

SER VIEJO EN UNA METRÓPOLI SEGREGADA: ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Claudia Zamorano,* Martha de Alba,
Guénola Capron,*** Salomón González******

Resumen: Los autores presentan resultados de una investigación sobre la relación entre el envejecimiento y la vida urbana, tomando la segregación socio-espacial como el eje de análisis: ¿Cómo inciden las formas de segregación de esta metrópoli sobre las condiciones de vida de las personas de la tercera edad? ¿En qué situaciones la segregación es sinónimo de injusticia espacial? Para ello consideran las distintas dimensiones de la segregación, las vivencias y las prácticas de adultos mayores de la ciudad de México, pertenecientes a diferentes grupos socioeconómicos y en diferentes zonas de residencia. Este trabajo pone en evidencia las formas y las posibilidades de acceso a los espacios de la ciudad que encuentra esta población que enfrenta los problemas derivados de su edad con recursos físicos, sociales y materiales bastante diversos.

Palabras clave: adultos mayores, segregación socio-espacial, acceso a la ciudad, Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

Abstract: The authors present the results of research on the relationship between growing old and urban life, focusing on socio-spatial segregation as the core of the analysis: How do this city's forms of segregation affect the living conditions of senior citizens? When is segregation a synonym of spatial injustice? To this end the different dimensions of segregation are considered, as well as the experiences and practices of senior citizens belonging to different socio-economic groups and living in different areas of Mexico City. This paper exposes the forms and possibilities of access to city spaces encountered by this group, which faces the problems inherent to age with a variety of physical, social and material resources.

Keywords: Senior citizens, socio-spatial segregation, access to the city, Mexico City's metropolitan area

INTRODUCCIÓN

En la aurora del siglo XXI la ciudad de México es todavía una metrópoli joven, y esa juventud

le da vitalidad. Sin embargo, nadie puede negar que el proceso de transición demográfica está bastante avanzado: mientras entre 2000 y 2005 la población de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM)¹ se mantuvo en alrededor de 18 millones, aquélla

* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). ** Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. *** Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco. **** Universidad Autónoma Metropolitana-Cuajimalpa.

¹ La ZMCM se extiende en el territorio de las 16 delegaciones del Distrito Federal y 58 municipios del Estado de México.

que tenía más de 65 años pasó de 820000 personas a 955000, representando respectivamente 4.6 y 5.3 por ciento (INEGI, 2000 y 2005). Ante un evidente estancamiento de población, podemos decir que la metrópoli de la ciudad de México ya no crece, ahora más bien envejece.

Esta transición demográfica requerirá del diseño de estrategias para atender las necesidades de una población adulta mayor² en crecimiento: ¿quién se encargará de proveer las pensiones? ¿Alcanzarán los recursos para ellas? ¿Cómo se hará frente a enfermedades como el Alzheimer, la osteoporosis, la diabetes, etc.? Hasta ahora, son sobre todo las cuestiones de ayuda social y atención médica las que han preocupado a las autoridades públicas. Sin embargo, la calidad de vida urbana de los ancianos, su accesibilidad a los servicios, sus redes sociales y su día a día en la ciudad, son temas muy poco atendidos.

Es por ello que parece pertinente abordar la relación entre envejecimiento poblacional y ciudad, tomando la problemática de la segregación so-

cio-espacial como eje de análisis: ¿qué incidencias pueden tener las formas contemporáneas de segregación urbana en una gran metrópoli como la ciudad de México sobre las condiciones de vida cotidiana de los ancianos? ¿En qué situaciones estas condiciones de segregación son un sinónimo de injusticia espacial? El objetivo de nuestro trabajo es responder a estas preguntas a partir del análisis de vivencias y prácticas de adultos mayores pertenecientes a diferentes grupos socio-económicos y distintas zonas de residencia de esta metrópoli.

Mediante el concepto de segregación socio-espacial pondremos énfasis en la desigual repartición de la población adulta mayor en la metrópoli, así como de los recursos a los que tienen acceso. Por otro lado, entendemos la vulnerabilidad, no como una característica intrínseca de un grupo de población, sino como una situación producida en un proceso de acumulación de desventajas físicas, psicológicas, económicas o culturales (Saravi, 2009). En este sentido, los adultos mayores van perdiendo —según su propia historia de vida— salud, capacidad de socialización, movilidad o trabajo, lo que los hace más vulnerables que otros grupos de población. Estas conceptualizaciones nos permitirán relacionar la segregación con los grados de vulnerabilidad de los ancianos en función de sus niveles socioeconómicos, redes sociales y familiares, situación de salud, prácticas y representaciones de la ciudad.

Este artículo se desarrolla de la siguiente manera: en un primer término explicitamos lo que entendemos por

² Usamos los términos ancianos, adultos mayores y personas de la tercera edad como sinónimos, en el entendido de que hacen referencia a personas en etapa de vejez. La vejez es considerada como “un constructo social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, por ejemplo, en cuanto a la participación en actividades económicas y sociales, según el género y las normas socioculturales. (...) Como un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos” (Salgado y Wong, 2007).

segregación y la metodología empleada en nuestro estudio. A continuación examinamos las relaciones entre las diferentes dimensiones de la segregación urbana y las experiencias de los adultos mayores, a partir de cuatro prácticas cotidianas que obligan a una relación con la ciudad: el disfrute de los beneficios sociales para la vejez, el cuidado de la salud, el abasto cotidiano y el establecimiento de una vida social.

Estos apartados nos permitirán resaltar la atención que merecen los usos de la ciudad y la consideración de las diferentes escalas de la segregación socio-espacial que a continuación explicaremos, para la comprensión de los modos y posibilidades de acceso a la ciudad de una categoría de la población que, si bien comparte los problemas y vulnerabilidades ligados a su edad, los enfrenta con recursos físicos, sociales y materiales bastante diversos.

ALGUNAS PALABRAS SOBRE LA SEGREGACIÓN SOCIO-ESPACIAL URBANA Y SU PERTINENCIA PARA EL ESTUDIO DE LOS ADULTOS MAYORES

Grafmeyer (1996) nos permite distinguir tres maneras de explicar la segregación urbana. La primera se refiere al sentido estadístico de la segregación, entendiéndolo como la desigual repartición de los grupos sociales en el espacio; la segunda observa la diferencia en el acceso a servicios y bienes colectivos ofrecidos por la ciudad, y la tercera atañe un acto deliberado de separar, aislar, “segregar” a un grupo social.

Estos tres modos de segregación implican en sí tres hipótesis diferentes

que están, como indica Grafmeyer, asociadas a juicios de valor. Por ejemplo, para el primer modo segregativo la mezcla imperfecta de los grupos sociales implica una deseada equi-repartición socio-espacial. Para la segunda supone que la igualdad de oportunidades es un valor esperado ante el acceso desigual de servicios urbanos. Finalmente, en la tercera subyace una aspiración por la integración e inserción de todos los grupos sociales en el seno de la ciudad. Si bien estos tres modos no se condicionan entre sí necesariamente, pareciera que se embonan de manera secuencial: de la *diferencia* a la *jerarquía*, para llegar a la *fractura* socio-espacial.

Los estudios sobre la segregación, especialmente la del espacio residencial, tienen una larga tradición gracias a la cual han desarrollado un arsenal de técnicas basadas esencialmente en la diferenciación espacial. Sin embargo, se ha soslayado la importancia de las desiguales competencias de movilidad de los individuos y la desigual accesibilidad a los lugares de residencia, trabajo, ocio, etc. Por ello, especialmente para entender los modos acceso a la ciudad de los adultos mayores, es importante mencionar que los diferentes modos de segregación se ven matizados o exacerbados por los diferentes tipos de gestión de la distancia, es decir, por la movilidad, la accesibilidad y la resistencia.

Asimismo, en nuestro trabajo ponemos particular atención a los aportes de enfoques menos cuantitativos que han abordado la segregación como procesos socio-históricos con múltiples

determinantes. Nos interesa especialmente retomar aquellos enfoques que contemplan los procesos inducidos por el Estado, los transformados por la especulación inmobiliaria y los vividos por los ciudadanos. Esbozemos sus propuestas :

1) Para Brun, las políticas públicas juegan un papel de amplificador o de atenuador en la asignación territorial de grupos poblacionales, que los individuos no siempre perciben. Podemos hablar de segregación cuando existe una intención de discriminación hacia un grupo social que se agrega a una situación de fuertes separaciones sociales en el espacio (Brun, 1994). Es en estos casos cuando la segregación se asemeja más a la injusticia espacial (Lehman-Frisch 2009).

2) Los trabajos que han tratado el tema en América Latina privilegian la dimensión socio-económica, verificando fuertes contrastes en una misma ciudad; e incluso el paso de una segregación socio-económica entre grandes áreas de la ciudad, a una fragmentación entre vecinos cercanos (Rodríguez 2001; Rodríguez y Arriagada 2004). En efecto, se han observado “nuevas” escalas de la segregación que muestran los cambios del tejido socio-espacial de las grandes ciudades latinoamericanas la presión inmobiliaria (la *gentrificación* y el desarrollo de condominios cerrados en zonas populares) y el aumento de la delincuencia y la violencia urbana (Sabatini, Caceres *et al.* 2001; Dureau 2004). Observando estos procesos, el término de “microsegregación” es usado para describir la coexistencia de grupos socialmente polarizados en es-

pacios de pequeña superficie con índices de segregación más elevados.

3) Finalmente, otros autores han insistido en el hecho de que sólo se puede hablar de segregación cuando ésta es sentida y vivida por los grupos que la sufren o que la fomentan (en este sentido también se habla de auto-segregación). Grafmeyer (*op. cit.*) hace hincapié en la necesidad de confrontar las prácticas y los usos de la ciudad con construcciones más subjetivas, vividas, con las representaciones que tienen los propios habitantes de las distancias y proximidades sociales, de los ajustes y evitaciones. Esta pista sirve en la medida que vuelve a colocar al habitante en el centro no sólo como residente sino también como ciudadano, que toma posiciones en función de su experiencia urbana.

En el caso particular de la ZMCM, González (2011) —quien forma parte del equipo que redacta el presente trabajo— comprobó que la ciudad de México es una metrópoli segregada, en los distintos sentidos en que el concepto ha sido presentado en los párrafos anteriores. Sobre el fondo de esa investigación (que no reproduciremos aquí por cuestiones de espacio) explicitaremos algunos aspectos teóricos y metodológicos para entender cómo los adultos mayores llevan su vida en una metrópoli donde la edad es un factor importante de segregación en al menos dos sentidos: la existencia de una alta concentración de ancianos en zonas centrales (Capron y González, 2010) y, como veremos más adelante, las importantes diferencias entre las políticas públicas y los servicios que

ofrecen a sus adultos mayores las dos entidades que comprenden la ZMCM.

LOS ESPACIOS Y TÉCNICAS DE OBSERVACIÓN

Este artículo forma parte de un proyecto más amplio, intitulado “Memoria, Representaciones Sociales y Prácticas Urbanas de los Adultos Mayores en la Ciudad de México”³, en el cual estamos realizando cien entrevistas a profundidad con adultos mayores de 60 años⁴ y residentes en diez colonias de la ZMCM. Las colonias fueron seleccionadas en función de tres criterios: su alto grado de densidad de adultos mayores (según INEGI); su ubicación en relación a las etapas de crecimiento de la zona metropolitana desde el centro hacia la periferia (Negrete *et al.*, 1993), y por sus niveles de marginación, entendidos según el índice de Consejo Nacional de Población (Conapo) y datos del INEGI (2000).

En este artículo analizamos sólo las 46 entrevistas que habíamos realizado cuando iniciamos su redacción.⁵ Éstas

³ Proyecto de investigación financiado por Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CB-2006-2011), en el que participan los autores de este artículo.

⁴ Consideramos adulto mayor a la persona con 60 años o más, distinguiéndonos de otras fuentes que consideran 65 años (Conapo) o 70 (algunos programas de gobierno). Esta elección fue impulsada tanto por el deseo de comprender las etapas de transición hacia la vejez como por la conciencia de que la vejez es una construcción social y que cada grupo socio-cultural la alcanza a diferentes edades biológicas.

⁵ Las entrevistas fueron realizadas en los hogares de los ancianos, su duración promedio fue de 2 horas y fueron grabadas y transcritas integralmente. El guión de entrevista aborda

cubrían cinco colonias, tres ubicadas en el Distrito Federal (D.F.) y dos en el Estado de México (E.M.). Además de los tres criterios descritos arriba, estas colonias se distinguen entre sí por su edad y por el proceso de urbanización con que fueron erigidas (planificación, autoconstrucción, pueblo tradicional en proceso de metropolización).

a) La colonia Michoacana es un conjunto habitacional de arquitectura moderna construido en los años treinta. Está ubicada en el nororiente de Centro Histórico, en la delegación Venustiano Carranza y abriga actualmente a una clase media baja. b) Tepito, barrio antiguo y popular extremadamente denso, se ubica al norte del Centro Histórico de la ciudad de México. Entre muchos mitos y realidades, el barrio es conocido por una identidad arraigada y rebelde, por su comercio y por sus vecindades densamente habitadas y estructuralmente deterioradas. c) Los Reyes es un antiguo pueblo prehispánico y popular, que se ubica en la delegación Coyoacán, al sur del D.F. Fue integrado a la trama urbana de la gran metrópoli en los años cincuenta, y el perfil de su población actualmente se está transformando por la construcción de nuevos condominios cerrados tendientes a alojar hogares de clase media alta. d) Ciudad Satélite, nuestra primera zona de estudio del E.M. Es un fraccionamiento para la clase media alta, planificado en

las experiencias, prácticas y representaciones de la ciudad de México durante de las diferentes etapas de la vida de las personas entrevistadas, desde la infancia hasta el momento del estudio.

1950 bajo un modelo de suburbio estadounidense en el municipio de Naucalpan. En sus orígenes estaba muy aislado de la ciudad, pero actualmente ya ha sido absorbido por ella. Sin embargo, su dependencia al automóvil individual se mantiene vigente. e) La Cañada es un fraccionamiento de invasión ubicado en el municipio de Ixtapaluca, en el E.M., al este de la zona metropolitana. Fue levantado a principios de los años noventa tras la invasión, lotificación y venta de sus terrenos por una lideresa que aún tiene gran injerencia en la zona. En situación todavía irregular, es la colonia más pobre de nuestra muestra, con viviendas precarias, sin servicios básicos y con elevados índices de marginación socio-económica (Conapo e INEGI, 2000).

La edad media de los entrevistados era de 74 años; contamos con 21 hombres y 25 mujeres, 30 de ellos presentaban un buen estado de salud; 28 tenían seguro social; 21 no tenían estudios o habían acabado la primaria, 16 terminaron la secundaria o hicieron carreras técnicas y ocho asistieron a la universidad.

La mayoría de los ancianos entrevistados no son completamente independientes económicamente: sus jubilaciones y ahorros, cuando tienen, son bajos y tienden a degradarse con el tiempo. La mayor parte de ellos (38 sobre 46) vive en hogares extensos, que funcionan bajo una lógica de entreayuda familiar, tanto económica como práctica y afectiva. Los que tienen niveles de escolaridad más altos disfrutaban de mejores condiciones de vida durante su vejez (Montes de Oca,

2001): una mejor pensión, un buen seguro social, un ahorro correcto, una casa en propiedad. Además, el buen nivel de vida ligado a los empleos bien remunerados les ha permitido escolarizar a sus hijos, quienes a su vez pueden apoyarlos económicamente.

Con base en este material, en las siguientes páginas analizaremos las experiencias y prácticas en la ciudad de estos adultos mayores. Cruzaremos cuatro actividades básicas para la vida de los viejos en la ciudad con las diversas dimensiones de la segregación socio-espacial que explicamos previamente: *diferencia, jerarquía y fractura*.

LAS PRÁCTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD Y LAS DIMENSIONES DE LA SEGREGACIÓN

¿Qué significa para un anciano vivir en el contexto de una gran metrópoli segregada, donde las desigualdades sociales se traducen en diferentes grados de acceso a recursos urbanos? ¿Cuál es el peso del diseño e instrumentación de las políticas públicas avocadas a la tercera edad? ¿Cómo influye su estado de salud, su situación económica, sus redes sociales y familiares? ¿Qué peso tiene la localización de su residencia y de la accesibilidad de los equipamientos?

Acceder a las políticas sociales en una metrópoli bipolar: entre el D.F. y el E.M.

Las políticas urbanas y sociales deberían estar destinadas a mitigar las diferencias e injusticias socio-espaciales. Sin embargo, como se aplican en forma

desigual en diferentes estados e incluso municipios del país, terminan por constituir un factor importante de segregación espacial, expresada ésta en sus dimensiones de jerarquía y fractura. Esto vale para todos los sectores sociales, pero a nosotros nos toca averiguar ¿cómo los adultos mayores viven tales desigualdades en la ZMCM? Antes de responder a la pregunta, describiremos brevemente los programas destinados a estas personas.

A nivel federal, en México existen esencialmente dos instituciones que administran las políticas públicas destinadas a los ancianos: el Instituto Nacional para el Adulto Mayor (Inapam), por un lado, se encarga de una serie de programas de ayuda en el pago de servicios, actividades recreativas y culturales, atención médica general, descuentos en transporte y despensas. Opera mediante los centros de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) localizados en todos los municipios del país. Por otro lado, la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) inauguró desde 2007 el programa *70 y más*, consistente en un apoyo de \$1000 bimestrales y orientación en materia de salud.⁶

A nivel estatal, el GDF es el único que ha implementado un programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para los Adultos Mayores. De este modo, desde 2001

los capitalinos mayores de 70 años tienen derecho a un subsidio directo de medio salario mínimo vigente en el D.F. (822 pesos mensuales),⁷ así como a facilidades en servicios médicos básicos del gobierno local y descuentos en servicios de agua, electricidad y predial.

Con esto observamos que en la ZMCM se ejerce una política pública territorialmente desigual: los adultos mayores del D.F. se han beneficiado de mejores apoyos durante más tiempo que los ancianos residentes en la otra mitad de la metrópoli. Pero estas diferencias no sólo se reflejan en la cantidad de beneficios y el monto de los apoyos, sino en el hecho de que en el D.F. éstos se han convertido en un derecho legal, mientras en los demás estados *70 y más* es un programa reciente sujeto a partidas presupuestales y voluntarismos políticos: no todos los municipios aplican las políticas del Inapam-DIF, y tanto los montos como los momentos en que se ejercen son discrecionales. Por ejemplo, en enero de 2009 los diputados del E.M. acordaron aplicar 50 por ciento de descuento en el pago de agua y predial para grupos vulnerables (entre ellos adultos mayores); pero únicamente para los meses de enero, febrero y marzo de este año,⁸ meses que antecedían a las elecciones de 2009. En cambio, el GDF mantiene este mismo beneficio desde 2008, aun-

⁶ Evaluación Externa del Programa de Atención a Adultos Mayores de 70 años y más en Zonas Rurales, 2007, www.sedesol.gob.mx. Sólo aplica para adultos mayores considerados por la SEDESOL en situación de alta marginación.

⁷ Para dar una idea de lo que se puede comparar con ese subsidio, considérese que en 2010 un litro de leche costaba alrededor de 15 pesos, un kilo de huevo 22, y el kilo de pollo 70 pesos.

⁸ www.estadodeMéxico.com.mx/portal/noticias – 28 de enero 2009.

que con tasas de descuento de únicamente 30 por ciento.⁹

Las diferencias territoriales se observan también en la gratuidad en los transportes públicos, que aplica únicamente en el Sistema de Transporte Colectivo Metro (de cuyas 11 líneas sólo dos llegan al E.M.) y en la Red de Transporte Urbano (autobuses de la Red de Transporte Público y trolebuses) que opera sólo en el D.F. Recientemente, los concesionarios de microbuses del municipio de Chalco (E.M.) firmaron un acuerdo con las autoridades municipales—independiente al programa Inapam—para descontar 50 por ciento al costo del servicio para adultos mayores de 65 años y residentes en la localidad.¹⁰

Estos son tan sólo dos ejemplos de la desigualdad en la aplicación de programas que inciden directamente en el bienestar de los ancianos de la metrópoli. ¿Cómo operan estas desigualdades en los distintos territorios de la ZMCM que fueron objeto del presente estudio? El caso de La Cañada (E.M.) constituye un ejemplo de las colonias con un índice de marginalidad más alto de la metrópoli (INEGI, 2000), que gozan únicamente de las políticas públicas destinadas a poblaciones marginadas. La representante local, quien dirigió la invasión y vendió los terrenos, está en negociaciones con los gobiernos estatal y municipal para que instalen los servicios básicos (luz, agua, drenaje, pavimentación). Los re-

sidentes de La Cañada tienen que ir a la colonia vecina para beneficiarse de algunos programas gubernamentales de ayuda, como el abasto de leche por medio de Liconsa. Ello representa un esfuerzo importante para los adultos mayores que viven solos, pues hay que bajar un largo trecho por calles resbalosas sin pavimento y volver a subir la pendiente cargando los cuatro litros de leche a que tiene derecho. Además, los ancianos de la colonia se quejan de que no pueden beneficiarse de los programas sociales porque tienen que realizar trámites burocráticos difíciles y trasladarse al centro del municipio. Los transportistas locales no les hacen válido el descuento en transporte y los bajan del microbús si lo exigen o alegan que no pueden pagar el costo total del pasaje. Quienes están inscritos al programa 70 y más se quejan de que al recibir este apoyo están exentos de los beneficios de otros programas sociales, porque los programas son excluyentes entre sí. Las despensas de productos básicos a las que tienen derecho mensualmente por parte del DIF no siempre les son otorgadas, bajo el pretexto de que no han llegado o son insuficientes. Entonces regresan a sus casas con las manos vacías después de haber hecho el gasto en el transporte y el esfuerzo del desplazamiento. Es importante mencionar que la mayoría de los ancianos de La Cañada son analfabetas, lo cual les impide enterarse de los programas a que tienen derecho y les dificulta de sobremanera realizar de los trámites para obtenerlos.

Para los ancianos del D.F. que viven en colonias de alta o media margi-

⁹ Declaraciones del secretario de Finanzas del GDF, *Sol de México*, 25 de octubre de 2008.

¹⁰ *El Universal*, miércoles 25 de marzo de 2009.

nación (según INEGI, 2000), el apoyo del programa para adultos mayores del GDF representa una parte importante de sus ingresos. Por ejemplo, don Félix (Los Reyes) recibe una pensión de \$1700 mensuales como derecho a toda una vida de trabajo. Para él sería imposible mantener los gastos del hogar (compuesto por él y su esposa) si no recibieran ambos el apoyo del programa (\$822 cada uno), y no tuvieran descuentos en el pago de servicios urbanos (predial, electricidad y agua). Por su parte Juana (Tepito-Morelos), Susana y José (Los Reyes) pueden conservar una cierta autonomía económica gracias a estos apoyos.

Como vimos, la desigual distribución de los programas sociales orientados hacia la vejez refuerza la segregación socio-espacial, la cual se refleja en los distintos recursos sociales, las experiencias y las prácticas de los adultos mayores del D.F. y los de los municipios conurbados del E.M.

Atendiendo la salud en un sistema discriminante y fragmentado

La dimensión de segregación por diferencia en el acceso a servicios y bienes colectivos ofrecidos por la ciudad se observa especialmente bien en los servicios de salud. El censo de población del INEGI (2000) muestra que en el D.F. 70 por ciento de los ancianos declaró tener derecho a algún servicio de salud pública. En el E.M. solamente 54 por ciento cuenta con ese beneficio.¹¹ Ad-

vertimos de este modo que el acceso a los equipamientos hospitalarios constituye otro factor que marca la diferencia entre los ancianos del D.F. y del E.M., pero también —como veremos a continuación— entre pobres, clases medias y clases altas. Frente al complejo sistema de hospitales privados y pequeñas clínicas reservadas a estos últimos grupos de población, existe un sistema de salud pública fragmentado y discriminante.

Las principales instituciones públicas son el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A la primera le corresponde atender a los funcionarios públicos, mientras la segunda cubre a los trabajadores de las empresas privadas. A pesar de sus limitaciones, ambas instituciones aseguran una salud integral de sus afiliados, con clínicas de primer contacto, así como hospitales de media y alta especialidad. Una parte de la población (cada vez más grande) que no entra en estas categorías tiene acceso a clínicas de la Secretaría de Salud y al Seguro Popular, instituido en 2000. Además, el gobierno federal y el GDF también tienen un sistema de clínicas y visitas domiciliarias, aun cuando se desconoce el número de pacientes.

La población que no tiene acceso a los servicios de salud pública puede pertenecer a los dos extremos de la escala social: clases medias altas y altas,

¹¹ Con todo, los ancianos de la ZMCM son los mejor atendidos en este aspecto. En estados con

alta marginación como Chiapas, sólo 20 por ciento de la población total cuenta con un sistema de salud público.

que tienen seguros privados y asisten a complejos hospitalarios privados de alta calidad y costo; y la población marginada, que asiste a curanderos, asociaciones caritativas o farmacias Similares. Nuestros entrevistados dan ejemplos de estos extremos.

Nacha (74 años) vive en Ciudad Satélite (E.M.) desde 1971. Proveniente de un medio holgado, hizo estudios pero se mantuvo como ama de casa toda su vida. Moisés (78 años), su marido, era ingeniero de la compañía Luz y Fuerza desde temprana edad hasta su jubilación, que inició bastante joven a los 55 años. Mientras Nacha se mantiene con buena salud, salvo una osteoporosis muy controlada, Moisés tuvo un accidente cardiovascular que lo hizo dependiente de la medicina para el resto de su vida. Ambos se atienden en el hospital Los Ángeles de la colonia Roma. Como muchas personas de esa colonia, difícilmente irían a los hospitales públicos, de los que son derechohabientes gracias a su pensión. Ellos prefieren pagar caro un servicio privado que les parece de mejor calidad, y donde una sola consulta en un complejo de ese tipo puede costar alrededor de mil pesos (un mes del salario mínimo), mientras el precio de un seguro médico por gastos mayores para las personas de la tercera edad puede rebasar 20 mil pesos anuales.

En el otro extremo está Rosa, de 84 años y que vive en La Cañada (E.M.) desde 1996. Se dedicó al trabajo doméstico y otros empleos precarios casi toda su vida y nunca accedió a una jubilación. El hospital público más cercano está en la carretera que lleva al

centro de Ixtapaluca, donde el servicio es tardado (hay que llegar a las 6 am para solicitar una ficha y esperar hasta las 2 o 3 de la tarde para obtenerla) y tiene un precio aproximado de 70 pesos. La señora Rosa prefiere ir a las farmacias de productos similares, en el centro mismo de Ixtapaluca, donde no tiene que esperar demasiado, paga una consulta general de 20 pesos y compra medicamentos más baratos pero cuya calidad está constantemente puesta en duda.¹² Si Juana, de 78 años, que vive en la colonia Centro del D.F., no tiene una situación económica más confortable que Rosa, sí tiene dos ventajas que le permiten enfrentar mejor la enfermedad: una red familiar que la acompaña y la cuida, y centros de salud del GDF muy cercanos.

Nuestra muestra comprende también personas que asisten al IMSS o al ISSSTE. Se trata principalmente de aquellos que viven en los Reyes Coyoacán o en la colonia Michoacana. Por su pasado profesional, la mayoría de estos ancianos tenían acceso a alguna institución de salud pública y hacían uso de ella, sobre todo para atender enfermedades mayores y hacer chequeos de rutina. Es el caso del señor Félix, de la colonia Los Reyes Coyoacán, quien

¹² “Víctor González Torres defiende la calidad de medicamentos similares”, *La Jornada*, 30/5/2002, en línea [<http://www.jornada.unam.mx/2002/05/30/049n2soc.php?origen=soc-jus.html>], consultado 24/11/2011. “Farmacias similares son de ricos y pobres”, *El Siglo de Torreón*, 24/11/2011, en línea [<http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/328893.farmacias-similares-son-de-ricos-y-pobres.html>], consultado 24/11/2011.

tiene derecho a los servicios del IMSS. Para él las distancias y dificultades de acceso no se asemejan en nada a las que experimenta Rosa en La Cañada: atiende las enfermedades importantes en la Clínica 8 (San Jerónimo), a donde va en transporte público o lo lleva algún hijo; y las consultas generales en la clínica 19 de Coyoacán, a la que puede ir en pesero o caminando. Otras personas de la colonia Michoacana tienen un patrón parecido: pueden asistir a médicos privados en las inmediaciones de la colonia sólo cuando se trata de una enfermedad menor. Si no hay otra opción, asisten al Centro de Salud cercano. Pero para problemas de salud mayores asisten sólo a alguno de los dos grandes sistemas hospitalarios públicos. Un juego de representación parece primar entre ellos: al haber crecido durante el llamado “milagro mexicano” formando parte de alguna de las corporaciones más importantes del país, estas personas se oponen a gastar sus ingresos en la salud. El Estado es quien tiene procurarles el servicio.

A pesar de que los datos estadísticos muestran que las condiciones de salud de los adultos mayores en la ZMCM no son tan dramáticas como en el resto del país, los datos cualitativos nos permiten dar razón al equipo de Levielle, quien estima que la división del sistema de salud mexicano se tradujo, en la práctica, “en un sistema desigual y discriminatorio en el acceso y atención de la salud. Para los beneficiarios de la seguridad social [...] existe entonces una atención integral a la salud, mientras que para la población restante, especialmente aquella en

condiciones de pobreza y marginación, los servicios difícilmente pueden llegar al primer nivel de atención” (Levielle, 2004: 12).

Si esto afecta un poco menos a los adultos mayores que a los otros grupos de población, consideremos otra cara de la inequidad que afectan más directamente a los ancianos: la accesibilidad física a clínicas y hospitales. Como vimos, la proximidad no es la característica que prima en ningún grupo socioeconómico: Nacha y Clara Elena —de Ciudad Satélite— no asistirían a alguno de los hospitales cercanos a su colonia, que son numerosos pero ellas consideran poco confiables y “para trabajadores”. Ambas cuentan con el apoyo constante de sus hijos, quienes tienen auto y las desplazan fácilmente. A Lucrecia, 65 años, de la colonia Michoacana, tampoco le gusta ir al Centro de Salud cercano a su colonia. Cuando no la acompaña su esposo que tiene auto, se desplaza en transporte público al Centro Médico del IMSS. Finalmente, para los ancianos residentes en La Cañada acceder al hospital público más cercano implica un esfuerzo importante, incluso para una persona más joven, transitar por las laderas, las calles sin pavimentar y los deficientes servicios de transporte público. La creatividad no falta, aunque muestra los grados de precariedad que se puede vivir en estos espacios: la señora Judith ya no puede caminar, por lo que es transportada en una bicicleta convertida en triciclo por sus familiares al Centro de Salud de San Buenaventura, ubicado a unos cuantos kilómetros de La Cañada.

Los adultos mayores sufren de un servicio de salud fragmentado, jerarquizado y excluyente, como una buena parte de los mexicanos. Aunque en la ZMCM tienen más posibilidades de acceder a un seguro de salud pública que en el resto del país, para ellos el problema se agudiza: la capacidad adquisitiva tiende a disminuir (tanto para las personas que obtuvieron una jubilación y, con más razón, para aquellos que terminaron su vida activa sin alcanzar este derecho). Los desplazamientos a un servicio de salud —que tienen que ser más frecuentes— se vuelven más complicados y los hacen dependientes de otros.

No hay misterio: los que tienen menos recursos sociales y económicos enfrentan más dificultades. Pero esta obviedad se relativiza por dos cuestiones: por un lado, la cercanía a alguno de los centros de esta gran metrópoli que les da acceso a un servicio de relativa calidad sin mucho esfuerzo físico ni económico; por otro lado, las políticas sociales en el lugar de residencia, sea en el E.M. o en el D.F., que los pone en niveles de accesibilidad muy diferentes.

Abasteciendo la despensa: entre proximidad, equipamiento, movilidad, redes sociales

El tema de la segregación espacial no sólo atañe a la oferta de servicios en una ciudad, sino también la accesibilidad física. Este punto se revela claramente en la práctica del abasto cotidiano, donde más allá de las limitaciones económicas, se juega una compleja ecuación entre la proximidad de

los comercios y su equipamiento especial para personas mayores; la capacidad de movilidad física de cada anciano y, muy especialmente, la extensión y composición de sus redes sociales —formadas por amigos, acompañantes, vecinos y familiares— que constituyen una ayuda para el uso y apropiación de la ciudad y, por lo tanto, en la elevación del nivel de vida de los ancianos.

¿Cómo resuelven los adultos mayores los problemas de consumo? ¿Qué papel juegan sus redes sociales? ¿Cómo influyen la edad y el estado de salud en su capacidad de movilidad? ¿Qué papel pueden jugar los recursos urbanos al alcance (infraestructura y equipamiento adecuados)?

Para los adultos mayores, los otros (familiares, amigos, vecinos, acompañantes) juegan un papel muy importante para el acceso a los servicios de salud, como lo vimos en el apartado anterior. Estas redes ganan importancia en el abasto cotidiano, actividad que tiende a ser más regular que las visitas al médico. Una primera anotación es que la edad y el estado de salud, que determinan el nivel de autonomía, juega un papel central: entre nuestros entrevistados, las personas mayores de 75 años tenían una movilidad bastante limitada y solían depender de sus hijos o/y de sus vecinos para cubrir sus necesidades cotidianas. Así se constituyen unas redes de apoyo complejas donde algunos jóvenes hacen mandados menores a cambio de unos pesos, los hijos ayudan a realizar compras mayores o concretar trámites administrativos; otros vecinos compran los medicamentos. Además, el adulto

mayor se apoya de un complejo comercio a domicilio informal como venta de pan, tortillas, agua purificada, etc. Más cómodo, pero más caro.

Está el caso de Laura Romero, de la colonia Michoacana. Con 88 años, es pensionada del IMSS. Sus tres hijos, que viven en provincia y ejercen el comercio, van casi cada mes a la ciudad de México para comprar mercancía para su negocio y visitar a su madre por unos días. Pero quien se encarga de su cotidianidad es una inquilina a quien le renta unos cuartos en el traspatio de su casa desde hace 45 años. Aquí, la relación inquilina-propietaria se confunde con una relación de parentesco: a cambio de mantener una renta barata, ella hace las compras, le prepara de comer y hasta le limpia la casa. Como Laura misma lo dice, son como madre e hija.

Un caso contrario es el de Rosa (84 años, La Cañada), cuya historia narramos en apartados anteriores. Sus condiciones de segregación no sólo corresponden a la falta de servicios y a la lejanía e incomunicabilidad de la colonia, sino también a la carencia de redes familiares y sociales de apoyo. Rosa es viuda, no tuvo hijos, y comparte el terreno con su hijastro, quien ejerce el oficio de albañil y difícilmente puede atenderla. El único hermano que le queda, vive en el otro extremo de la zona metropolitana, por lo que hace años que no lo ve. Un par de vecinas, conscientes de su soledad y fragilidad, la visitan de vez en cuando para hacerle compañía. En estas escasas relaciones se agota su sociabilidad. Rosa debe valerse por sí misma para

satisfacer necesidades básicas de abasto cotidiano o bien, solicitar ayuda para trámites más complicados. A ello se agrega el hecho de que La Cañada no cuenta con comercios suficientes para el abasto doméstico, hay pocas tiendas que ofrecen productos perecederos, en los recorridos de campo no encontramos ninguna farmacia.

Pero al margen de la edad, el estado de salud juega un importante papel sobre su autonomía. Como el caso de Josefina (colonia Michoacana), quien a sus 72 años está casi ciega y depende de sus hijos para abastecerse. El mercado más cercano está a un kilómetro de distancia, en un terreno liso que antes recorría a pie y con gusto. Para ir ahora tiene que ajustarse a los horarios de su hijo, con quien comparte su casa (50 años, soltero y dentista). Ahí compra semanalmente frutas, verduras y otros productos perecederos. Las otras compras, que antes efectuaba en una tienda del ISSSTE que estaba en la colonia, ahora las tiene que hacer en supermercados; no tan cercanos, pero que lograron debilitar y hacer desaparecer el comercio de proximidad, como la tienda del ISSSTE a la que antes iba. Son sus hijas quienes la llevan —en automóvil o en taxi— aprovechando la ocasión para desayunar con ella en un VIP's, donde Josefina, por contar con la credencial del Inapam, obtiene un descuento de 5%.

Esta situación de dependencia contrasta con la de Félix (74 años, Los Reyes, Coyoacán), quien para controlar los efectos de la diabetes hace un esfuerzo por mantenerse activo: todos los domingos va con su esposa a La Mer-

ced, donde compra frutas y verduras. Van en metro y regresan en microbús lo más cercano posible, para terminar el trayecto con las bolsas de mandado en taxi hasta la casa, de forma que no les salga tan caro. Prefieren ir a La Merced porque consideran que es más barato que en la colonia, donde también hay un par de mercados fijos y sobre ruedas. Otro tipo de productos domésticos los compran en Aurrerá de la avenida Aztecas, a donde llegan caminando en 10 minutos. Pagan con la tarjeta del Gobierno del Distrito Federal que tienen él y su esposa.

Para estos ancianos, que constituyen un grupo de población móvil y autónoma, su ubicación espacial representa un recurso para abastecerse en proximidad. Pero muchas veces la cercanía sirve poco si no se cuenta con equipamientos e infraestructura adecuada para las personas de la tercera edad, como muestra el caso de Lucrecia (65 años, colonia Michoacana). Cuenta con dos grandes mercados cercanos, pero los cambios que ha sufrido su colonia en materia de vialidad parecen limitar la movilidad de los viejos: en los años ochenta se construyeron tres vías de alta velocidad (ejes viales) que convirtieron a la colonia en un islote incomunicado. Lo que más le afecta es un eje que está entre la colonia y el mercado principal, avenida de cuatro carriles, sin semáforo y sólo con un puente peatonal alto e inseguro. Ir al mercado, que está a sólo 400 metros de su casa, significa un esfuerzo y un riesgo para esta señora, que sin embargo, se considera joven y su problema de salud se limita a la artritis.

El aislamiento por la falta de equipamiento e infraestructura adecuada puede tener un impacto similar en personas con mayor poder adquisitivo, como es el caso de Nacha. Su colonia, Ciudad Satélite, fue concebida como un gran suburbio modelo estadounidense con casas unifamiliares, donde el principal medio de desplazamiento es el automóvil. Cuenta con un sistema de circulación diseñado para evitar semáforos (sistema Herrey) y se accede a él mediante vías rápidas, a menudo congestionadas por la gran cantidad de autos que circulan en la zona. Con sus 74 años, Nacha está sana, pero nunca ha conducido un automóvil, lo que significa un problema en esa colonia-gueto, si no lejana, sí aislada de los grandes comercios de la zona. Antes de su accidente cardiovascular, era su marido quien la llevaba a todos lados. Ahora sus dos hijos solteros, quienes aún viven con ellos, la acompañan al supermercado una vez por semana.

Las dificultades que enfrentan los adultos mayores para resolver su abasto cotidiano son producto de una fórmula compleja, en la cual edad y situación de salud juegan como primeros factores para determinar sus niveles de autonomía. Más edad y/o menos salud conducen a una mayor dependencia de familiares y redes sociales. Ciertamente, las capacidades financieras pueden ayudar un poco, pero pesa más la ayuda de los otros para mejorar sus niveles de vida. Si el grado de centralidad de sus colonias y los comercios que existen en su entorno pueden constituir recursos urbanos para disminuir su grado de aislamiento y

dependencia, muchas veces no bastan, pues el diseño de los servicios de transporte o el equipamiento urbano para acceder a los centros de abasto olvidan frecuentemente a personas con movilidad reducida, especialmente a los adultos mayores.

Confinarse en el barrio ¿desventaja o recurso social?

Hemos visto que el aislamiento o la concentración de un grupo social en el espacio constituye una de las dimensiones de la segregación socio-espacial: la de la diferencia. Esto afecta particularmente a los adultos mayores, pues con el paso de los años, el barrio de residencia deviene su medio de socialización más importante (Molina, 2004; Membrado, 2010). Si bien nuestros datos confirman la idea, parece necesario preguntarse: ¿Existen diferencias? ¿Cuáles son los factores que las hacen aparecer? ¿Qué matices se revelan al analizar las historias entrecruzadas entre individuo y barrio? ¿Cuál es el impacto que generan los cambios recientes en los procesos urbanos de la gran metrópoli? A esos cuestionamientos se avocará este último apartado.

Si bien es cierto que con la edad los individuos presentan menos movilidad, el hecho de contar con recursos económicos, salud y vitalidad se traduce en una relativa autonomía y movilidad fuera de la colonia. Es el caso de Ernesto, residente de Ciudad Satélite y que a sus 71 años continúa trabajando como agente inmobiliario, maneja su propio auto, hace deporte en un club privado donde tiene varios amigos e

incluso, cuando el tráfico se lo permite, va a algún bar de la ciudad de México a tomar una copa con ellos. Otras personas, con menos recursos pero igual vitalidad, se desplazan hacia los centros de apoyo para los adultos mayores impulsados por los gobiernos locales y federal, así como por algunas instituciones de salud pública (IMSS e ISSSTE). En estos espacios se realizan actividades de esparcimiento, deporte, educación; así como talleres de orientación para la salud y los derechos sociales y jurídicos de los ancianos. El hecho mismo de implementar estos programas representa un avance en sociedades occidentales donde la vejez es poco valorada. Algunos de nuestros entrevistados se sentían orgullosos por haber concluido los estudios de primaria y secundaria en las instalaciones del DIF, por ejemplo. Otros organizan sus días en función de las diversas actividades que ofrecen estos centros. Sin embargo, hay que reconocer que estos espacios no siempre son accesibles ni tienen un funcionamiento óptimo. En muchas colonias de la metrópoli, ni siquiera existen o están muy alejados.

Así, con menos vitalidad, salud y/o dinero, pero también con menos accesibilidad a infraestructura para actividades sociales, es cierto que los ancianos van confinando su vida a su zona de residencia. Sin embargo, muchos viven esto más como un recurso que como una desventaja. Además, estas experiencias pueden ser muy distintas según las características de estas zonas y el tiempo de residencia en ellas.

En Los Reyes Coyoacán la iglesia es el nodo que tradicionalmente agru-

pa a los residentes; especialmente a los adultos mayores, quienes participan en muchas de sus actividades. Félix (74 años), como voluntario laico, organiza eventos, hace trabajos de herrería o albañilería, ayuda a conseguir material para las fiestas, etc. Eso le otorga un papel importante en la comunidad, donde es reconocido y apreciado. Además, organiza eventos altruistas, como ir cada año a regalar ropa usada a El Oro, un pueblo ubicado en el E.M. cuya población, en reconocimiento, les regala musgo y material para el nacimiento de la iglesia. La vida social de Susana (88 años) también está muy enfocada en la iglesia de Los Reyes, pues se reúne prácticamente todas las tardes con el grupo de adultos mayores para leer la Biblia. Éste se ha convertido en un grupo de amigos-vecinos muy unido: festejan los cumpleaños de los miembros y se visitan en sus casas, además de verse en la iglesia. En el tradicional barrio de Tepito, las iglesias tienen la misma centralidad, y los ancianos el mismo reconocimiento e integración; pero no es el caso de Juana, quien llegó a los 60 años al barrio gracias a la promoción de vivienda social de después del sismo de 1985, pero nunca pudo hacer amistades sólidas. Así, con sus 78 años, ha confinado su vida a sus hijos y a su casa.

La concentración espacial de las personas de edad contribuye al mantenimiento de redes sociales entre pares, y vivir durante la mayor parte de su vida en el lugar densifica y consolida las redes. Lo mismo se observa cuando los ancianos comparten la experiencia de haber sido pioneros en su colonia,

como en el caso de la Michoacana y Ciudad Satélite. Sin embargo, el hecho de que estas colonias sean resultado de un proyecto urbanístico planeado para clases medias, confiere a la sociabilidad de los ancianos un matiz diferente, más centrado en actividades cívicas y lúdicas, que religiosas (aunque éstas no pierden su importancia). La sociabilidad creada en los primeros treinta años de la colonia Michoacana era muy intensa. La calle, los parques y los llanos aparecen en los relatos de modo vívido. Se formaban grupos por generación e intereses, había fiestas y quermeses, tertulias literarias, partidos de fútbol, etc. De ahí se formaron muchas parejas que aún constituyen familia y cuyos hijos también residen en la colonia y sus alrededores. Aunque menguada, la convivencia formada en los años iniciales de la colonia persiste como un recurso para los adultos mayores. Algunas ancianas aprovechan la todavía fuerte red social que se han tejido en la colonia para ayudarse entre sí y para acompañarse en actividades religiosas o talleres de artesanías. Algunos conforman planillas políticas para elecciones vecinales o incluso delegacionales. Una situación similar se percibe en Ciudad Satélite, donde los colonos tejieron fuertes lazos sociales en su condición de pioneros. La lejanía del fraccionamiento con respecto al centro del D.F., la búsqueda de ciertos servicios y la protección del territorio generaron una solidaridad vecinal que aún se respira, aunque levemente.

Como en estas colonias de clase media, la creación de fraccionamientos de autoconstrucción confiere a sus pione-

ros un profundo sentimiento de solidaridad que se teje en la búsqueda e incluso instalación codo a codo de servicios básicos como agua, drenaje, electricidad y pavimentación. No dudamos que este siga siendo el caso en colonias tan recientes como La Cañada, que apenas tiene 15 años de erigida. Pero al parecer los ancianos quedan fuera de este juego social: primero, porque en la mayor parte de los casos no son ellos quienes están levantando la colonia, sino sus hijos o parientes. Así, entre estos últimos se tejen las solidaridades, y las necesidades específicas de la tercera edad parecen postergadas; además, y consecuencia de lo anterior, no existen espacios de socialización para los ancianos. El templo, por ejemplo (una pequeña construcción con campanarios y atrio), fue el primer lugar comunitario que los residentes construyeron con sus propios materiales y mano de obra. Sin embargo, no es presidido por ningún sacerdote y tampoco constituye un lugar donde puedan organizarse actividades no-religiosas para la comunidad. Finalmente, los ancianos quedan fuera del juego porque llegaron cuando tenían alrededor de 60 años, con una vida hecha y con más dificultad para tejer nuevas redes sociales.

Mediante la excepción, el caso de La Cañada permite confirmar nuestra idea de que los años de residencia en un lugar común facilita el tejido de redes sociales y la creación de espacios de socialización propios para los adultos mayores; dos factores que contribuyen a la integración y a la elevación del nivel de vida de los viejos. Nuestros da-

tos nos permiten también ponernos en alerta sobre la fragilidad de esta ventaja relativa ante los actuales procesos metropolitanos.

La Michoacana, los Reyes y Tepito, cada una a su manera, están experimentando un proceso de renovación inmobiliaria y de población. Este proceso ocurre con el natural deceso de los ancianos y la especulación inmobiliaria —no tan natural, claro—. Asistimos así al aumento del precio de las rentas o del suelo urbano, la expulsión de viejos habitantes y la construcción de nuevas viviendas dirigidas a otros grupos de población, más jóvenes, frecuentemente más acaudalados y con estilos de vida muy diferentes. Evidentemente, la cohabitación entre generaciones y la heterogeneidad pueden enriquecer la vida social. Pero en los casos analizados esto no sucede necesariamente. Los nuevos residentes —encerrados en sus condominios o en residencias fortificadas; con un ritmo de vida donde prima el automóvil y la residencia es un lugar-dormitorio— no participan en la vida local, no comparten las costumbres, los modos de vida y los valores de los viejos habitantes. El tejido social se distiende y las solidaridades tienden a desaparecer.

CONCLUSIONES

Diferencia, jerarquía y fractura son tres dimensiones de la segregación socio-espacial que los adultos mayores experimentan en nuestras zonas de estudio. En cuestión de políticas sociales y de salud, la dimensión de la *diferencia* a gran escala aparece claramente

entre el D.F. y los municipios conurbados del E.M. El primero ofrece políticas públicas más ventajosas, facilitando a los ancianos el uso del transporte público, el acceso a mayores ingresos económicos y mejor calidad en los servicios de salud. De este modo se refleja un proceso histórico de aplicación de políticas públicas desiguales entre entidades, que se traduce en una injusticia socio-espacial básica, que podría definirse llanamente como el acceso desigual a los recursos que ofrece la ciudad (Musset, 2009).

Como resultado de este proceso, para los ancianos del D.F., su lugar de residencia aparece como recurso espacial muy importante y matiza la enorme diferenciación socio-económica que caracteriza al país. En efecto, las políticas públicas de esta entidad —aunque todavía están en ciernes— contribuyen a mejorar la situación de adultos mayores de sectores de nivel tanto medio como medio-bajo y bajo. Por otra parte, la gran inconsistencia de estas políticas en los municipios conurbados del E.M. produce que la vivencia de la segregación se encuentre altamente diferenciada de acuerdo con el nivel socioeconómico, como lo muestran los casos de La Cañada y de Ciudad Satélite. Aquí vemos claramente, siguiendo a Brun (1994), cómo la política pública tiene un papel amplificador o atenuador sobre los efectos de las diferencias socio-espaciales.

En un cambio de enfoque, la dimensión *jerárquica* de la segregación nos hace ver que no sólo se trata de tener los recursos económicos, ni los equipamientos urbanos a la mano, sino de te-

ner acceso a ellos, lo cual depende de varios factores. En un primer término, el estado de salud del adulto mayor determina sus condiciones de movilidad y autonomía para hacer uso de los servicios que ofrece la ciudad. Por otro lado, la infraestructura urbana no siempre favorece el desplazamiento de los grupos con movilidad reducida: las banquetas suelen estar en mal estado para caminar o desplazarse sobre ruedas, la mayoría sin rampas en las esquinas; las estaciones de metro no tienen elevador o no siempre tienen escaleras eléctricas; el transporte público de otro tipo, como microbuses, autobuses y trolebuses, no tiene condiciones adecuadas para ascenso y descenso de pasajeros con discapacidad o movilidad reducida.

En estas condiciones, la existencia de redes sociales se hace indispensable para que los adultos mayores tengan acceso a los servicios urbanos de toda índole. Es sobre todo la familia quien cumple una función muy importante para acompañar a los ancianos a los centros de salud, de consumo y de recreación. Así, si bien la infraestructura urbana que permita la movilidad de estas poblaciones forma parte de las obligaciones de los gobiernos, aquí resalta el papel de la red social y familiar como atenuadora de las barreras a la accesibilidad. Pero, como vimos, la densidad y calidad de las redes sociales también son recursos mal distribuidos entre la población adulta, lo que deja a muchos en estado de mayor indefensión.

La *fractura* es otra dimensión de la segregación socio-espacial estrecha-

mente relacionada con la fragmentación social de la ciudad y con la formación histórica de enclaves urbanos. Nuestros casos de estudio nos conducen a preguntarnos sobre la posibilidad de un efecto positivo en este tipo de segregación socio-espacial, en la medida en que puede contribuir a reforzar la sociabilidad a nivel del barrio. Aquí, la segregación deviene más bien sinónimo de congregación —consentida, más o menos voluntaria— que se aleja de la noción de injusticia espacial. Por ejemplo, la alta proporción de adultos mayores en el pueblo de Los Reyes, su condición de enclave, aunando con la permanencia de las fiestas religiosas, son los elementos que mantienen la fuerte identidad social del pueblo y un alto grado de integración de los adultos mayores. Algo similar pasa en el barrio de Tepito y las colonias Michoacana y Ciudad Satélite, donde todavía se respira cierta unión vecinal de los primeros colonos.

Sin embargo, este tipo de convivencia social al interior de los barrios se está viendo vulnerada por diversas razones: la más importante es la presión inmobiliaria, cuya dinámica económica rompe con la homogeneidad social de las colonias; otra es el envejecimiento y muerte de los primeros colonos que contribuyeron a formar una solidaridad durante los primeros años de las colonias, convivencia que no es mantenida por las generaciones sucesivas ni por los nuevos vecinos.

Evidentemente, no estamos hablando de una total distensión de los lazos sociales, de un proceso de *anomia*

absoluta; sino de una transformación en los procesos de socialización de los diferentes tipos de barrios y colonias de nuestras ciudades que repercutirán en las formas de inserción social de los ancianos y en su capacidad de vivir y disfrutar la ciudad. Si la dirección que están tomando tales transformaciones apunta hacia nuevos procesos de segregación y fragmentación que revelan nuevos modos de injusticia social y espacial, es indispensable entonces recomendar el impulso de grupos de apoyo para ancianos, tanto privados como institucionales, del mantenimiento de los vínculos vecinales y de las tradicionales locales que contribuyen a generar una solidaridad local.

BIBLIOGRAFÍA

- BRUN, Jacques (1994), "Essai critique sur la notion de ségrégation et sur son usage en géographie", en J. Brun y C. Rhein, *La ségrégation dans la ville*, París, L'Harmattan, pp. 21-57.
- CAPRON, Guénola y Salomón GONZÁLEZ (2010), "Movilidad residencial de los adultos mayores y trayectorias de vida familiares en la Zona Metropolitana del Valle de México", *Alteridades*, núm. 39, pp. 67-78.
- ____ (2006), "Las escalas de la segregación y de la fragmentación urbana", *Trace*, num. 49, junio, pp. 65-75.
- CONAPO (2005), "Índices de marginación urbana", en línea [<http://www.conapo.gob.mx>], consultada en 2010.
- DUREAU, Françoise y Olivier BARBARY (2004), *Villes et sociétés en mutation: lectures croisées sur la Colombie*, París, Anthropos.

- GONZÁLEZ, Salomón (2011), *Ciudad desigual: diferenciación socioresidencial en las ciudades mexicanas*, México, Plaza y Valdés.
- GRAFMEYER, Yves (1996), *La ségrégation spatiale. L'exclusion, l'état des savoirs*, París, La Découvert, pp. 209-216.
- INEGI (2000), "XII Censo General de Población y Vivienda", en línea página [http://www.inegi.gob.mx], consultada en 2010.
- ____ (2005), "II Conteo General de Población", en línea [http://www.inegi.gob.mx], consultada en 2010.
- LEHMAN-FRISCH, Sonia (2009), "La ségrégation: une injustice spatiale? Questions de recherche", *Annales de Géographie*, núm. 665-666, pp. 94-115.
- LEVIELLE, Briseida; Gabriel LARA y Daniela DÍAZ, 2004, *Curitas para la salud: el mapa de la inequidad*, México, Fundar (Serie Salud)
- MEMBRADO, Monique (2010), "Experiencias de envejecer y experiencias urbanas: un estudio en el suroeste francés", *Alteridades*, núm. 39, pp. 57-65.
- MOLINA, Virginia (2004), "Aproximaciones al espacio urbano de la vejez en el Distrito Federal", *Anuario de Espacios Urbanos*, UAM-Azcapotzalco, pp.125-150.
- MONTES DE OCA, Verónica (2001), "Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 16, núm. 3,
- MUSSET, Alain (2009), *¿Geohistoria o geoficción? Ciudades vulnerables y justicia espacial*, Medellín, Universidad de Antioquia.
- NEGRETE, María et al. (1993), *Población, espacio y medio ambiente en la Zona Metropolitana de la ciudad de México*, México, El Colegio de México.
- RODRIGUEZ, Jorge (2001), *Segregación residencial socioeconómica: ¿qué es?, ¿cómo se mide?, ¿qué está pasando?, ¿importa?* Santiago, CEPAL.
- RODRIGUEZ, Jorge y Camilo ARRIAGADA (2004), "Segregación residencial en la ciudad latinoamericana", *EURE*, vol. 89, núm. 24, pp. 5-24.
- SABATINI, Federico, Gonzalo CÁCERES et al. (2001), "Segregación residencial de las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción", *EURE*, vol. 82, núm. 27, pp. 21-42.
- SALGADO, Nelly y Teresa WONG (2007), "Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez", *Salud Pública de México*, núm. 49, pp. 515-521.
- SARAVI, Gonzalo (2009), *Transiciones vulnerables: juventud, desigualdad y exclusión en México*, México, CIESAS.