

DOSSIER TRABAJAR EN LA CALLE

Empleo precario, indigencia y mortalidad infantil. La vida marginal de un grupo doméstico en la Ciudad de México

Daniel Hernández Rosete*

<https://orcid.org/0000-0003-4030-2663>

Departamento de Investigaciones Educativas, Cinvestav, México
danielshr204@yahoo.com.mx

Luis Rubén Ramírez-Montes de Oca**

<https://orcid.org/0000-0002-0977-2264>

Universidad Nacional Autónoma de México
rubenmontesdeoca@politicas.unam.mx

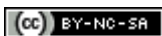
Recibido: 20-02-24

Aceptado: 20-05-24

Resumen. Se analizan las condiciones de ocupación precaria y su relación con la morbilidad y mortalidad infantil a través de un grupo doméstico que sobrevive en calles de la Ciudad de México. La investigación es de tipo etnográfico y explora la relación entre indigencia, empleo precario y muerte infantil. En 2015

* Antropólogo y Doctor en Sociología por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigador titular 3B adscrito al Departamento de Investigaciones Educativas en el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN.

** Candidato a doctor con orientación en sociología en la Facultad en Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestro en antropología social en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social sede Ciudad de México.



se realizaron entrevistas semiestructuradas con la pareja conyugal, así como observaciones directas en el semáforo que fueron registradas en el diario de campo. La vía pública es hostil y violenta, lo que, aunado a las condiciones de pobreza y carencias alimentarias, vuelve vulnerable a esta familia ante enfermedades curables. Por ejemplo, la muerte de neumonía de un bebé a consecuencia de las dilaciones y negligencias hospitalarias, que además denotan formas severas de estigmatización y culpabilización de la familia. Se observó que la solidaridad barrial activa recursos para mitigar las adversidades que surgen con la pobreza, sin embargo, la muerte infantil pasa inadvertida como un suceso inherente a la pérdida del derecho a la salud y a la vida misma. Las personas que sobreviven en la calle aún son poblaciones invisibles porque sus muertes no inciden en la prevención como política de Estado y tampoco evitan la reproducción de los determinantes sociales que les dieron origen. Es necesario visibilizar a estas poblaciones como ciudadanos que requieren políticas de intervención en apego a derechos humanos.

Palabras clave: trabajo precario; muerte infantil; indigencia.

Precarious employment, indigence and infant mortality. The marginal life of a domestic group in Mexico City.

Summary. We analyze the conditions of precarious employment and its relationship with infant morbidity and mortality through a household group that survives in the streets of Mexico City. The research is ethnographic and explores the relationship between indigence, precarious employment and infant death. In 2015, we conducted semi-structured interviews with the couple, as well as direct observations at the traffic light, which were recorded in the field diary. The public road is hostile and violent, which, together with the conditions of poverty and food shortages, make this family vulnerable to curable diseases. For example, the death of a baby from pneumonia as a result of hospital delays and negligence, which, in addition, denote severe forms of stigmatization and blaming of the family. It was observed that neighborhood solidarity activates resources to mitigate the adversities that arise with poverty, however, infant death goes unnoticed as an event inherent to the loss of the right to health and to life itself. People who survive on the streets are still invisible populations because their deaths do not have an impact on prevention as a State policy, nor do they prevent the reproduction of the social determinants that gave rise to them. It is necessary to make these populations visible as citizens who require intervention policies in accordance with human rights.

Key words: precarious work; child death; indigence

Emprego precário, miséria e mortalidade infantil. A vida marginal de um grupo doméstico na Cidade do México.

Resumo. Analisa as condições de emprego precário e a sua relação com a morbidade e mortalidade infantis através de um grupo doméstico que sobrevive nas ruas da Cidade do México. A investigação é etnográfica e explora a relação entre a miséria, o emprego precário e a morte infantil. Em 2015, realizamos entrevistas semiestruturadas com o casal, assim como observações diretas no semáforo, que foram registradas no diário de campo. A via pública é hostil e violenta, o que, somado às condições de pobreza e escassez de alimentos, torna essa família vulnerável a doenças curáveis. Por exemplo, a morte de um bebê por pneumonia em consequência de atrasos e negligências hospitalares, que, além disso, denotam formas graves de estigmatização e culpabilização da família. Observou-se que a solidariedade de vizinhança ativa recursos para mitigar as adversidades que surgem com a pobreza, mas a morte infantil passa despercebida como um evento inerente à perda do direito à saúde e à própria vida. As pessoas que sobrevivem nas ruas ainda são populações invisíveis porque suas mortes não têm impacto na prevenção como política de Estado, nem evitam a reprodução dos determinantes sociais que as originaram. É preciso dar visibilidade a essas populações como cidadãos que necessitam de políticas de intervenção em conformidade com os direitos humanos.

Palavras-chave: trabalho precário; morte infantil; indigência

PLANTEAMIENTO

La indigencia es una forma de vida al margen del Estado de derecho y tiene fuertes consecuencias de sufrimiento social, pues las personas que viven en situación de calle enfrentan una incidencia notable de agresiones (Lindón, 2003), muchas de ellas atribuibles al estigma que implica vivir en vía pública. Por ejemplo, para Anderson (1998) los vagabundos son vistos como seres marginales en sociedades que no los reconocen como parte de su propio devenir histórico. Pero sin duda, el aspecto sociológico más complejo es que en torno a la indigencia existen visiones estereotipadas que generan prácticas de discriminación de personal de salud hacia personas indigentes (Guise, Hellen y Újhadbor, 2023). Se trata de formas simbólicas de muerte social, porque generan atributos sociales que inferiorizan a las personas que sobreviven en la calle, lo que ha sido documentado como una determinante social de mortalidad para este grupo de población (Brito y Silva, 2021).

Además, existen estudios que sugieren que la falta de acceso al sistema de salud coloca en especial riesgo de muerte por enfermedades prevenibles y curables a

estas poblaciones (Gigenack, 2006). Por otro lado, están las enfermedades mentales que, junto con las adicciones a diferentes sustancias, permiten comprender por qué la falta de atención que sufren estas personas implica una condición histórica de su exclusión (Makowski, 2010), especialmente desde la perspectiva del derecho a la salud mental.

La vida en situación de calle, entre otras cosas, implica la carencia de una identidad ciudadana que otorga derechos y obligaciones civiles. Se trata de poblaciones sin documentos de identidad personales, lo que detona una espiral de exclusión que determina la vida al margen. Por eso, en perspectiva antropológica, la indigencia parece reproducirse a sí misma como un proceso de exclusión debido a la imposibilidad que enfrentan las personas para acceder a los mercados laborales dentro de la economía formal, de modo que se insertan en contextos de trabajo precario que agudizan y perpetúan las condiciones de exclusión económica y las dinámicas discriminatorias (Fiorati, 2016). Además, se trata de poblaciones con subregistro demográfico debido a la intensa movilidad territorial, fenómeno que ha sido relacionado con la violencia inherente al estigma de la indigencia. De ahí que, difícilmente, pueden acceder a programas de atención gubernamental para cubrir necesidades de salud, alimentación, empleo y educación. Es decir, son poblaciones móviles indocumentadas que no siempre son vistas como personas desplazadas y su inclusión en programas de atención humanitaria es prácticamente nula.

Aunque en la región de América Latina y el Caribe la informalidad ha sido abordada desde diferentes perspectivas como aquella que considera informales a las actividades generadoras de ingresos al margen del Estado (Portes, 1995), el desarrollo capitalista suscita diversos cambios sociales que desmontan la mirada hacia nuevas reformulaciones analíticas (Véras de Oliveira, 2023). En México aún son escasos los estudios que documenten el fenómeno de la indigencia y la precariedad laboral como variables que interactúan en la reproducción de las condiciones precarias de existencia. En este artículo se hace énfasis en el estudio exploratorio de la vida cotidiana de una familia que subsiste a través de ocupaciones precarias, que carece de residencia y que no tiene acceso a servicios de salud y educación en la Ciudad de México. En especial se describen las relaciones económicas que ocurren bajo el semáforo, un contexto de relaciones efímeras que juegan un papel decisivo para adquirir algún ingreso monetario de los automovilistas y otras personas que circulan en vía pública.

MÉTODO, TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN Y UNIVERSO DE ESTUDIO

Originalmente esta investigación tenía el propósito de describir las estrategias de sobrevivencia de una familia indigente; sin embargo, el deceso de uno de los hijos nos llevó a emprender un acto de acompañamiento de la familia. Lo doloroso de esta muerte nos hizo replantear las interrogantes y el objetivo mismo del estudio. Coincidimos con Scheper-Hughes (2000) en que enfrentar el hambre, la enfermedad y la muerte infantil es uno de los retos más abrumadores, porque muchas de las muertes infantiles que ocurren en contextos de privación material y discriminación por pobreza extrema pudieron haber sido evitadas.

Inicialmente el estudio buscaba describir las estrategias de sobrevivencia que esta familia despliega para subsistir; sin embargo, terminamos por incorporar una perspectiva cualitativa sobre la mortalidad infantil como proceso atribuible a las determinantes sociales y a la dinámica familiar relacionada con la ocupación y la sobrevivencia en vía pública. Se hace énfasis en las narrativas de personas que se enfrentan a la muerte infantil, y se describen las condiciones de estigma y discriminación que experimentaron en función de la indigencia y que pudieron haber contribuido a desencadenar el deceso.

Recurrimos al enfoque fenomenológico de tipo constructivista porque abre la posibilidad de analizar la intencionalidad subjetiva de las personas (Weber, 2012) a través de sus propias narrativas orales. Además, este artículo parte de que el mundo cotidiano no sólo expresa universos de sentido (Berger y Luckmann, 2005), sino que éstos constituyen tramas de significación (Geertz, 2000) que existen en contextos de poder asimétricos (Thompson, 2000). Es decir, nos aproximamos al mundo cotidiano como un orden estructurado que puede implicar márgenes de agencia y reflexividad (Giddens, 2007). Por eso, este trabajo no sólo da cuenta de las condiciones de exclusión social frente al derecho a la salud, sino incluso busca documentar algunas de las estrategias que las personas entrevistadas asumen frente a este proceso.

El uso de la etnografía como método responde al interés por explorar las narrativas sobre carencias en el acceso a la atención médica infantil, desde la perspectiva narrada por una familia que sobrevive en condiciones de indigencia y ocupaciones precarias. Es un estudio basado en observaciones directas y en entrevistas semiestructuradas con los integrantes de la pareja conyugal y fueron grabadas con el consentimiento informado, es decir, a las personas participantes se les consultó sobre su participación y se les explicó el objetivo del estudio.

Una vez establecida su disposición para participar en el estudio, se les pidió autorización para grabar y se les explicó que la información sería anónima y confidencial. Por tanto, no se presentan nombres ni datos que sugieran identidad alguna y describimos exclusivamente las condiciones demográficas del barrio donde se desarrolla esta investigación en la Ciudad de México.

El universo está compuesto por una familia en fase de expansión que ha vivido en concubinato por seis años, está constituida por la pareja conyugal con dos niñas de cinco y tres años y un varón de un año y medio de edad. Al momento del levantamiento etnográfico la madre tenía 30 años, nacida en la Ciudad de México y con estudios de primaria inconclusa. Sus ingresos fluctúan entre 70 y 200 pesos al día como malabarista y su performance, con colorete de clown, consiste en elevar con una mano dos balones de caucho, al tiempo que baila, silba e intenta apaciguar a su hijo menor a quien carga con el otro brazo. El hombre tiene 41 años, nació en Irapuato y migró a la Ciudad de México 8 años atrás, con estudios de primaria inconclusos. Sus ingresos se acercan a los 200 pesos diarios y los obtiene lavando parabrisas de los automóviles cuando estos se detienen en el semáforo. Esta forma de obtener dinero es nombrada por las personas entrevistadas como *semaforear*.

Entre ambos obtienen entre 400 y 600 pesos diariamente (paridad del peso mexicano frente al dólar americano de \$30 y \$40 USD al tipo de cambio en 2015); lo que representa entre seis y ocho veces el salario mínimo, que ese año se estipuló en \$70.10 pesos diarios según la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (2015). Sus jornadas son de aproximadamente 12 horas diarias de lunes a domingo y dependen de ellas para poder sustentar la alimentación de dos adultos y tres menores. Los cinco integrantes viven en una habitación de hotel, en donde pagan un alquiler de \$140 pesos por noche y aunque habitualmente logran conseguir recursos para pagar el hospedaje y la alimentación, se trata de una economía familiar precaria porque colapsa fácilmente ante cualquier gasto catastrófico asociado a imprevistos por enfermedad.

No solo está en juego la integridad propia, también la de los hijos, pues les involucran en las actividades con el fin de optimizar recursos. En el caso de la familia analizada se trata de niñas que no asisten a la escuela y que se insertan en la dinámica de la economía callejera internalizando las normas, ritmos y temporalidades inherentes a la vida en la vía pública. Es un proceso de iniciación en el trabajo infantil que favorece el relevo generacional de la pobreza extrema.

El contexto en donde interactúa esta familia se ubica en la alcaldía Cuauhtémoc, un territorio con un grado muy bajo de marginación (CONEVAL, 2020) y de

rezago social; sin embargo, se distingue por el tráfico de sustancias ilícitas y la comercialización de autopartes robadas con un predominio notable de negocios de hojalatería para autos chocados.

El trabajo de campo empezó en enero de 2015, pero a mediados de febrero ocurrió el deceso del hijo menor, un bebé de meses de nacido. La noticia fue perturbadora para la familia y para nosotros como antropólogos, lo que nos hizo reconsiderar los tiempos de trabajo de campo para respetar el proceso de duelo de la familia. Por eso detuvimos el proceso de observación directa, así que las entrevistas se postergaron hasta junio y julio de ese año.

Una vez recabadas fueron transcritas y posteriormente analizadas con Atlas Ti. Este proceso permitió rastrear categorías emergentes a partir de las personas entrevistadas, es decir, las entrevistas dieron la pauta para comprender la complejidad de la sobrevivencia precaria que implica obtener recursos monetarios y en especie en la calle. Es el caso, por ejemplo, del término “semaforear”, que fue mencionado como una práctica de interacción en el arroyo vehicular a la luz del semáforo. Un proceso efímero pero definitivo para obtener dinero a cambio de lavar el parabrisas o de la venta de golosinas a los automovilistas que esperan la luz verde. En este sentido el uso de Atlas Ti permitió sistematizar y complementar la observación directa en campo con el uso de diario de campo y la entrevista para hacer emerger los datos (Kelle, 2005). Es entonces cuando cobra sentido epistémico la importancia del análisis hermenéutico de las entrevistas a través de enfoques cualitativos, porque permiten documentar lo narrado y así crear categorías fundamentadas en las fuentes orales.

SUBSISTIR EN EL SEMÁFORO

Las ocupaciones en la calle han sido descritas como actividades económicas atípicas (De la Garza, 2001) y son consideradas como el único recurso viable para atender las necesidades alimentarias entre grupos de población excluidos de la economía formal. Para este autor se trata de ocupaciones que implican trabajo humano y, por tanto, la reproducción social de la fuerza de trabajo. Además, el objeto de trabajo no necesariamente se presenta como un costo de producción clásico, definido por el tiempo de trabajo socialmente necesario, de modo que se revaloriza en términos subjetivos y representa un mundo de vida importante a partir de la experiencia por el ingreso recibido (De la Garza 2001).

Un aspecto que merece especial atención es que la vida económica que ocurre en los semáforos expresa un proceso de *callejerización* (Hernández Rosete, 1998),

fenómeno que ha sido definido como la aparición de vínculos en el espacio público que surgen a fuerza de habituarse a la vía pública como un espacio de subsistencia. Es un sistema de interacción económica que denota saberes adquiridos a través del ritmo del semáforo, dotes histriónicas, imagen personal y destreza para negociar. Pero además se despliega una relación lástima-limosna (Matta, 2010), cuyo lenguaje simbólico estimula una dádiva monetaria a partir de la proyección de sufrimiento encarnada frente a la indiferencia como modo de vida en las ciudades. Se trata de recursos inmateriales que juegan un papel fundamental para conseguir que los automovilistas aporten alguna moneda.

La profusa precarización de esta economía de subsistencia se define por la ausencia de garantías individuales, así como por la inestabilidad en la remuneración que, sin embargo, se mitiga con la ventaja de recibir ingresos al día para los gastos corrientes (Gigliá, 2014). El tiempo necesario para obtener ingresos y poder comprar alimentos obedece a diferentes variables, una de ellas es el clima, que puede llegar a definir la jornada. Es decir, el consumo alimentario depende de aspectos imponderables que rebasan la voluntad personal para conseguir la subsistencia. La lluvia y el frío son los problemas que más afectan a los trabajadores a cielo abierto, al punto de no obtener ingresos para pagar el hospedaje:

“Cuando está lloviendo muy fuerte, el dueño del hotel nos dice que ese día no paguemos hospedaje, ahí ya la libramos y así hasta el otro día.” (Mujer, 30 años, malabarista).

La expresión de solidaridad del dueño del hotel no siempre es respetada por el personal, pues la administradora desconoce este acuerdo y les amenaza con impedirles el alojamiento nocturno, aun sabiendo que tienen niñas y niños. Este es uno de los problemas que más ansiedad genera entre nuestros entrevistados, quienes refieren además que la búsqueda del ingreso alimentario puede llevar a la desesperación y apelar entonces a la búsqueda de recursos monetarios en plena lluvia:

“Es que cuando llueve mucho a mi esposo sí lo afecta, porque no lo dejan que limpie, porque el carro ya viene mojado. Aunque llueva poco o llueva fuerte, yo sí trato de meterme entre los carros, porque ya viéndome con mi hijo, yo creo que se compadecen y todo. Dicen: «pues si se está arriesgando, por qué no ayudarla». Cuando mi esposo no puede trabajar por la lluvia, yo le digo que no trabaje, porque no le va a dejar, mejor yo saco. Gracias a Dios, que es muy grande, sí sale lo que necesito juntar para comer.” (Mujer, 30 años, malabarista).

También se detectaron riesgos de agresión de policías, quienes suelen exigir el pago de cuotas para permitirles pedir dinero, o bien emprenden formas de violencia que no son perseguidas legalmente:

“Hubo un caso hace como un año, un chavo le echó agua al carro, que era de un policía judicial y que se baja del coche y lo mata... era mi valedor ese güey y lo mataron. El judicial lo mató, nomás así por echarle agua a su coche. Le dio unos plomazos: ‘te dije que no’ y pum, pum, pum, que lo mata. A eso nos arriesgamos. Porque hay gente muy déspota, vulgar, que no le parece lo que hacemos o nos discrimina por el hecho de ser de la calle. Así es esto.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

Una parte substancial del ingreso de esta familia se emplea para sufragar gastos de hospedaje en un hotel: el costo por noche es de 140 pesos y diariamente obtienen entre 300 y 400 pesos. El remanente monetario es empleado para adquirir alimentos de baja calidad, casi siempre productos enlatados o embutidos y con fecha de caducidad vencida porque son más baratos. Vivir al día implica una vulnerabilidad como modo de vida, pues cualquier problema de salud implica un gasto catastrófico. Aunque no se detectaron problemas de adicciones, en esta familia la vida cotidiana es una permanente lucha por sobrevivir y, entre los aspectos más evidentes está la práctica de vivir en un hotel, pues surgen problemas con la crianza de sus hijas:

“Me molesta la gente con la que convivo ahí en el hotel, mis hijas no pueden hacer un poquito de ruido, porque como es un hotel, se molesta la gente y entonces empiezan a molestar diciendo: ‘¡cállenlos!’. Yo ya llevo 5 años viviendo ahí y pues el de la recepción o el mismo dueño del hotel, no me dicen nada —por todo el tiempo que llevo viviendo ahí—, pero me molesta que la gente de a lado de la habitación empieza a quejarse en la recepción o nos empiezan a gritar.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

El cuarto de hotel no siempre tiene agua, por eso no pueden acceder a duchas diarias. La falta de higiene también les genera conflictos, pues suscita formas de discriminación ligadas al aspecto físico, es decir, la carencia de acceso al agua potable es una de las privaciones inherentes a la pobreza extrema que, en este caso, detona estigmas:

“Todo el tiempo hay problemas con la gente, también las indiferencias. Desde que me ven sucio, piensan que ando mal, que no soy como ellos. Es lo que vivo a diario con la gente.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

“Me gustaría hacerme de algo en un futuro. En principio ver la manera o el modo de que alguien me pueda ayudar para meterme a estudiar y salir adelante en otro tipo de aspecto, no andar limpiando parabrisas. Yo sé que es un trabajo honrado, pero ante los ojos de la gente, no es así; lo ven como un trabajo muy malo. Porque piensan que lo que hacemos —con el dinero que ganamos— es para drogarnos o equis. En cambio, si tengo un trabajo estable, pues ahí tengo un porvenir, puedo salir adelante un poquito más. Comprarme cosas, vestirme, calzarme, conseguir un lugar donde vivir bien, no estar pagando hospedaje a diario.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

“También me enoja porque nuestro cambio de cobijas —ropa de cama— es cada tercer día, pero la recepcionista nos los da cada mes o cada que se le antoja. Luego basta se encabronan, porque las sábanas se las llevan ya muy sucias y percutidas, que las toallas bien negras, todas bien manchadas. Yo le dije una vez, lo único que le pido es que, si no quiere que le entregemos las cosas así, ténganos nuestro cambio cada que es, pero se enoja. Siempre es un pleito con ellos. Como nos dijo el dueño sobre la deuda: que no pase de \$200 o \$300. Pero hay veces que ni el dueño dice nada y ella es la que pone sus reglas.”(Mujer, 30 años, malabarista).

Obtener recursos monetarios en vía pública es un acto de presentación y representación de la persona ante el mundo cotidiano (Matta, 2010), siempre ordenado con base en roles y relaciones de poder asimétricas. La imagen de la incidencia se difunde a través de los medios de comunicación, que inciden en la construcción y transmisión del estereotipo de quienes viven en la calle (Makowski, 2010), pero además se trata de una paradoja porque se advierte una representación judeocristiana basada en la compasión más que en la solidaridad con quienes sobreviven en la calle:

“Lo que venimos gastando al día, mínimo es entre \$300 y \$400, que es lo que sacamos del diario entre los dos. Sacamos lo justo. Hay veces que he llevado un poquito más, si me ha ido bien. Pasan amistades, gente que ya me conoce y me dejan que mis \$100 o \$150 y ya es una ayuda. No es que seamos conformistas, pero cuando vemos que ya está —a veces también por los fríos y para que no se enfermen lo niños— le digo que ya está y hasta ahí trabajamos.” (Mujer, 30 años, malabarista).

Hay días en que no obtienen ingresos, es decir, la vida cotidiana implica una presión constante por conseguir dinero en el menor tiempo posible, esta es quizá una de las causales de ansiedad y depresión más recurrente entre las personas entrevistadas:

“Hoy, como todos los días, lo que hago es ora sí que trabajar. Pues, ora sí que no tengo ni raítos, pues tengo que pagar el hotel. Tengo que pagar los pañales. Todo el día andamos de arriba-abajo. Así como me levanto, lo primero que hago es trabajar para que mis hijos tengan pa’ comer, porque primero están ellos.” (Mujer, 30 años, malabarista).

Es un modo de vida en el que los problemas de salud mental son inherentes a la economía de sobrevivencia en vía pública. Lo que está en juego es la atención de los automovilistas, de modo que entre más visibles sean, mayor es la posibilidad de obtener una retribución, pero en el semáforo están presentes otras personas que también buscan ganar dinero, lo que detona algunas formas de disputa por el lugar.

EL EMPLEO PRECARIO Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD INFANTIL

La Ciudad de México es uno de los espacios urbanos con mayor concentración de servicios de salud en el país; sin embargo, existen sectores de población sin acceso a atención médica oportuna (Secretaría de Salud, 2018). Aunque la población en situación de pobreza extrema disminuyó de 2,56 millones de personas a 2,43 en el periodo de 2012-2016, hay un retroceso en el acceso a los servicios de salud de la población, que pasó de 23,4 % a 19,6 % en los mismos años (SEDESOL, 2018). Esta falta de acceso a servicios de salud es una determinante de la mortalidad materno-infantil, sobre todo para grupos de población que sobrevive en vía pública puesto que sus condiciones laborales insertas en la economía informal le impiden garantizar el derecho a la salud.

La mortalidad infantil en poblaciones indigentes está relacionada con las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y con las infecciones respiratorias agudas (IRA). En el caso de las IRA, la neumonía aparece como la principal causa de muerte en niños menores de cinco años (LIU, 2016). Ambas morbilidades son representativas de la pobreza extrema (CEAL, 2011), por eso se les considera como marcadores históricos de las condiciones materiales de existencia y son un referente para evaluar la salud pública (Muñoz-Hernández et al, 2012; Campos et al, 1994). Se trata de muertes prematuras atribuibles a enfermedades infecciosas que podrían haberse evitado o tratado con intervenciones simples y asequibles para el Estado (CONEVAL, 2018).

En 2011, México reportó una reducción del 35 % en la mortalidad infantil con respecto a 1990: se alcanzaba así el cuarto objetivo de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas (Richardson et al, 2014). Es un avance importante, pero al comparar los indicadores de 2016 con los de otros países en la región latinoamericana se advierte un rezago notable (Hernández Bringas, 2019), porque México consigue una tasa del 12,6 %, muy por arriba de la que presentan países con niveles similares de desarrollo en la región como Cuba (4,2 %), Chile (7,2 %) y Costa Rica (7,7 %).

Otro indicador importante es la transición epidemiológica en mortalidad infantil; es decir, México ha logrado abatir de manera importante las causas de mortalidad relacionadas con enfermedades infecciosas, de forma que los datos censales (INEGI, 2020) revelan que los decesos infantiles ahora están relacionados mayoritariamente con anomalías congénitas y afecciones del periodo perinatal. Sin embargo, hay localidades especialmente vulnerables, en donde las muertes infantiles siguen asociadas a IRAS y EDAS por la falta de

acceso a agua potable y a servicios de salud (Adams et al, 2020). En el sureste mexicano las IRA, en especial la influenza y la neumonía, persisten a lo largo de la última década como las primeras causas de muerte infantil (CONEVAL, 2020; Fernández, 2012; Fernández, Gutiérrez y Viguri, 2012; García-Chong et al., 2010)¹.

Esto refuerza el planteamiento histórico de Bhem Rosas (1992), quien sugiere que en la región latinoamericana la pobreza estructural es una determinante social de este fenómeno, lo que pone en evidencia la existencia de importantes desigualdades ante la muerte infantil.

Un aspecto que merece especial atención en el análisis de decesos infantiles es que los retrasos en la atención médica (Thaddeus, 1994; Freyermuth, 2003) están relacionados con la marginalidad como una determinante social de la muerte materno-infantil. El tiempo de atención médica y el acceso a servicios de salud son variables que permiten poner en discusión algunos de los avances en materia de reducción de pobreza. Es el caso del Banco Mundial, que las conciben como una expresión de escasez monetaria y por tanto sugiere que a nivel mundial se ha dado una reducción de este fenómeno (Fardoust, 2018). Por eso, en este trabajo se considera que la lucha del Estado contra la pobreza tiene que incluir el acceso de la población a tres bienes de consumo fundamentales para la subsistencia: agua potable, educación y servicios de salud (Adams et al; 2020) porque son recursos indispensables para sustentar la vida y el desarrollo humano. Este objetivo, sin embargo, no parece considerar los diferentes universos de poblaciones móviles ligadas a la indigencia.

El invierno de 2015 se distinguió por su crudeza. Entre los meses de diciembre y febrero se sintieron temperaturas de hasta menos tres grados Celsius, que son rangos inusuales para el Valle de México. En los primeros días de febrero, la temperatura disminuyó aún más y una de aquellas noches tuvimos la funesta noticia de la muerte del hijo más pequeño de la familia. Una infección respiratoria devino en neumonía y en cuestión de horas había muerto. Dos días antes de fallecer había sido llevado a la misma clínica local para atender un

¹ La mortalidad infantil está relacionada con las EDA y con las IRA; en el caso de las IRA, la neumonía aparece como la principal causa de muerte en niños y niñas menores de cinco años (Liu, y otros, 2016). Ambas morbilidades son representativas de la pobreza extrema (CEPAL, 2011), por eso se les considera como marcadores históricos de las condiciones materiales de existencia (Muñoz-Hernández et al., 2012) y son un referente para evaluar la salud pública (Campos et al., 1994). Se trata de muertes prematuras atribuibles a enfermedades infecciosas que podrían haberse evitado o tratado con intervenciones simples y asequibles para el Estado (CONEVAL, 2020).

cuadro de infección respiratoria. El padre mencionó que la atención recibida esa vez fue hostil, sin embargo, logró obtener una receta y el suministro de antibióticos, pero sin un diagnóstico claro:

“.. primero nos dijeron que era una bronquitis, pero como ya tenía asma pues se le complicó. Pero cuando lo llevé la primera vez al hospital iba con falta de respiración, sus ojos ya sumidos, incluso había adelgazado ya bastante y en el hospital lo lastimaron muy feo de sus cuerdas vocales al meterle una sonda por la nariz.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

El niño es dado de alta y sale del hospital, pero días después, el cuadro empeoró y vuelve a ingresar ya con neumonía:

“Cuando vi a mi hijo muy grave, casi ya no podía respirar. Me salí del hotel corriendo, llevándolo en la carriola hasta llegar al hospital infantil de Perulvillo. Llegué corriendo al hospital y me desconté al pinche policía de la puerta porque no me quería dejar entrar, porque tenía que registrarme primero y yo viendo la situación tan grave de mi hijo le dije que me dejara pasar o que se fuera a chingar a su madre. Le volteé un trancazo y lo tiré de nalgas. Me metí de volada. Cuando estaba adentro, en urgencias, las doctoras que lo revisaron empezaron a gritar ¡clave roja! ¡clave roja!” y me sacaron de ahí, ya no me dejaron ver cómo revisaban a mi hijo y todo eso. A la media hora salieron, me mandaron a llamar y me dijeron que acababa de fallecer. Cuando me lo dijeron, mi señora estaba afuera con mis dos niñas y la mandaron a llamar también. Se soltó a llorar de rabia, de coraje. Yo no pude, no pude hacer nada.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

Uno de los aspectos más terribles de la pobreza extrema tiene que ver con la precariedad alimentaria infantil (Freyermuth, 2003)- Al respecto, la madre mencionó que había suspendido la lactancia de su bebé cuando aún no alcanzaba los seis meses de edad. Desde entonces el niño consumía, al igual que los otros integrantes de la familia, una fórmula láctea de origen vegetal de forma que la alimentación del niño formaba parte del modelo alimentario del grupo doméstico. Por eso, no se descarta que el niño presentara un cuadro de desnutrición:

“A mi hijo lo vi sano, lo vi fuerte, gordito. ¿Quién iba a pensar que de repente se me iba a enfermar o que saliera con gravedad? Cuando lo llevé al hospital, todavía lo llevé con vida, lo llevé respirando, aunque con dificultades. Pues, me dieron la mala noticia que había fallecido a las cinco de la tarde.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

Diversos estudios (Longhi, 2017; Ortíz, 2002) sugieren una correlación directa entre lactancia materna y supervivencia infantil; es probable que en este caso a la relación entre desnutrición y pobreza se incorpore un concepto clave, es decir, la sinergia entre desnutrición e infección respiratoria aguda que potencia el efecto de las patologías, porque la inmunidad disminuye y la desnutrición precipita las complicaciones que devienen en una enfermedad grave.

El deceso es un proceso complejo, en el que la desnutrición y la dificultad para acceder a servicios médicos constituyen dos variables que agudizan las desigualdades sociales ante la muerte. Esto se enmarca en una estructura de violencia institucional, como la espera en una sala de urgencias y se caracteriza por la exclusión social, la insuficiencia y saturación de los servicios de salud, así como una pedagogía de la espera que supone arbitrariedad e incertidumbre ante la burocracia del Estado (Bellamy y Castro, 2019):

“Me lo atendieron, pero me lo lastimaron de sus cuerdas vocales porque le metieron una sonda para sacarle las flemas, entonces el niño desde ahí se empezaba a complicar.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

Se ha documentado que la organización de la vida familiar también puede afectar el acceso a la atención médica (Fiorati et al, 2016), lo que permite suponer que el proceso de callejerización que en este caso implica la participación de ambos cónyuges e incluso de las hijas como estrategia para obtener dinero, es precursora del trabajo infantil. Pero lo que destaca es que es un factor importante para la subsistencia alimentaria del grupo, y es tan extenuante que impide sustentar la vida a largo plazo, pues genera condiciones de vulnerabilidad que no fueron advertidas por el grupo familiar.

La defunción dio lugar a un nuevo problema, puesto que los hijos no estaban dados de alta en el registro civil, una condición relacionada con la indigencia:

“Al final ya no pude hacer nada porque como no están registrados mis hijos, no tengo papeles, sólo mi acta de nacimiento y mi CURP, no tengo credencial de elector. Tuve que pagar \$3.000 en el Ministerio Público, en la funeraria \$1.500 para que me dieran el certificado de defunción para que me entregaran al niño. De ahí sucesivamente empezar a juntar todo lo que me faltaba para la funeraria y todo eso.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

“Con lo demás me las vi muy negras incluso para que me entregaran el certificado de defunción del niño. En el hospital no me lo quisieron entregar, no se quisieron hacer responsables. Incluso me mandaron hasta el Ministerio Público para deslindar de cualquier situación al hospital. La diligencia supuestamente me inculpaba, porque no lo llevé a tiempo, porque lo dejé que falleciera, pero sin saber que al niño ya lo había llevado varias veces ahí.” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

Además, surgen gastos no previstos propios de un funeral, por ejemplo, la compra del ataúd y en general el sepelio, así como la resolución de trámites burocráticos en el Ministerio Público para obtener el certificado de defunción de una persona que no tenía acta de nacimiento:

“Tuve que hacer todos los trámites para solventar los gastos del funeral y todo eso, que sí me costó mucho trabajo por cuestión de lo económico: ¿en cuánto me iba a salir? El gasto me salió en \$9.000 en total, tanto el panteón como la caja. No lo velé por cuestiones de que pues era un

angelito. Pero gracias a mucha gente de aquí, de las unidades de Tlatelolco, de las refaccionarias de aquí atrás de la Ronda, que me echaron mucho la mano, me apoyaron económicamente bastante y sucesivamente logré solventar algo de los gastos del funeral del niño. Aunque todavía hasta la fecha sigo debiendo un poco, pero me dieron chance los de la funeraria que les fuera pagando poco a poco, aunque fuera de \$100, de \$50, como pudiera pagarles. El panteón pues no me salió tan caro porque es del gobierno...” (Hombre, 41 años, limpiaparabrisas).

Los amigos del barrio y clientes en el cruce apoyaron con alguna aportación económica o ayudaron a realizar trámites ante el Ministerio Público y en la funeraria. Es decir, el deceso hizo evidente una importante red de apoyo social que ha sido ya documentada como un recurso eficiente para sobrevivir a la extrema pobreza (Adler, 1976), y que en casos de muerte infantil, supone una condición invaluable en la elaboración del duelo (Scheper-Hughes, 1997). Es una red social que no se reduce a un tráfico o intercambio de bienes materiales, sino que toma la forma de un soporte emocional basado en vínculos muy poderosos, porque acompañan con humanismo en el momento de enfrentarse al dolor de la muerte de un ser amado.

El análisis estadístico de la mortalidad infantil excluye los casos que no son significativos, por ejemplo, el deceso de un niño en condiciones de indigencia podría ser visto como un hecho excepcional que no es relevante como problema de salud pública. Pero la aproximación microsocia aquí descrita muestra el peso que adquieren algunas determinantes estructurales, como la pobreza, frente a muertes infantiles que pudieron ser evitadas.

CONCLUSIONES

Aunque en México los decesos infantiles se han reducido de manera importante, hay grupos de población con altas incidencias de IRAS y EDAS, particularmente en regiones del sureste del país y en zonas urbanas con niveles notables de marginación. Esto se advierte en el caso estudiado, ya que la pobreza extrema favorece la sinergia entre desnutrición infantil, enfermedad respiratoria y exclusión de servicios de salud. El caso particular de la indigencia infantil es un fenómeno poco visibilizado, y además es considerado un problema residual desde la perspectiva demográfica. Pero desde la etnografía, denota una de las crisis más delicadas del derecho a la vida como proceso civilizatorio. Es un problema de salud pública, porque muestra el peso histórico de la pobreza extrema como determinante de mortalidad infantil. Sobre todo, se advierte la vigencia del argumento de Behm-Rosas (1992) que se refiere a las muertes infantiles en contextos de pobreza extrema como decesos que no hacen ruido.

Algunos estudios sugieren que el nivel de escolaridad de la madre y la estructura familiar tienen un papel determinante en la mortalidad infantil, pues de acuerdo con Sawyer y Beltrao (1991), es decisiva en el comportamiento frente a enfermedades agudas de los hijos. Sin embargo, este enfoque parece atribuir al parentesco y a la escolaridad individual de las madres un peso total como detonante de mortalidad infantil. Si bien la escolaridad es una variable que da cuenta de las desigualdades estructurales, este planteamiento no sólo resulta controvertido sino hasta cuestionable, porque centra el peso de la mortalidad en las decisiones de mujeres con bajos niveles de educación formal. Nuestro estudio sugiere que si bien esta variable es importante, no necesariamente es decisiva o al menos no es la única que interviene como determinante de la mortalidad infantil. Coincidimos con investigaciones previas que ubican a la pobreza extrema como una condición angustiante y opresiva (Freymuth, 2003 y Lewis, 2012), que afecta la salud mental y detona mortalidad infantil frente a un Estado ausente o de familias que viven al margen de este. Pero, sobre todo, nuestros hallazgos apuntan a que la indigencia dificulta el acceso a servicios médicos de calidad debido a prejuicios del personal médico frente al aspecto físico de las personas indigentes. Es decir, la vida familiar estudiada muestra situaciones que vulneran su derecho a la salud, pues aunque las condiciones de existencia son muy propicias para que sus niños enfermen gravemente, el seguimiento de la evolución de la morbilidad denota omisiones y retrasos importantes en la atención médica recibida debido a los estigmas propios de la indigencia.

Un aspecto que merece especial atención es que el menor no tenía acta de nacimiento ni cartilla de vacunación; esta situación da cuenta de las carencias del entorno familiar y conyugal, pero también sugiere que la indigencia implica formas de vida al margen de un Estado que puede mostrarse indiferente ante el derecho a la identidad ciudadana y a la salud pública. Es necesario revisar las políticas públicas de atención a menores indigentes, población severamente invisibilizada dada su precaria condición de identidad ciudadana. No sólo es evidente la ausencia de políticas públicas que atiendan los derechos ciudadanos de estas poblaciones, es necesario modificar la forma en que las figuras de autoridad, especialmente policías y agentes ministeriales se relacionan persecutoria y punitivamente con estas poblaciones. Un recurso fundamental para lograrlo es reconocer la ausencia de políticas en apego a derechos humanos.

REFERENCIAS

- Adler, L. (1976). *Cómo sobreviven los marginados*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Adams, E.; Stoler, J. y Adams, Y. (2020). Water insecurity and urban poverty in the global south: implications for health and human biology. *Am Jour of Human Biol*, 32(1).
- Anderson, N. (1998). *On bobs and homelessness*. Chicago: University of Chicago.
- Behm-Rosas, H. (1992). *Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Bellamy, C. y Castro, R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Rev. Ciencias de la Salud*, 17(1), 120-137.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2005). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Brito Silva, C. (2021). Unhoused people: stigma, prejudice, and health care strategies. *Cien Saude Colet*. 27(1):151-160.
- Campos, R.; Raffaelli, M.; Ude, W.; Greco, M.; Ruff, A.; Rolf, J.; Antunes, C.M.; Halsey, N. y Greco, D. (1994). Social networks and daily activities of street youth in Belo Horizonte, Brazil. Street Youth Study Group. *Child Dev*, 65, 319-330.
- CEPAL Comisión Económica para América Latina (2011). *Mortalidad en la niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960*, Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.
- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (2015). *Un sólo Salario Mínimo general de \$70.10 pesos diario para todo el país a partir de 1 de octubre del 2015*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conasami/es/articulos/un-solo-salario-minimo-general-de-70-10-pesos-diario-para-todo-el-pais-a-partir-de-1-de-octubre-del-2015?idiom=es>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Ciudad de México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). *Medición de la pobreza. Índice de rezago social*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2020.aspx
- De la Garza, E. (2001). Trabajo atípico, ¿identidad o fragmentación? Alternativas de análisis. En Pacheco, E.; De la Garza, E. y Reygadas, L. (Coords.), *Trabajos atípicos y precarización del empleo*. México: Colegio de México.
- Fardoust, S.; Kanbur, R.; Luo, X. y Sundberg, M. (2018). An evaluation of the feedback loops in the poverty focus of world bank operations. *Eval Program Plann*, 67, 10-18.

- Fernández, S.; Gutiérrez, G. y Viguri, R. (2012). Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 69(2).
- Fiorati, R.; Dakuzaku, R.; Martins, L.; Lobato, B. y da Silva, J. (2016). Social ruptures and the everyday life of homeless people: an ethnographic study. *Rev Gaúcha Enferm.*, 37.
- Freyermuth, G. (2003). *Las Mujeres de Humo. Morir en Chenalhó. Género, Etnia y Generación, Factores Constitutivos del Riesgo Durante la Maternidad*. Ciudad de México: Porrúa.
- García-Chong, N.; Salvatierra, B.; Trujillo, L. y Zúñiga, M. (2010). Mortalidad infantil, pobreza y marginación en indígenas de Los Altos de Chiapas, México. *Ra Ximbi*, 6(1).
- Geertz, C. (2000). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giddens, A. (1993). *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gigengack, R. (2006). *Young, damned and banda. The world of young street people in Mexico City, 1990-1997*. Amsterdam: Universidad de Amsterdam.
- Giglia, A. (2014). Trabajo precario y redes de solidaridad. El caso de los gasolineros en la ciudad de México. En Giglia, A. y Miranda (Coords.). *Precariedad urbana y lazos sociales Una mirada comparativa entre México e Italia*. México: Universidad Autónoma Metropolitana y Juan Pablos Editor.
- Goffman, E. (2005). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guise, A.; Hellenen, S. & Újhadbor, R. (2023). Stigma and discrimination and its homeless and health system contexts in south London: an ethnographic case study. *Lancet* (402), Suppl 1:S11.
- Hernández-Rosete, D. (1998). Pobreza urbana y violencia doméstica en hogares de la Ciudad de México. *Acta sociológica* (22), 25-44.
- Hernández-Bringas, H. y Narro-Robles, J. (2019). Mortalidad infantil en México: logros y desafíos. *Papeles de Población*, 25(101).
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2020). Censo de Población y vivienda 2020, Ciudad de México. <https://www.inegi.org.mx/default.html>
- Kelle, U. (2005). ¿Hacer emerger o forzar los datos empíricos? Un problema crucial de la teoría fundamentada reconsiderada, *Qualitative Social Research*, 6 (2).
- Lewis, O. (2012). *Una muerte en la familia Sánchez*, Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Lindón, A. (2003). La precariedad laboral como experiencia. *Revista Gaceta Laboral*, 9(3), 333-352.

- Liu, L.; Oza, S.; Hogan, D.; Chu, Y.; Perin, J.; Zhu, J.; Lawn, J.; Cousens, S.; Mathers, C. & Black, R. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 388, 3027-3055.
- Longhi, F. y del Castillo, A. (2017). Mortalidad infantil por desnutrición y condiciones de pobreza en Tucumán (Argentina): magnitudes, manifestaciones espaciales y acciones familiares en los primeros años del siglo XXI. *Papeles de Geografía* (63).
- Makowski, S. (2010). *Jóvenes que viven en la calle*, Ciudad de México: Siglo XXI.
- Matta, J. (2010). Cuerpo, sufrimiento y cultura; un análisis del concepto de “técnicas corporales” para el estudio del intercambio lástima- limosna como hecho social total. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2(2), 27-36.
- Muñoz-Hernández, O.; Chertorivski-Woldenberg, S.; Cortés-Gallo, G. y Pérez-Cuevas, R. (2012). The Medical Insurance for a New Generation: a viable answer for the health needs of Mexican children. *Salud Pública Mex*, 54(Suplemento 1).
- Portes, A. (1995). La economía informal en América Latina: definición, dimensión y políticas. En Portes, A. *En torno a la informalidad: ensayos sobre teoría y medición de la economía no regulada*. México. FLACSO.
- Richardson, V.; Sánchez-Uribe, E.; Estevez-Jaramillo, A. y Suárez-Idueta, L. (2014). Contribution of Mexico's Universal Immunization Program to the Fourth Millennium Development Goal. *Panam Salud Pública*, 35(4), 248-255.
- Scheper-Hugues, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2018). *Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional*. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2018. SEDESOL. Ciudad de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/288982/Ciudad_de_M_xico.pdf
- Secretaría de Salud. (2018). En la Ciudad de México se garantiza el acceso gratuito a los servicios médicos para sus habitantes. Gobierno de la Ciudad de México. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/en-la-ciudad-de-mexico-se-garantiza-el-acceso-gratuito-los-servicios-medicos-para-sus-habitantes>
- Sawyer, D. y Beltrao, K. (1991). “Healthy households” and child survival in Brazil. [Ponencia] *Demographic and Health Surveys World Conference* Washington. 5-7 agosto. Washington. DC.
- Thaddeus, S. y Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Med*, 1994; 38(8): 1091-1110., 38(8), 1091-1110.
- Thompson, J. P. (2000). *Ideología y cultura moderna*. Ciudad de México.

- Vasilachis de Gialdino, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Véras de Oliveira, R.; Henrique, M.; Gutiérrez, G.; Delfino, A.; dos Santos, W.; Gomes, R. & Rombaldi, M. (2023). La informalidad en latino américa desde varias perspectivas. En Véras de Oliveira, R.; Varela, P. y Calderon (Eds.). *Informalidad en América Latina: ¿un debate actual?* Departamento de Sociología I Universidad de Alicante.
- Weber, M. (2012). *Ensayos sobre el método sociológico*, Buenos Aires: Amorrortu.