otra de comodidad y libre de carencias para sectores minoritarios.

El correlato alimentario-nutricional de la calidad de vida merece ser abordado con detalle porque en estas sociedades, especialmente en aquéllas que constantemente se están redefiniendo en la dinámica neoliberal, la satisfacción colectiva del hambre recrea también patrones de heterogeneidad y polarización. En esos términos, el acceso a una dieta adecuada en cantidad y calidad ya no dependen directamente de la producción y la distribución social de los alimentos, sino de la capacidad adquisitiva de cada

grupo, que obedece a su vez al tipo de inserción en los procesos productivos, ya sea a través de una relación estrictamente salarial o bajo cualquier mecanismo por el cual se realice la compra-venta de la fuerza de trabajo. En la ciudad el dinero representa prácticamente la única vía para obtener satisfactores en el mercado y, al mismo tiempo, se constituye en el elemento más importante para la sobrevivencia del grupo doméstico.

Vale la pena retomar una idea del esquema de determinación (figura I) en el sentido de que el acceso al alimento será directamente proporcional al poder de compra de los estratos y, de acuerdo con ello, la condición nutricional asumirá una expresión particular. De este modo, si la crisis y el ajuste han significado un alto costo social para las grandes mayorías urbanas—conglomerado que no sólo incluye a las capas más depauperadas sino también a ciertos sectores medios de la sociedad—, con toda seguridad, sus condiciones de alimentación-nutrición se habrán visto afectadas de manera negativa por la dificultad que entraña la percepción de un ingreso económico suficiente en tales circunstancias (Oswald, 1991). En cambio, para una minoría, las formas de comer y la respuesta biológica no han sido transformadas como consecuencia de una falta de recursos económicos. En todo caso, el problema se puede atribuir a una serie de símbolos o valores más relacionados con lo imaginario, así como con estereotipos, modas y lujos, que, por supuesto, tienen sus impactos en la calidad de vida (Fischler, 1995).

Se insiste nuevamente en que lo anterior no se corresponde con el antiguo discurso de las ciencias de la salud que etiquetaba las patologías con base en criterios de pobreza o riqueza. Sin embargo, es necesario precisar que si bien la desnutrición o los trastornos asociados a un consumo deficiente de alimentos afectan fundamentalmente a la población de escasos recursos. Esto no quiere decir que en un momento dado—y por circunstancias ajenas al poder adquisitivo, la crisis y/o el ajuste—ambos cuadros puedan estar presentes en sectores con mejores condiciones de vida. Asimismo, como resultado de ciertos hábitos, la aparición y la evolución de padecimientos crónico-degenerativos puede deteriorar la calidad de vida de cualquier grupo independientemente de su situación socioeconómica, aunque los consumos sean socialmente diferenciados.

Antes de analizar algunos indicadores referidos al ámbito urbano mexicano, conviene agregar que, en conjunto, el panorama de excesos y carencias, la combinación de pobreza y abundancia, la coexistencia de progreso y depauperación, las brechas entre capas, las

desigualdades y los razgos sociales, configuran la complejidad de la calidad de vida y alimentación-nutrición en las áreas urbanas.

El caso mexicano: análisis de algunos indicadores de calidad de vida y alimentación-nutrición.

El Banco Mundial (*World Bank*, 1991) ha señalado que los problemas sociales derivados de la pobreza urbana en “países en vías de desarrollo” constituirán los mayores retos a vencer durante el próximo siglo. En especial, destaca el deterioro a la salud-enfermedad y las condiciones de alimentación-nutrición de la población. No obstante el reconocimiento, habría que aclarar que la situación no se explica con base en fenómenos coyunturales, sino como resultado de un proceso histórico de precarización que se ha venido profundizando de manera acelerada en las últimas décadas. El caso de América Latina corrobora ese hecho por los incrementos registrados en la pobreza y la indigencia entre 1970 y 1990 (Klikberg, 1993; Escudero, 1994b; Thomas, 1995; Blanco *et al.*, 1996).

El contexto descrito coloca en el centro de la atención a las áreas urbanas mexicanas, debido al comportamiento de la pobreza en un lapso similar al referido en el párrafo previo. De acuerdo con los datos del cuadro I, entre 1963 y 1968 la pobreza extrema disminuyó aproximadamente 1.7 veces; entre este último año y 1970 la proporción aumentó ligeramente (1.06 veces), para descender de nueva cuenta entre la segunda mitad de los setenta y la primera del siguiente decenio. Sin embargo, entre 1986 y 1989, momento que coincide con la crisis y la implementación del ajuste estructural, se observa un incremento de 7.5 puntos porcentuales. Por su parte, el número total de pobres—como porcentaje de la población urbana total—muestra un descenso significativo entre 1963 y 1977, pero a partir de la década perdida, el problema cobra fuerza y llega a ser del orden de 50.0 por ciento. Las tendencias para ambos rubros se ilustran en la figura II. Debido a la ausencia de información actual, es difícil reconstruir la situación, aún para el primer lustro de los años noventa. Algunas estimaciones realizadas por autores como Boltvinik (1995) y Hernández Laos (1994), muestran que entre 1992 y 1995 la pobreza total en el país alcanzó índices similares a los registrados en la década de los sesenta (es decir, entre el 53.0 y 66.0 por ciento). Esto significa que más de la mitad de la población a nivel nacional no cubre de manera satisfactoria sus necesidades básicas. Tales datos no están referidos específicamente al ámbito urbano pero, de cualquier forma, es posible tener una idea aproximada de las condiciones en las que vive una alta proporción de la sociedad.

**Cuadro I. Porcentaje de la población urbana en condiciones de pobreza extrema y pobreza.
México, 1963-1989.**

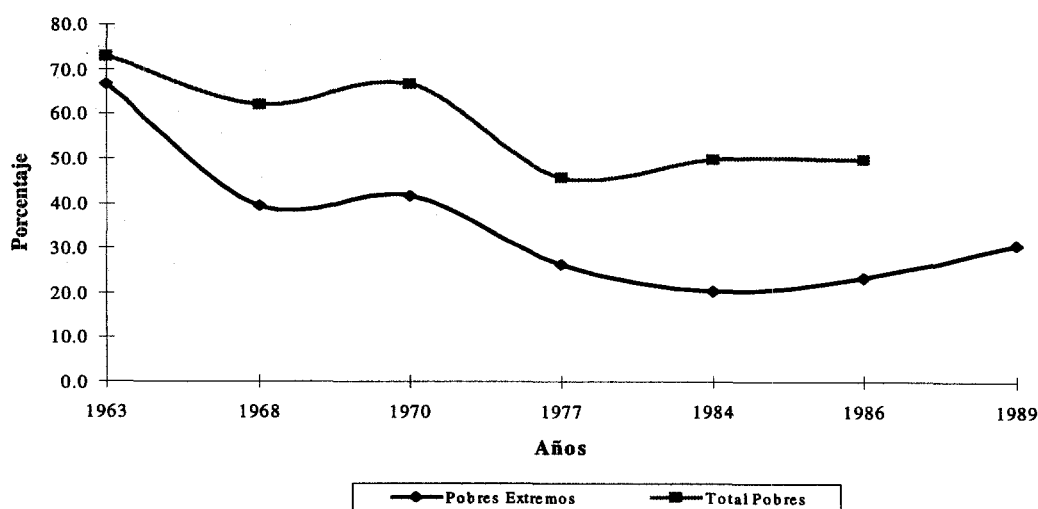
	Años						
	1963	1968	1970	1977	1984	1986	1989
Pobres Extremos ⁽¹⁾	66.5	39.3	41.6	26.1	20.1	23.1	30.6
Total Pobres ⁽²⁾	73.0	62.1	66.7	45.6	49.6	49.6	n.d.

Fuente: (1) Para el periodo 1963-1986: cálculos propios en base a: Hernández Laos E. Crecimiento económico y pobreza en México. Una agenda para la investigación. Colección Alternativas. México DF: CIIH-UNAM:118-119, 126. (2) Para el año 1989: Alarcón González D. (1994). La evolución de la pobreza en México. *Frontera Norte* 1994;(1):133-140.

1) Como porcentaje de la población urbana pobre

2) Como porcentaje de la población urbana total

**Figura II. Porcentaje de la población urbana en condiciones de pobreza y pobreza extrema.
México, 1963-1989**



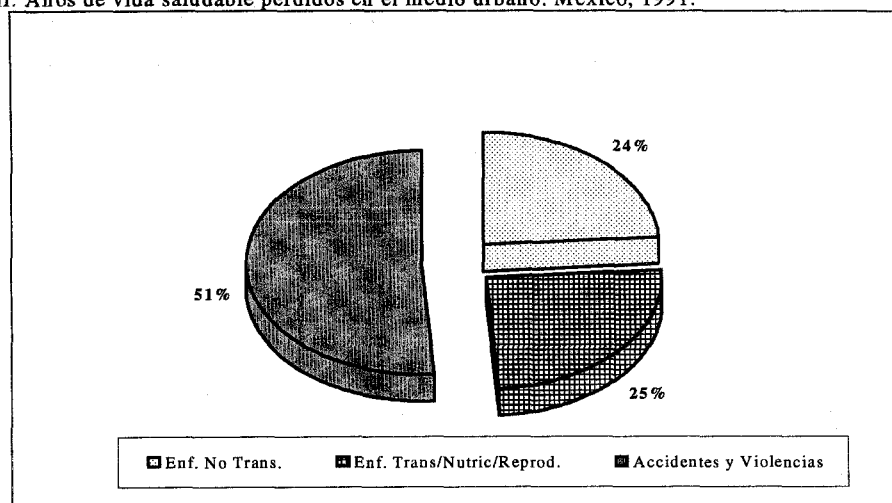
FUENTE: cuadro I

Otra dimensión de la calidad de vida estrechamente correlacionada con la alimentación-nutrición puede ser analizada a partir del perfil general de salud-enfermedad en la población urbana. La distribución porcentual de los años de vida saludable perdidos según causa, confirma la complejidad sanitaria discutida al principio de este trabajo. Tal como se aprecia en la figura III, la mayor carga de morbilidad está representada por las enfermedades no transmisibles y, en segundo lugar, por el rubro de padecimientos transmisibles, de la nutrición y de la repro-

ducción. En conjunto, ambas son responsables del 76.0 por ciento de la pérdida de vida saludable, proporción que, además, cobra importancia porque es allí donde reside gran parte de la problemática de salud asociada a las formas de comer de la población.

Llama la atención, por otra parte, la magnitud de los accidentes y violencias, pues a éstos se les atribuye alrededor de una cuarta parte de la carga global de morbilidad en las ciudades mexicanas.

Figura III. Años de vida saludable perdidos en el medio urbano. México, 1991.

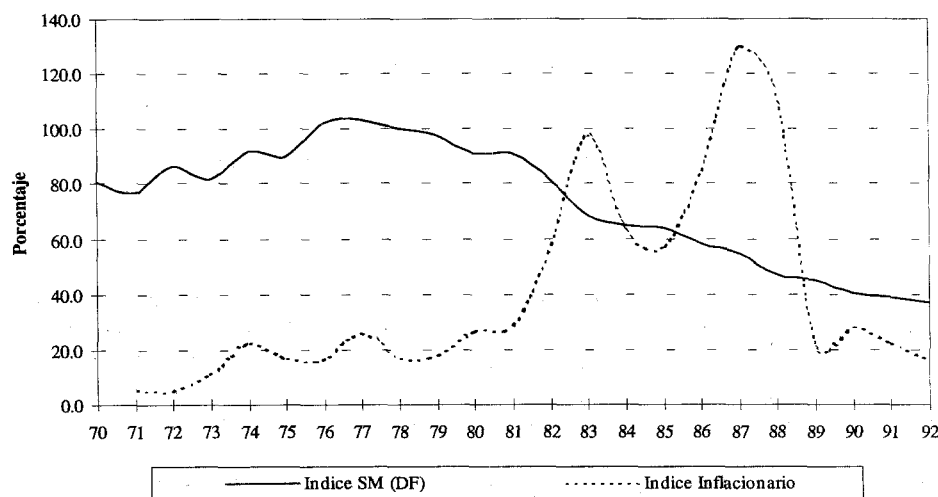


Fuente: Frenk J, Lozano R, González-Block MA, Ruelas E, Bobadilla JL, Zurita B, *et al.* (1994). Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, DF:FUNSALUD:129.

El análisis del consumo y la ingesta dibujaría un horizonte más claro del nexo que aquí se aborda y, al mismo tiempo, serviría de base para reflexionar en torno a las tendencias que ha seguido el acceso al alimento en la ciudad. Sin embargo, es necesario reconocer que si bien ha habido una producción de información desde instituciones gubernamentales o espacios académicos a través de encuestas e investigaciones, las principales limitaciones

que plantean son, por un lado, la falta de representatividad a nivel nacional, regional o local y, por el otro, la distancia que comúnmente hay entre un estudio y otro. No obstante, algunos datos y tendencias sobre precios y salarios en la Ciudad de México podrían mostrar el comportamiento del poder adquisitivo y, en consecuencia, el problema al acceso alimentario en la población urbana.

Figura IV. Indicadores seleccionados de precios y salarios en la Ciudad de México, 1975-1993. (1978=100)



Fuente: Cuadro II

En la Figura IV se observa que los salarios mínimos (SM) crecen ligeramente entre 1970 y 1977, pero a partir de este último año caen sistemáticamente hasta quedar, entre 1982 y 1992, muy por debajo de los niveles alcanzados en la década de los setenta.

Un incremento semejante se aprecia de 1977 a 1980. En cambio, durante los años ochenta y el primer bienio de los noventa, el consumo de las clases populares se ve francamente impactado por el exagerado aumento de precios en los productos básicos.

Cuadro II. Precios y salarios en la Ciudad de México, 1970-1992.
(1978=100)

Año	Precios			Salario Mínimo	
	INPC	CBA	Inflación	Real	Índice
1970	30.0	30.0	n.d.	2909.0	80.8
1971	30.0	30.0	5.8	2751.0	76.4
1972	40.0	40.0	4.9	3115.0	86.5
1973	40.0	40.0	11.5	2941.0	81.7
1974	50.0	50.0	22.3	3307.0	91.9
1975	60.0	60.0	16.8	3242.0	90.1
1976	70.0	70.0	16.1	3678.0	102.2
1977	90.0	90.0	26.3	3719.0	103.3
1978	100.0	100.0	17.0	3600.0	100.0
1979	120.0	120.0	17.8	3514.0	97.6
1980	150.0	150.0	26.5	3282.0	91.2
1981	190.0	190.0	28.8	3283.0	91.2
1982	300.0	280.0	57.6	2917.0	81.0
1983	600.0	530.0	97.8	2468.0	68.6
1984	970.0	930.0	62.7	2329.0	64.7
1985	1530.0	1480.0	57.3	2293.0	63.7
1986	2830.0	2670.0	84.9	2092.0	58.1
1987	6500.0	6140.0	129.6	1964.0	54.5
1988	13810.0	12980.0	112.6	1686.0	46.8
1989	16630.0	15600.0	20.4	1619.0	45.0
1990	21310.0	19360.0	28.1	1452.0	40.3
1991	26070.0	22910.0	22.4	1392.0	38.7
1992	30200.0 ¹	25650.0 ¹	16.5	1324.0	36.8

Fuentes: Tomado de: Rivera Márquez JA, Ruiz Arregui L. (1998). Efectos de la crisis y el ajuste en las condiciones de alimentación-nutrición de población urbana de escasos recursos de la Ciudad de México: estudio de caso en una organización popular de Iztapalapa. México: UAM-X/MMS. (Tesis de Maestría en Medicina Social).

1) Datos correspondientes a junio de 1992

En el contexto de la crisis y el ajuste, una alta proporción de la sociedad (compuesta no sólo por la población pobre sino por estratos medios) resintió los embates de la contracción salarial y la inflación. De acuerdo con el cuadro II, entre 1970 y 1976, tanto el índice nacional de precios al consumidor (INPC) como los precios de la canasta básica de alimentos (CBA) crecieron moderadamente.

En tanto, el índice inflacionario crece aceleradamente de 1971 a 1987; posteriormente, el aumento de precios registra una caída espectacular, aunque jamás logra acercarse a lo observado al inicio del periodo.

Por último, se presentan algunos datos sobre condiciones de vida y desnutrición en escolares de la ciudad de México. Esta información proviene de un trabajo más amplio que se ha venido desarrollando por el grupo de investigación de Blanco y colaboradores (véase, por ejemplo, 1995; 1996 y 1997), en donde a partir de información censal se construyen diversos indicadores de calidad de vida tomando como referente teórico el concepto de necesidades básicas insatisfechas.

En este caso, se ha optado por ofrecer una panorámica general en función al índice general de condiciones de vida (IGRAL), en virtud de que resume todas las dimensiones que le dan contenido (vivienda, servicios, educación y salario).¹

En el cuadro III, se aprecia que las delegaciones calificadas con condiciones de vida (CV) "precarias" y "malas (1 y 2, respectivamente), presentan las prevalencias más altas por desnutrición en todo el Distrito Federal.

Cuadro III. Desnutrición en escolares y nivel de prioridad según IGRAL por delegación. Distrito Federal, 1993.

Delegación	Índice de Desnutrición * (Prevalencia por 100)	Nivel de Prioridad según IGRAL
Milpa Alta	10.5	1
Tláhuac	9.0	1
Xochimilco	7.2	1
Cuajimalpa	7.7	2
Iztapalapa	7.1	2
M. Contreras	7.6	2
A. Obregón	6.1	3
G.A. Madero	5.5	3
Iztacalco	5.0	3
Tlalpan	6.2	3
Azcapotzalco	4.0	4
Cuauhtémoc	4.6	4
V. Carranza	4.8	4
B. Juárez	3.3	5
Coyoacán	4.7	5
M. Hidalgo	4.5	5

Fuente: Datos tomados de: Blanco Gil J, Rivera Márquez JA, López Arellano O, Rueda Arroniz F. (1996 a). Polarización de la calidad de vida y la salud en la Ciudad de México. Salud Problema 1996;(1):23-31.

* Según SSA, 1993 (en base a información de la SEP y el DIF)

** 1) Precarias, 2) Malas, 3) Regulares, 4) Suficientes, 5) Satisfactorias.

¹ Por un lado, el IGRAL hace referencia al tipo de condiciones de vida identificadas en cada delegación política y, por el otro, ordena a cada localidad en función a la prioridad que significaría para la intervención gubernamental.

Dentro de este conjunto, Milpa Alta y Tláhuac, localidades que registran cifras superiores al resto, se caracterizan (al igual que Xochimilco) por ser zonas de transición “rural-urbana” cuyos soportes materiales para la existencia (por ejemplo, vivienda y servicios), así como otro tipo de satisfactores (como educación y salario) aún siguen estando por abajo del promedio metropolitano. En el caso de las delegaciones con niveles intermedios CV (valor 3 o “regulares”) la desnutrición es considerablemente menor, pues los índices varían entre 5.0 y 6.2 por cada cien escolares; en tanto, las zonas identificadas con valores 4 y 5 (“suficientes” y “satisfactorias”, respectivamente) tienen un problema relativamente inferior al resto de la ciudad. Estos datos revelan una situación en la que a mayor precaridad, mayores porcentajes de desnutrición pero, por otra parte, evidencian que aún en “espacios/población” con niveles satisfactorios de CV, existen enclaves de deterioro socioterritorial.

A manera de conclusión

La investigación sociomédica ha ido avanzando en el desarrollo conceptual de la noción calidad de vida y continúa realizando importantes contribuciones en el

ámbito metodológico. Asimismo, los nuevos enfoques urbanistas, diversas áreas disciplinarias de las ciencias sociales y otros campos del conocimiento, como la ingeniería ambiental o la ecología, por mencionar algunos, han aportado valiosos elementos para su aprehensión teórica y empírica. Sin embargo, todavía quedan algunos vacíos por resolver, pero que tienen que ver más con un asunto de carácter epistemológico. En otras palabras, la ciencia no ha terminado de explorar todas y cada una de las vertientes implícitas en esta temática, ni mucho menos ha logrado crear una definición totalizadora o parcialmente unificada (si acaso esa es la finalidad). No obstante tales limitaciones, este ensayo ha teorizado la relación entre alimentación-nutrición y calidad de vida, entendiendo y proponiendo al ámbito urbano –la ciudad– no sólo como categoría analítica sino también como recurso metodológico. Desde luego, el propósito no ha sido construir una definición acabada del nexo (o cada una de sus partes), pero sí el de acercarse él a través del análisis de ciertos indicadores que, al interrelacionarse, generan una imagen aproximada del objeto de estudio.

Bibliografía

- Avila .C, A. (1990). *Hambre, desnutrición y sociedad. La investigación epidemiológica de la desnutrición en México*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Blanco G., J y O. Sáenz (1994). *Espacio urbano y salud*, col.Fin de Milenio, Serie Medicina Social, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Blanco G. J. y J.A. Rivera M. (1994). "La carga global de morbilidad", en Laurell A.C. (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México, Fundación Friedrich Ebert/UAM-Xochimilco, pp.111-128.
- Blanco G. J.; J.A. Rivera M.; O. López y F. Rueda (1995). "Calidad de vida y salud en el Distrito Federal", en Eibenschutz R (coord.), *Programa de Desarrollo Urbano del D.F. Grupo de Estudios Metropolitanos*, México, UAM-Xochimilco, (Reporte técnico).
- Blanco G. J.; J.A. Rivera M.; O. López y F. Rueda (1996). Polarización de la calidad de vida y la salud en la ciudad de México, *Salud Problema*, núm.1, pp23-31.
- Blanco G. J.; O. López; J.A. Rivera y F. Rueda (1997). Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos, *Estudios de antropología biológica*, núm. 8, pp.1-24.
- Boltvinik , J. (1993). Indicadores alternativos del desarrollo y mediciones de pobreza, *Estudios Sociológicos* núm.11, pp. 605-640.
- (1995). Modelo económico pauperizante, *La Jornada*, 17 de febrero.
- Bourges, H. (1992). II Taller latinoamericano sobre nutrición y salud en áreas urbanas, *Cuadernos de Nutrición*, núm. 15, pp. 8-10.
- Breilh J. (1989). *Epidemiología, economía, medicina y política*, México, Fontamara.
- (1995). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*, Guía pedagógica para un taller de metodología, 2ª ed. Quito, CEAS.
- Buchbinder, M. (1994). Algunos problemas de la salud en el ajuste, *Salud Problema y Debate*, núm.10, pp.18 y s.
- Cerqueira, M.T., G. Lobos, L. Leroux; G. Gómez, L. Concheiro y R. Serrano (1982). *Marco de referencia, diseño curricular, plan de estudios, presupuesto de la licenciatura en nutrición*, México, UAM-Xochimilco/ DCBS/DAS, (documento fotocopiado).
- Desai, M. (1994). Poverty and capability: Toward an empirically implementable measure, *Frontera Norte*, núm.1. pp. 11-30.
- Duval, G. (1986). *A methodological approach for the retrospective diagnosis of nutritional status: The Mexican case*, Food Systems Monograph,. Geneva, UNRISD-UN.

- Escudero, J.C. y M.C. Cajiga (s/f). Nutritional security and health: The role of an international organization, Luján, Universidad Autónoma de Luján, (documento fotocopiado).
- Escudero, J.C. (1990). *La desnutrición humana*, s/f. (documento fotocopiado).
- (1994 b). The hungry body: Structural adjustment in Latin America, *Capitalism, nature, socialism*, núm. 5, pp. 17-21.
- (1996). Ambiente y salud, *Salud Problema Debate*, núm.13, pp.4-10.
- Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*, Col. Argumentos, Barcelona, Anagrama.
- Frenk, J., R. Lozano, M.A. González-Block; E. Ruelas, J.L. Bobadilla, B. Zurita et al. (1994). *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*, México, FUNSALUD, núm. 129.
- Harpham, T.; T. Lusty y P. Vaughan (1988). *In the shadow of the city: Community health and the urban poor*, Oxford, Oxford University Press.
- Harpham, T. y C. Stephens (1991). Urbanization and health in developing countries, *Rapp Trimest Sanit Mond*, 5:62-69.
- Hernández, E. (1994). Alternativas a largo plazo para erradicar la pobreza en México, *Frontera Norte*, núm.1, pp.155-169.
- Irzueta, A. y R. Vos (1994). Ajuste estructural y costo social en la América Latina. ¿Qué nos explican los estudios recientes? *El Trimestre Económico*, núm. 61, pp. 27-83.
- Kliksberg, B. La escalada de la pobreza en América Latina, en Kliksberg B. (comp.), *Pobreza: un tema imposter-gable, Nuevas respuestas a nivel mundial*, México, CLAD/FCE/PNUD, pp.7-12.
- López Arellano, O. y J. Blanco G. (1994). Modelos socio-médicos en salud pública: coincidencias y desen-cuentros, *Salud Publica Mex*, núm. 36, pp.374-384.
- Loureiro, S. (1992). Crise, medidas de ajuste e o seu impacto na saúde, en ALAMES, V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Caracas, Venezuela, marzo 19-23, 1991. Caracas, ALAMES/Universidad Central de Venezuela/Ministerio de la familia, pp. 51-68.
- Novaes, E. (1996). La metropolización de América Latina, en E. Niera, (coord.), Segundo foro del Ajusco. "El desarrollo sustentable y las metrópolis latinoame-ricanas", México, COLMEX/PNUD, pp. 79-92.
- Oswald, U. (1991). *Estrategias de supervivencia en la ciudad de México*, Cuernavaca, CRIM/UNAM.
- PNUD (1990). "Desarrollo sin pobreza", en PNUD, II Conferencia regional sobre la pobreza en América Latina y el Caribe, Proyecto regional para la superación de la pobreza, Quito, noviembre 20-23, s/p, (documento fotocopiado).
- Pradilla, E. (1996). Las ciudades del neoliberalismo latinoamericano, en UNAM-Facultad de Economía/UAM-Xochimilco-Departamento de Política y Cultura, Primer encuentro de economía crítica, Problemas de la economía mexicana, México, noviembre 4-7, UNAM/UAM-Xochimilco. pp.1-10. (documento fotocopiado).
- Rivera, J.A. y S.E. Pérez-Gil (1994). Nutrición y alimentación. *Coyuntura*, (50/51):42-45.
- Rivera, J.A. y L. Ruiz (1998). *Efectos de la crisis y el ajuste en las condiciones de alimentación-nutrición de población urbana de escasos recursos de la ciudad de México: estudio de caso en una organización popular de Iztapalapa*. México, UAM-Xochimilco/ MM, (Tesis de Maestría en Medicina Social).
- Ruiz, L. y J.A. Rivera (1996). Acceso de la población mexicana a los alimentos, en H. Madrigal Fritsch (coord.), *Agricultura, alimentación y nutrición en México*. Década de los ochenta, México, INNSZ/OPS/OMS, pp. 31-46.
- Thomas, J.J. (1995). *Surviving in the city. The urban informal sector in Latin America*, London, Pluto Press.
- World Bank (1991). *Urban policy and economic development, an agenda for the 1990's*, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, DC.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD EN EL TRABAJO

El **plan de estudios** tiene una duración de 20 meses, dividido en cinco módulos de un trimestre cada uno. Las unidades de enseñanza aprendizaje son las siguientes:

- I. Epidemiología Laboral
- II. Higiene y Fisiología del Trabajo
- III. Patología y Legislación Laboral
- IV. Estadística e Informática Aplicada a Salud Laboral
- V. Análisis e Integración de Contenidos en Salud Laboral

Para mayor información dirigirse a:

Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo
Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud,
Del. Coyoacán, C. P. 04960, México, D. F.
Edificio central, 2° piso, ala sur, posgrados CBS
Teléfono: (52) 5483-7205
Fax: (52) 5483-7537
Correo electrónico: mcst@cueyatl.uam.mx