

CUENTAME DE LOS ABUELOS

Estudio de marginación y relatos testimoniales
de la población adulta mayor del Distrito Federal

Francisco Mendoza Diez
Enrique Omaña Mendoza



Cuéntame de los abuelos

**Estudio de marginación y relatos
testimoniales sobre la población adulta mayor
del Distrito Federal**

*Francisco Mendoza Diez
Enrique Omaña Mendoza*



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**

POR UN ENVEJECIMIENTO SANO Y ACTIVO

Mendoza Diez, Francisco y Enrique Omaña Mendoza.

Cuéntame de los abuelos. Estudio de marginación y relatos testimoniales sobre la población adulta mayor del Distrito Federal / Francisco Mendoza Diez.

- México. Instituto Nacional de Geriátría. 2013.

163 pp.: 21 cm.

ISBN: 978-607-460-439-9

1. Adultos mayores. 2. Marginación socioeconómica. 3. Envejecimiento. 4. Método cualitativo. 5. Método cualitativo.

Primera edición, 2013

D.R. © 2013 INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Periférico Sur 2767, Col. San Jerónimo Lídice,

Del. La Magdalena Contreras, México, D.F. 10200

Edición: Francisco Mendoza Diez

Diseño de portada: Héctor Efrén Lara Dávila

Última lectura: Lilia Sandra Luna Pérez

Las fotografías incluidas son propiedad de los autores.

ISBN 978-607-460-439-9

Este material puede ser copiado, reproducido, modificado y distribuido por cualquier medio físico o electrónico, sólo sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Open Publication License, v. 1.0 o posterior (<http://www.opencontent.org/openpub/>). Está prohibida la distribución de versiones sustantivamente modificadas de este documento sin la autorización explícita de los propietarios de los derechos. La distribución del trabajo o derivados de éste en cualquier libro estándar (impreso) está prohibida a menos que se obtenga con anticipación el permiso de los propietarios de los derechos. Los derechos comerciales siguen siendo propiedad del autor.

www.geriatria.salud.gob.mx

Impreso en México/Printed in Mexico

*A nuestro amigo Carlos Nápoles,
a quien la vida no le permitió llegar a viejo.*

Prólogo	9
Introducción	13
1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal	17
1.1. Antecedentes del análisis de la marginación.....	20
1.2. El concepto de marginación.....	24
1.3. Aplicación de los modelos en el presente estudio de marginación	34
1.4. Descripción del proceso del estudio de marginación	36
1.5. Metodología estadística.....	47
1.6. Generación del índice único de marginación	53
2. Envejecimiento	57
2.1. Vertiente financiera.....	57
2.2. Vertiente demográfica	60
2.3. Vertiente epidemiológica	63
2.4. Vertiente cultural.....	69
3. Viejos y marginados en el Distrito Federal. Relatos testimoniales.....	79
3.1. ¿Por qué se optó por el método cualitativo? (dos paradigmas)	80
3.2. El acercamiento de las educadoras	85
3.3. El concepto de vulnerabilidad (definición de categorías de análisis).....	90
3.4. Relatos testimoniales	94
- Condiciones y entorno de la vivienda.....	94
- Residencia en soledad o en pareja	98
- Situación económica	107
- Discapacidad y enfermedad	111
- Maltrato	122
4. Reflexiones finales	131
Anexo 1. Datos cuantitativos.....	145
Bibliografía.....	161

Colaboradores

Los relatos testimoniales fueron elaborados por las Educadoras Familiares para la Salud:

Ana Lilia Páez Escamilla, Nydia Aranda Vega, Ana Lilia Matías Vázquez, Clara Belem Vázquez Vázquez, Nadia Maricela Ruiz de la C., María de Lourdes León Ríos, Rocío Meza, Karina Sánchez Meneses, Patricia Camacho Flores, Gabriela Olivares Galicia, Claudia Gómez Colula, Marisela Ibarra Franco, Marisol Castillo de la Rosa, Sandra García Ángeles, Susana Cruz Sandoval, Marcela Martínez G., Elizabeth Salas Cervantes, Rosario Islas Alvarado, María Teresa León Joya, Patricia Torres Cruz, Virginia Márquez A., Sandra Luz Villafuerte Ruiz, Karina Ramírez Ávila, Georgina M. del Valle Alatraste, Virginia Luna García, Mariana Ayala Escamilla, Reyna Gómez Ortiz, Olivia Gutiérrez Torres, Jovanna Pérez Luna, Rosalin Casimiro López, Ruth Villaloz C., Karla Lorena Cervera Medina, Lourdes Sánchez de Jesús, Laura Nancy Pérez Lugo, Araceli L. Portas Sánchez, Esther Campos Flores.

Proceso de clasificación y revisión de los relatos testimoniales:

Guilhem Olivier.

Modelo de análisis estadístico:

María Consuelo Escamilla Núñez y Miguel Ángel Mejía Tapia.

Prólogo

El fenómeno del envejecimiento y sus implicaciones están presentes en la realidad cotidiana del país. El aumento numérico y porcentual de personas adultas mayores representa un reto sin precedentes en la prestación de servicios, entre ellos, los de salud.

A inicios del siglo XXI hemos sido testigos del auge que el tema ha adquirido en diversos sectores de la sociedad. La creación del Instituto Nacional de Geriátrica es un ejemplo de ello y su surgimiento se propone para enfrentar el reto del envejecimiento desde el ámbito sanitario y con la misión de fortalecer la investigación y el desarrollo de recursos humanos especializados en el tema. Instituciones añejas como el Inapam y el DIF toman nuevos bríos para abordar el tema, a la par que el sector social impulsa iniciativas concretas para abordarlo.

A nivel local han surgido 25 Leyes estatales acompañadas de sus respectivas instituciones que coordinan acciones en favor de las personas adultas mayores en las entidades federativas entre el año 2000 al 2011.¹ El inicio de la pensión universal no contributiva por el Gobierno del Distrito Federal en 2000 y su posterior replicación en todo el país y en otras entidades federativas –destacan Zacatecas, Chiapas y el Estado de México– dan cuenta también del decidido apoyo a los adultos mayores.

Sin embargo, todo ello no ha significado que se haya respondido adecuadamente ante las demandas que plantea el reto de la vejez y el envejecimiento. Las respuestas han esta-

¹ Véase cuadro A del Anexo 1

do al margen de una visión integrativa de todos los actores y sin una planificación, ejecución y evaluación, concertadas y alejadas todavía de la evidencia científica que sobre la vejez existe desde muy diferentes ámbitos y disciplinas.

Conforme la perspectiva de derechos humanos cobra fuerza en el abordaje de los temas relativos a la vejez, nos percatamos de que al momento presente a las personas adultas mayores se les ha quedado a deber.

El libro que ahora se presenta es producto de un trabajo desarrollado por el Gobierno del Distrito Federal en el trienio 1997-2000 como parte de la política social y la definición de estrategias de abordaje. Tomando como eje rector la marginación socioeconómica y la identificación de riesgos para la salud y como marco de actuación la educación y la promoción para la salud, se realizó un levantamiento de información en todos los hogares de aquellas zonas marginas definidas como prioritarias.

A pesar del tiempo transcurrido, el reporte conserva su actualidad conforme crece y se fortalece el reconocimiento de los determinantes sociales y económicos de la salud y del proceso de envejecimiento.

Este enfoque se encuadra dentro de los retos que ha planteado el Instituto Nacional de Geriátría, a saber:

- Formular un nuevo modelo de atención médico social con base en la comunidad, que tome en cuenta las especificidades locales, de género y condición funcional y cuya construcción contribuya a la preservación de la autonomía del adulto mayor o posibilite la atención de la dependencia funcional en su caso. El soporte ha de darse independientemente de la condición laboral o adscripción a la seguridad social.

- En el muy corto plazo, formar y capacitar a los profesionales de la salud necesarios para la atención y el cuidado de las personas mayores.²

En ese contexto, es pertinente subrayar algunos atributos del trabajo que ahora se presenta:

- La necesidad de fortalecer el trabajo comunitario.
- El obligado acercamiento a la comunidad.
- El enfoque de riesgo.
- La identificación de oportunidades para el fomento del envejecimiento activo y saludable en casa y comunidad.
- La necesidad de desarrollar el trabajo con los cuidadores primarios.

Las bases de datos en las que se origina el trabajo dan muestra de la importancia de contar con información pormenorizada de la situación de todos y cada uno de los hogares en las zonas establecidas para desarrollar las actividades. Los más de dos millones de registros nominales de población total y 168 000 de adultos mayores señalan la relevancia de disponer el detalle de los datos.

Un complemento valioso es la incorporación los testimonios del personal que trabaja directamente con los adultos mayores, es decir, los autores exploran los usos, valores, costumbres, ideas e interpretaciones de la vejez a partir de la

² Estos retos fueron señalados en Gutiérrez Robledo, Luis Miguel y Elizabeth Caro, "Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud" en Gutiérrez Robledo, Luis Miguel y David Kershonovich Stalnikowitz, *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, Instituto de Geriátrica, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2012, pp. 332-333.

propia experiencia de quien envejece, de sus acompañantes, de sus cuidadores y de quienes trabajan con ellos. Esta propuesta, contribuye a identificar las necesidades de formación y capacitación en el personal.

Finalmente, los relatos testimoniales aquí presentados dan cuenta de las condiciones de desventaja que han marcado la experiencia de vida de muchos adultos mayores en zonas marginadas del Distrito Federal, aunque también se reconoce la existencia de personas en situaciones muy favorables, que están envejeciendo con buena calidad de vida y que presentan condiciones de salud y bienestar prósperas.

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Introducción

La conjugación de múltiples determinantes socioeconómicos y culturales se refleja en la vida cotidiana de la población, especialmente en aquella que vive en condiciones de marginación social.

Las condiciones de desventaja social se intensifican o potencializan en la población adulta mayor, y generan diversos problemas políticos, económicos, sociales y de salud.

Así, el proceso de envejecimiento poblacional ejerce y seguirá ejerciendo una gran presión sobre las instituciones encargadas de dar atención a este sector social.

Las políticas públicas dirigidas a la población adulta mayor implementadas en el país y en la Ciudad de México resultan aún insuficientes para impactar en su calidad de vida y su dignificación como sujetos de derecho. Aunque se han realizado avances, dichas políticas se han operado de manera fragmentada y las instituciones de atención a ese grupo de edad mantienen aisladas sus intervenciones.

La experiencia que se detalla en estas páginas, implicó el levantamiento de información en 668 632 hogares de las zonas marginadas del Distrito Federal en el periodo 1997-2000; para los fines de este trabajo, se seleccionaron y analizaron sólo los datos de aquellas viviendas con personas adultas mayores.

Mediante técnicas estadísticas se determinó el grado de marginación socioeconómica para cada uno de los hogares, posteriormente, con la finalidad de focalizar intervenciones, se realizó un exhaustivo estudio de los riesgos para la salud que presentaban los habitantes de dichos hogares para, fi-

nalmente, definir acciones en materia de educación y promoción a la salud según los riesgos detectados.

Para conocer mejor las condiciones de vida de la población, se tomaron registros testimoniales por parte de las Educadoras Familiares para la Salud, personajes centrales en la operación del entonces Programa de Educación para la Salud Familiar (Edusfam). Ellas registraron sus observaciones de las condiciones de vida de las familias visitadas.

Este trabajo presenta una combinación de los datos cuantitativos del estudio de marginación socioeconómica y los datos cualitativos producto de la observación de las Educadoras.

Para ello se describirá, en primera instancia, las condiciones de marginación socioeconómica de la población adulta mayor del Distrito Federal y el impacto en las condiciones de su vida cotidiana, basado en el estudio realizado en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en el periodo 1997-2000 durante la gestión del primer gobierno democrático de la Ciudad de México.

Con el propósito de sustentar el abordaje de la marginación socioeconómica, en el primer capítulo se describen los conceptos y métodos utilizados para identificar los hogares según su grado de marginación y se detalla la metodología estadística utilizada.

En el segundo capítulo, se describen algunos antecedentes relativos a las diversas vertientes que han abordado el estudio del envejecimiento: financiero, demográfico, epidemiológico y cultural.

En el tercer capítulo se abordan algunos conceptos relacionados con la investigación cualitativa con el fin de susten-

tar la importancia de los relatos testimoniales recopilados por las Educadoras y determinar su alcance en la comprensión de las condiciones de vida de las personas adultas mayores.

Finalmente, se presenta la descripción cuantitativa (estudio de marginación socioeconómica) y cualitativa (relatos testimoniales), y se analizan las condiciones de vida de los adultos mayores en situación de marginación socioeconómica.

En las conclusiones se ofrecen algunas reflexiones que apuntan a los logros y rezagos de la red institucional, así como los retos por venir en la atención del proceso de envejecimiento en la Ciudad de México, de un creciente número de personas que vivirán hasta edades avanzadas y, lamentablemente, como lo muestran los casos relatados, lo harán estando pobres y enfermos.

Este trabajo no pretende mostrar un análisis a profundidad de las condiciones de pobreza y marginación en que viven las personas adultas mayores; el propósito central es describir el problema de los ancianos desde una perspectiva que complementa la información cuantitativa con relatos testimoniales de tipo cualitativo, resultado del trabajo cotidiano y comprometido de las Educadoras familiares, quienes enfrentaron esta problemática durante el desarrollo del Edusfam.

Es deseo de los autores que los datos presentados lleven a una reflexión sobre las condiciones en que sobreviven los viejos en zonas marginadas de la Ciudad de México, pues la problemática del adulto mayor atañe a todos y es un asunto de índole social.

Por último, si bien el Edusfam se constituyó en una experiencia innovadora como modelo educativo, los relatos

Cuéntame de los abuelos

aquí recopilados pertenecen a las Educadoras y esperamos que su lectura conlleve a una comprensión sobre el trabajo cotidiano y comprometido que ellas realizaron con población en condiciones de marginación socioeconómica.

1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal

*En los lodazales suburbanos,
allá donde terminan los servicios y las facilidades
que asociamos con una ciudad moderna,
viven millones de seres humanos
al margen de la sociedad dominante.*

Larissa A. de Lomnitz, *Cómo sobreviven los marginados*

Las actuales condiciones de iniquidad agravadas por el incremento de la pobreza, impactan directamente las condiciones de vida y de salud de amplios sectores de la población en el Distrito Federal.

La complejidad sociodemográfica de esta gran urbe resulta entre otros aspectos, en el difícil reto para otorgar servicios públicos en general y en particular los servicios de salud.

Desde hace algunas décadas las políticas de salud pública han dirigido sus esfuerzos hacia los grupos más desprotegidos. Citemos como ejemplos al Programa de Atención Primaria a la Salud desarrollado durante quince años en el Estado de México a través del Programa de Desarrollo Integral de Atención Primaria a la Salud (Prodiaps), o el Programa de Atención a la Salud a Población Abierta Marginada en Grandes Urbes (PASPAMGU) que inició en 1981 en los servicios de salud del Distrito Federal, así como el Programa de Atención Médica y Medicamentos Gratuitos en la Ciudad de México en 2001, sin olvidar el Programa de Formación de Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS) que se instrumentó en la Secretaría de Salud Federal en la década de los noventa.

En la siguiente tabla se sintetizan, de manera enunciativa, mas no limitativa, los programas desarrollados en el país durante más de tres décadas, como parte de las acciones en salud pública y atención primaria.

Tabla 1
Programas de salud desarrollados desde 1979-2001.

Nombre	Aplicación	Año
Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados	IMSS Nacional	1979
Programa de Desarrollo Integral de Atención Primaria a la Salud (Prodiaps)	Instituto de Salud del Estado de México	1979-1994
Programa de Atención a la Salud a Población Abierta Marginada en Grandes Urbes (PASPAMGU)	Secretaría de Salud Ciudad de México, Monterrey, N.L., Guadalajara, Jal., y León, Gto.	1981
Programa de Formación de Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS)	Secretaría de salud Federal	1995
Modelo de Atención a la Salud (Midas)	Secretaría de Salud Federal	2001
Programa de Atención Médica y Medicamentos Gratuitos	Secretaría de Salud del Distrito Federal	2001

En los casos del Prodiaps, PASPAMGU y TAPS, su componente principal fue un proceso de enseñanza formal y capacitación para el desempeño de recursos humanos para su posterior incorporación laboral a las plantillas de los equipos de trabajo según los modelos propuestos.

El presente trabajo tuvo su origen en el trienio 1997-2000 del primer gobierno del Distrito Federal electo democráticamente. Desde la Jefatura de Gobierno, a través de la Secretaría de Desarrollo Social, el entonces Instituto de Salud del

Distrito Federal y la Dirección General de los Servicios de Salud Pública, se plantearon la necesidad de definir las políticas en salud a partir de estudios que permitieran orientar las acciones priorizando a los sectores más desprotegidos.

Por ello se identificó como un aspecto de particular importancia para la planeación de los servicios, la necesidad de disponer de información que diera cuenta de las condiciones de desigualdad social y económica de la población.

Fue en este contexto donde surgió el Programa de Educación para la Salud de la Familia (Edusfam), con el propósito de lograr un cambio efectivo, progresivo y corresponsable de la ciudadanía del Distrito Federal en materia de salud, que permitiera el reconocimiento y apropiación de sus derechos, obligaciones y compromisos con los servicios, orientados a la búsqueda de mayor equidad, a fin de mejorar sustancialmente las condiciones de bienestar y calidad de vida, particularmente entre la población excluida de los beneficios económicos, sociales y sanitarios de la Ciudad de México.

El propósito central del proyecto Edusfam se dirigió a contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población marginada del Distrito Federal, por medio de acciones de promoción, educación y prevención en salud, enfocando las intervenciones en los ámbitos domésticos y familiares, con la participación de mujeres extraídas y seleccionadas de las propias zonas marginadas de la ciudad.

El Edusfam se orientó operativamente a la identificación y atención de riesgos y daños a la salud de las familias que constituían la población objetivo, particularizando las acciones según los grupos del ciclo de vida (niñas, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores).

Para dirigir de la mejor manera la planeación de las intervenciones, la primera fase del Edusfam consistió en la realización de un estudio de marginación socioeconómica que permitiera un primer acercamiento a la identificación de las personas, las familias y su entorno. Para dicho fin, se buscaron referentes metodológicos y la asesoría de expertos, pues en ese entonces (1998) no se disponía de información actualizada y de primera mano para determinar las áreas de trabajo.³

A continuación se presentan algunos referentes conceptuales y metodológicos que fueron útiles para el estudio de marginación socioeconómica.

1.1 Antecedentes del análisis de la marginación

En las últimas décadas, en nuestro país se han realizado una serie de estudios cuyo propósito ha sido medir y ubicar geográficamente la marginación socioeconómica, tanto en el ámbito nacional como en el local.

El primer antecedente lo constituye el trabajo sobre Geografía de la Marginación que realizó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) en 1977 con información referida al censo de 1970. Este trabajo es de particular importancia ya que, en

³ Es posible que existan diversos enfoques conceptuales y metodológicos para abordar la temática que aquí se expone, sin embargo, al momento de diseñar del Edusfam se disponía de poco tiempo y los recursos eran limitados.

términos generales, su marco conceptual y metodología estadística han sido retomados por trabajos posteriores.⁴

Tal es el caso de la investigación realizada en 1987 por el Consejo Nacional de Población (Conapo),⁵ en la cual se aprovechan los resultados del censo de 1980 para caracterizar la marginación socioeconómica de cada uno de los municipios del país.

A nivel local se identifican también algunos estudios encaminados a ubicar geográficamente la marginación socioeconómica de la población. Entre ellos se puede citar el publicado por El Colegio Mexiquense en 1989⁶ sobre la marginación de los municipios del Estado de México en 1980 y el trabajo realizado por el gobierno estatal para sus localidades en 1990.

De forma paralela en la década de los setenta y con un enfoque menos cuantitativo, surgieron estudios de tipo antropológico orientados a estudiar la marginación y sus efectos en las poblaciones, entre ellos destacan los realizados por Larissa A. de Lomnitz⁷ y José Alonso,⁸ enfocados a un análisis

⁴ Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectiva al año 2000. Geografía de la Marginación*, México, Coplamar/Siglo XXI, 1982.

⁵ Consejo Nacional de Población, *Indicadores sobre fecundidad, marginación y ruralidad a nivel municipal, 1980*, México, Cuadernos Estatales, Conapo, 1987.

⁶ Camposortega, Cruz Sergio y Miguel Ángel Mejía Tapia, *La marginación en el Estado de México, un aporte a la planeación del desarrollo*, México, El Colegio Mexiquense, 1989.

⁷ Lomnitz, Larissa A. de, *Cómo sobreviven los marginados*, México, Siglo XXI, 1975.

⁸ Alonso, Jorge, "¿Cómo sobreviven los explotados? Redes sociales de supervivencia y organización", en Jorge Alonso (ed.), *Lucha urbana y acumulación de capital*, México, Ediciones La Casa Chata, 1980, pp. 247-300.

sis de la marginación en barrios de la periferia urbana donde residen migrantes y cómo a través de redes de intercambio, solventan la pobreza y marginación, entre otros problemas.

Un antecedente cuyos conceptos y metodología sirvieron en buena medida para la operacionalización de la marginación socioeconómica en el presente estudio, fue el realizado por el Conapo, en el cual, con base en los resultados censales de 1990, se construyeron nueve indicadores socioeconómicos y un indicador resumen para 2 403 unidades geográficas de la República Mexicana, incluidas las 16 delegaciones del Distrito Federal.⁹

Sin duda, el antecedente más cercano para el estudio realizado por los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en 1995, cuyos resultados principales fueron la construcción de once indicadores socioeconómicos, el cálculo del índice de marginación y la determinación del grado de marginación de cada una de las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) en que se divide el Distrito Federal.¹⁰

Otro estudio realizado con esta metodología, fue el que llevaron a cabo el Conapo y el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), los cuales recogiendo la experiencia acumulada en la estimación del índice de marginación 1990 para las entidades y municipios del país, actualizaron el índice a partir de la información del Censo de Población y

⁹ Consejo Nacional de Población y Vivienda-Comisión Nacional del Agua, *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990*, México, Conapo, 1993.

¹⁰ Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, *Medición y Ubicación Geográfica de la Marginación Socioeconómica en el Distrito Federal*. SSPDF, México, 1995, (mimeo).

Vivienda 1995, hasta nivel localidad. Dicho índice se basó en la construcción de siete indicadores, cuatro de ellos a partir del Censo 1995 y los otros tres con fuente del Censo General de Población y Vivienda 1990.¹¹

Como complemento a ese estudio y para definir con precisión las acciones del Progreso, se aplicó un instrumento para la identificación de los hogares susceptibles dentro de esas localidades y, a través de la técnica de análisis multivariado, se definieron los índices a nivel hogar, para la dotación de sus beneficios.¹² Es importante mencionar que Progreso no preparó índices de marginación en el Distrito Federal para su instrumentación.

A manera de síntesis, el Conapo realizó un estudio comparativo entre los índices de marginación estatal desde 1970 hasta 2000, utilizando en todos los casos los mismos indicadores e igual metodología estadística.¹³

Finalmente, en el último estudio de marginación publicado por Conapo,¹⁴ mantiene la misma metodología estadística, resaltando la inclusión de indicadores relacionados con la disponibilidad de bienes (aparatos electrodomésticos y

¹¹ Consejo Nacional de Población y Vivienda-Programa de Educación, Salud y Alimentación, *Índices de marginación 1995*, México, Conapo, 1996.

¹² Secretaría de Desarrollo Social, *Acuerdo que establece las reglas de operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progreso)*, disponible en <http://www.sedesol.gob.mx/nove2000/reglas2000/progres.htm>

¹³ Consejo Nacional de Población y Vivienda, *Índice absoluto de marginación, 1990-2000*, México, Conapo, 2004. Particularmente el capítulo 4 "Cambios en los indicadores estatales de marginación". Disponible en www.conapo.gob.mx

¹⁴ Consejo Nacional de Población y Vivienda, *Índice de marginación urbana 2010*, México, 2012. Particularmente el Anexo C. *Metodología de estimación del índice de marginación urbana*. Disponible en www.conapo.gob.mx

automóvil), incluyendo como variable de cálculo a quienes *no disponen de refrigerador*.

1.2 El concepto de marginación

Los estudios sobre marginación en América Latina –cuyo debate teórico tuvo su repunte a finales de los años cincuenta, dando respuesta a las visiones integralistas del Estado para incorporar a los marginados a la sociedad, con un enfoque de marginación/integración social– fueron los ejes conductores de los principales discursos teóricos de la época,¹⁵ aunque no los únicos.

Este enfoque provenía de una visión dualista de la sociedad latinoamericana de aquel período, una teoría de cambio social según la cual habría que modernizar lo existente, definido como tradicional. De acuerdo con esta visión, la sociedad latinoamericana transitaba de una sociedad tradicional a una moderna. Esta última estaba asociada a la empresa, a la inversión, a la producción industrial como eje de la estructura productiva, así como al mercado, al empleo asalariado estable; a la vida urbana organizada en esos términos y predominante sobre el campo; al universalismo de la cultura urbana; al Estado liberal y a la ciudadanía.

El pasaje de lo tradicional a lo moderno se concebía como un proceso histórico y necesario. Pero una parte de la población denominada tradicional no lograba integrarse plenamente en la moderna y quedaba, en algún sentido, al mar-

¹⁵ Véase el excelente análisis que hace Quijano, Anibal, *La economía popular y sus caminos en América Latina*, Lima, Mosca Azul, 1998.

gen o marginada. La resistencia al cambio complicaba el problema, empujando al sector moderno a reestructurarse marginando a una parte de la población. Aquellos sectores sociales sin empleo estable y sin ingresos suficientes eran resultado de ese proceso de cambio. Eso dividía a la sociedad en dos campos o sectores: los integrados y los marginados. Por eso era necesario intervenir desde el Estado en el proceso de modernización para ayudar a los marginados a integrarse a la modernidad.

Otro punto de vista del debate, desde la corriente histórico-estructural, criticó esta posición, pues consideraba falaz representar a toda América Latina de los sesenta en términos de ese *pasaje*. En realidad se trataba, primero de una misma sociedad, constituida heterogéneamente, con relaciones y estructuras sociales de diverso origen histórico y de diferente carácter, pero todas articuladas globalmente en una única estructura de poder, en torno de la hegemonía del capital.

Para ese discurso, la marginación se origina en los cambios en la estructura de relaciones entre capital y trabajo, en primer lugar entre capital y trabajo asalariado. Tales cambios son producidos por una tendencia del capital, apoyada en el desarrollo tecnológico y en el control capitalista del Estado, que lleva al gradual predominio del trabajo acumulado sobre el trabajo vivo del capital.

Otra postura señalada por Adams¹⁶ menciona que el fenómeno no es exclusivo del capitalismo, sino que ocurre en

¹⁶ Adams, N. Richard, *Crucifixion by power*, Austin, University of Texas Press, 1970 citado por Lomnitz Larissa, *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de antropología latinoamericana*, México, Porrúa, 1998, p. 88.

toda sociedad de masas que se encuentra en el proceso de desarrollo económico y de cambio tecnológico. Según este autor, todo incremento de organización social se logra a costa de una mayor desorganización en algún sector o sectores de la misma sociedad o de sociedades dependientes de ella. Dialécticamente hablando, el orden crea desorden, según el mismo principio por el cual el trabajo crea entropía. Si suponemos una fuerza laboral no diferenciada, podemos utilizarla para organizar un proletariado industrial con niveles de especialización altamente diferenciados y con formas centralizadas de organización, sin embargo, al efectuarse este cambio, estaremos generando una población marginada compuesta por aquellos elementos que no han sido asimilados y que ya no tienen utilidad dentro del nuevo sistema más avanzado.

En México, las reflexiones teóricas y las investigaciones empíricas sobre la marginación social no estaban separadas de esa discusión. Los primeros estudios tendieron a conceptualizar la marginación social conforme a lo enunciado en el primer enfoque, es decir, se concebía como fruto de la parcial integración al proceso de modernización, y se esperaba que a medida que se intensificara y extendiera el desarrollo lo llevaría a anularse.

Sin embargo, desde mediados de los sesenta, cuando se desvanecía el entusiasmo del crecimiento sostenido y mostraban su persistencia e implicaciones sociales y políticas los fenómenos de marginación rural y urbana, las conceptualizaciones dominantes, inspiradas en el *dualismo estructural* y en el *desarrollismo*, fueron revisadas críticamente.

Los distintos enfoques aportaron una propuesta teórica y metodológica de la marginación social, subrayando el ca-

rácter estructural del fenómeno, postulando que su erradicación requería de una estrategia que combinara las políticas públicas con reformas sociales de índole estructural que modificaran las relaciones básicas del estilo de desarrollo vigente.

Las ciencias sociales, en particular la antropología social, aportaron diversos puntos de vista que criticaban y divergían de estos enfoques triunfalistas donde la *desaparición* de la *marginación* se lograría aplicando soluciones a algunos componentes del fenómeno. Por un lado, se criticó el hecho de que las zonas marginadas fueran reducidas a un enfoque meramente urbanístico y que en cuanto se mejoraran los servicios y la *barriada*¹⁷ se convirtiera en complejo habitacional, se solucionaría el problema. Sin embargo, a pesar de la aplicación por parte del Estado de programas para mejorar las condiciones de urbanización, los habitantes de esas áreas seguían perteneciendo a los marginados.

Otra crítica fue la dirigida a quienes consideraban a la marginación como resultado de la migración; así, dado que las zonas marginadas surgían como producto de la migración rural-urbana, la marginación sería sólo una etapa transitoria entre la fase tradicional y la modernidad, de tal manera que en la medida que el campesino se volviera obrero, el sistema lo absorbería. Nuevamente el devenir histórico nos ha revelado lo complejo del fenómeno y han surgido, con el paso de los años, segundas y terceras generaciones de marginados, a los que el sistema jamás pudo absorber.

¹⁷ Se les llama *barriadas* a los poblados asentados precariamente en los suburbios de las grandes ciudades. Barracas, villas miseria o favelas son otros de los nombres que adoptan en algunas regiones de Sudamérica.

Con la crisis económica de 1981-1982 y la consecuente caída de los niveles de vida, aumentaron dramáticamente las desigualdades sociales. El empobrecimiento generalizado constituyó en sí mismo un fenómeno desafiante para las ciencias sociales. Una primera iniciativa consistió en recuperar los progresos realizados a lo largo de los setenta en materia de conceptos, métodos y técnicas de evaluación y cuantificación, sobre todo de los estudios realizados bajo la categoría social denominada “pobreza”.¹⁸

Como resultado se fueron gestando modelos para una valoración objetiva del impacto social múltiple de la crisis económica, de sus dimensiones espaciales y la intensidad en que fueron afectados los diversos grupos sociales, tanto a nivel nacional como latinoamericano.¹⁹

La categoría social “pobreza”, así como los métodos más usuales para medirla –la Línea de Pobreza (LP) y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)– fueron incorporados en los estudios sobre desigualdad social en México y América Latina a partir de las propuestas realizadas en diversas investigaciones que abordaron la pobreza en los países industrializados. Aún cuando el concepto de pobreza no es privativo de los países en desarrollo, como sí lo es el de marginación social, su asimila-

¹⁸ Cabe señalar que el estudio de la desigualdad social a través del concepto “pobreza” dio curso a una intensa y sugestiva discusión teórica y metodológica que derivó en el perfeccionamiento de enfoques y criterios normativos, así como en el notable y útil refinamiento de técnicas de análisis y cuantificación. El autor que más ha desarrollado este concepto es sin duda el Dr. Julio Boltvinik, véase su texto: *Pobreza y distribución del ingreso en México*. México, Siglo XXI, 1997.

¹⁹ Una descripción y análisis sobre estos elementos están más detallados en Consejo Nacional de Población y Vivienda–Comisión Nacional del Agua, *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990*, México, Conapo, 1993, pp. 10-16.

1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal

ción ha sido creativa y los aportes mexicanos se localizan tanto en el plano teórico como en el metodológico.²⁰

En el *cuadro 1* se presentan sintéticamente, los métodos –y sus variantes– más utilizados para estimar su magnitud e intensidad.

Estos modelos, cuyo auge operativo fue en los años setenta, fueron aplicados, entre otros, por la Comisión Económica para América Latina (Cepal) y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), para la aplicación de medidas alternativas, coordinadas por el Estado, para enfrentar el problema de la marginación y la pobreza, dentro de sus espacios de acción.

En la década de los ochenta comienza a recuperarse el concepto de marginación social y se aprecia el esfuerzo por replantear y construir indicadores de déficit social. Se identificaron las limitaciones que tanto LP como NBI poseen al no poder captar de manera integral el problema de la pobreza. En el *cuadro 2* se sintetizan los tres modelos que surgieron.

²⁰ Ibid., p. 11

Cuadro 1
Modelos para medir la categoría social "pobreza"

Modelo	Método	Operacionalización
Línea de Pobreza (LP)	Canasta Normativa Alimentaria (CNA),	Se definen los requerimientos nutricionales mínimos per cápita y su costo define la Línea de Indigencia (LI) o zona de pobreza extrema. El hogar con ingreso o gasto en consumo menor que la LP se considera pobre.
	Canasta Normativa de Satisfactores Esenciales (CNSE)	Se calcula el costo de la CNSE por hogar y se compara con su ingreso o gasto en consumo, considerando pobres a los hogares que reciben ingresos por debajo del costo de dicha canasta.
	Canasta Submínima (CSM)	Al igual que en las dos anteriores, se calcula su costo y se compara con el ingreso o gasto en consumo por hogar, dividiendo a la sociedad en hogares pobres y no pobres.
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)		Se define normativamente un patrón de necesidades básicas y la cantidad de bienes y servicios para satisfacerlas; por eso, para cada una de las necesidades consideradas se seleccionan variables e indicadores con un nivel mínimo debajo del cual se considera que el hogar no satisface la necesidad en cuestión. Se clasifican hogares con una necesidad insatisfecha como pobres y con más de una necesidad se definen como pobres extremos.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Consejo Nacional de Población y Vivienda-Comisión Nacional del Agua. *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal*, 1990. México, Conapo, 1993, pp. 13-15.

1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal

Cuadro 2

Modelos para medir la categoría social “marginación”

Modelo	Método	Operacionalización
Método Integrado de Medición de la Pobreza (MIP)	LP -NBI	Define, en primera instancia, tres grupos de pobres: a) los que son pobres por ambos métodos; b) los que lo son sólo por NBI; y c) los que lo son sólo por LP. También permite elaborar una tipología de los pobres de relativa homogeneidad, con características diferenciales desde el punto de vista de las políticas que requieren, y orienta la fijación de prioridades en el desarrollo de programas y proyectos
Índice de Desarrollo Humano (IDH)		Valora la combinación del ingreso nacional e indicadores sociales como analfabetismo en adultos y la esperanza de vida, con la intención de obtener un indicador sobre el progreso humano de la sociedad.
Índice de Progreso Social (IPS)		Mide el grado de desarrollo alcanzado socialmente, expresado en los bienes y servicios disponibles para la satisfacción de las necesidades humanas. Se trata de un útil cálculo sintético de calidad de la vida que en términos agregados ha alcanzado una sociedad.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Consejo Nacional de Población y Vivienda-Comisión Nacional del Agua, op.cit., pp. 13-15

Un rápido balance sobre esas investigaciones de la exclusión social permite observar que el MIP, el IDH y el IPS son esfuerzos orientados a perfeccionar y construir medidas de déficit en términos agregados. Se trata de indicadores que no son alternativos sino complementarios, pues su valoración se realiza desde ópticas y con objetivos distintos. No se sustituyen en su capacidad analítica como tampoco en los conocimientos que cada método aporta para el diseño de estrategias de ataque a la pobreza y la exclusión.²¹

²¹ Ibid., p. 14.

No obstante, los beneficios analíticos en la construcción de estos indicadores

su capacidad explicativa se agota en la valoración de los impactos macrosociales de las carencias, no permitiendo un análisis integrado de sus diferentes formas e intensidades, como tampoco indagar sus efectos en los distintos grupos sociales ni sus implicaciones demográfico-espaciales. Estas limitaciones, que siempre deben ponderarse con sus bondades analíticas y descriptivas, evidencian la necesidad de recuperar otros conceptos que las complementen y nos permitan acceder a una comprensión global de la desigualdad social en el país.²²

En las nuevas conceptualizaciones de la marginación social, que recuperan las aportaciones teóricas y metodológicas realizadas en décadas anteriores, se define la situación de exclusión en relación a las condiciones medias en que viven y se reproducen los grupos y ciudadanos participantes de la sociedad que se estudia.

Para ese nivel de análisis, la población marginada se define como *aquella integrante de una sociedad en la que por diversas causas la organización socioeconómica y política vigente la integra en el subsistema económico (producción-distribución de bienes y servicios) pero la excluye total o parcialmente del acceso al consumo y disfrute de bienes y servicios y de la participación en los asuntos públicos.*

Así, la marginación social puede ser entendida como fenómeno estructural múltiple, que integra en una sola valoración las distintas dimensiones, formas e intensidades de ex-

²² Ibid., p. 15

clusión o no participación en el proceso de desarrollo y en el disfrute de sus beneficios.

La identificación de *dimensiones* o *planos* de la marginación, al referirse a los distintos subsistemas de la sociedad, permite tanto esclarecer la magnitud de la exclusión en cada uno de ellos como valorar su impacto global en la dinámica que produce en cada uno de los ciudadanos y grupos sociales.

Así, por ejemplo, en el subsistema educación existen formas distintas de exclusión –acceso a distintos niveles de educación– así como diversas intensidades en cada una de ellas

–población adulta sin primaria, estudios profesionales no terminados o población en edad escolar que no asiste a la escuela– que suelen tener su correspondencia con la estratificación social –niveles de ingreso de los hogares, por ejemplo– y la ubicación geográfica –medio urbano, rural–. De no proceder de esta forma, se corre el riesgo de incurrir en el absurdo de considerar como marginada únicamente a la población excluida de una manera radical.

Como puede apreciarse, una de las bondades del análisis de la marginación social a través de sus dimensiones, formas específicas e intensidades, es que proporciona una valoración unitaria del conjunto de las carencias y, a la vez, muestra un diagnóstico sobre cada una de sus dimensiones específicas. Apoyándose en el análisis multivariado, se puede observar un panorama múltiple y particular de la exclusión social y de sus implicaciones espaciales.

1.3 Aplicación de los modelos en el presente estudio de marginación

El presente estudio de marginación socioeconómica se concentró en el estudio de las dimensiones o planos socioeconómicos de la marginación social en los hogares²³ de las zonas marginadas del Distrito Federal (definidas con anterioridad en el estudio citado de los Servicios de Salud Pública del D.F., en 1995) y estima ante todo sus implicaciones espaciales. De acuerdo con el concepto de marginación social aquí referido, se construye un índice de cinco dimensiones estructurales de la marginación social, y se valoran sus intensidades en porcentajes de población no participante del disfrute y acceso a los bienes (*cuadro 3*).

Queremos insistir en que la particularidad de los indicadores para este estudio fue la inclusión de aquellos que en el entorno de la vivienda resultaban importantes para la construcción del índice a nivel hogar, pues consideramos que, además de sus condiciones, tiene importancia en este entorno urbano, la disposición de los servicios públicos de *recolección de basura, pavimentación y alumbrado público*.

La valoración integrada de las cinco dimensiones estructurales de la marginación social arrojó una medida de déficit social distinta de los indicadores de pobreza examinados. En

²³ El concepto de hogar aquí manejado es el usado por el INEGI, a saber: "Unidad doméstica formada por una o más personas unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación, es decir, que comparten un mismo gasto para la comida; una persona sola también forma un hogar." INEGI. *Glosario de términos. Censo de población y vivienda 1995*. México, 1996.

1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal

contraste con los LP y NBI, donde la unidad de análisis es hogar-insatisfacción de necesidades, aquí la unidad de referencia lo constituye la relación espacio-familia, es decir, los hogares y la población que los habita, de tal manera que la valoración de la magnitud e intensidad de la marginación tiene el objetivo de definir el perfil de sus desigualdades en el proceso de desarrollo.

Cuadro 3
Operacionalización del concepto de marginación socioeconómica

Concepto	Dimensiones	Indicadores	Indicador resumen	Grado de marginación *	
Marginación	Educación	Analfabetismo Primaria incompleta No asistencia a la escuela	Índice de marginación	Muy alto	
	Condiciones y entorno de la vivienda	Sin recolección de basura Sin pavimentación Sin alumbrado público Sin drenaje Sin agua entubada Sin cocina exclusiva Con piso de tierra Hacinamiento		Alto	
		Niveles de fecundidad		Tasa global de fecundidad estimada alta	Medio
		Indigenismo		Lengua indígena Monolingüismo	Bajo
		Aspectos económicos		Ingreso per cápita	Muy Bajo

Fuente: Programa operativo del Edusfam.

* Nota: Conceptos tomados de: *Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*, op. cit.

En consecuencia, el índice de marginación socioeconómica aquí construido reporta el *grado de marginación por hogar, no las áreas geográficas marginadas*. Señalemos, por otra parte, que las medidas y regionalizaciones que ofrecen otros indicado-

res de déficit no son excluyentes sino complementarias a las que aquí se presentan.

Finalmente, es importante subrayar que las dimensiones y formas seleccionadas para medir la intensidad de la marginación socioeconómica, facilitan la definición operativa de los estándares medios a que los ciudadanos participantes tienen acceso y cuya carencia define una situación de privación o marginación.

1.4 Descripción del proceso del estudio de marginación

En este apartado se presentan de forma resumida los procesos desarrollados durante el estudio de marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal dentro del contexto operativo de Edusfam. Se describen las acciones, los personajes participantes y la metodología estadística utilizada. Se trata de mostrar también la importancia de disponer de información pormenorizada de las condiciones socioeconómicas de las familias como base para la planeación de las intervenciones en salud.

Es importante señalar que un antecedente que sirvió de punto de partida fue el estudio realizado en 1995 por los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, donde, a partir de los datos del censo de 1990, se identificaron las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB)²⁴ de las 16 delegaciones del

²⁴ El concepto de Área Geoestadística Básica es implementado por INEGI y se define como: la unidad fundamental del Marco Geoestadístico, el cual se ajusta, en lo posible, a los límites municipales y estatales de la división político-administrativa del país. INEGI. *Fundamentos y orígenes*.

<http://mapserver.inegi.org.mx/geografia/espanol/prodysero/cartocen/cartocen.cfm?s=geo&c=1077>

Distrito Federal según su grado de marginación (*véanse cuadro B y mapa 1 del anexo 1*).

Este estudio fue el referente que ayudó a identificar y priorizar las AGEB donde operaría el Edusfam, y se definió el trabajo en aquellas con muy alta, alta y media marginación, aunque se incluyeron algunas de baja, debido a que en la actividad cotidiana se identificaron áreas con condiciones de exclusión social muy marcada.

Los resultados de este estudio arrojaron un total de 1 297 AGEB donde potencialmente estaban ubicadas 880 896 familias en condiciones de ser incorporadas al Edusfam.

El siguiente paso se dirigió a realizar el Estudio de Regionalización Operativa (ERO) cuya finalidad se orientó a la delimitación geográfica de áreas o zonas poblacionales. Esta regionalización se construyó con diferentes niveles de desagregación: estatal, delegacional, regional y microrregional. Tal desglose implicó un proceso intensivo de recorridos de campo, elaboración de croquis y la asignación detallada de códigos que nos permitió preparar la organización para el trabajo en comunidad y la sistematización de la información.

Paralelamente a estos procesos, se diseñó el instrumento de recolección de información que se levantó a nivel hogar, denominado *Cédula de Identificación de Hogares Prioritarios*, cuyo objetivo fue captar información de primera mano de los hogares y de las personas que lo conforman.

Para el entorno de la vivienda se captó información de:

- Recolección de basura
- Alumbrado público
- Pavimentación

Para las condiciones de la vivienda:

- Material de los pisos
- Disponibilidad de cocina exclusiva
- Número de cuartos
- Disponibilidad de agua
- Disponibilidad de drenaje

Y a nivel persona se obtuvo:

- Nombre
- Parentesco con el jefe de familia
- Sexo
- Edad
- Derechohabiencia
- Discapacidad (ver, oír, hablar, moverse o caminar, conducta o aprendizaje, retraso mental u otra)
- Subsidios (para alimentación, educación, vivienda, salud y otros)
- Asistencia escolar
- Analfabetismo
- Primaria completa
- Lengua indígena
- Ingresos
- Número de hijos nacidos vivos

Vale la pena destacar que este instrumento fue diseñado considerando la metodología estadística de los estudios de marginación descritos y contamos para ello con la asesoría técnica de la Dirección Regional Centro del INEGI. Insistimos en que las variables estaban orientadas a obtener el nivel de exclusión social a nivel hogar.

Así, con el estudio de marginación realizado en 1995, el estudio de regionalización operativa y la validación de la cédula, se crearon las condiciones necesarias para desplegar

las acciones en el levantamiento de información y su procesamiento en una población potencial ubicada por regiones, AGEB y microrregiones (*véase cuadro B del anexo 1*). Esto significó la definición en términos numéricos de un total de 1 200 microrregiones ubicadas en 1 001 AGEB.

Operativamente en cada microrregión se asignó una Educadora familiar para la salud encargada de desarrollar las actividades contempladas en el Edusfam.

Con objeto de hacer viable la aplicación y sistematización del modelo operativo de Programa de Educación para la Salud de la Familia,²⁵ se requirió incorporar una serie de recursos humanos cuyas características y funciones generales se describen a continuación:

Los personajes centrales en el accionar del programa, denominadas *educadoras familiares para la salud*, tuvieron como características específicas: vivir en las zonas donde operó el programa, ser mujeres, tener entre 18 y 25 años de edad y contar con escolaridad mínima de secundaria terminada.

Para garantizar en lo posible la incorporación de los mejores recursos comunitarios al Programa, se incluyeron inicialmente a 3 000 educadoras, cuya actividad fundamental fue la de aplicar la *Cédula de Identificación de Hogares Prioritarios*, instrumento básico para el análisis de las condiciones de marginación familiar del Distrito Federal.

²⁵ El modelo operativo del Edusfam se describe con más detalle en Omaña Mendoza, Enrique y Francisco Mendoza Diez, "Educación para la salud en familias marginadas de la Ciudad de México", en Mariano García Viveros (coord.), *Modelos para la implantación de proyectos productivos, de salud y educación en América Latina*, México, Fundación Mexicana para la Salud, Fundación GlaxoSmithKline, Organización Panamericana para la Salud, 2002, p. 111.

A través de evaluaciones sistemáticas se seleccionaron 2 000 educadoras para la ejecución de la siguiente fase del programa, que consistió en la detección y atención de riesgos y daños a la salud a través de la visita familiar y actividades educativas específicas. Finalmente, se evaluaron y seleccionaron las 1 200 educadoras mejor calificadas quienes se incorporaron a un proceso paulatino de profesionalización técnica.²⁶

Para dar sustento técnico y administrativo a los procesos de selección, capacitación y operación del programa, se incorporaron otros personajes: 103 *capacitadores en servicio*, cuyo perfil era un profesional de la salud, con experiencia en trabajo de campo y capacitación de recursos humanos, con nivel de licenciatura. Los *capacitadores en servicio* coordinaban el trabajo de las educadoras (un capacitador en servicio por cada 30, 20 o 10 educadoras según las diversas fases de implementación del programa).

Los capacitadores fueron dirigidos y asesorados por 11 *coordinadores regionales* (un coordinador por cada diez capacitadores), los cuales contaban con perfiles profesionales de maestría y experiencia en la operación de servicios de salud.

Finalmente, en la Coordinación General del Edusfam se contó con un equipo interdisciplinario conformado por profesionales en los campos de Salud Pública, Estadística, Antropología Social, Informática y Formación de recursos hu-

²⁶ A la fecha de esta publicación, las educadoras que continuaron en el Programa tienen título profesional de *Técnicas en Atención Primaria a la Salud* otorgado por Conalep y algunas se formaron como licenciadas en Gerontología y en Promoción de la Salud.

manos quienes tuvieron la tarea del diseño, planeación y evaluación del Programa.

La titánica labor de aplicación de la cédula por parte de las Educadoras inició en diciembre de 1998 y concluyó en junio de 1999, es decir, tomó aproximadamente siete meses de trabajo de campo intensivo, que incluyó recorridos para la elaboración de croquis, numeración de manzanas y viviendas y, por supuesto, su aplicación hogar por hogar.

Se generaron las bases de datos para capturar la información recabada. Este proceso nuevamente se realizó en coordinación con el INEGI, a través de la misma Dirección Regional Centro, cuya experiencia e invaluable apoyo aseguraron rapidez y confiabilidad en el control de información.

El nivel de desagregación de la información disponible par-tía desde la delegación, microrregión, AGEB, manzana, hogar y, finalmente, las personas. De tal manera que la relevancia de los datos recolectados no se debía exclusivamente a su grado de detalle, sino también su oportunidad, pues no existía información semejante en ese momento en las áreas del gobierno de la ciudad. Lo que más se hubiera acercado –hasta 2001– eran los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2000, y los datos a nivel AGEB no se liberarán aproximadamente hasta 2003, y es necesario mencionar que dicha información censal nunca se publica a nivel nominal.

Antes de iniciar con el cálculo de los indicadores y la construcción del índice de marginación socioeconómica, así como de su clasificación, las bases de datos fueron sometidas a una evaluación que determinara la veracidad y validez de la información que se estaba manejando, todo esto se hizo en la coordinación general del Edusfam.

Una vez validada, se realizó el trabajo de análisis estadístico para la generación de los índices de marginación. Posteriormente se instaló en las computadoras de los centros de salud cabeceras de región la información de cada una de las familias de su área de influencia junto con las aplicaciones informáticas diseñadas.

La primera etapa del Edusfam terminó en este punto; sin embargo, se desarrolló todo un proceso de seguimiento y evaluación de las condiciones de riesgos para la salud de las familias identificadas, priorizando aquellas con condiciones de Muy alta y Alta marginación.

Para este propósito se creó otro instrumento denominado *Identificación de Riesgos para la Salud*, el cual contenía 129 preguntas que exploraban algunos de los riesgos para la salud de acuerdo con la siguiente temática:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Saneamiento básico familiar. | 10. Salud bucal |
| 2. Manejo de agua y alimentos | 11. Hipertensión arterial |
| 3. Control de fauna | 12. Diabetes Mellitus |
| 4. Accidentes | 13. Adicciones |
| 5. Infección respiratoria aguda | 14. Cáncer cérvico-uterino y mamario |
| 6. Enfermedades diarreicas | 15. Planificación familiar |
| 7. Inmunizaciones | 16. Salud sexual |
| 8. Vigilancia nutricional | 17. Dinámica e integración familiar |
| 9. Control prenatal | |

No quisiéramos cerrar este esbozo general del Edusfam sin describir brevemente algunos logros alcanzados: se estudió un total de 668 632 hogares y, según grado de marginación socioeconómica, se identificaron 24 311 (3.63%) con grado de

marginación Muy alto; 140 326 (20.98%) con grado Alto y 503 995 (75.37%) con grado Medio.²⁷

El total de personas incluidas en el estudio fue 2 857 480, de las cuales 1 459 840 eran mujeres y 1 397 640 hombres.

En cuanto a las variables exploradas de vivienda y su entorno, se encontró que existían:

- 14 006 hogares que no disponían del servicio de recolección de basura.
- 90 823 hogares que no contaban con servicio de drenaje conectado a la red pública.
- 29 563 hogares que no contaban con servicio de agua potable.

En estos tres breves ejemplos, destaca el alto número de hogares en la Ciudad de México que adolecían de la falta de servicios públicos, lo que nos permitió observar de manera directa las condiciones de exclusión de esta población.

En cuanto a las características de las personas se identificaron:

- 109 883 personas que manifestaron tener algún tipo de discapacidad.
- 19 883 niños entre 6 y 14 años que no asistían a la escuela.
- 94 894 personas mayores de 15 años que no sabían leer ni escribir.
- 214 511 personas mayores de 15 años que no terminaron la educación primaria.
- 121 639 mujeres jefas de familia, de ellas 37 322 no contaban con ingreso económico regular.

²⁷ Véase siguiente apartado, donde se describen los grados de marginación.

- El grupo de adolescentes estaba constituido por casi 500 mil jóvenes y alrededor de 16 mil eran mujeres con hijos.

En la identificación de riesgos para la salud, (segundo instrumento cuantitativo aplicado) se obtuvieron los siguientes resultados:

- En el apartado *manejo de agua y alimentos* encontramos 20 438 familias que consumían el agua sin ningún tipo de tratamiento previo (hervir, clorar o uso de filtros).
- En el control de *fauna doméstica* 121 831 hogares decía tener perro y/o gatos; de éstos, 7 817 manifestaron no tenerlos vacunados.
- De los riesgos potenciales de *accidentes en el hogar*, llamó la atención la existencia de 36 692 viviendas con escaleras, pasillos volados o azoteas sin barandal; de los riesgos *fuera de la vivienda* más de 18 mil familias vivían en zonas de deslave, ríos o canales.
- En lo relativo a los *riesgos potenciales de padecer alguna enfermedad específica* encontramos que 47 096 madres de familia con hijos menores de 5 años desconocían las medidas preventivas contra la diarrea y 61 829 no identificaba las señales de alarma que ponen en peligro la vida de los niños cuando enferman de diarrea.
- En materia de *salud perinatal* se identificó que más de 189 mil mujeres entre 12 y 49 años de edad que tuvieron algún embarazo, de los cuales 28 276 terminaron en aborto.
- De la población adolescente entre 12 y 19 años de edad, 35 482 reconoció tener amigos con alguna *adicción*.

1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal

- En la exploración de algunos aspectos de la dinámica familiar, se identificaron 32 035 familias que manifestaron algún tipo de *violencia familiar*.
- En materia de *salud sexual* más de 100 mil personas mayores de 12 años dijeron no haber recibido nunca información al respecto; 174 171 respondieron haber iniciado su vida sexual antes de los 20 años y 12 681 mencionaron haber tenido más de una pareja sexual.

Paralelamente se iniciaron las acciones de intervención por parte de las educadoras en cada familia visitada, así como la referencia de personas a las unidades de salud y otros servicios sociales. Aquí destaca la ejecución de más de 1.7 millones de actividades educativas; entre ellas, la capacitación a personas, la orientación y las referencias fueron las más numerosas. Las dotaciones se refirieron básicamente a la entrega de complementos alimenticios a embarazadas y niños menores de 5 años (*cuadro 4*).

Cuadro 4
Número de actividades educativas por tipo de intervención

Tipo de intervención	Número
Atención	110 104
Capacitación	432 007
Detección	6 402
Orientación	715 013
Promoción	80 755
Referencia	237 790
Dotación	137 814
Total	1 719 885

En cuanto a las técnicas educativas utilizadas, la conversación educativa fue la más utilizada por las Educadoras durante su trabajo de campo; las pláticas se usaron en menor medida. Para la realización de los sociodramas se requería de una preparación previa y de trabajo en equipo (*cuadro 5*).

Cuadro 5
Número de técnicas educativas empleadas

Técnica educativa	Número
Conversación educativa	208 786
Demostración	13 340
Lluvia de ideas	18 819
Sociodrama	4 148
Pláticas	62 934

Con respecto a los materiales educativos empleados, destacó el uso del rotafolio, lo que requirió del trabajo conjunto de educadoras y capacitadores (*cuadro 6*).

Cuadro 6
Materiales educativos utilizados

Tipo de material	Número
Tripticos	70 468
Folletos	25 657
Volantes	28 597
Carteles	4 316
Rotafolio	83 989
Periódico mural	785

Las actividades desarrolladas por las educadoras según este modelo educativo se capturaban y procesaban en sistemas informáticos diseñados en la coordinación del Edusfam; generadas las bases de datos permitían darle seguimiento al trabajo con las familias en cada centro de salud, con la posibilidad de consulta en intranet y el trabajo sistemático enfocado a la educación para la salud y la intervención de los riesgos encontrados.

Aquí quisiéramos hacer una importante anotación: el trabajo del Programa se truncó en el año 2000, producto de los cambios en la esfera del Gobierno del Distrito Federal; las educadoras permanecen en la actualidad pero el planteamiento inicial del Edusfam se dio por terminado.

Se diseñó entonces un proyecto exclusivo para adultos mayores, consolidándose en 2006 con la creación del Instituto de Atención al Adulto Mayor.

1.5 Metodología Estadística²⁸

Presentaremos brevemente la metodología estadística utilizada para la generación de los índices y grados de marginación socioeconómica de los hogares incluidos en el Edusfam. Sin llegar a un nivel de rigurosidad y especificidad que se pudiera encontrar en manuales estadísticos, trataremos de poner énfasis en los aspectos de relevancia considerados para seleccionar las técnicas aplicadas.

Las unidades de observación para definir los índices de marginación, fueron los hogares ubicados en los AGEB de Muy alta, Alta y Media marginación del Distrito Federal, como ya se mencionó.

El trabajo de recolección de datos resultó en un conjunto de *microcensos*, de tal manera que no se aplicó ninguna técnica de muestreo, pues la información incluyó a la totalidad de hogares de esos AGEB.


El trabajo toma como marco de estudio los hogares pertenecientes a cada delegación por separado.

Para la construcción del *Índice de marginación*, se generaron quince indicadores, ocho de ellos para medir las condiciones de vivienda y su entorno. Es importante anotar, que los primeros siete indicadores estaban medidos en escala


²⁸ El análisis estadístico para el Estudio de Marginación fue desarrollado por los actuarios María Consuelo Escamilla Núñez y Miguel Ángel Mejía Tapia.

ordinal con varias categorías, razón por la cual a cada modalidad se le asignó un peso específico (del 1 al 100), en función de los riesgos a la salud.


Indicador 1: Recolección de basura

La basura de esta vivienda:	Clave	Valoración (de 0 a 100)	Icono
¿La tiran a la calle o a un terreno baldío?	1	100	
¿La tiran en la barranca o grieta?	2	90	
¿La tiran en el río, lago o canal?	3	90	
¿La queman o la entierran?	4	80	
¿La depositan en contenedor o depósito?	5	30	
¿El camión o carrito que recoge la basura pasa regularmente?	6,1	0	
¿El camión o carrito que recoge la basura no pasa regularmente?	6,0	40	


Indicador 2: Alumbrado público

¿En la calle, avenida, callejón, carretera o camino en que se encuentra esta vivienda se dispone de alumbrado público?	Clave	Valoración (de 0 a 100)	Icono
Sí	1	0	
No	0	100	


Indicador 3: Pavimentación

¿En la calle, avenida, callejón, carretera o camino en que se encuentra esta vivienda está pavimentada o con algún otro recubrimiento como cemento, adoquín o baldosas?	Clave	Valoración (de 0 a 100)	Icono
Sí	1	0	
No	0	100	

Indicador 4: Calidad de los pisos


¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?	Clave	Valoración (de 0 a 100)	Icono
Tierra	1	100	
Cemento o firme	2	25	
Madera, mosaico u otros recubrimientos	3	0	

Indicador 5: Cocina


¿Esta vivienda tiene un cuarto para cocinar? (pregunta filtro) En el cuarto donde cocinan, ¿también duermen?	Clave	Valoración (de 0 a 100)	Icono
No, -	0, -	100	
Sí, No	1,0	0	
Sí, Sí	1,1	100	

1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal


Indicador 6: Disponibilidad de agua

Los ocupantes de esta vivienda disponen de agua entubada	Clave	Valoración (de 0 a 100)	Icono
Dentro de la vivienda	1	0	
Fuera de la vivienda pero dentro del terreno	2	35	
De llave pública o hidrante	3	75	
No disponen de agua entubada	4	100	

Indicador 7: Disponibilidad de drenaje


Esta vivienda tiene drenaje o desagüe de aguas sucias	Clave	Valoración (de 0 a 100)	Icono
A la red pública	1	0	
A una fosa séptica	2	25	
A un hoyo negro	3	60	
A una tubería que va a dar a una barranca o grieta	4	60	
A una tubería que va a dar a un río o lago	5	70	
No tiene drenaje	6	100	

Indicador 8: Habitantes por Cuarto


Indicador	Icono	Nombre	Fórmula
Promedio de habitantes por cuarto		Hacinamiento	Número de habitantes en la vivienda
			Número de cuartos en la vivienda

Los otros 7 indicadores estaban enfocados a medir características de las personas y se construyeron con las fórmulas que se describen:


Indicador 9: Porcentaje de personas entre 6 y 14 años en el hogar que no asisten a la escuela

Icono	Nombre	Fórmula
	Escuela	$\frac{\text{Número de niños que no asisten a la escuela}}{\text{Número de niños entre 6 y 14 años de edad}} \times 100$


Indicador 10: Porcentaje de personas con 15 años cumplidos ó más, analfabeta en el hogar.

Icono	Nombre	Fórmula
	Leer	$\frac{\text{Número de personas que no saben leer}}{\text{Número de personas de 15 años cumplidos o más}} \times 100$


Indicador 11: Porcentaje de personas con 15 años cumplidos ó más, que no terminaron la primaria en el hogar

Icono	Nombre	Fórmula
	Primaria	$\frac{\text{Número de personas que no terminaron la primaria}}{\text{Número de personas de 15 años cumplidos o más}} \times 100$


Indicador 12: Porcentaje de personas con 5 años cumplidos ó más que hablan por lo menos una lengua indígena en el hogar

Icono	Nombre	Fórmula
	Lengua indígena	$\frac{\text{Número de personas que hablan alguna lengua indígena}}{\text{Número de personas de 5 años cumplidos o más}} \times 100$


Indicador 13: Porcentaje de personas con 5 años cumplidos ó más en el hogar que hablan por lo menos una lengua indígena y no hablan español

Icono	Nombre	Fórmula
	Monolingüe	$\frac{\text{Número de personas que hablan lengua indígena y no hablan español}}{\text{Número de personas de 5 años cumplidos o más}} \times 100$

Indicador 14: Ingreso mensual per cápita calculado para las personas con 5 años cumplidos o más por hogar

Icono	Nombre	Fórmula
	Ingreso	$\frac{\text{Ingreso mensual total del hogar}}{\text{Número de personas que constituyen el hogar}}$

Indicador 15: Promedio de hijos que tendrían las mujeres del hogar al final de su vida reproductiva (se calcula para mujeres entre 12 y 49 años y es un valor esperado)

Icono	Nombre	Fórmula
	TGF (Tasa Global de Fecundidad)	$\frac{\text{La suma de la TGF por hogar}}{\text{Número de mujeres en edad fértil (12 a 49 años)}}$ Donde TGF=[(Número de hijos nacidos vivos) * (39)] / (Años de exposición). Años de exposición = edad de la mujer - 11

Una vez definidos y construidos los 15 indicadores –los cuales se conformaron así para trabajar con variables cuantitativas y en escala de razón–, se decidió utilizar una técnica estadística multivariada denominada Análisis de Componentes Principales.

1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal

Esta técnica permitió consumir el objetivo del Edusfam para el manejo de la información cuantitativa, pues la finalidad era resumir información. Es decir, se quería construir una nueva variable o índice a partir de los 15 indicadores con el fin de poder identificar y priorizar a los hogares marginados de cada delegación.

Esta técnica nos permitió disminuir dimensión a través de la generación de cuatro índices que representaron más de 70% de la información captada (*cuadro 7*).

Cada uno de los indicadores se relacionó con cada componente principal, pero con diferente grado de intensidad. Es importante resaltar que todos los indicadores contribuyeron poco o mucho en cada uno de los componentes resultantes, pero fueron los indicadores de pesos más altos en un componente los que más información aportaron al componente correspondiente.

Cuadro 7
Porcentaje de la varianza explicada de los índices
definidos por delegación

Índice	% acumulado de la Varianza
Álvaro Obregón	72.8690
Azcapotzalco	73.0662
Benito Juárez	72.3158
Coyoacán	72.8259
Cuajimalpa	78.7440
Cuauhtémoc	71.2729
Gustavo A. Madero	72.6176
Iztacalco	71.7449
Iztapalapa	74.1020
Magdalena Contreras	78.5373
Miguel Hidalgo	72.8249
Milpa Alta	75.8007
Tláhuac	73.5413
Tlalpan	73.4393
Venustiano Carranza	72.9137
Xochimilco	73.9180

En el *cuadro 8* se muestra cómo quedaron constituidos los cuatro índices para cada delegación. Es importante mencionar que son característicos al interior de cada una de ellas, por lo que los resultados no son comparables entre las delegaciones.

Cuadro 8
Resultados del análisis de factores por delegación

Delegación Política	Índice 1	Índice 2	Índice 3	Índice 4
G. A. Madero	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina
Azcapotzalco	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina
Iztacalco	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento
Coyoacán	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena
Alvaro Obregón	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina
M. Contreras	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento • Agua 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena
Cuajimalpa	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena
Tlalpan	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena
Iztapalapa	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena
Xochimilco	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena
Milpa Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena
Tláhuac	<ul style="list-style-type: none"> • Pavimento • Alumbrado • Drenaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina
Miguel Hidalgo	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento
Benito Juárez	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • T.G.F. • Hacinamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Basura
Cuauhtémoc	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Drenaje • Agua 	<ul style="list-style-type: none"> • T.G.F. • Hacinamiento
V. Carranza	<ul style="list-style-type: none"> • Leer • Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Monolingüismo • Lengua indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento • Cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado • Pavimento

De acuerdo con el cuadro, los indicadores que más peso tuvieron en cada índice fueron la condición de analfabetismo y primaria inconclusa, que están presentes en diez delegacio-

nes como primer índice; esto nos lleva a confirmar el supuesto de que las condiciones de marginación están directamente relacionadas con el déficit en educación.

Otro elemento a destacar es que los indicadores de lengua indígena están presentes dentro de algún índice, en todas las delegaciones, lo que nos obliga a pensar en modelos de atención a esa población con franca desventaja por su condición de origen.

1.6 Generación de un índice único de marginación

Con el Análisis de Componentes Principales se obtuvieron índices de marginación de acuerdo con el significado conceptual de cada uno; es decir, se observó una relación lógica en los agrupamientos de los indicadores para formar cada componente o índice. En conjunto, los índices ayudaron a calificar a cada uno de los hogares de cada delegación, debido a que cada uno aporta características específicas de marginación.

Sin embargo, el objetivo del Edusfam iba más allá, ya que se deseaba tener una mayor cobertura y poder considerar más de un aspecto para priorizar a los hogares, se realizó una combinación lineal ponderada por el porcentaje de variabilidad explicada por los componentes principales, para la obtención de un índice único por hogar que para nuestros fines se denominó *Índice general de marginación*, el cual fue la base para la agrupación de los hogares en cada delegación, el cual se construyó de la siguiente forma:

$$IGM = \sum_{i=1}^4 [\text{Índice}_i * \text{Var}(\text{Índice}_i)]$$

El IGM fue sí el índice que permitió identificar a los hogares más necesitados del Distrito Federal.

Para fines del Edusfam fue conveniente agrupar los hogares con respecto a su grado de marginación, por lo que se recurrió al *análisis de conglomerados*, otra de las técnicas estadísticas multivariadas, a fin de formar grupos de hogares, distintos entre sí pero con características muy parecidas dentro de cada grupo.

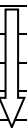
En el análisis de conglomerados se utilizó el método de las K-medias, cuyo como objetivo es realizar una partición de individuos en K-grupos, donde K es el número que debe ser fijado a priori. En su versión más simple, el proceso está compuesto de estos tres pasos:

1. Particiona los elementos en K grupos iniciales.
2. Se procede a través de la lista de elementos, asignando un elemento al grupo cuyo centroide (media) está más cerca (la distancia es usualmente calculada usando la distancia euclidiana con observaciones simples o estandarizadas), se recalcula el centroide para el grupo que recibe el nuevo elemento y para el grupo que pierde el elemento.
3. Repite el paso 2 hasta que ninguna reasignación más tenga lugar.

En lugar de empezar con una partición de todos los individuos en k grupos preliminares, en el paso 1, se puede especificar k centroides iniciales (puntos semilla) y entonces se procede al paso 2. La asignación final de los elementos a los grupos depende de la partición inicial o de la selección inicial de puntos semilla. La experiencia sugiere que la mayoría de los cambios fuertes en asignación ocurra en el primer paso de la reasignación.

1. La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal

El análisis de conglomerados se aplicó a los hogares utilizando como variable el índice general de marginación obtenido del análisis de componentes principales. Se utiliza para conglomerar el método de las k-medias con $k=3$. En particular en este estudio se clasificaron a los hogares en tres grupos denominados: Muy alta, Alta y Media marginación, dependiendo del nivel de carencia de cada uno de los grupos.

	Factor ₁	Factor ₂	...	Factor	Índice de marginación de mayor a menor	Clasificación del índice de marginación
Hogar ₁						Muy alta
Hogar ₂						⋮
Hogar ₃						Alta
⋮						⋮
Hogar _n						Media

Puede resultar que al hacer las clasificaciones quedaran grupos con muy pocos datos, esto se debe a que las características que los hacen diferentes no tienen nada en común con el resto de la población.

Podemos describir sintéticamente la clasificación de los grados de marginación, de la siguiente manera:

La población de Muy alta marginación es aquella que *tiene deficiencias en todos o casi todos los factores resultantes*.

La de Alta marginación es la que *tiene problemática en alguno de los factores más importantes además de cualquier otro*.

La de Media marginación es la que *tiene rezagos en algunos factores, pero tiene las condiciones indispensables para vivir*.

Cabe recordar que estos grados valoraron a los hogares que ya de por sí se encontraban en áreas consideradas desde el principio del estudio con algún nivel de marginación, de tal manera que podemos afirmar que *son los más relegados dentro de los marginados*.

2. Envejecimiento

*No hay cortesía o derecho para aquel que llega a viejo,
se nos trata desde lejos con hipócrita respeto.
No me quieren dar trabajo, no me quiero mendigando,
con el seguro social, no niño, pa' vivir de vaina alcanza
y entre éstas cuatro paredes presiento la muerte llegando.*
Rubén Blades. *Carmelo, después.... Maestra vida*

De los grupos poblacionales, quienes más padecen vivir en condiciones de marginación socioeconómica son, sin duda, los ancianos. El rápido aumento de la población adulta mayor en el país y en particular en la Ciudad de México, es un factor que ha influido en que muchos de ellos se encuentren en situaciones de vida complejas, cuyo abordaje requiere de enfoques multidisciplinarios.

El tema del envejecimiento ha tenido un desarrollo importante en las últimas tres décadas en el país. Se han propuesto diversas alternativas metodológicas para su estudio. Un punto importante de partida fueron indudablemente los estudios demográficos, que dieron cuenta de la problemática que significaría el envejecimiento poblacional.

En este capítulo se abordan cuatro vertientes de análisis que han predominado para el estudio del envejecimiento a manera de marco general.

2.1 Vertiente financiera

La primera de ellas fue la desarrollada desde el punto de vista económico y actuarial, para plantear las crisis financieras de las pensiones y las jubilaciones en el país. Las dificul-

tades para el financiamiento en los sistemas de pensiones dieron la pauta para pensar el fenómeno del envejecimiento como un problema sentido. Los estudios actuariales expusieron las deficiencias económicas para mantener el régimen de pensiones como venía operando. Tales estudios orientaron las modificaciones a la Ley del IMSS en 1997 y una década más tarde surgieron los cambios a la Ley del ISSSTE, en 2007. Como lo menciona Roberto Ham:

[...] a partir del 1º de julio de 1997, el IMSS ha aplicado una reforma al sistema de jubilación que sigue de cerca las propuestas del modelo chileno para el financiamiento de las pensiones. De ser un régimen que en la práctica funcionaba como un esquema de reparto con beneficios definidos, ha pasado a ser un sistema de ahorro individual con contribuciones definidas, manejado en empresas financieras y compañías aseguradoras del sector privado.²⁹

Este sistema basado en Afores (Administradoras de Fondos para el Retiro), también operará en el ISSSTE en 2010 cuando el Pensionisste deje de manejar las cuentas individuales de los trabajadores (artículo vigésimo quinto transitorio de la Ley del ISSSTE).

En términos reales, esta situación encendió los focos rojos a partir de la década de 1970 en el país, pues como se observa en el *cuadro 9* y la *gráfica 1*, la esperanza de vida al nacer tiene un ascenso importante en esos años, por lo que sitúa

²⁹ Ham Chande, Roberto, *El envejecimiento en México. El siguiente reto de la transición demográfica*, México, El Colegio de la Frontera Norte/Porrúa, 2003, p. 229.

a la población con más número de años para merecer una pensión o jubilación.³⁰

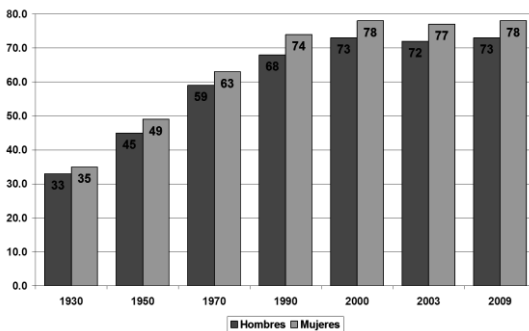
Por decirlo de manera más clara, hoy los viejos viven más tiempo y son más numerosos que antes, lo que requerirá de mejores financiamientos para costearles la vida, ya que antes se morían muy cerca de los 60 años de edad y la cantidad de viejos pensionados era menor.

Cuadro 9
Esperanza de vida al nacimiento en México, 1930-2009

	1930	1950	1970	1990	2000	2003	2009
Hombres	33	45	59	68	73	72	73
Mujeres	35	49	63	74	78	77	78
Total	34	47	61	71	75	75	75

Fuente: INEGI. Cuéntame. Esperanza de vida. (Disponible en <http://cuentame.inegi.gob.mx/impresion/poblacion/esperanza.asp>)

Gráfica 1
Esperanza de vida al nacer según sexo, 1930-2009



Fuente: Cuadro 11.

³⁰ Si se compara con años anteriores, destaca que en 1980 la cobertura era 45.9% de la población con pensión o jubilación asignada, y en 2000 descendió a 20.26%. Díaz-Tendero Bollain, Ana. *La teoría de la economía política del envejecimiento. Un nuevo enfoque para la gerontología social en México*, México, El Colegio de la Frontera Norte. 2012, p. 180.

2.2 Vertiente demográfica

Otro tipo de enfoque que ha proliferado para el análisis del fenómeno de envejecimiento es demográfico, orientado por los cambios en la población del país durante la segunda mitad del siglo XX y etiquetado como transición demográfica. Definida esta transición por el paso de altas tasas de natalidad y mortalidad hacia su disminución considerable, puso en el terreno de las discusiones teóricas el fenómeno del envejecimiento de la población. Resalta la acumulación en términos absolutos y relativos de las personas en edad avanzada; en otras palabras, estos cambios demográficos han llevado a un gradual envejecimiento de la población.

De acuerdo con el INEGI, para el periodo 1930-2000:

El importante descenso de la fecundidad y la mortalidad se traduce en la evolución del volumen y el ritmo de crecimiento de la población y también provoca cambios en la estructura por edad de la misma. Lo anterior se observa en la disminución de la población entre 15 y 19 años. De igual manera se traduce en un aumento en el volumen y porcentaje de población que supera los 65 años de edad. Estos cambios evidencian que la población mexicana, a pesar de presentar una estructura joven, ha comenzado un proceso de envejecimiento.³¹

En el *cuadro 10* y la *gráfica 2* se ilustran de manera sintética algunos indicadores de esa transición demográfica. Tomamos la selección de los años del siglo XX usando los criterios del maestro Ham³² definidos a partir de ciertos acontecimientos históricos que marcaron la pauta de los cambios demográfi-

³¹ INEGI, *Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000)*, México, 1998.

³² Ham, op. cit., p. 23.

cos. De la sinopsis que presenta el autor y que denomina como *un siglo de cambios rumbo al envejecimiento*, concluye que hasta el año 2000 no se ha logrado resolver problemas propios del subdesarrollo, sino al contrario, ha desembocado en crisis, particularmente en las variables de tipo socioeconómico. Destaca entre otros aspectos, que “la transición demográfica se ha iniciado ya adentrado el [siglo XX] y todavía aguardan cambios profundos antes de que el esquema se complete”.³³

Cuadro 10
Indicadores* de la transición demográfica en el país, 1900-2050

Año	Acontecimiento	Población /1	Tasa natalidad /2	Tasa mortalidad /2	% pobla- ción 65 y más años
1900	Inicio del siglo XX	13.6	46.2	33.1	2.2
1910	Principio de la Revolución	15.6	41.9	47.4	2.4
1921	Fin de la Revolución	14.9	44.8	27.6	3.6
1930	Inicio de la estabilidad política	16.9	44.0	24.4	2.6
1940	Caída notable de la mortalidad	20.3	44.6	20.3	2.8
1960	La cúspide de la fecundidad	35.6	44.3	10.1	3.3
1970	Descenso de la fecundidad	49.7	42.0	7.9	3.4
2000	Fin del siglo XX	99.2	24.5	4.9	4.6
2010	Década de gobiernos democráticos	111.7	17.8	5.0	6.0
2020		121.8	15.7	5.6	8.1
2030		130.3	13.6	6.6	11.7
2040		132.8	11.9	8.1	18.9
2050		132.4	11.1	9.8	24.6

Fuentes: Ham, Roberto, *op. cit.*, pp. 23, 35; Conapo. *Indicadores demográficos básicos, 1990-2050*.
www.conapo.gob.mx

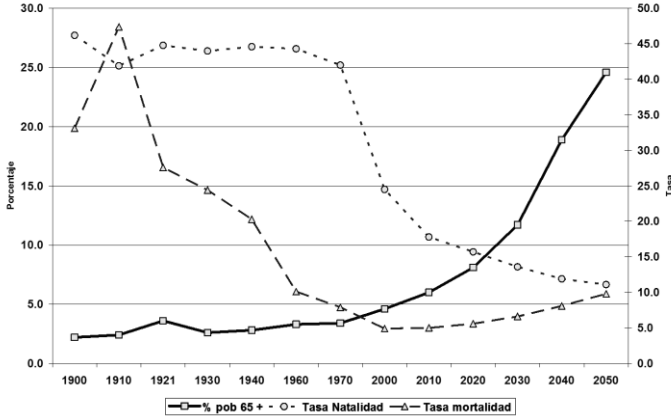
* Nota: Población total, tasa de natalidad, tasa de mortalidad y porcentaje de población de 60 años y más).

1/ En millones

2/ Tasa por mil habitantes

³³ Ham, *op. cit.*, p. 33.

Gráfica 2
Algunos indicadores de la transición demográfica en el país, 1900-2050



Fuente: Cuadro 12.

Esta situación obedece, sin duda, al carácter vertiginoso de las transformaciones demográficas en el país.

Ya como componente reconocido de la transición demográfica, el grado de envejecimiento toma la velocidad y las inercias de ésta. Así, si se toma como medida de envejecimiento de una población al porcentaje de personas en el grupo {65+}, es interesante observar que mientras que a los países europeos les tomó más de dos siglos ir de 5 por ciento que tenían hacia la mitad del siglo XVIII a 16 por ciento que tenían al final del siglo XX, en México este recorrido se hará en menos de 40 años.³⁴

³⁴ Ham, *op.cit.*, p. 41.

2.3 Vertiente epidemiológica

Otro enfoque de análisis es el epidemiológico, donde también los cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad atrajeron la atención del fenómeno del envejecimiento. La reducción de las tasas de mortalidad infantil, los cambios en las tasas de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, orientaron la visión hacia los complejos y variados problemas de salud que implican el llegar a viejo.

El panorama epidemiológico a edades avanzadas se viene caracterizando por el dominio de enfermedades crónico-degenerativas preponderantemente, seguidas por las de tipo metabólico, con una participación menor, aunque no menos importante, de las de tipo infecciosas, además de ir en franca ascendencia los accidentes y aquellas de tipo incapacitante, lo que significaría llegar a anciano en condiciones de mucha desventaja (*cuadro 11*).

Lo importante a destacar de este horizonte de mortalidad es el dominio que tienen las enfermedades crónicas y metabólicas sobre las infectocontagiosas y resaltar que el rubro de accidentes se coloca entre las 10 principales causas de muerte desde 2000 a 2007. Se trata en su mayoría de padecimientos prevenibles o controlables que dependen de las condiciones y estilos de vida, definición de roles familiares, modelos de servicios asistenciales y de salud.

Cuadro 11
Evolución de las principales causas de defunción
en personas de 65 y más años, República Mexicana, 2000-2007
(Orden que ocupan en cada año)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Enfermedades del corazón	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°
Tumores malignos	2°	2°	3°	3°	3°	3°	3°	3°
Diabetes mellitus	3°	3°	2°	2°	2°	2°	2°	2°
Enfermedades cerebrovasculares	4°	4°	4°	4°	4°	4°	4°	4°
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	5°	5°	5°	5°	5°	5°	5°	5°
Enfermedades del hígado	6°	6°	6°	6°	6°	6°	6°	6°
Influenza y neumonía	7°	7°	8°	7°	7°	7°	7°	7°
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	8°	9°	9°	9°	9°	9°	10°	9°
Accidentes	9°	8°	7°	8°	8°	8°	8°	8°
Bronquitis crónica y la no especificada y enfisema	10°	10°	10°	10°	11°	11°	11°	11°
Insuficiencia renal	11°	11°	11°	11°	10°	10°	9°	10°
Úlceras gástrica y duodenal	12°	12°	12°	13°	13°	13°	13°	14°
Anemias	13°	13°	13°	12°	12°	12°	12°	12°
Enfermedades infecciosas intestinales	14°	14°	14°	15°	15°	15°	15°	15°
Septicemia	15°	15°	15°	14°	14°	14°	14°	13°
Tuberculosis pulmonar	16°	16°	16°	16°				
Infecciones respiratorias agudas	17°	17°	17°	17°	16°	16°	16°	19°
Poliartropatías inflamatorias	18°	19°	19°	19°	20°	20°		18°
Aterosclerosis	19°							
Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	20°	18°	18°	20°	17°	19°	18°	17°
Síndrome de dependencia del alcohol		20°						
Colelitiasis y colecistitis			20°	18°	18°		20°	
Enfermedad de Alzheimer					19°	17°	17°	16°
Enfermedad de Parkinson						18°	19°	

Fuente: Elaboración propia con base en las tablas de defunción publicadas por la Secretaría de Salud, <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#defunciones>

Asimismo, llama la atención el ascenso de la enfermedad de Alzheimer en las causas de muerte en los ancianos, en un lapso de cuatro años pasa del lugar 19 al 16.

El avance en el conocimiento de las patologías y la metodología de enfoque de riesgo deberían proporcionar los elementos que ayuden a llegar a viejo en condiciones menos deterioradas y con mejores posibilidades de bienestar.

Evidentemente, el panorama no es sencillo. En los modelos de abordaje médico-asistencial existen indefiniciones sobre los límites que existen entre el envejecimiento y la enfermedad; así, mientras el envejecimiento es un proceso natural y biológico, de deterioro lento y progresivo, "...este mismo proceso puede ser entendido como enfermedad o como envejecimiento, dependiendo si afecta tejidos, órganos o sistemas inherentes".³⁵

Por otra parte, el modelo de atención a los adultos mayores es el mismo que permea en todo el sistema de salud. Tiene una visión marcadamente curativa, por lo que, al priorizar la atención de la enfermedad está lejos de orientar acciones hacia la prevención y enfocada al riesgo. Gutiérrez y Moncada ya lo advierten:

Un componente crítico del sistema es el nivel de atención primaria donde en su gran mayoría son atendidos. Los viejos que viven en áreas aisladas son los que menos acceso tienen a la asistencia médica. Las desigualdades en el riesgo de enfermarse y morir corresponden a desigualdades en la distribución del ingreso. Las nuevas políticas de salud tendrán que reconocer-

³⁵ Garrido Latorre, Francisco, *et al.*, "Epidemiología del envejecimiento en México", en Consejo Nacional de Población, *Envejecimiento demográfico en México. Por una sociedad para todas las edades*, México, 1999, p. 265.

lo. En este contexto además, la medicina preventiva sigue siendo importante para limitar el impacto de factores de riesgo como la contaminación ambiental, el tabaquismo, el sedentarismo, la violencia, los problemas de salud mental, la dieta inadecuada, los accidentes automovilísticos y el abuso de drogas.³⁶

Otro factor que ha influido en el modelo asistencial es el referente a la orientación excesiva de la especialización en la medicina, fragmentando su enfoque en aparatos y sistemas, por órganos y enfermedades.

El abordaje diagnóstico y terapéutico eficaz del adulto mayor es imposible sin una visión holística y globalizadora que reconozca la diversidad de los estados de salud posibles, la multicausalidad de sus orígenes y la necesaria intervención interdisciplinaria en su atención.³⁷

La demanda de los servicios de salud por los viejos se incrementó notablemente entre 2000 y 2007. Ello se puede observar en la consulta externa otorgada a adultos mayores en las unidades médicas del sector salud en el Distrito Federal, donde en 2000 se dieron 323,965 (5.1% del total), y en 2007 fueron 798,544 (13.5%), lo que significa un incremento de 146.5% (*cuadro 12; gráfica 3*).

³⁶ Gutiérrez Robledo, Luis Miguel y Edgar Moncada Tobías, "Implicaciones para la salud del envejecimiento de la población en México", en Ruiz de Chávez, Manuel y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo (Eds.), *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*, México, Funsalud, 2005 p. 186.

³⁷ Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, *et al.*, *Gerontología y nutrición del adulto mayor*, México, McGraw-Hill Interamericana, 2010, p. xi.

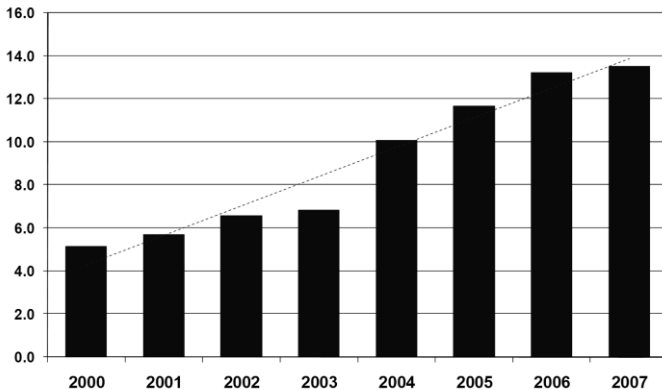
Cuadro 12
Consulta externa otorgada en las unidades médicas
del sector en el Distrito Federal, 2000-2007

Año	Consultas totales	Consultas a adultos mayores / ¹	%
2000	6,300,445	323,965	5.1
2001	6,323,488	359,796	5.7
2002	6,942,016	454,875	6.6
2003	6,675,721	454,318	6.8
2004	6,286,722	633,302	10.1
2005	6,255,282	729,380	11.7
2006	5,941,531	785,489	13.2
2007	5,916,123	798,544	13.5

Fuente: Anuarios Estadísticos. Secretaría de Salud. Disponibles en <http://www.salud.gob.mx>

Nota: La información reportada del año 2000 al 2004 corresponde a las personas de 65 y más años y de 2005 a 2007 el corte se realiza de 60 años en adelante.

Gráfica 3
Porcentaje de consulta externa otorgada a adultos mayores en las
unidades médicas del sector, Distrito Federal, 2000-2007



Fuente: Cuadro 12.

En lo concerniente a egresos y tomando como referente la información de la Red Hospitalaria del Gobierno del Distrito Federal, también se observa un incremento en el mismo pe-

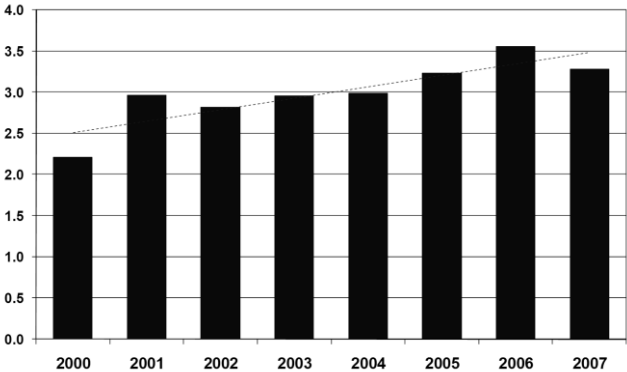
riodo, pasando de 89,973 egresos ocurridos en mayores de 70 años en 2000, a 131,922 en 2007, incremento que en términos relativos es de 117.7% (cuadro 13; gráfica 4).

Cuadro 13
Egresos de pacientes mayores de 70 años en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal, 2000-2007

	Egresos totales	Egresos en 70 y más	%
2000	89,973	1,988	2.2
2001	97,325	2,882	3.0
2002	108,441	3,052	2.8
2003	112,092	3,309	3.0
2004	117,657	3,515	3.0
2005	124,316	4,019	3.2
2006	118,405	4,207	3.6
2007	131,922	4,329	3.3

Fuente: Agenda estadística 2008. Secretaría de Salud del Distrito Federal
<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2008/>

Gráfica 4
Porcentaje de egresos a adultos mayores en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal, 2000-2007



Fuente: Cuadro 14.

Hablar de la vejez a partir de su problemática y sus conflictos puede parecerle al lector algo afrentoso y descortés, pues es evidente que existen personas adultas mayores cuyas condiciones de vida les han permitido llegar con niveles óptimos de salud, bienestar, integridad física y moral. Sin embargo, si la mayoría de los viejos llegara en esas condiciones, quizá estaríamos escribiendo un libro sobre la problemática de los adolescentes.³⁸ Lo cierto es que la realidad nos dice otra cosa, la situación del adulto mayor se ha convertido en problema social pues en muchos casos está acompañada de miseria, discapacidad, enfermedad, fragilidad, marginación y abandono.

2.4 Vertiente cultural

El enfoque cultural ha cobrado importancia en los últimos años para abordar el análisis del envejecimiento, incluso podemos mencionar que es un componente esencial para los estudios de tipo gerontológico. Las investigaciones interdisciplinarias donde intervienen otros profesionales de las ciencias sociales surgen como complemento de aquellas cuyo objetivo principal eran los estudios estadísticos. El acerca-

³⁸ El comentario surge a raíz de la situación de la población adolescente en la actualidad. Lo podemos tomar de ejemplo para ilustrar la falta de visión, análisis e interpretación de los cambios sociodemográficos en el país, pues era obvio que la transición demográfica nos estaba guiando hacia el predominio de la población joven en la actualidad. Ahora parece que nos ha ganado el tiempo y las instituciones dejan ver su falta de imaginación para atender la creciente problemática de los “chavos”, quienes se convertirán en los adultos en 10 años y son los que van a enfrentar el complicado proceso de cuidar a los futuros adultos mayores.

miento a las personas mayores, adentrarse a sus formas de vida, explorar sus necesidades e inquietudes desde su propio punto de vista y contrastarlos con el contexto macro han sido los propósitos principales para este tipo de estudios.

Destacan tres publicaciones recientes en México que toman el método antropológico³⁹ como herramienta central para el abordaje del problema. La historia de vida mediante entrevistas a profundidad es su técnica fundamental para analizar del fenómeno; contienen relatos de adultos mayores enmarcados en contextos tanto urbanos como rurales.

Sin embargo, los estudios de este tipo son escasos en el país; los proyectos se han complementado en muchos casos con los estudios cuantitativos y se acercan a la situación de los ancianos apoyados en herramientas de las ciencias sociales entrando a la intimidad de su entorno.

Ahora bien, a lo largo de la historia, en los diferentes momentos y según las diferentes pautas culturales, el abordaje de las personas adultas mayores ha tenido diversos conceptos y actitudes. En ocasiones se ve a los ancianos como personas respetadas, adjudicándoles roles de guías, dirigentes, líderes y consejeros de grupo; por otro lado, hay quienes perciben la vejez como la parte última de la existencia con un consiguiente deterioro en las capacidades de vida. Ambas percepciones se pueden encontrar en los diferentes espacios

³⁹ Vázquez Palacios, Felipe (comp.), *Contando nuestros días: un estudio antropológico sobre la vejez*, México, CIESAS, 2003; Robles Silva, Leticia, *Miradas sobre la vejez: un enfoque antropológico*, México, El Colegio de la Frontera Norte, Plaza y Valdés, 2006; y Reyes Gómez, Laureano, *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*. México, Universidad Autónoma de Chiapas, UNAM, 2002.

en que se ubique al anciano, entre otros el entorno familiar, comunitario o laboral.

Desgraciadamente, los roles desempeñados por los ancianos en la comunidad han perdido relevancia, por ejemplo, entre los zoques de Chiapas:

En la actualidad, el rol protagónico del viejo zoque en la dirección política y cultural de la comunidad ya es sólo una figura legendaria. El poder ha sido conquistado y arrebatado por los jóvenes más alfabetas, más bilingües, con más poder económico y mayores relaciones con la cultura exterior. Una vez que los viejos han sido desplazados del poder político y cultural, la gerontocracia antes centrada y ejercida por algunos viejos, principalmente varones, se diluye para dar paso a una nueva forma de vivir la vejez, es decir, inmersos en nuevos roles desprovistos muchas veces de estatus social alto, de prestigio, de liderazgo, sobre todo, si hacen frente al nuevo estilo, viviendo en la pobreza extrema, sin redes sociales de apoyo, y más aún, enfermos crónicos. Por otro lado, dejan de tener representatividad grupal, y hacen frente al nuevo rol de viejo a título individual.⁴⁰

En ese contexto, los nuevos roles que se le asignan los han colocado en situación de desventaja. En el ámbito laboral, son segregados después de la jubilación y no es ningún secreto que las probabilidades de ser contratados después de los 60 años son prácticamente nulas. En la familia le son asignados roles de cuidadores de niños o vigilantes de la casa, en el mejor de los casos. Sin embargo, es también una realidad que la discriminación en el entorno familiar es en ocasiones de las

⁴⁰ Reyes Gómez, Laureano, "El contexto cultural y económico del envejecimiento. El caso de los zoques de Chiapas", en Consejo Nacional de Población, *Envejecimiento demográfico en México. Por una sociedad para todas las edades*, México, 1999, p. 80.

más marcadas, conjugándose con elementos de maltrato y abandono.

A través del tiempo y en diferentes contextos, a los adultos mayores se les ha denominado de muy diversas maneras, algunas con tintes verdaderamente ofensivos y peyorativos, otras donde se percibe respeto aunque siguen siendo excluyentes y no sólo por el sobrenombre, sino por la visión social de ellos. En la *tabla 2*, mencionamos algunos que los autores hemos recopilado con el paso del tiempo.

Queda por hacer el trabajo de clasificar estas denominaciones según su percepción e intención, aunque por el momento no es ese nuestro objetivo (invitamos a usted, amigo lector, a que continúe el listado con otros términos que conozca y que haga el ejercicio de clasificarlos).

Si bien puede llamarse a alguien *viejo* con mucho respeto, a menudo es expresado -o bien, recibido- como un término despectivo, agresivo y denigrante. Ni qué decir cuando se les refiere como *vetarro*, *ruco* o *carcamán*; o aquellas donde evidentemente les estamos diciendo que “estorban”, como *robaoxígeno*, *decadente* o *dinosaurio*; o aquellos donde el carácter burlón se acentúa, como *canica* porque “ya está cerca del hoyo” o *semilla* porque “lo reclama la tierra”.⁴¹

⁴¹ Véase en este sentido a Mendoza Núñez, Víctor Manuel, *et al.*, *Viejismo: Prejuicios y estereotipos de la vejez*, México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, 2008.

Tabla 2
Denominaciones para las personas adultas mayores

1. Abuelo	34. De ende queaque	68. Quinqué
2. Adulto en plenitud	35. De la edad de oro	69. Raboverde
3. Adulto mayor	36. De la pelea pasada	70. Rana
4. Ancestro	37. Decadente	71. Relingo
5. Anciano	38. Di antaño	72. Retirado
6. Andropáusico	39. Dinosaurio	73. Robaoxígeno
7. Anticuado	40. Edad avanzada	74. Rucailo
8. Antidiluviano	41. El puré	75. Rucancán
9. Antiguo	42. Entrado en años	76. Rucasiano
10. Añejo	43. Fósil	77. Ruco
11. Años cansados	44. Gerásico	78. Semilla
12. Añoso	45. Geronto	79. Senecto
13. Apolillado	46. Grande de edad	80. Senil
14. Arcaico	47. Huehue	81. Septuagenario
15. Bejuco	48. Inactivo	82. Sesentón
16. Betabel	49. Jubilado	83. Setentón
17. Bisabuelo	50. Jurásico	84. Sexagenario
18. Bola de años	51. Juventud acumulada	85. Tata
19. Cabecita de algodón	52. Longevo	86. Vegetal
20. Cabecita blanca	53. Matusalén	87. Vejarrón
21. Caduco	54. Momia	88. Vejarruca
22. Canica	55. Muchocho	89. Vejel
23. Cansado	56. Muñeco	90. Vejento
24. Canoso	57. Murciélagos	91. Vejestorio
25. Carcamán	58. Ochentón	92. Vejete
26. Cascarita	59. Octogenario	93. Venus de Milo
27. Cascarrabias	60. Para el asilo	94. Vetarro
28. Cebollón	61. Pasita	95. Veterano
29. Centenario	62. Pelo de nieve	96. Veterano de dos revoluciones
30. Chocho	63. Pergamino	97. Vetusto
31. Correcaminos	64. Perruco	98. Viejazo
32. Cuando Don Porfirio era concripto	65. Persona mayor	99. Viejillo
33. Cuando el árbol de Noche Triste estaba en maceta	66. Personas de edad avanzada	100. Viejo
	67. Personas de la tercera edad	101. Viejo verde
		102. Viejodido
		103. Viernes

Amén de la percepción y calificación, el propósito del listado anterior es mostrar que hemos generado un entorno social difícil para los viejos. Las nuevas generaciones van reproduciendo actitudes de segregación hacia los ancianos, y no hemos logrado promover una ideología de *cuidadores* que beneficie a quienes caminamos hacia ese rumbo. En otras palabras, es indispensable construir y fortalecer relaciones intergeneracionales más respetuosas y solidarias.

Finalmente queremos retomar la distinción que hace Laureano Reyes⁴² sobre el proceso de envejecimiento. A partir del trabajo etnológico, este investigador realiza una clasificación (no mecánica) de las fases de la vejez, de los estatus y roles de la ancianidad. La fase de la *prevejez* es cuando los adultos mayores mantienen un estatus alto en su entorno social y todavía juegan roles importantes en su estructura familiar; otra fase es la *vejez atendida* durante la cual el estatus del viejo puede deteriorarse según sus relaciones afectivas y su rol en la familia deja de ser relevante, aunque dispone de ese entorno para brindarle alguna ayuda; y por último, la *vejez no atendida* cuando su estatus es bajo y sus roles son calificados como una carga o adolecen de “invisibilidad” familiar y social.

Esta clasificación nos parece pertinente para los fines de este trabajo, pues como se verá adelante, la mayoría de los *relatos testimoniales* realizados por las Educadoras sobre adultos mayores corresponden a la fase de *vejez no atendida*.

⁴² Reyes Gómez, Laureano, “Estatus social y rol de la ancianidad”, en Robles Silva, Leticia, *et al.*, *op. cit.*, pp. 147-181.

La mayoría de los casos que se leerán en las siguientes páginas son de viejos que se encuentran en esta trilogía manifiesta: soledad, enfermedad y pobreza.

Otro tema que interviene en el trato a los viejos es la conducta y las actitudes que tenemos hacia ellos. Las transformaciones en la estructura de la población no han sido asimiladas en su totalidad y, por consecuencia, nuestra sociedad está poco preparada para absorber estos cambios, ya que aún se conserva una imagen y conductas generalizadas que privilegiaban lo *juvenil*.

Es así como permea en muchos espacios (académicos, profesionales, laborales o comunitarios) la idea de que *a los viejos se les ha quedado a deber*, pues si bien es cierto que su irrupción ha sido acelerada, las respuestas políticas, económicas y sociales por parte del Estado siguen orientadas hacia el crecimiento económico y al incremento en la productividad. Las personas mayores han sido consideradas generalmente como económicamente dependientes y pasivas, es así que han sido tratadas como irrelevantes para el desarrollo y, en el peor de los casos, como una traba para los proyectos de prosperidad.

He aquí algunos ejemplos:⁴³

- ❖ En economía, la pobreza entre la gente mayor se acepta como norma.
- ❖ En asuntos de atención a la salud, la discriminación rutinaria en contra de los ancianos es tolerada.

⁴³ Sintetizado de: Gutiérrez Robledo, Luis Miguel y Edgar Moncada Tobías, op. cit., pp. 193-194.

- ❖ En cuanto a la salud, se concibe como sinónimos los términos vejez y enfermedad.
- ❖ En seguridad personal, la violencia en contra de la gente de la tercera edad se percibe como un asunto de nadie.
- ❖ En cuanto a la aplicación de la ley, la gente de mayor edad no es tratada con igualdad.
- ❖ En cuanto a los servicios de seguridad social del Estado, frecuentemente se discrimina a los ancianos.

En el inicio del siglo XXI ocurrieron algunos acontecimientos que queremos destacar: el 25 de junio de 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que incluye la creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam).⁴⁴ “Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones”.⁴⁵

A su vez, el Consejo Nacional de Población, surgido en la década de 1970 a raíz del análisis del fenómeno de natalidad y crecimiento poblacional, muestra desde hace dos décadas un particular interés en el fenómeno de envejecimiento, publicando tomos específicos sobre el tema y realizando foros para su análisis y propuestas de políticas públicas.

En el plano local, el gobierno del Distrito Federal inició en el año 2000 el Programa de Pensión alimentaria a personas

⁴⁴ Cabe aclarar que el Inapam es sucesor del antiguo Instituto Nacional de la Senectud (Insen) creado desde 1979, y que de forma transitoria, de 2002 a 2004 fue el Instituto Nacional de Adultos en Plenitud.

⁴⁵ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. www.inapam.gob.mx

adultas mayores, transformándolo en ley a mediados 2004, y cuyo corolario fue la creación del Instituto de Atención a los Adultos Mayores del Distrito Federal (IAAM) en 2007. Finalmente, en 2008 se creó por decreto presidencial el Instituto de Geriátrica de la Secretaría de Salud, cuyas funciones principales enfatizan la formación y desarrollo de recursos humanos y el fomento a la investigación sobre el tema de envejecimiento y salud.

Estos acontecimientos, entre otros, señalan la importancia que cobró el fenómeno de envejecimiento poblacional en las esferas gubernamentales. A poco más de diez años de iniciado el siglo XXI, da la impresión de que estas iniciativas surgieron vertiginosamente para atender esta convergente problemática social. En todo caso, es indudable que hoy las personas adultas mayores se han vuelto un foco de atención para la aplicación de políticas públicas.

3. Viejos marginados en el Distrito Federal. Relatos testimoniales

*Entendámonos: la marginación de los viejos
en una época en la que el curso histórico
es cada vez más acelerado, resulta un dato de hecho,
imposible de ignorar.*

Norberto Bobbio. *De Senectute*

La información cuantitativa obtenida del estudio de marginación en la población abierta del Distrito Federal⁴⁶ fue de gran utilidad para definir los planes y estrategias de intervención de la Secretaría de Salud en el periodo 1997-2000. Sin embargo, detrás de los datos estadísticos, existen personas, familias y comunidades que el devenir de la historia ha arrojado a vivir en condiciones de exclusión social que son difíciles de conocer y abordar si sólo se toman en cuenta los datos numéricos, dejando de lado la información cualitativa.

La información cualitativa fue otro elemento importante para acercarnos a los procesos de conformación de identidades sociales y culturales, pues se exploraron las maneras como se construyen los elementos que dan sentido y contenido a la experiencia de trabajo compartida dentro de un grupo social en su diario existir y lucha para sobrevivir.

De manera específica, para el análisis de la situación del adulto mayor, se planteó la necesidad de identificar la pro-

⁴⁶ Descrita en el capítulo I. Véase al documento completo: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. *La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal 2000*, México, Gobierno del Distrito Federal, 2000. También editado en disco compacto.

blemática que vive este grupo de población en contextos y situaciones muy particulares, en su entorno familiar y colectivo, donde se consideren sus propias percepciones, ansiedades, necesidades, deseos y fantasías. “Consecuentemente, el problema de los ancianos, más que una cuestión individual, es un asunto social donde la familia, los vecinos están profundamente implicados.”⁴⁷

Para ello, se definió la estrategia de complementar el trabajo de recopilación de información cuantitativa con la aplicación de técnicas de investigación cualitativa en el trabajo de campo de las educadoras familiares. Si bien es cierto que el análisis cuantitativo estaba resuelto a través de la metodología estadística⁴⁸, quedaba pendiente establecer el modelo para abordar los elementos cualitativos.

3.1 ¿Por qué se optó el método cualitativo? (dos paradigmas)

En la actualidad se discute ampliamente el planteamiento de la existencia de dos paradigmas de investigación: la metodología cuantitativa y la cualitativa. Algunos autores hablan de coexistencia, otros de complementariedad, otros de ruptura entre ambos paradigmas o de dos perspectivas distintas.

⁴⁷ Vázquez Palacios, Felipe, “Hacia un acercamiento y comprensión de la ancianidad en Veracruz”, en Consejo Nacional de Población, *Envejecimiento Demográfico en México. Por una sociedad para todas las edades*, México, Conapo, 1999, p. 80.

⁴⁸ Véase apartado 1.5 Metodología Estadística, p. 47.

Se habla de una perspectiva cuantitativa que resume lo que sucede según lo que el investigador dice que ocurre, mientras la perspectiva cualitativa sintetiza lo que los participantes dicen que ocurre.

Sobre los señalados paradigmas, también se ha argumentado que la investigación cuantitativa utiliza una metodología externa (el fenómeno es observado desde afuera) y la investigación cualitativa una metodología interna (el fenómeno es observado desde adentro).

Por otra parte, se asocia el origen de los paradigmas a posiciones filosóficas contrapuestas. Se afirma que el paradigma cuantitativo emplea los supuestos mecanicistas y estáticos del modelo positivista de las ciencias naturales, fundamentados en el racionalismo, el realismo y el positivismo lógico. Mientras que el paradigma cualitativo posee un fundamento decididamente humanista para entender la realidad social emanado de la posición idealista, según la cual el mundo no es dado sino creado por los individuos que en él viven.

En resumen, *lo cuantitativo* se identifica con el número, lo positivo, lo hipotético-deductivo, lo particular, lo objetivo, la búsqueda de resultados generalizables, lo confiable y lo válido. A su vez, *lo cualitativo* se asocia con la palabra, lo fenomenológico, lo inductivo, lo holístico, lo subjetivo, la interpretación de casos, lo creíble y lo confirmable.⁴⁹

⁴⁹ Álvarez-Gayou, Jugerson Juan Luis, *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México, Paidós Educador, 2003, pp. 22-27.

En este sentido, la información cualitativa se constituye como otro componente importante para acercarnos a la realidad social y cultural, a fin de explorar las maneras en que los elementos de un grupo experimentan la colectividad.

La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales –entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos –que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.⁵⁰

El sociólogo francés Daniel Berteaux ya había propuesto la complementariedad cuando critica a la escuela sociológica cuantitativa, en la década de 1980, por su abuso en la aplicación de cuestionarios rígidos y cerrados, pues desecha información relevante. Expone una metodología que permite la utilización adecuada del relato de vida en el trabajo etnológico.

Esta propuesta de trabajo complementario nos orientó para decidir la aplicación del relato testimonial paralelo a la aplicación de los instrumentos cuantitativos:

[...] en la fase exploratoria se realicen varias entrevistas para tener acceso a los procesos esenciales, a los rasgos estructurales más relevantes. En un primer momento estas entrevistas se utilizan de manera extensiva, es decir, se busca que cubran el mayor número de aspectos de la vida de la persona a fin de que afloren los ejes centrales. [...] En una segunda etapa, o de análisis, las entrevistas se utilizan de manera intensiva, se diri-

⁵⁰ Rodríguez Gómez, Gregorio y Javier Gil Flores. *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe, Granada, 1996, p. 32.

gen hacia aquellos aspectos que se presentan como primordiales.⁵¹

Asimismo, esa complementariedad se ha propuesto como recurso indispensable para la investigación en salud pública:

Al tratar de comprender una comunidad y sus necesidades de salud, las obvias y las más ocultas, se requiere de métodos cualitativos sensibles, en especial si el problema involucra cuestiones que no se manifiestan fácilmente. Si se necesita reunir una muestra mayor y alcanzar una representatividad más amplia, deben utilizarse en forma combinada –complementando y templándose– metodologías cuantitativas y métodos antropológicos cualitativos.⁵²

Otra propuesta metodológica que guió el diseño del acercamiento de las educadoras a la población, es la de Taylor y Bodgan, quienes exponen dentro de una diversidad de métodos de investigación cualitativa, los llamados *documentos personales*, que van desde el diario, diarios de viaje, álbumes de fotos o de recortes, cartas privadas, notas suicidas y *relatos solicitados*; y plantearon que su utilización sólo “aguardan que alguien los encuentre, el investigador siempre tendrá que buscarlos imaginativa y agresivamente”.⁵³ Este método facilita al investigador la tarea de trabajo de campo, pues son los

⁵¹ Berteaux, Daniel. “Los relatos de vida en el análisis social”. *Historia y fuente oral*, Num. 1, Barcelona. 1989, pp. 87-96.

⁵² Heggenhougen, H. K., “Introducción, Antropología y salud pública. Más allá de las medidas cuantitativas”, en Nigenda, Gustavo y Ana Langer, *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995, p. 12.

⁵³ Taylor, S.J. y Bodgan R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, México, Paidós, 1984, p. 141.

informantes quienes describen en escritos originales su propia historia de vida:

Tal como se observó en el capítulo dedicado a las entrevistas a profundidad, los relatos solicitados han sido ampliamente utilizados en estudios cualitativos. Las investigaciones de Shaw (1931, 1936) y sus colegas, Sutherland (1937), y de otros se basaron en historias de vida realmente escritas por delincuentes y criminales. Para un estudio de las historias de vida de refugiados alemanes, Gordon Allport (1941) organizó un concurso en el que se premiaba el mejor ensayo sobre el tema “Mi vida en Alemania antes y después del 30 de enero de 1933”. Recibió 200 manuscritos de un promedio de 100 páginas cada uno. En comparación con otros relatos personales, los relatos solicitados producen una *cantidad relativamente pequeña de datos irrelevantes o no utilizables*, al precio de sacrificar espontaneidad.⁵⁴

En resumen, se optó por la complementariedad de la información cuantitativa con la cualitativa; los relatos testimoniales de las educadoras se establecieron como *relatos solicitados* y fuente de información para lo aquí expuesto.

La historia oral se convirtió en la técnica de campo para la recopilación de la información cualitativa, con sus matices para el caso concreto de este trabajo. De tal manera que sin convertirse en una *entrevista a profundidad* ni una *historia de vida* de los adultos mayores, fue la técnica que recogió sus percepciones, ansiedades, necesidades, deseos y fantasías.

Las educadoras moldearon una relación íntima con cada uno de los ancianos que visitaban como parte de su actividad cotidiana. De este modo, “la historia oral no es un mero res-

⁵⁴ *Ibidem.*

cate que implica una acción unilateral del investigador hacia el material, sino una creación, puesto que en la elaboración del discurso oral se articulan entrevistador/entrevistado y producen el testimonio".⁵⁵

3.2 El acercamiento de las Educadoras

La primera identificación de los rasgos estructurales fue a partir de la aplicación de la cédula que permitió medir el índice de marginación en cada uno de los hogares visitados. En posteriores visitas se llevaría el seguimiento de algunos riesgos identificados con la cédula "Identificación de riesgos para la salud", es decir, dos instrumentos cuantitativos de recolección. Operativamente, las educadoras realizaron varias visitas a los hogares para la aplicación de dichos instrumentos, proceso durante el cual la relación con las familias fue haciéndose más cercana. Además, el Edusfam se diseñó como un modelo de intervención en acciones de educación y promoción para la salud, lo que influyó para que ese acercamiento fuera más personal y directo, sin más intermediario que la confianza de la familia y del adulto mayor.

Las educadoras guiaban su quehacer cotidiano con una filosofía de ayudar a los desprotegidos y enfocaban su acción habitual en identificar condiciones de riesgo para la salud de las familias en estudio. De ahí que sus relatos testimoniales se

⁵⁵ Collado Herrera, Ma. del Carmen, "¿Qué es la historia oral?", en Garay, Graciela de, *La historia con micrófono. Textos introductorios a la historia oral*, México, Instituto Mora, 1994, pp. 13-14.

centren en aquellas situaciones que potencialmente ponían en desventaja a las personas entrevistadas.

Así, se instrumentó que ellas, además de la cédula de recolección de información cuantitativa, llevarían consigo su diario de campo, donde anotarían las experiencias, obstáculos, acontecimientos y los relatos de aquellos casos que más llamaran su atención.

Los eventos que las educadoras recolectaron y escribieron en su trabajo cotidiano los denominamos *relatos testimoniales*. Como ya se mencionó, estos relatos se realizaron durante el trabajo exhaustivo que significó la aplicación de la *Cédula Identificación de Hogares Prioritarios*, de tal manera que partimos de dos supuestos:

- a) La recolección constante de información cuantitativa va conformando una visión global de la colectividad en estudio.
- b) La complementariedad de los relatos testimoniales se traduce, entonces, en aproximaciones cualitativas de los procesos y fenómenos sociales e individuales.

Para los objetivos de este trabajo, definimos dichos relatos testimoniales como una descripción empírica detallada, desprovista de análisis teórico profundo, producto de una observación dirigida a una situación de vida.

Como se verá en la lectura de los relatos testimoniales, el trabajo de las Educadoras se tradujo en una labor más humanitaria que estadística; se fue alejando de la visión fría e instrumental de aplicar una cédula y se fue tornando de un proceso paulatino de acercamiento con las familias. Su desempeño se hizo más cálido para ganarse la confianza de los informantes, lográndose un contacto tan íntimo que permitió rescatar todo ese cúmulo de experiencias que nos colocan

más en una realidad como complemento del análisis cuantitativo.



Trabajo de campo en zonas marginadas de las educadoras familiares.

Así lo expresa el relato testimonial de la educadora Ana Lilia Páez Escamilla de la Delegación Iztapalapa.

“... lo difícil que es la vida para alguien que ni preparación tiene...”

“Llegué al domicilio para elaborar la encuesta, salió un anciano muy amable; enseguida, inicié tomando los datos correspondientes a la cédula. El señor me dio los datos muy amable y rápido; cuando ya había terminado de elaborar la encuesta, el señor empezó a decirme lo difícil que es la vida para alguien que ni preparación tiene, y me comentó, que le daba gusto que yo me preocupara por la gente que carece de recursos económicos y servicios de salud, incluso me preguntó que si yo era casada, que si yo vivía con mis padres, y varias cosas más personales.”

“Me sorprendió mucho que los señores, como único recurso económico que obtienen, es recogiendo cartón en la calle, juntando “chácharas”, y vendiéndolas los fines de semana en el tianguis, obteniendo por día \$20.00 ó \$30.00. Con este recurso alcanzan a sobrevivir los dos, la pareja, no tienen a ninguna persona que les apoye económicamente.”

“Pero su vida es tan agradable y placentera, para los dos, que no necesitan nada más para vivir mejor, me impresionó tanto el modo bueno de ver la vida, y lo saludable que están los dos señores, a pesar de que tienen 80 años.”

En este primer relato es evidente que la educadora para la salud no requirió de mucho esfuerzo para convencer a los ancianos de que le relataran su precaria situación. A pesar de los pocos minutos que significaba la aplicación de la cédula de información cuantitativa, los adultos mayores aprovecharon esos momentos para contar su problemática. Por consiguiente las entrevistas duraban más de lo previsto y eso permitió a las Educadoras aumentar su capacidad de observación para relatar sus impresiones.

En aquel entonces el Edusfam no incluía el otorgamiento de una pensión, ni ningún otro beneficio económico; se trataba fundamentalmente de un programa de contacto directo con las familias marginadas de la ciudad, para lograr con acciones de promoción y educación, un cambio progresivo y responsable en sus condiciones de salud. Y aun así, en ese breve lapso los viejos encontraron con las educadoras, el desahogo y la comprensión que no hallan en la familia, amigos, vecinos o instituciones.



Entrevistando

De allí que esta propuesta de trabajo, de complementar el enfoque cuantitativo con el cualitativo, tome relevancia para este tipo de población. Y sobre todo, la presencia de personajes como las educadoras, quienes establecieron el contacto primario con los informantes, tuvieron la sensibilidad de relatar sus impresiones y la capacidad de sintetizar las vivencias con los adultos mayores fueron parte medular para lograr este estudio. “El tradicional interés en obtener entrevistas ricas en datos o narraciones complejas y fluidas

debería sustituirse por un interés más centrado en escuchar [la voz de los ancianos].”⁵⁶

Se produjeron un total de 385 relatos testimoniales recogidos por 180 educadoras familiares de diversas temáticas. En este documento presentamos 34 de ellos, enfocados hacia la situación del adulto mayor.

En cuanto a los datos cuantitativos, el total de personas adultas mayores captadas en el estudio de marginación fue de 168 152, lo que representa 5.94% del total del universo cubierto por el Edusfam. Existían un total de 48 860 personas adultas mayores en condiciones de marginación muy alta y alta. (*cuadro F del anexo 1*).

3.3 El concepto de vulnerabilidad. (definición de categorías de análisis)

Antes de entrar de lleno a la lectura y descripción de los relatos testimoniales, quisiéramos encuadrar la discusión hacia su clasificación.

Si bien es cierto que la marginación fue la categoría socioeconómica que permitió la identificación de los hogares prioritarios y su agrupación en los índices de marginación ya descritos, se tomó una tipología para ubicar los relatos testimoniales en alguna categoría específica. Para ello usamos el concepto de *vulnerabilidad social*, que nos brinda la posibilidad que construir categorías para observar cómo es que la

⁵⁶ Robles Silva, Leticia, “Investigado a la vejez: desafíos y alternativas durante el trabajo de campo”, *Renglones*, núm. 61, septiembre 2009-marzo 2010, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, A.C., México, 2010, p. 137.

marginación tiene su expresión social en el grupo de estudio, en otras palabras, cómo viven y sienten la marginación los ancianos entrevistados por las educadoras.

La vulnerabilidad social se define, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) de la siguiente manera:

La vulnerabilidad social se relaciona con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a diferentes criterios: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal,[...] el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo, condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes.⁵⁷

Como lo expone la CEPAL y Elizabeth Caro, la propia condición de vulnerabilidad se asocia al riesgo al que están expuestos los ancianos; sin embargo, no por ello toda la población adulta mayor es vulnerable. "Habría que analizar a qué tipo de riesgos están expuestos, y si éstos son producto de una conducta individual o bien, de una situación externa ya sea de tipo genético o de tipo social. Asimismo, habría que definir si estas situaciones de riesgos son permanentes y/o emergentes."⁵⁸

Continuando el ejercicio de esta autora, su artículo construye un cuadro para identificar la conducta riesgosa y las

⁵⁷ Caro, Elizabeth. *La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política pública de asistencia social para la población adulta mayor en México*. Ponencia presentada en el "Simposio Viejos y viejas: Participación, ciudadanía e inclusión Social", 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003. Documento electrónico, p. 2.

⁵⁸ *Ibidem*.

situaciones peligrosas para los factores de riesgo que generan vulnerabilidad social; aquí también se elaboró un cuadro cuya matriz guió la clasificación de los relatos testimoniales:

Vulnerabilidad social

Conducta riesgosa	Situaciones riesgosas (permanentes y/o contingentes)	
	Genética, sociocultural, familiar	Social contingente
Mala alimentación	Enfermedad o discapacidad	Condiciones y entorno de la vivienda
Sedentarismo	Con quién conviven	Desempleo
Automedicación	Ingresos económico bajos	Catástrofe natural
Ingesta de alcohol	Sin seguridad social	Guerra
Mala higiene personal	Marginación	

Fuente: Adecuación al cuadro propuesto por Caro, *op. cit.*

Por ejemplo, el ingreso económico de una persona de 70 años es muy bajo, lo que asociado a unas malas condiciones de vivienda provocan una mala alimentación. La conjugación de estos tres factores colocan al anciano en condición de vulnerabilidad. Como se ve entonces, la edad no es un criterio suficiente para definir su condición vulnerable, sino la combinación de los diferentes factores y conductas riesgosas.

Vamos a complejizar nuestro ejemplo: al anciano le detectan diabetes tipo 2 y no tiene seguridad social, lo que agravará su situación económica pues tendría que adquirir medicamentos específicos, incluida la propia la insulina. Aunque pueda acudir a las instituciones que atienden a población no derechohabiente, su salud irá mermando, producto del deterioro físico que le provocará la enfermedad. Como consecuencia de su situación, ese anciano deberá enfrentar nuevos problemas, lo cual convierte a la vulnerabilidad en un elemento activo que provoca una cadena de eventos que se van multiplicando y acumulando, incrementando sus efectos negativos y formándose un círculo vicioso.

En este contexto, los relatos testimoniales escritos por las educadoras mostraron los distintos escenarios en que vivían los adultos mayores en condición de marginación, siendo una variable importante en la situación de vulnerabilidad de los entrevistados.

Finalmente, de todos los relatos se obtuvieron un conjunto de enunciaciones; cada uno de ellos según la abundancia de la descripción, la profundidad, la historia contada y sus elementos retóricos.⁵⁹

Lo anterior nos permitió ubicarlos en cinco categorías: a) condiciones y entorno de la vivienda; b) residencia en soledad o en pareja; c) situación económica; d) enfermedad o discapacidad; y e) maltrato.

Como se verá en los relatos, algunos se podrían ubicar en más de una categoría debido a la complejidad de la situación mostrada, sin embargo, se clasificaron según la situación más relevante relatada por las educadoras.

⁵⁹ Este modelo de análisis fue tomado de Núñez, Noriega Guillermo, "Vínculo de pareja y hombría: 'Atender y mantener' en adultos mayores del Río Sonora, México" en Amuchástegui, Ana e Ivonne Szasz (coords.). *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, El Colegio de México, México, 2007.

3.4 Relatos testimoniales⁶⁰

Los siguientes relatos testimoniales nos muestran algunas situaciones de vida de los viejos que habitan en zonas marginadas del Distrito Federal que de forma particular nos dan cuenta del fenómeno social en torno a la vejez en zonas urbanas. Asimismo ilustran las experiencias sentidas por las educadoras como profesionales de la salud frente a dichas situaciones, mismas que nos orientan a pensar como un modelo de abordaje al estudio de la vejez, al introducir las percepciones y experiencias de aquellos que en su trabajo cotidiano están en contacto con esta población.

Condiciones y entorno de la vivienda

Respecto a la dinámica y organización de las familias en las grandes urbes, resulta evidente que los roles han cambiado significativamente, pasando de una estructura extensa, en donde convivían tres o cuatro generaciones en la misma vivienda, a grupos domésticos nucleares o atomizados, donde parece no disponerse del tiempo ni el espacio suficiente para atender las necesidades de los adultos mayores.

Las grandes concentraciones urbanas han ido construyendo una cultura que con frecuencia desestima la madurez y la experiencia que acompañan a la vejez, que margina sis-

⁶⁰ Cada relato testimonial está acompañado de un epígrafe donde se resalta la frase que enfoca la situación que más llamó la atención de la Educadora.

temáticamente a los viejos y nutre constantemente los prejuicios y los estereotipos negativos sobre los adultos mayores.

Un factor que impacta negativamente en la situación de muchos adultos mayores son las malas condiciones de la vivienda. Son relegados a vivir en cuartos donde *no estorben*, alejados de la familia, en condiciones inadecuadas, sin servicios públicos ni sanitarios, además del abandono que significa esta situación, evidentemente provoca sentimientos de desamparo y tristeza en los ancianos.

*...vivienda es de lámina de cartón
y es demasiado pequeña...*

“La estructura de esta vivienda es de lámina de cartón y es demasiado pequeña. La señora María de 89 años, tiene un problema de la vista y le cuesta trabajo caminar, ella vive con una sobrina que tiene un problema de retraso mental, ya que no cuentan con servicio médico. El único ingreso que tienen es la pensión de la señora.”

*Educadora para la salud Olivia Gutiérrez Torres
Delegación Tláhuac*

De las variables exploradas en el estudio de marginación sobre las condiciones de vivienda, encontramos 2 262 adultos mayores que habitan en viviendas sin agua potable, 1 463 que la disponen de llave pública o hidrante y 54 382 dentro del terreno pero fuera de la vivienda, es decir, 58 107 ancianos que enfrentan la situación de tener que salir de la vivienda, al patio o a la calle para obtener el agua para su consumo. Si consideramos que tienen más de 60 años, les resulta complicado el acceso a este indispensable recurso.

Y no es precisamente la no disponibilidad de agua lo que crea la condición de vulnerabilidad para este grupo de población, más bien las situaciones para su acceso detonan los riesgos para ellos, pues el hecho de transportarla en baldes al domicilio o salir al patio por un recipiente para usarla, aumenta la probabilidad de que sufran caídas o algún otro accidente; y qué decir de las condiciones de higiene de los recipientes donde la almacenan dentro de la vivienda, lo que influirá de manera directa a la salud del anciano y de su vivienda.

...por lo que al carecer de agua potable tiene que caminar a los baños públicos y se baña cada tres meses...

“La señora Vicenta es de edad avanzada y vive sola en un cuarto, el cual carece de los servicios más elementales (agua, luz, drenaje). Asimismo el cuarto está muy sucio, cabe mencionar que la señora recolecta pan y tortillas duras para posteriormente venderlas y así poder subsistir. También comenta que sus pulmones, así como sus piernas, le duelen mucho y no recibe ninguna atención médica, y le cuesta trabajo caminar, por lo que al carecer de agua potable tiene que caminar a los baños públicos y se baña cada tres meses, sus familiares viven en la misma unidad y no se ocupan de ella.”

*Educadora para la salud Georgina M. del Valle Alatraste
Delegación Iztacalco*

Por otra parte, el no disponer de drenaje conectado a la red pública o no contar con una fosa séptica bien diseñada, aumenta el riesgo de padecer enfermedades infecciosas o der-

matológicas provocadas por esta situación. A esto se puede añadir la variable de vivir en estado de abandono.

De los datos numéricos, existen 10 916 adultos mayores que habitan viviendas con drenaje a una fosa séptica; 1 682 a un hoyo negro, 2 282 a una tubería que va a dar a una barranca; 983 a una tubería que va a dar a un río o lago, y 751 en viviendas sin drenaje; en suma, 16,524 viejos se encontraron en vulnerabilidad por este elemento.

*... vivienda en malas condiciones
y un hoyo negro como baño...*

“Esta persona vive sola, tiene 74 años, cuenta con una vivienda en malas condiciones, y un hoyo negro como baño, no tiene en qué cocinar y no cuenta con recursos económicos para su alimentación, no tiene derecho a servicio médico y tiene paralizada una parte de su cuerpo, como consecuencia de una embolia. Tiene un hijo en Estados Unidos, que le manda dinero cada seis meses, pero esto no es suficiente; la señora come frijoles todos los días porque no le alcanza el dinero para comprar otros alimentos. Me comentaba que por su enfermedad tiene fuertes dolores en los huesos, y no cuenta con algún medio que le proporcione medicamentos; se canalizó al Centro de Salud, pero la señora no asiste, porque no puede salir.”

*Educadora para la salud Marcela Martínez G.
Delegación Xochimilco*

Residencia en soledad o únicamente con su pareja

La interrelación entre el anciano y su familia, así como el papel de uno y otra en la sociedad, han evolucionado en las últimas décadas de forma vertiginosa.

La mayor esperanza de vida, la posibilidad de pensio- narse o jubilarse y contar con servicios de salud, la reducción del tamaño familiar, las mejoras en las comunicaciones y el consiguiente desplazamiento del centro de gravedad demo- gráfico hacia las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales y las sucesivas crisis económicas, han sido algunos de los factores de este fenómeno.

Los cambios en los estilos de vida y la diversidad de los tejidos sociales de las últimas décadas han puesto en entredi- cho las costumbres y pautas culturales en torno a los valores sobre la solidaridad y el apoyo familiar en la vejez. La ayuda y la solidaridad intergeneracional hacia los adultos mayores se ha comenzado a deteriorar.

Los datos cuantitativos indicaron que hay un total de 22 995 adultos mayores que viven solos y, de éstos, 9 239 habi- tan hogares de muy alta y alta marginación. También se iden- tificaron 9 377 viejos que viven únicamente con su pareja.

... solamente hace penachos en su casa...

“Es una pareja de edad avanzada, que viven solos; el señor tiene parálisis en sus extremidades, la señora lo cuida, y por su edad no tiene un trabajo estable. Solamente hace penachos en su casa, cuando le lle- gan hacer algún pedido, pero gana muy poco. Am- bos tienen 65 años de edad y luego no tienen ni qué comer.”

*Educadora para la salud Claudia Gómez Colula
Delegación Iztapalapa*

La soledad y el abandono son dos fenómenos cuya conjugación es muy común. Al encontrarse en situación de aislamiento combinado con el descuido del entorno familiar, el anciano se ve colocado en situación de desamparo y en condiciones de vida muy precarias. Así encontró la educadora a este adulto mayor.

... sus hijos, dice, no lo visitan seguido ...

“El señor es una persona que vive solo, sus hijos, dice, no lo visitan seguido y sólo le dan dinero (\$100 ó \$200) cada vez que van (dos a tres meses). Él no trabaja, no puede caminar muy bien, sufre de várices, le faltan algunos dientes y los que le quedan están amarillos y rotos, con las raíces descubiertas y al hablar se le notaban las encías moradas y rojas sangrantes, no escucha bien, le falla la vista y la memoria. Tiene servicio médico por parte del IMSS, pero al no poderse mover, no asiste, y no hay quién lo lleve. La casa está en obra negra, las ventanas sin cristales; al no poderse mover, sólo ocupa un cuarto, donde sólo hay una cama, un buró y algunas sillas. En el buró había comida fría y una caja de leche abierta, ambas de varios días, en mal estado. En el resto del cuarto había ropa sucia y cosas tiradas. Y en el resto de la casa se observa polvo, el baño olía a hedor, el piso es de cemento.”

*Educadora para la salud Mariana Ayala Escamilla
Delegación Iztapalapa*

Las dinámicas y organización al interior de la familia han modificado las formas de trato hacia los ancianos. Los modelos y estructuras de los grupos domésticos las más de las

veces empujan a los viejos fuera de las familias y los van orillando a la soledad. Esta situación se complejiza ante la muerte de uno de los acompañantes; al fallecer la pareja, la familia muchas veces no dispone de los recursos para absorber a quien sobrevive y los desampara, por lo que cada vez es más frecuente encontrar a personas adultas mayores, viviendo solas o únicamente con su pareja.

...acababa de perder a su compañera...

“En la aplicación de la primera cédula, recorriendo una de las manzanas, encontré a un señor ya grande que no podía caminar y acababa de perder a su compañera. Estaba muy deprimido, había quedado solo y desamparado, ya que su esposa era la que salía a vender para el sostén de los dos. Ahora el señor vive de lo que le regalan las vecinas.

El señor estaba al principio renuente a contestarme la entrevista, ya que dijo que en Centro de Salud no lo ayudaban. Pero finalmente me contestó ya llorando y diciéndome lo solo que estaba.”

*Educadora para la salud Patricia Torres Cruz
Delegación Cuauhtémoc*

Esta situación va en aumento, pues según datos reportados por Inegi, en el año 2010 se encontró que 44.7% de los hogares en el país tienen una composición familiar donde el jefe es una persona de 60 años y más son de tipo nuclear.⁶¹

⁶¹ Instituto Nacional de Geriatria. *Numeralia de los adultos mayores en México 2012*. Documento electrónico, disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf

En cuanto a los adultos mayores que viven solos, también se reportó que el 17.1% de los hogares son unipersonales con jefe de familia de 60 años o más.⁶²

“...vive sola en un pequeño terreno con un cuarto semiconstruido...”

“La señora tiene 87 años, no tiene parientes, vive sola en un pequeño terreno con un cuarto semiconstruido, demasiado sucio, el piso es de tierra. Hay todo tipo de animales (gatos, ratas y otros), éstos se introducen fácilmente a su casa, no hay forma de evitarlos, tampoco cuenta con drenaje. Tiene todas sus cosas en un rincón, porque dice, que cuando llueve se moja todo, se llega a inundar su casa, y por ello no tiene limpieza. Vive de lo que le da la gente, como algo de comida. Cuando llega a preparar o recalentar algo de comer, lo hace en un anafre, al aire libre, ya que no tiene otra manera de hacerlo. La señora se quejó de muchos dolores de espalda, brazos, piernas; no asiste al servicio de salud; por intensos dolores en sus piernas y molestias que no le permiten caminar, con mucho esfuerzo se levanta. Los vecinos dicen no tener tiempo para ayudarla.”

*Educadora para la salud Nydia Aranda Vega
Delegación Iztacalco*

Uno de los riesgos principales de vivir solos en este grupo de edad es sin duda que, aunque el envejecimiento no equivale a enfermedad, suele acompañarse de un creciente número de enfermedades múltiples y asociadas, amén de que un impor-

⁶² *Ibid.*

tante número de viejos requieren de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

Las condiciones de salud e higiene de muchos de los ancianos que viven solos les impiden confort y seguridad. Esta situación se convierte en un círculo vicioso, pues al estar su vivienda en tales condiciones, las personas a su alrededor las evitan, lo que las va aislando aún más.

*...tenemos a gente de edad muy avanzada,
sola y sin nadie que los ayude...*

“Lamentablemente, en nuestra comunidad tenemos a gente de edad muy avanzada, sola y sin nadie que los ayude, como es el caso de la señora Genoveva, de 73 años, a la cual visité y encontré con fracturas en las costillas, problemas para caminar. Me invitó a pasar a su hogar, el cual expedía un olor muy desagradable, por la causa de que tenía viviendo con ella a veinte gatos y cinco perros, los cuales caminaban sobre la mesa, sillones y todos los muebles por haber. Su vivienda estaba totalmente en desorden y sucia, la señora no se asea y tiene muchos problemas con los vecinos por causa de los animales que expiden malos olores.”

*Educadora para la salud Clara Belem Vázquez Vázquez
Delegación Iztacalco*

El que los adultos mayores vivan solos o únicamente con su pareja no es por sí mismo un indicio que sufran maltrato. Sin embargo, las pésimas condiciones de vivienda, presencia de enfermedades mal abordadas, incapacidad para valerse por sí mismos, carencia de recursos económicos, miseria y aban-

dono son condiciones que llevan a cuestionar las actitudes hacia los adultos mayores por parte de sus familias y comunidades. Es cuando se vislumbran tristes panoramas para ellos. Se hacen evidentes una baja, casi nula, autoestima, depresión y desconsuelos permanentes.

... los únicos que le ayudan son sus perros...

“En mi comunidad encontré una señora que tiene una casa de cartón, vive en una banqueta, que da espalda de una escuela. La señora ya es grande de edad y se dedica a la recolección de fierros viejos, cartón, papel, plástico, etc. En donde vive parece un basurero, sus vecinos la nombran “la pepenadora”, la señora es muy sencilla, pero da mucha tristeza ver que su edad no importa para que ella trabaje, y carga bultos de cartón diariamente, los únicos que le ayudan son sus perros, son un poco mas de 10 perros, a los cuales la señora cuida y da de comer; son los que le ayudan a cargar el cartón y el fierro.”

*Educadora para la salud María de Lourdes León Ríos
Delegación Tlalpan*

Las situaciones que empujan a los viejos a vivir en soledad pueden ser que la familia se disgregó o simplemente se acabó y que las redes sociales en torno a ellos no existen o simplemente no los consideran. La muerte o desaparición de la parentela obligan a los ancianos a enfrentar la vida con los recursos que pueden generar ellos mismos, dejándolos a expensas de sus escasos recursos y en condiciones precarias.

*... los hijos que tuvieron fallecieron
y no hay nadie que se haga cargo de ellos...*

“Una pareja de ancianos conformada por el señor Nic y la señora Vir. de 91 y 87 años respectivamente. Los hijos que tuvieron fallecieron y no hay nadie que se haga cargo de ellos, por lo tanto, para solventar sus gastos, recolectan tortillas duras entre sus conocidos y las venden, de esta manera se mantienen. Cabe mencionar que el señor tiene dificultad para caminar, su ocupación era la de elaborar zapatos, pero por su edad ya no lo reciben en ningún trabajo.”

*Educadora para la salud Karina Sánchez Meneses
Delegación Iztacalco*

En ocasiones a los ancianos les resulta mejor vivir solamente con su pareja, ya que tienen compañía y cuidado mutuo, pues en algunos casos, a pesar de vivir con la familia, son relegados a cuartos aparte donde son abandonados y maltratados. El habitar con sus hijos y demás familiares, no es garantía de una vida más cómoda.

... sus vidas están en las manos de Dios...

“Una vivienda en la que habitan dos ancianos, los cuales no cuentan con ningún subsidio o ayuda (alimenticia, monetaria). La dueña del lote en el que viven les da comida y vivienda. Ellos no pueden trabajar, ya que su edad no se los permite; el señor tiene 87 años y la señora 101 años. Los dos son hermanos y no tienen familiares. Aunque la anciana argumenta que se tienen uno al otro y eso es lo más importante para ellos, además de que son muy religiosos y sus vidas están en las manos de Dios.

En alguna ocasión, las educadoras familiares les hemos ayudado con una pequeña despensa; a los ancianos les dio mucha alegría de que se les visitara, más que el valor del presente. Esperemos que casos como este tengan solución, ya que no sólo los niños son el futuro de nuestro planeta, todos pertenecen al presente.”

*Educadora para la salud Elizabeth Salas Cervantes
Delegación Álvaro Obregón*

Aunque subyace la sensación de olvido a los adultos mayores en muchos sectores de la sociedad, lo cierto es que las redes sociales tienen una presencia real, sean de tipo formal, a través de instituciones públicas o privadas; o de tipo informal, mediante personas en la comunidad que brindan algún tipo de ayuda a los viejos cuando los ven solos.

...debemos cuidarlos y respetarlos...

“Este caso en particular es una persona muy mayor que no cuenta con la ayuda de nadie en ningún aspecto, quiero decir, ni económico, ni moral. A pesar de que tiene hijos, ninguno hace nada por ayudarla, está completamente abandonada y no puede valerse por sí sola ya que tiene 86 años y no tiene trabajo. El apoyo de alimentación y económico que recibe es de sus vecinos, esto le permite subsistir. Por si eso fuera poco, esta imposibilitada para moverse, la hace un caso muy conmovedor para mí, porque los ancianos son importantes y debemos cuidarlos y respetarlos.”

*Educadora para la salud Susana Cruz Sandoval
Delegación Iztacalco*

Las zonas marginadas están llenas de contrastes, pues si bien el relato anterior nos habló de la colaboración hacia los viejos, en otros casos los vecinos, incluso los inquilinos que habitan viviendas propiedad de los ancianos, se niegan a apoyarlos, y aun cuando es obligación el pago del arrendamiento, no lo hacen aún a sabiendas de que son quizá su único sustento.

*... la señora vive sola, ella está
en una silla de ruedas...*

“En una vecindad estaba una viejita, más o menos de 85 años. La señora vive sola, ella está en una silla de ruedas y dice que hay veces que los inquilinos no le quieren pagar lo de las rentas y que los niños la agreden y ella necesita leche porque le duelen los huesos y que no quieren proporcionar una tarjeta para la leche, la señora no trabaja, sólo se sostiene con lo de las rentas, porque no tiene familia.”

*Educadora para la salud Marisol Castillo de la Rosa
Delegación Iztapalapa*

La soledad y el abandono que padecen algunos viejos que habitan en zonas marginadas les causan depresión y desesperanza. Cuando la familia los abandona y la comunidad no está dispuesta a apoyarlos, los viejos aspiran a ser internados en alguna casa de cuidados prolongados, con la esperanza de tener una vejez más tranquila y esperar la muerte.

*... lo único que quiere esta persona, es
que se meta a un asilo de ancianos...*

“Ella es una persona inválida, su nivel económico es bajo y su situación familiar está desintegrada. Sus hijos la abandonaron y la única hija que tiene cerca no

le da el cuidado que se le debe dar a una persona con esta problemática de salud.

Esta persona actualmente tiene que pedir limosna en la entrada del metro. Los vecinos que se encuentran a su alrededor son los que a veces le regalan la comida y algunas veces se queda sin comer.

Lo único que quiere esta persona es que se meta a un asilo de ancianos, ya que dice que ahí va a estar mejor que en su vivienda.”

*Educadora para la salud Sandra Luz Villafuerte Ruiz
Delegación Gustavo A. Madero*

Situación económica

El deterioro en la calidad de vida del adulto mayor es desencadenado, entre otros factores, por la situación económica en que se encuentran muchos de ellos y sus familias, ya que es innegable que el mercado laboral los ha desplazado.

Es un fenómeno generalizado que la actividad económica disminuya con la edad debido, entre otras causas, a que se ha desvalorado su experiencia y conocimiento adquirido a través de los años. Las innovaciones tecnológicas los colocan en desventaja debido a que no están en condiciones de actualizar sus conocimientos. No se trata tanto de la implementación de la tecnología en sí, sino de la rapidez de reflejos que requiere su utilización.

En el país, 43.7% de las personas de 60 años y más no cuentan con cobertura de seguridad social,⁶³ por tanto no tienen derecho a pensión, jubilación o algún otro incentivo económico producto de una vida laboral formal. Además, los ingresos por concepto de pensiones son tan insuficientes que causan desconsuelo en muchos ancianos que reciben cheques de \$300.00 al mes.

“...hay días que no tienen ni para una tortilla...”

“Se realizó la entrevista a un par de ancianos, en la cual se percibió que tienen muchas necesidades. Teo y su señora esposa Lucy habitan en condiciones muy malas; tienen 71 y 84 años de edad, por lo cual no tienen trabajo seguro y por versión de ellos, hay días que no tienen ni para una tortilla. El señor, cuando hay festivales en la zona, como en escuelas y la iglesia, toma fotos, si no fuera así, no tendrían dinero.”

*Educadora para la salud Olivia Gutiérrez Torres
Delegación Tláhuac*

La marginación laboral y el cese voluntario o forzado de la actividad económica los empuja a realizar actividades económicas de tipo informal, con muy bajos ingresos y condiciones laborales muy precarias o, como en muchos casos, los coloca en total dependencia de sus hijos o parientes cercanos, todo ello en perjuicio de su dignidad y calidad de vida.

“... la única manera que han encontrado para poder llevarse un pan a la boca...”

⁶³ Véase p. 59

“Es una casa donde una pareja de adultos mayores, con los cuales no encontré una sola palabra de aliento, para que ellos puedan seguir subsistiendo, y lo pongo así, porque sólo de esa manera lo puedo llamar. Ellos no son derechohabientes, jubilados, ni cuentan con subsidios, ni un familiar a quien en algún momento, ellos pudieran pedir alguna ayuda. Él no tiene piernas y por consiguiente, está en una silla de ruedas y la única manera que han encontrado para percibir un poco de dinero y poder llevarse un pan a la boca es poner en la esquina de la manzana una mesita y vender dulces, de los cuales no hay ganancia diaria, lo que sacan a veces son \$20.00.

Ellos se ven desaliñados, la casa pareciera por dentro y fuera como deshabitada, y no es sencillo para una encontrarse este tipo de experiencias y pasarlos por alto, viendo, sin poder hacer nada, lo que muchas familias hacen para subsistir, y que una quisiera hacer todo lo humanamente posible para poner un granito de arena y mejorar las condiciones de vida y salud de cada comunidad.”

*Educadora para la salud Karla Lorena Cervera Medina
Delegación Tlalpan*

Nuevamente las redes sociales se constituyen como una alternativa de apoyo a los ancianos. Un ejemplo de ello son las congregaciones religiosas, quienes otorgan a sus agremiados apoyos de diversa índole si acatan determinados mandatos religiosos y asisten con frecuencia a sus reuniones. Incluso hay viejos que cambian de religión sólo por los apoyos que vislumbran al incorporarse a ellas.

*...sobrevive de la ayuda de los hermanos de un templo
pero sólo cuando acude a sus reuniones...*

“La señora Tere no tiene ningún ingreso económico, nadie la visita, ni siquiera sus familiares; sobrevive de la ayuda de la gente y de los hermanos de un templo, pero sólo cuando acude a sus reuniones, no va muy seguido porque tiene problemas con el ojo derecho, con el cual no ve bien y además le duele mucho, cuando intenta salir frecuentemente se cae, por su problema, y se lastima sin poder caminar por varios días, ella cuenta con 83 años de edad.”

*Educadora para la salud Araceli I. Portas Sánchez
Delegación Iztacalco*

En la cultura urbana suele ser necesario salir de la unidad doméstica para obtener un salario, por lo que es común considerar a los adultos mayores como miembros improductivos. El retirarse de la actividad laboral es, culturalmente, sinónimo de no hacer nada y esto significa no ser nadie socialmente, por lo que se tiende a percibir a los ancianos como inútiles.

*... lo poquito que ganaba es vendiendo ropa usada,
sólo les alcanzaba para subsistir...*

“En ocasiones nosotras, como Educadoras para la salud familiar, nos encontramos con diferentes problemas que no está en nuestras manos resolver.

Para empezar, los niños de esta vivienda se encontraban jugando en la calle, cuando me acerqué a la puerta, me preguntaron qué era lo que se me ofrecía, y yo les pedí que le hablaran a su mamá. Después de un rato, salió un señor ya grande de edad e hice con él mi presentación, el señor es una persona amable

de aspecto humilde, es analfabeta; durante la entrevista, el señor mostró cierta confianza o desahogo, me dijo que estaba enfermo, y que no contaba con los recursos económicos para comprar sus medicamentos. Su esposa, una señora también ya grande de edad, dijo que lo poquito que ganaba es vendiendo ropa usada, sólo les alcanzaba para subsistir.

En ocasiones la gente se imaginaba que nosotras, de alguna forma podríamos resolver sus problemas, cuando lo más que puede hacer uno, es darles una buena orientación, y promover el autocuidado.”

*Educadora para la salud Ana Lilia Matías Vázquez
Delegación Tláhuac*

Discapacidad y enfermedad

Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años son motivo de intranquilidad e incertidumbre constante en las familias y los propios adultos mayores, pues es evidente que significa la *necesidad más sentida* en este período de vida. Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañadas de soledad, abandono, exclusión y fragilidad económica, coloca a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos se trata de enfermos con más de un padecimiento y la atención médica significa egresos altos en la economía familiar y termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas.

*... no importando que no tenga ningún estudio
y su discapacidad, él es independiente...*

“El señor tiene más de 60 años, es sordomudo, nunca ha estudiado, pero se comunica con la gente, su familia me cuenta que él sabe viajar en metro o en camión. Para sostener sus gastos, le ayuda a un albañil; lo que gana no es mucho, pero le ayuda ese dinero para sobrevivir. Su familia dice que es un señor amable e independiente.

En lo particular, ese señor es un ejemplo de superación, porque no importando que no tenga ningún estudio y su discapacidad, él es independiente.”

*Educadora para la salud Rosalín Casimiro López
Delegación Iztapalapa*

La diversidad de los conglomerados humanos en la Ciudad de México le da tintes particulares a las condiciones de marginación en que viven. Así, podemos encontrar en las delegaciones del sur y oriente del Distrito Federal localidades rurales, donde las condiciones de vialidad y transporte, entre otras, dificulta el acceso a los servicios. Esta situación también impacta en la forma en que ahí se vive la vejez. No es lo mismo ser anciano en las colonias céntricas y totalmente urbanizadas que en aquellas donde aún existen formas campesinas y rurales de organización.

... se siente solo y olvidado...

“El señor se encuentra viviendo junto a la barranca, que se encuentra llena de agua estancada de los drenajes de las demás casas, además sus hijos tienen en esta vivienda un establo donde alojan vacas, caballos

y cochinos. El señor tiene aproximadamente 69 años, y tiene un problema en la cadera, lo cual le impide moverse, lo puede hacer utilizando muletas.

Él nos explicaba que en el hospital donde lo trataban le mencionaron que podía quedar inválido si lo operaban, por lo cual no aceptó. Actualmente sufre de dolor en ese miembro y se observan sus piernas arqueadas, por causa de la desviación de la cadera, él se moviliza mediante muletas o ayuda de su caballo, ya que la distancia que hay entre su casa y el mercado es muy larga.

A pesar de que tiene hijos, no tiene apoyo de ellos, y se siente solo y olvidado.”

*Educadora para la salud Patricia Camacho Flores
Delegación Xochimilco*

En algunos casos el proceso de envejecimiento trae consigo la pérdida de funciones, lo que merma la capacidad de adaptación de los ancianos, con secuelas que se traducen en discapacidad. Ambos procesos colocan en desventaja a esa población, pues la falta de información sobre cómo manejar estas situaciones en el entorno familiar y comunitario orilla a que se les marginen aún más de los espacios cotidianos.

...se niega a acudir al médico por miedo a que lo dejen abandonado en un hospital...

“El señor Antonio de 85 años de edad, se encuentra muy enfermo de fibrosis pulmonar, entre otros problemas de salud, como artritis deformativa y pérdida de la vista del ojo derecho, por causa de herpes. La cónyuge de esta persona refirió que no cuenta con

atención médica, porque él se niega a acudir al médico por miedo a que lo dejen abandonado en un hospital.”

*Educadora para la salud Rosario Islas Alvarado
Delegación Iztacalco*

Entre las múltiples complicaciones que se generan en los ancianos con alguna enfermedad crónica o discapacidad está la pérdida de funcionalidad o desarrollar algún tipo de dependencia. De los 24 628 adultos mayores con alguna discapacidad encontrados en el estudio cuantitativo, el porcentaje más alto lo ocupan aquellos con dificultades para ver, oír y moverse o caminar. Destacan 11 863 adultos mayores con problemas para caminar o moverse (7.0%) y 56 789 con discapacidad visual (33.7%),⁶⁴ de tal suerte que podemos calcular que 35.2% de los ancianos marginados en la Ciudad de México, requieren de asistencia para mantener una vejez activa y mejorar su calidad de vida.

... se había caído, y tenía fracturada una pierna...

“Un día llegué a encuestar a la gente de una vecindad. Yo tenía registrado el nombre de un señor, por el cual pregunté con los vecinos y enseguida me indicaron dónde vivía. Al llegar toqué y me dijo que

⁶⁴ Estos datos coinciden con los resultados de la Encuesta SABE, la cual reportó que, en el Distrito Federal, de las personas mayores de 60 años con discapacidad, 15.2% tienen limitaciones en una o dos de sus actividades básicas del vivir diario (ABVD) y 10.1% en tres o más ABVD. Peláez Martha, Palloni Alberto, Pinto Guido, Arias Elizabeth. *Encuesta multicéntrica. Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Informe preliminar*. Washington, D.C., OPS/CASI 36/2001. pp. 15-16

pasara. El señor vivía en un solo cuarto, tenía muchas cosas en el piso, mucha basura, ropa tirada. El señor estaba acostado y me comentó que no podía pararse porque se había caído y tenía fracturada una pierna.

Él sostenía sus gastos por sí mismo, tocando un violín en las esquinas. El dueño de la vecindad lo dejaba vivir ahí, pero quería vender la vecindad y él no sabía qué hacer. Él solicitaba ayuda para poder entrar a un asilo o regresar a su pueblo, para poder descansar en paz, ya que era una persona de edad avanzada.”

*Educadora para la salud Sandra García Ángeles
Delegación Gustavo A. Madero*

En las áreas marginadas del Distrito Federal la seguridad social pareciera ser un elemento que ayuda a los viejos a mantener en control su estado de salud-enfermedad, sin embargo, las condiciones de abandono en que se encuentran algunos mayores identificados por las educadoras muestran que el derecho a los servicios de salud es insuficiente y que el trabajo integral donde las familias, comunidad y trabajadores de la salud está lejos de la realidad de estos ancianos.

... cuando ella podía salir, vendía dulces...

“Al subir al tercer piso de esta enorme vecindad, encontré un cuarto. Al tocar, solamente me respondieron invitándome a pasar. En el interior de la vivienda había una anciana, la cual me dijo se llama Concepción. Tiene 89 años; esta señora es viuda, tiene 6 hijos, sin embargo vive sola. Es diabética y casi no

ve. El lugar donde vive es pequeño, únicamente tiene una cama, una parrilla eléctrica y algunos trastes.

La señora Concepción comentó que ninguno de sus hijos se hacía cargo de ella, por lo cual cuando ella podía salir, vendía dulces. Ahora, a causa de su edad y de la diabetes, se ve obligada a estar casi siempre en cama. Dice que el sacerdote de la iglesia a veces le lleva algunos pesos o que sus vecinos le ayudan con lo que pueden. Cabe destacar que la señora Concepción tiene servicio médico del IMSS, pero no puede acudir, por lo tanto no lleva ningún tratamiento de control de la diabetes.”

*Educadora para la salud Gabriela Olivares Galicia
Delegación Cuauhtémoc*

En este contexto de morbilidad y discapacidad, algo que puede ser causa o consecuencia, según el momento y circunstancia en que se presenten, son los accidentes, ya que la discapacidad puede provocar algún accidente o en su caso, el accidente puede dejar alguna secuela discapacitante. Como se observó en el cuadro 11⁶⁵, en la evolución de la mortalidad 2000-2007, los accidentes estaban presentes entre las primeras diez causas de muerte en la población de 65 y más años en el país. De ocupar el noveno lugar en 2000 suben al séptimo en 2002 y se mantienen en el octavo hasta 2007.

*...y se quemó muy feo en medio de sus piernas
y del estómago para abajo...*

⁶⁵ Véase p. 64

“Se observó en esa casa carencias económicas, y el abandono de una anciana, que sólo ella sabe cómo vive día a día, puesto que la señora no camina. Está en silla de ruedas, ya casi no oye, ni puede ver muy bien. Vive en un cuarto húmedo y desaseado. Por su estado de salud, no puede hacer nada. A lo que parece, tiene familia pero ya no se interesan por ayudarla. La que ve por ella es una muchacha que vive en esa misma casa.

En esa misma casa hay una familia que la conforman, la mamá y dos hijos. La mamá ya es anciana y padece de diabetes. A consecuencia de eso se le está acabando la vista y la señora casi ya no ve. Ese día que fui a hacer la encuesta, me pasaron a su casa y me atendieron muy bien. Recuerdo que a la señora le había pasado un accidente, pues sucede que su hija le había servido una canela bien caliente y se la dejó en la mesa. Y como la señora ya casi no ve, cuando la quiso agarrar, que se le cae encima la canela, y se quemó muy feo en medio de sus piernas y del estómago para abajo. Recuerdo que me enseñó las quemaduras y en ese momento no supe qué hacer, me daban ganas de llorar ahí con ella, pero con eso no iba a remediar nada.

Me dijo su hija que su mamá tenía que usar lentes, pero que los que tenía los había perdido. Y en ese momento pensé en ayudarle para que se comprara los lentes que le hacían falta. A pesar de que la señora se veía sin ganas de nada por lo que le había pa-

sado, tuvo la atención conmigo y eso me llenó de satisfacción el que ella me haya escuchado.”

*Educadora para la salud Marisela Ibarra Franco
Delegación Gustavo A. Madero*

La situación más apremiante que puede presentarse para un anciano con dependencia y discapacidad es, sin duda, el abandono por parte de su entorno familiar. Muchas familias no disponen de los conocimientos, habilidades y actitudes para dedicar mayor tiempo a los cuidados, sobre todo cuando los ancianos se encuentran postrados, tampoco cuentan con recursos económicos para su manutención (mayormente de quienes requieren múltiples medicamentos, prótesis, alimentos especiales o pañales).

Más importante aún, debido a la escasez de recursos, se dificulta el ofrecer bienestar a quienes reúnen estas tres condiciones de desventaja: ser viejos, enfermos y marginados.

*... ni su nuera, ni su hijo se preocupan por él,
a pesar de que saben que el señor los necesita...*

“Toqué la puerta, salió un niño, le pregunté que si estaba su mamá, y me dijo que no, que únicamente se encontraba su abuelito. Le mencioné al niño que iba del Centro de Salud, que le avisara a su abuelito, y se metió corriendo, esperé un momento, y regresó el niño, y me dijo que pasara, porque su abuelito no podía caminar. Pasé y me dieron una silla, saludé al señor, y le dije el motivo de mi visita. El señor tiene 78 años, es derechohabiente al ISSSTE, con dificultad para ver, moverse y caminar. Lo que más me impresionó fue ver al señor, con lágrimas, desesperado,

triste y pidiendo ayuda, porque su esposa lo había engañado con el suegro de una de sus hijas. Después de que el señor se enteró, corrió a su esposa y ésta se fue con sus hijas y un hijo, en algunas ocasiones los hijos lo visitaban, únicamente para pedirle dinero, pero el señor se negó a brindarles ayuda económica, le dijeron groserías, maltratándolo, entre otras cosas.

El único hijo que vive con él trabaja como *gritador*⁶⁶ en los peseros, y que el poco dinero que gana, lo ocupa para tomar sus cervezas y no da gasto para la comida, nada más anda en la calle, no se preocupa por el señor. También menciona que su nuera se sale a la calle y nunca está en su casa, no hace de comer, no hace *quihacer*, no lava trastes, y el señor tiene que hacer de comer para su hijo y su nieto, y para la nuera. Con el dinero que recibe de su pensión tiene que solventar los gastos de la familia.

El señor menciona que su nieto es el que más se preocupa por él, sale a comprar el mandado, lo atiende, lo cuida mucho, lo ayuda para que pueda pararse y poder caminar, se duerme con él, y cuando llega la hora de la escuela lo manda 15 minutos antes, cuando el niño sale de la escuela, se regresa a la casa del abuelito, y poder atenderlo, ya que ni su

⁶⁶ El “gritador” o “despachador” es quien organiza la salida en las terminales acondicionadas del transporte público concesionado, denominado localmente “peseros”. Su ingreso depende de las propinas que los choferes le den por subir más pasaje a su unidad.

nuera, ni su hijo se preocupan por él, a pesar de que saben que el señor los necesita.”

*Educadora para la salud Nadia Maricel Ruiz de la Cruz
Delegación Tláhuac*

Cuando al interior de las familias no existe solidaridad intergeneracional, las discusiones para decidir quién cuidará al abuelo pueden tornarse conflictivas. En algunos casos se producen rompimientos fraternales y quien está en medio de tal pugna es el adulto mayor, quien es percibido como carga innegable y se le recibe con más resignación que convencimiento. Y si añadimos que las familias tienen de por sí carencias, el entorno al que llegan no es el ideal. Esta situación se agudiza cuando los adultos mayores presentan altos grados de dependencia.

... está incapacitada para caminar, por lo que tiene que arrastrarse para poder desplazarse de un lugar a otro...

“Una de las experiencias que más captó mi atención fue al encontrarme en un hogar, en donde la marginación es muy alta, ya que sus ingresos económicos no alcanzan para el sustento de la familia, aparte de vivir de una manera muy precaria, pues la familia no cuenta con un espacio que pueda servirles como cocina o comedor, por lo que tienen que consumir sus alimentos en el patio.

Aparte de vivir en estas condiciones, a la familia se añadió un nuevo integrante: una anciana que es la abuela por parte del padre de familia, la cual llegó del interior de la República. La señora, aparte de no saber su fecha de nacimiento, está incapacitada para

caminar, por lo que tiene que arrastrarse para poder desplazarse de un lugar a otro, debido a que no cuenta con una silla de ruedas o muletas que le sirvan para transportarse.”

*Educadora para la salud: Karina Ramírez Ávila
Delegación Gustavo A. Madero*

La ausencia de apoyo en la estructura familiar puede atenuarse por las llamadas redes sociales, constituidas por los amigos, vecinos o excompañeros de trabajo, entre otros. Los apoyos aportados por estas redes pueden ser de tipo material (dinero, ropa o comida), instrumental (transporte, ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento) y emocional (cariño, confianza, empatía). Si bien es cierto que estas redes sociales tienen menos intensidad que las familiares, son más personales que las de tipo formal (programas gubernamentales, asilos, clubes de ayuda mutua, etc.).⁶⁷

... la recogieron en la calle, en muy malas condiciones, su edad es de 98 años...

“La señora Isabel me comenta que la integrante número cuatro no es su familiar, pues la recogieron en la calle, en muy malas condiciones, tanto físicamente como de salud. Ellos creen que su nombre es Herlinda Vázquez Jiménez, y que su edad es de 98 años, por lo que les ha platicado con trabajos, pues la se-

⁶⁷ Jáuregui Ortiz, Berenice; Poblete Trujillo, Emmanuel; Salgado de Snyder V., Nelly, “El papel de la red y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México”, en Salgado de Snyder V., Nelly y Rebeca Wong, *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, pp. 85-95.

ñora tiene problemas para hablar, para escuchar y caminar, por lo cual se la pasa sentada la mayor parte del día en una silla de ruedas.

Además, la señora Isabel me comentó que en ocasiones la señora se encuentra fuera de la realidad, pues a veces habla de su niñez, y actúa como si estuviera viviendo el momento, y a veces grita y habla como si estuviera con su familia.

Posdata: Yo en lo personal, vi muy triste a la señora, y sí me preocupó, lo bueno que vi en el hogar de la familia García que son nobles y tratan con cariño a la señora Herlinda.”

*Educadora para la salud María Teresa León Joya
Delegación Tláhuac*

Maltrato

La discriminación y el deterioro del tejido social en torno a los ancianos puede desembocar en actos de maltrato, violencia, agresión física y psicológica en su entorno familiar y comunitario.

Da la impresión que se ha vuelto algo común el maltrato hacia los viejos, pues los silogismos asociados a vejez, dependencia y maltrato se repiten con frecuencia.

En México la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar de 1999 registró que 18.6% de la población de 60 años de edad y más vive en hogares donde se presentan actos violentos; los principales tipos

de violencia intrafamiliar que padecen son: emocional (97%), la intimidación (12.4%) y la física (8.6%).⁶⁸

En algunos casos el abuso llega al extremo de despojarlos de sus ingresos, pensiones o propiedades por parte de la familia o allegados; el abandono y la soledad que tienen que enfrentar al no encontrar apoyo en sus familiares merma considerablemente su autoestima y los deprime.

*...por las noches les patean sus paredes
y no los dejan dormir...*

“Son dos personas mayores que sólo buscan la tranquilidad que les brinda su propio hogar, como ya son personas de la tercera edad, la señora de 85 años tiene osteoporosis, no puede salir sola a la calle, ni al mercado, ni cocinar; el señor es el que se encarga de comprar comida preparada, para así cubrir con esa necesidad. Con lágrimas en los ojos, ellos manifiestan que, por favor, sus vecinos los dejen tranquilos, ya que a ellos por las noches les patean sus paredes y no los dejan dormir.

Otra de las situaciones es que se están adueñando de su terreno sus propios vecinos; el señor ya puso una demanda, pero lo ignoran, y no le hacen caso. Estas personas se sienten desamparadas, la señora no tuvo hijos, y el señor fue casado, y él sí tuvo hijos, pero

⁶⁸ Ruelas González, Ma. Guadalupe; Salgado de Snyder V., Nelly, “El maltrato en el adulto mayor: factores de riesgo en un contexto de pobreza”, en Salgado de Snyder V., Nelly y Wong, Rebeca, *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, pp. 85-95.

ellos no se quieren hacer cargo de la señora; ella dice que la odian.

¿Cómo hay personas tan insensibles, que no saben respetar a personas como ellos, que no saben que van a llegar, como ellos, y pueden tener una situación parecida?.”

*Educadora para la salud Rocío Meza
Delegación Xochimilco*

La creciente dependencia económica de los adultos mayores respecto de sus familias puede potencializar el fenómeno de violencia, pues los hace más vulnerables al abuso y al maltrato. En ocasiones son despojados de los escasos o abundantes bienes muebles o inmuebles con que cuentan por parte de los familiares que se encargan de su manutención y cuidados.

... le dejaron un cuartito y no le dan de comer...

“La señora tiene más de 70 años, vive con su hijo, nuera y nietos, pero a ella le dejaron un cuartito y no le dan de comer, no la llevan al doctor y ella se quiere atender, pero no tiene quien la acompañe; sus nietos son muy groseros y no le hacen caso. Cuando la señora se baña tiene que pagar para que alguien la bañe, padece la enfermedad de artritis, no puede tomar ni las cosas, la nuera le quitó las escrituras de su casa.”

*Educadora para la salud Jovanna Pérez Luna
Delegación Iztacalco*

El abandono es reconocido como un tipo de maltrato y, si está asociado con soledad, agrava las condiciones en que

sobreviven los viejos. Así, el maltrato tiene su expresión concreta cuando se explora la intimidad de su vivienda, sus condiciones en que habitan y su entorno.

... no tiene ni qué comer, sobrevive de lo que las personas le dan...

“La persona que más me impactó es un viejito, el señor Silverio, de 83 años, que vive en un terreno en donde viven su hija, yerno, nietos y esposa, pero en casas separadas. El señor Silverio vive en un cuarto, él solo, en condiciones insalubres, no tiene ni qué comer, sobrevive de lo que las personas le dan, o le regalan para poder alimentarse, ya que ni su propia familia se hace cargo de su salud, o de sus necesidades más indispensables. El señor no cuenta con algún subsidio propio para abastecerse de lo más indispensable y de lo más necesario para su autocuidado.”

*Educadora para la salud Reyna Gómez Ortiz
Delegación Tlalpan*

Muchos casos de maltrato hacia los viejos no son denunciados, ya que al tipificarse como un delito, tendría consecuencias graves para los infractores, por lo que en pocos casos se atreven a realizar la demanda respectiva. De acuerdo con cifras del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), en 2001 se presentaron 9 000 denuncias por violación a los derechos humanos a ancianos y en 2002 esta cifra se duplicó a 18 000, lo que torna tangible este problema cre-

ciente que, por tanto, ha de ser un tema prioritario para quienes se ocupan de la atención de este grupo de edad.⁶⁹ Existen casos donde el maltrato físico llega a niveles de brutalidad que ponen en riesgo la vida de las o los ancianos.

...su hija le pega y la maltrata...

“Una señora de 70 años de edad, a la cual su hija le pega y la maltrata por no cuidar bien a su nieto, la ha golpeado al grado de que tienen que llevarla al hospital a que la curen, porque la deja tirada y no le importa lo que le pase a su mamá. Una vecina es la que la recoge y la atiende y dijo la señora que ella se iba a hacer cargo de la “abuelita”, pero que la iba a llevar con una de sus hijas, para que no la encontraran.”

*Educadora para la salud Ruth Villaloz C
Delegación Álvaro Obregón*

Una variable importante en los casos de maltrato, es que se trata de un problema que suele ocultarse; los mismos adultos mayores no lo denuncian o lo manifiestan y sólo se puede observar cuando se logra la confianza para que declaren su existencia, pues las pautas culturales tienden a proteger a los familiares.

⁶⁹ Ruelas, González Ma. Guadalupe, Salgado, de Snyder V. Nelly, op. cit. pp. 89

... a veces la tienen hasta en su propia suciedad...

“La señora Elena, de 60 años de edad, que padece la enfermedad de diabetes, no cuenta con servicio médico y se encuentra muy mal, aparte de que no tiene la atención adecuada, vive en malas condiciones con sus parientes. La tienen en un cuarto encerrada, a veces la tienen hasta en su propia suciedad, porque casi no la asean y se ve que está mal alimentada, porque su hermana y su sobrino no cuentan con medios suficientes para atenderla, porque su sobrino tiene una hija con síndrome de Down.”

*Educadora para la salud Virginia Márquez A.
Delegación Álvaro Obregón*

Harto elocuentes son los relatos testimoniales que elaboraron las educadoras sobre el maltrato hacia el adulto mayor. Sin embargo, es necesario diseñar instrumentos de medición para identificar el tipo y frecuencia del maltrato, sobre todo, diseñar algunos indicadores que permitan indagar los factores de riesgo para este fenómeno. En México, la violencia familiar, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, puede ser:

1. **Abandono:** acto de desamparo injustificado hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
2. **Maltrato físico:** acto de agresión que causa daño físico.
3. **Maltrato psicológico:** acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

4. **Maltrato sexual:** acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.⁷⁰

...ya no le tienen paciencia

“En este domicilio viven dos familias, cada una con seis integrantes. El señor Sergio y Martín, con ellos vive su suegra, persona de 96 años, la cual tienen en una mala situación. El lugar tiene muy mal aspecto y huele mucho a orines.

Al lado vive su cuñada del señor Sergio, la cual me comentó que el señor siempre anda muy arreglado, pero no les da dinero a sus hijos ni para comer.

Cuando yo encuesté este hogar pude ver la situación en la que viven, a la señora Soledad, que es la suegra, ya no le tienen paciencia, la atienden de muy mala gana sus hijas.

Existe otra señora que vive sola. Sus hijos no quieren hacerse cargo de ella, la señora ya es una persona grande, la cual padece de ataques y ella sí me pidió que la ayudara.”

*Educadora para la salud Esther Campos Flores
Delegación Gustavo A. Madero*

⁷⁰ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM). Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. NOM-190-SSA-1999.

También existe otro tipo de maltrato que no se menciona en la NOM referida, el cual es descrito así por la Mtra. Mary Blanca López Pérez:

También está el **maltrato estructural o societario**, referido a la falta de políticas sociales y de salud adecuadas, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, y presencia de normas sociales, comunitarias y culturales que desvaloran la imagen del adulto mayor, mismas que resultan en perjuicio de su persona y se expresan socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social.⁷¹

les dan de comer sus vecinos...

“Una viejita de 80 años, vive con sus nietos, solos en su departamento, nadie los ve, ni les dan de comer; su hija los visita cada semana, los sábados come con ellos y se va. A la viejita y su nieto les dan de comer sus vecinos, su vecina solicita ayuda para que alguien la apoye en sus alimentos, porque toda la semana no comen si ella no les da, también necesita ayuda médica”.

*Educadora para la salud Laura Nancy Pérez Lugo.
Delegación Iztacalco.*

En la identificación del riesgo de maltrato a las personas adultas mayores es importante considerar que éste puede referirse a más de un tipo de violencia. Por ello, se sugiere que el abordaje de los casos sea interdisciplinario y en coordinación con los diferentes sectores que atienden (intra e

⁷¹ López, Pérez Mary Blanca, “Maltrato en el adulto mayor” en Gutiérrez, Roldo Luis Miguel, *op. cit.* 2010. p. 4

intersectorial), y se insiste en el diseño de modelos gerontológicos que ayuden a disminuir el maltrato al anciano en un mundo donde el envejecimiento nos toca a todos.

*...de pronto se escuchó una voz que gritaba:
métete viejo inútil..."*

“Todo ocurrió una mañana del mes de noviembre, cuando me trasladé a entrevistar a la familia. Me aproximé a la vivienda, tenía a su alrededor montones de abono y moscas, el material de la casa era de adobe. Toqué la puerta, de pronto salió una persona anciana, con un semblante de dolor, tristeza y desesperación. Al saludarlo me di cuenta que tenía lastimado un ojo, era impresionante, el ojo cerrado completamente y un líquido amarillo que salía del ojo y las moscas pegadas al ojo. Le hice mención que necesitaba atención médica, y me contestó que los hospitales se hicieron para los que tenían dinero y eran jóvenes, que él era un viejo que nadie lo quería, y que sentía más dolor por ser un viejo inservible por lastimarse el ojo con una madera con punta. De pronto se escuchó una voz que gritaba: *Métete viejo inútil, ¿qué haces ahí perdiendo el tiempo? Ponte a trabajar, amarra las varas de las escobas*».

Le pregunté: *¿quién lo llama?* y me respondió: *es mi yerno*. Cuando de pronto, estaba frente a mí, era un individuo completamente alcoholizado y agresivo.”

*Educadora para la salud Virginia Luna García.
Delegación Xochimilco.*

5. Reflexiones finales

*Los adolescentes de mi generación, avorazados por la vida,
olvidaron en cuerpo y alma las ilusiones del porvenir,
hasta que la realidad les enseñó que el futuro no era
como lo soñaban, y descubrieron la nostalgia.*
Gabriel García Márquez. *Memoria de mis putas tristes*

La vida cotidiana en la Ciudad de México está repleta de historias. Todos y cada uno de sus habitantes vivimos rodeados de sucesos que se mantienen callados en el anonimato de esta gran urbe; el ir y venir a toda prisa por esas calles, colonias, avenidas, ejes viales, callejones, barrios y demás, apurados por llegar a algún lugar, nos mantiene muy entretenidos y el tiempo para escuchar esas historias, es escaso o inexistente.

La historia oral parece que se está perdiendo con el advenimiento de las nuevas tecnologías y nuevos modos de vida; sentarnos a escuchar un relato con nuestro vecino o incluso con la familia, es un acto cada vez más esporádico. Y vale decir que sólo se trata de entablar una charla, sino de mantener vigentes relatos, pláticas, leyendas, comentarios o historias. La rutina impide que participemos en la transmisión de las historias, por lo que muchas de ellas pasan desapercibidas -a pesar de que su carga trágica pueda perturbarnos de momento- y, finalmente, se olvidan.

Es en este contexto de vida acelerada donde se desenvuelven nuestros ancianos actualmente, ellos, quienes precisamente crecieron con los relatos e historias como forma de vida, aprendizaje y transmisión de conocimientos, ahora es-

tán inmersos en estas dinámicas, donde además, el deterioro social en torno a ellos es muy marcado.

Como se observó a lo largo de los relatos testimoniales, a menudo se discrimina, abandona o maltrata a los ancianos, en la mayoría de los casos, dentro de la misma familia.

La ruptura del tejido social tiene su más fiel retrato en las familias que sobreviven en las zonas marginadas de la ciudad. Si bien no se trata de estigmatizarlas o hacer estereotipos de adversidad, lo cierto es que las condiciones de pobreza y exclusión social en que viven son el nicho ideal para que sucedan los hechos relatados.

Los escenarios de los grupos domésticos descritos por las educadoras familiares revelaron sus condiciones de supervivencia, siempre acompañada de problemas económicos, de vivienda, violencia, abandono y desintegración social.

En relación con los estudios sobre envejecimiento, se mencionaron las principales vertientes de abordaje del tema, que de manera esquemática describimos aquí:

- a) *Demográfica*: que da cuenta de los cambios en la estructura poblacional y el crecimiento del grupo de mayores de 60 años.
- b) *Financiera*: que destaca las complicaciones financieras que significan el pago de pensiones y jubilaciones.
- c) *Epidemiológica*: que subraya los complejos fenómenos de la transición en la salud-enfermedad de los viejos.
- d) *Socioeconómica*: que enfoca su análisis en la difícil situación económica que enmarca a los ancianos, el papel que juega el Estado y las condiciones de vulnerabilidad de este grupo poblacional.

- e) *Cultural*: es la menos desarrollada y, en términos generales, es la corriente para los estudios de tipo gerontológico y antropológico.

Con los resultados del Programa de Educación para la Salud de la Familia (Edusfam) aquí presentados y el complemento cualitativo de los relatos testimoniales, realizamos una aproximación al uso de esta última vertiente en el estudio de la vejez.

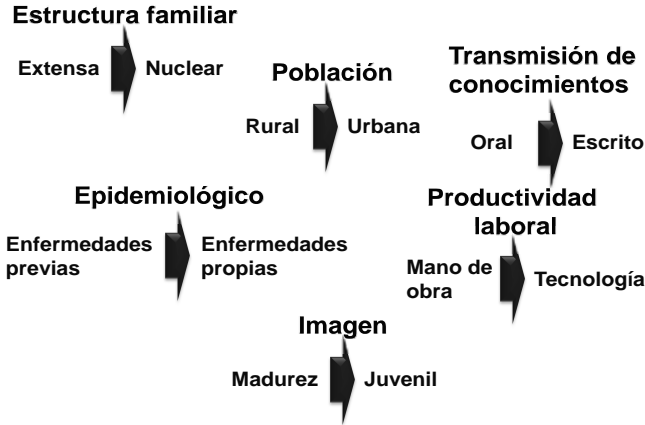
Al presentar las reflexiones sobre *lo cualitativo* y *lo cuantitativo*, nuestra intención no es evaluar cada paradigma. El propósito no es diferenciar cuál de los paradigmas es *el bueno* y cuál es *el malo*. El planteamiento se orienta a que cada investigador tenga la libertad para seleccionar un paradigma de acuerdo con criterios técnicos y personales. Creemos que la decisión que tome estará reflejando su grado de compromiso, el cual involucra tanto los aspectos *manifiestos* como los *ocultos*.

De igual manera, el implementar una metodología cualitativa en la administración de los servicios de salud permite contar con otra herramienta que apoye la toma de decisiones en la oferta de los servicios; en otras palabras, escuchar la percepción del prestador de servicios (médico, enfermera, trabajadora social, educadora para la salud, etc.)

A manera de reflexión final, queremos ilustrar que paralelamente a la transición demográfica y epidemiológica, existe algo que llamaremos *transición paradigmática*, que son esos elementos que han ido conformando la nueva imagen social y cultural de los adultos mayores, elementos que influyen en las actitudes hacia los ancianos, y que intervendrán en la

conformación de los viejos del mañana que seguramente seremos diferentes que los de antes y los de ahora (*esquema 1*).

Esquema 1
Transición paradigmática



La estructura familiar ha pasado de extensa a nuclear, llevando a los viejos a residir en hogares independientes. Cada vez pierde más vigencia la dinámica según la cual los viejos eran responsabilidad de la familia, por lo que en la misma casa estaban la hija, el hijo, el nieto, el sobrino que ayudaban al cuidado y la manutención del anciano. El nuevo paradigma será, entonces, ancianos solos o en parejas en hogares donde vivan aparte de la familia.

Los cambios en los patrones de residencia del campo a la ciudad se han advertido desde mediados del siglo XX; cada

vez más gente vive en localidades urbanas,⁷² lo que seguramente también intervendrá en la imagen del viejo. En la ciudad existen otros ritmos, otros estilos, otros modos de vida distintos de quienes viven en el campo. Así, ese contraste entre los dos espacios implica una cosmovisión distinta de los viejos, aquellos que van migrando o cuya localidad va transformándose, también ajustarán su comportamiento hacia a los ancianos y seremos abuelos urbanos, con su consecuente adaptación.

Actualmente tenemos a personas adultas mayores que crecieron con los relatos e historias como forma de vida, aprendizaje y transmisión de conocimientos, la oralidad era parte de su vida. La transformación a la forma escrita y la invasión de la comunicación remota deberá traer consigo cambios en los futuros viejos. La fuente oral será menos recurrente y los ancianos deberán adaptarse a esa nueva circunstancia.

En el contexto epidemiológico, entre las causas más frecuentes de morbilidad crónica en adultos mayores destacan la hipertensión arterial y la diabetes, sin embargo, contrasta que en 2010, 78% de los casos nuevos de diabetes se presentaron antes de los 65 años de edad y en hipertensión el 74%.⁷³

⁷² El porcentaje de personas que habitan en comunidades rurales ha disminuido. En 1950, representaba poco más del 57% del total de la población del país; en 1990 era de 29 por ciento y para el 2010, esta cifra disminuyó hasta ubicarse en 22%. Inegi. *Cuéntame. Población rural y urbana 2010*. Disponible en http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P

⁷³ SINAVE/DGE/Salud/Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades. Anuarios de Morbilidad 2010. Información revisada en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

Este contraste nos invita a reflexionar acerca de las condiciones de salud-enfermedad y definir con precisión las enfermedades *propias* de la vejez diferenciadas de las enfermedades *previas*, producto del curso de vida.

En el terreno laboral los viejos (y también los jóvenes) han sido desplazados con la irrupción de nuevas tecnologías. La mecanización y la informática son componentes que a los viejos de hoy los tomó desprevenidos y quizá nos debe hacer reflexionar dónde quedaremos los viejos del mañana, si procuraremos llegar a edad avanzada con buenos reflejos y conocimiento o seremos desplazados como pasa actualmente.

Finalmente, en la actualidad se privilegia una imagen juvenil *versus* la de madurez y experiencia. Llama mucho la atención el manejo mediático de la belleza y la juventud; el bombardeo comercial y mercadotécnico de cómo debemos ser. Cuántas cremas, aparatos, *menjures* se promueven para prevenir el envejecimiento. Esa misma imagen que se comercializa conforma en los jóvenes la idea de que quien se ve viejo, se ve mal, así que quizá deberemos afrontar una imagen maquillada de la vejez y estar preparados para *un mundo feliz* donde el viejo de 60 años debe seguir teniendo la misma vitalidad del de 30.

Pero en realidad el envejecimiento tiene sus propias características, como se observa en el *esquema 2*:

Esquema 2

El proceso de envejecimiento es:

- Normal
- Natural
- Diferencial
- Irreversible
- Multiforme
- Multicausal

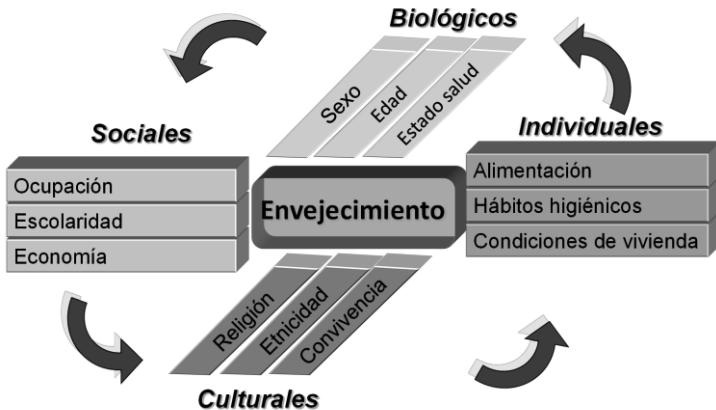
No es una enfermedad.
No es un error involutivo.

Fuente: Adaptado de García, Peña Carmen. *La transición epidemiológica en la vejez*. Teleconferencia. Sedesol-Instituto de Geriátria. México. 28 de octubre de 2010. Disponible en <http://www.ilse.edu.mx>

Todos los factores que giran alrededor del envejecimiento tienen sus aspectos positivos y negativos (*esquema 3*).

Esquema 3

Factores que giran alrededor del envejecimiento



Así, en esta imagen como rehilete (a la que se le podrían agregar más aspas), si todos los factores son positivos, girará de manera uniforme hasta, que metafóricamente, *se detenga*,

sin embargo, en cuanto haya algún o varios factores negativos, el giro será irregular y la vejez tendrá características de desventaja.

Luego entonces, la conjugación de todos esos factores condicionará la vejez de cada individuo; cada anciano experimentará una vejez distinta.

Los aspectos biológicos sociales, económicos, ambientales, psicológicos, culturales e individuales influyen de manera directa en la forma que se vive la vejez, por ejemplo:

Según las **características biológicas**:

- La vejez no se experimentará igual por hombres y mujeres.
- La vejez no tendrá las mismas características para un viejo sano o para uno enfermo.

Según las **características sociales**:

- La vejez no se experimentará igual en el campo que en la ciudad.
- Llegarán a viejos de forma diferente un obrero que un campesino o un burócrata.
- La situación económica impactará en el tipo de vejez, pues un anciano rico presentará condiciones diferentes que un pobre.
- Un viejo analfabeta seguramente tendrá una vejez diferente que uno con escolaridad.

Según las **características culturales**:

- Ser un anciano indígena tendrá características diferentes que ser un anciano mestizo.
- La religión influye en la forma de llegar a viejo o experimentar la vejez.
- Si vive en una familia extensa, sólo con su pareja o en soledad.

En resumen, la historia de las condiciones de vida influirá en la vivencia de la vejez. Este conjunto de factores van conformando una imagen socialmente validada y culturalmente sancionada del adulto mayor y de los que le rodean. En otras palabras, cada uno vivirá y experimentará su vejez de manera distinta a los otros.

Aquí recuperamos una definición de la vejez que hace Simone de Beauvoir: “Es una determinada categoría social, más o menos valorizada según las circunstancias. Y para cada individuo es un destino singular: el suyo”.⁷⁴

Esta relatividad debería considerarse para la aplicación de programas de intervención en la población adulta mayor, sin embargo, son muchos los ejemplos donde los apoyos a los adultos mayores *son iguales para todos*. Esto trae consigo el riesgo de usar a los ancianos con manipulaciones políticas y clientelismo electoral.

Por ello, se hace necesario abordar el tema de la vejez desde el punto de vista de los viejos. Aquí es donde cobran relevancia las técnicas y métodos antropológicos. A través de la etnografía, la observación participante, la entrevista dirigida, la entrevista a profundidad, las historias de vida o la moderna antropología visual; todos ellos se sugieren como herramientas de abordaje para realizar proyectos de intervención.

Otro tipo de abordaje, que es el componente central de este documento, son los relatos testimoniales de quienes tra-

⁷⁴ Beauvoir, Simone de. *La vejez*, Barcelona, EDHASA, 1983. p. 107

bajan con adultos mayores, pues sin duda los que conviven con ellos cotidianamente conocen sus necesidades, carencias y formas de pensar. También servirá para explorar las deficiencias que tiene esos profesionales en el abordaje a este grupo poblacional. Y es que habría que reconocer que, en ocasiones, la verticalidad de los programas de intervención no permite que los trabajadores apliquen sus conocimientos y experiencias.

En suma, lo que se busca es: explorar los usos, valores, costumbres, ideas e interpretaciones de la vejez a partir de la propia experiencia de quien envejece, sus acompañantes, sus cuidadores y quienes trabajan con ellos.

El reto consiste entonces en traducir los resultados de la investigación cualitativa en programas que orienten los caminos que vayan de la investigación a la acción y deriven en una vejez menos desventajosa para las generaciones que venimos en camino.

De ahí que al diseñar políticas públicas, debemos superar los enfoques de tipo asistencialista que la historia evidenciado como inmediateistas, efímeros, que no abordan la raíz de los problemas, frecuentemente mediáticos y cambiantes, según el enfoque del gobernante en turno. También deben dejarse atrás el burocratismo y populismo de los programas institucionales momentáneos proselitistas y tendenciosos, y pensar que la problemática del adulto mayor nos atañe a todos, pues es un asunto de índole social.

El panorama es complejo, pues los componentes para la intervención deben concebirse de forma estructural y sistémica. El enfoque debe ser multicéntrico, multi y transprofe-

sional. Se propone revisar y en su caso, incluir en el ámbito educativo, el tema de la vejez en todos los niveles. En cuanto al tema de salud, es impostergable la adecuación de los modelos de atención para este tipo de población. En el terreno laboral, deben considerarse las condiciones de los adultos mayores para ofrecerles empleo con relaciones laborales más estables. En relación al aspecto económico, es imprescindible incluir en la agenda de discusiones legislativas la disponibilidad de contar con una pensión digna para cada adulto mayor. Se propone trabajar en muchos sentidos para incorporar y mejorar el tema de las relaciones intergeneracionales al interior y exterior de la familia. Y, en términos generales, debemos cultivar una cultura de la vejez.

También debemos reconocer que el auge que ha tomado el estudio del envejecimiento y la vejez actualmente brinda la cantidad suficiente de información para proponer ajustes en las políticas públicas sustentadas en evidencia. Ciertamente, los temas de investigación no se han agotado, pero lo que ha faltado ha sido encauzar la discusión hacia la definición de estrategias más aplicables hacia ese sector de la población y dirigir los esfuerzos hacia la reglamentación de la legislación vigente. Un ejemplo de los rezagos en este ámbito es el hecho de que el estado de salud es particularmente vulnerable en los viejos debido a causas múltiples, actualmente no existe una Norma Oficial Mexicana (NOM) que oriente la presta-

ción de los servicios de salud de manera específica hacia los adultos mayores.⁷⁵

Igualmente debemos romper con esquemas que victimizan o dramatizan la condición de envejecer. Si bien los relatos testimoniales aquí presentados dan cuenta de las condiciones de desventaja de los adultos mayores en zonas marginadas del Distrito Federal, también reconocemos la existencia de personas mayores con situaciones muy favorables, que están envejeciendo con buena una calidad de vida y que presentan condiciones de salud y bienestar prósperas.

Tenemos la responsabilidad de construir una imagen social del viejo como un individuo con particularidades biológicas; con necesidades específicas que debemos conocer y aprender a manejar; que la vejez no se asocie con menosprecio o discriminación; que el envejecimiento no sea sinónimo de desventaja ni que sea aprovechado con fines políticos o, peor aún, que en el terreno académico sólo sea aprovechado como recurso metodológico.

⁷⁵ En junio de 2012 se publicó la *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*, que, como su nombre lo indica, incluye criterios para la atención en adultos y ancianos. De manera implícita encontramos en otras NOM con algunos criterios para la atención de los viejos, a saber: *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes*; *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica*; *Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias*; *Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud*, y *Norma Oficial Mexicana NOM-062-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los marcapaso (generador de pulso)*, entre otras.

Esto ya lo había esbozado la HelpAge International en 1999:

Reducir la vulnerabilidad y promover su inclusión *no es crear servicios especiales para las personas mayores*, sino más bien asegurarse que tengan acceso igualitario a los servicios generales junto con otros grupos vulnerables.⁷⁶

Para terminar este conjunto de reflexiones se hace necesario describir qué pasó con los resultados de este proyecto. Inicialmente impactó en la política social del Distrito Federal, pues la implementación de acciones de desarrollo social tuvo como línea basal el trabajo con los habitantes que más requirieron del apoyo en aquellos programas de beneficios sociales y las prioridades se definieron con información recopilada de manera intensiva en las zonas marginadas.

Otro elemento fue la creación de la pensión universal ciudadana, lo que ha fomentado la implantación de programas de apoyo a adultos mayores con similar operación en otras entidades federativas e incluso a nivel federal. Modestamente debemos reconocer que este logro fue de manera tangencial, pues el trabajo de las educadoras, como ya se mencionó, estaba orientado a las familias marginadas y no exclusivamente al adulto mayor.

Finalmente, el logro más importante fue, sin duda, la incorporación de las educadoras familiares para la salud en el

⁷⁶ HelpAge International, *El Informe sobre el envejecimiento y el desarrollo: un resumen. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo*. Londres, 1999, p. 4 (documento electrónico) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/informe_sobre_env_y_desarrollo_1.pdf.

trabajo comunitario. Con el paso de los años, su trabajo ha servido para mantener ese contacto directo con las familias; su labor cotidiana les ha permitido acumular experiencia en el trabajo con adultos mayores. Sin embargo, también ellas reconocen que su trabajo actualmente se ha encasillado y sugieren una mayor diversidad de acciones comunitarias en la medida de su formación profesional y la experiencia laboral.⁷⁷ Aunque eso no ha disminuido su compromiso y sensibilidad, las mantiene en permanente vigilancia y cuidado del grupo de adultos mayores que cada una tiene bajo su responsabilidad y que sin duda hace que la Ciudad de México continúe estando a la vanguardia de trabajo con adultos mayores.

⁷⁷ En un ensayo reflexivo, las educadoras reconocen que en la actualidad no se ha aprovechado su experiencia y formación profesional en las actividades que realizan. Terrera Herreros, Marisol. *et al.* "Continuidad de los programas de intervención comunitaria en el Distrito Federal", en *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud, UAM-Xochimilco, UNAM, FES-Zaragoza, Instituto Politécnico Nacional, México, 2006. pp 185-190.

Anexo 1

Datos cuantitativos

Cuadro A
Leyes estatales de adultos mayores por entidad federativa y fecha de publicación, 2000-2011

Entidad federativa	Fecha de publicación
Distrito Federal	7 de marzo de 2000
Puebla	15 de diciembre de 2000
Baja California Sur	14 de junio de 2001
Tamaulipas	6 de diciembre de 2001
Tabasco	17 de mayo de 2003
Durango	15 de junio de 2003
Colima	25 de agosto de 2004
Chiapas	5 de noviembre de 2004
Guerrero	5 de noviembre de 2004
Nuevo León	7 de enero de 2005
Veracruz	14 de febrero de 2005
Campeche	17 de mayo de 2005
Coahuila	10 de junio de 2005
Zacatecas	13 de junio de 2006
Jalisco	8 de agosto de 2006
Tlaxcala	3 de noviembre de 2006
Quintana Roo	7 de agosto de 2007
San Luis Potosí	7 de agosto de 2007
Sonora	7 de septiembre de 2007
México	8 de julio de 2008
Querétaro	17 de diciembre de 2009
Chihuahua	3 de febrero de 2010
Aguascalientes	14 de mayo de 2010
Morelos	9 de junio de 2010
Hidalgo	31 de enero de 2011

Fuente: Elaboración propia con base en las publicaciones oficiales por los Congresos Estatales y Asamblea Legislativa en el Distrito Federal.

Cuadro C
Familias potenciales a visitar según grado de marginación
y regionalización operativa por delegación, 1998

Delegación	Familias potenciales según grado de marginación				Regionalización operativa		
	Alta	Media	Baja	Total	Regiones	AGEB	Microregiones
<i>Distrito Federal</i>	229 791	374 792	276 313	880 896	78	1 001	1 200
Álvaro Obregón	17 524	43 574	16 059	77 157	4	111	126
Azcapotzalco	- . -	13 300	22 751	36 051	5	22	40
Benito Juárez	- . -	63	2 104	2 167	2	7	6
Coyoacán	8 681	28 522	6 116	43 319	4	28	66
Cuajimalpa	6 201	11 777	3 437	21 415	2	21	40
Cuauhtémoc	812	10 633	26 128	37 573	6	52	22
G. A. Madero	22 841	43 309	55 268	121 418	5	86	120
Iztacalco	472	16 548	21 779	38 799	5	89	33
Iztapalapa	82 186	98 782	49 616	230 584	9	201	315
M. Contreras	9 912	10 201	7 264	27 377	2	23	43
Miguel Hidalgo	7	7 161	15 167	22 335	5	9	16
Milpa Alta	13 919	2 406	- . -	16 325	5	29	36
Tláhuac	15 168	27 332	1 570	44 070	5	80	95
Tlalpan	29 510	28 205	9 961	67 676	8	90	110
V. Carranza	458	15 041	29 926	45 425	5	87	33
Xochimilco	22 100	17 938	9 167	49 205	5	66	99

Fuente: Programa operativo Edusfam. México, 1999.

NOTA: La columna de Alta incluye los datos de Muy alta; y la columna Baja incluye los de Muy baja.

Cuadro D
Población de 60 años y más que viven solas o en pareja según grado
de marginación (absolutos) por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Total	Viven solas			Total	Viven en pareja		
		Muy alta	Alta	Media		Muy Alta	Alta	Media
<i>Distrito Federal</i>	22 995	1 584	7 655	13 756	9 377	553	3 546	5 278
Gustavo A. Madero	2 957	179	975	1 803	1 221	55	463	703
Azcapotzalco	924	43	325	556	362	10	134	218
Iztacalco	1 418	17	439	962	615	5	163	447
Coyoacán	1 315	117	587	611	600	55	339	206
Álvaro Obregón	2 318	180	752	1 386	1 056	51	405	600
Magd. Contreras	589	67	206	316	254	20	96	138
Cuajimalpa	581	45	203	333	288	21	111	156
Tlalpan	1 223	168	418	637	552	63	226	263
Iztapalapa	4 417	353	1 444	2 620	1 780	134	691	955
Xochimilco	1 041	111	389	541	490	44	180	266
Milpa Alta	736	91	310	335	325	36	138	151
Tláhuac	1 457	61	491	905	645	29	238	378
Miguel Hidalgo	464	26	116	322	135	1	28	106
Benito Juárez	298	13	46	239	108	5	11	92
Cuauhtémoc	1 653	22	248	1 383	365	3	50	312
Venus. Carranza	1 604	91	706	807	581	21	273	287

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuéntame de los abuelos

Cuadro E
Población de 60 años y más que viven solas o en pareja según grado de marginación (relativos) por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Universo	Total de adultos mayores	%	% viven solas			% viven en pareja				
				Total	Muy alta	Alta	Media	Total	Muy alta	Alta	Media
Distrito Federal	2 831 087	168 152	5.9	100.0	6.9	33.3	59.8	100.0	5.9	37.8	56.3
Gustavo A. Madero	324 389	21 129	6.5	100.0	6.1	33.0	61.0	100.0	4.5	37.9	57.6
Azcapotzalco	85 221	6 572	7.7	100.0	4.7	35.2	60.2	100.0	2.8	37.0	60.2
Iztacalco	132 549	11 562	8.7	100.0	1.2	31.0	67.8	100.0	0.8	26.5	72.7
Coyoacán	150 268	10 666	7.1	100.0	8.9	44.6	46.5	100.0	9.2	56.5	34.3
Álvaro Obregón	277 399	17 233	6.2	100.0	7.8	32.4	59.8	100.0	4.8	38.4	56.8
Magd. Contreras	92 978	4 572	4.9	100.0	11.4	35.0	53.7	100.0	7.9	37.8	54.3
Cuajimalpa	79 373	4 460	5.6	100.0	7.7	34.9	57.3	100.0	7.3	38.5	54.2
Ilalpan	197 571	9 561	4.8	100.0	13.7	34.2	52.1	100.0	11.4	40.9	47.6
Iztapalapa	755 579	33 541	4.4	100.0	8.0	32.7	59.3	100.0	7.5	38.8	53.7
Xochimilco	182 026	9 165	5.0	100.0	10.7	37.4	52.0	100.0	9.0	36.7	54.3
Milpa Alta	86 419	5 137	5.9	100.0	12.4	42.1	45.5	100.0	11.1	42.5	46.5
Pláhuac	221 809	11 223	5.1	100.0	4.2	33.7	62.1	100.0	4.5	36.9	58.6
Miguel Hidalgo	28 763	2 596	9.0	100.0	5.6	25.0	69.4	100.0	0.7	20.7	78.5
Benito Juárez	12 006	1 548	12.9	100.0	4.4	15.4	80.2	100.0	4.6	10.2	85.2
Cuauhtémoc	83 239	7 744	9.3	100.0	1.3	15.0	83.7	100.0	0.8	13.7	85.5
Venus. Carranza	121 498	11 443	9.4	100.0	5.7	44.0	50.3	100.0	3.6	47.0	49.4

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro F
Población de 60 años y más, según grado de marginación y sexo por delegación, Distrito Federal, 2000.

Delegación	Total	Muy alta		Alta		Media	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Distrito Federal	168 152	2 400	3 400	18 238	24 822	54 584	64 708
Gustavo A. Madero	21 129	250	352	2 174	2 863	7 263	8 227
Azcapotzalco	6 572	74	112	647	977	2 129	2 633
Iztacalco	11 562	31	47	785	1 215	4 274	5 210
Coyoacán	10 666	187	230	1 406	1 815	3 268	3 760
Álvaro Obregón	17 233	246	348	1 871	2 600	5 628	6 540
Magd. Contreras	4 572	151	135	529	727	1 416	1 614
Cuajimalpa	4 460	75	100	487	670	1 485	1 643
Ilalpan	9 561	201	325	1 239	1 602	2 920	3 274
Iztapalapa	33 541	534	846	3 811	5 053	10 918	12 379
Xochimilco	9 165	198	254	1 178	1 546	2 739	3 250
Milpa Alta	5 137	144	212	788	927	1 504	1 562
Pláhuac	11 223	118	152	1 062	1 458	3 836	4 597
Miguel Hidalgo	2 596	18	33	187	334	872	1 152
Benito Juárez	1 548	14	27	115	170	554	668
Cuauhtémoc	7 744	36	51	466	819	2 493	3 879
Venus. Carranza	11 443	123	176	1 493	2 046	3 285	4 320

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro G
Población de 60 años y más, según tipo de recolección de basura
por Delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Total	La tiran a la calle o baldío	La tiran en la barranca o grieta	La tiran en río lago o canal	La queman o la entierran	La depositan en contenedor o deposito	La recoge un camión o carrito de basura
Distrito Federal	168 152	1 493	129	80	664	992	164 794
Gustavo A. Madero	21 129	81	6	3	24	58	20 957
Azcapotzalco	6 572	15	2	3	0	3	6 549
Iztacalco	11 562	20	0	0	0	37	11 505
Coyoacán	10 666	42	0	0	2	31	10 591
Álvaro Obregón	17 233	90	41	2	11	166	16 923
Magd. Contreras	4 572	6	7	4	19	1	4 535
Cuajimalpa	4 460	6	9	14	78	10	4 343
Tlalpan	9 561	12	13	13	107	42	9374
Iztapalapa	33 541	198	14	3	31	43	33 252
Xochimilco	9 165	32	8	17	192	67	8 849
Milpa Alta	5 137	27	24	14	143	141	4 788
Pláhuac	11 223	15	4	7	52	12	11 133
Miguel Hidalgo	2 596	8	0	0	1	38	2 549
Benito Juárez	1 548	0	0	0	0	20	1 528
Cuauhtémoc	7 744	799	0	0	4	196	6 745
Venus. Carranza	11 443	142	1	0	0	127	11 173

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro H
Población de 60 años y más, según alumbrado público
por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Total	En la calle avenida callejón carretera o camino en que se encuentra esta vivienda se dispone de alumbrado público	
		No	Sí
Distrito Federal	168 152	7 635	160 517
Gustavo A. Madero	21 129	452	20 677
Azcapotzalco	6 572	125	6 447
Iztacalco	11 562	21	11 541
Coyoacán	10 666	211	10 455
Álvaro Obregón	17 233	716	16 517
Magd. Contreras	4 572	455	4 117
Cuajimalpa	4 460	310	4 150
Tlalpan	9 561	731	8 830
Iztapalapa	33 541	1 888	31 653
Xochimilco	9 165	1 394	7 771
Milpa Alta	5 137	399	4 738
Pláhuac	11 223	405	10 818
Miguel Hidalgo	2 596	32	2 564
Benito Juárez	1 548	6	1 542
Cuauhtémoc	7 744	183	7 561
Venus. Carranza	11 443	307	11 136

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuéntame de los abuelos

Cuadro I
Población de 60 años y más, según tipo de pavimentación
por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Total	En la calle avenida callejón carretera o camino en que se encuentra esta vivienda está pavimentada o con algún tipo de recubrimiento como cemento adoquín o baldosas	
		No	Sí
Distrito Federal	168 152	9 862	158 290
Gustavo A. Madero	21 129	411	20 718
Azcapotzalco	6 572	76	6 496
Iztacalco	11 562	18	11 544
Coyoacán	10 666	182	10 484
Álvaro Obregón	17 233	620	16 613
Magd. Contreras	4 572	472	4 100
Cuajimalpa	4 460	333	4 127
Tlalpan	9 561	1 724	7 837
Iztapalapa	33 541	1 617	31 924
Xochimilco	9 165	3 010	6 155
Milpa Alta	5 137	661	4 476
Tláhuac	11 223	629	10 594
Miguel Hidalgo	2 596	18	2 578
Benito Juárez	1 548	0	1 548
Cuauhtémoc	7 744	17	7 727
Venus. Carranza	11 443	74	11 369

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro J
Población de 60 años y más, según tipo de piso
por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Total	Pisos		
		Tierra	Cemento o firme	Madera mosaico u otro tipo de recubrimiento
Distrito Federal	168 152	4 307	125 411	38 434
Gustavo A. Madero	21 129	501	16 165	4 463
Azcapotzalco	6 572	44	4 494	2 034
Iztacalco	11 562	75	7 091	4 396
Coyoacán	10 666	120	8 786	1 760
Álvaro Obregón	17 233	311	13 895	3 027
Magdalena Contreras	4 572	222	3 936	414
Cuajimalpa	4 460	122	3 613	725
Tlalpan	9 561	317	8076	1168
Iztapalapa	33 541	1 352	27 506	4 683
Xochimilco	9 165	448	7 221	1 496
Milpa Alta	5 137	311	4 294	532
Tláhuac	11 223	359	9 359	1 505
Miguel Hidalgo	2 596	20	1 806	770
Benito Juárez	1 548	8	186	1 354
Cuauhtémoc	7 744	38	2 593	5 113
Venustiano Carranza	11 443	59	6 390	4 994

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro K
Población de 60 años y más, según cuarto para cocinar
por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Total	Esta vivienda tiene un cuarto para cocinar	
		No	Sí
Distrito Federal	168 152	8 523	159 629
Gustavo A. Madero	21 129	959	20 170
Azcapotzalco	6 572	210	6 362
Iztacalco	11 562	367	11 195
Coyoacán	10 666	431	10 235
Álvaro Obregón	17 233	833	16 400
Magdalena Contreras	4 572	309	4 263
Cuajimalpa	4 460	139	4 321
Tlalpan	9 561	671	8 890
Iztapalapa	33 541	2 433	31 108
Xochimilco	9 165	740	8 425
Milpa Alta	5 137	17	5 120
Tláhuac	11 223	492	10 731
Miguel Hidalgo	2 596	141	2 455
Benito Juárez	1 548	26	1 522
Cuauhtémoc	7 744	346	7 398
Venustiano Carranza	11 443	409	11 034

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro L
Población de 60 años y más, según disponibilidad de agua por delegación,
Distrito Federal, 2000

Delegación	Total	Los ocupantes de esta vivienda disponen de agua entubada			No disponen de agua
		Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda pero dentro del terreno	De llave pública o hidrante	
Distrito Federal	168 152	110 045	54 382	1 463	2 262
Gustavo A. Madero	21 129	14 233	6 687	95	114
Azcapotzalco	6 572	5 054	1 452	50	16
Iztacalco	11 562	9 482	2 044	27	9
Coyoacán	10 666	6 846	3 784	17	19
Álvaro Obregón	17 233	13 067	3 944	110	112
Magd. Contreras	4 572	2 837	1 504	76	155
Cuajimalpa	4 460	2 941	1 404	46	69
Tlalpan	9 561	4168	4115	352	926
Iztapalapa	33 541	18 556	14 492	190	303
Xochimilco	9 165	3 499	5 092	271	303
Milpa Alta	5 137	2 400	2 454	125	158
Tláhuac	11 223	5 728	5 339	91	65
Miguel Hidalgo	2 596	2 008	580	3	5
Benito Juárez	1 548	1 487	56	3	2
Cuauhtémoc	7 744	7 497	240	3	4
Venus. Carranza	11 443	10 242	1 195	4	2

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro M
Población de 60 años y más, según disponibilidad de drenaje
por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Total	Esta vivienda tiene drenaje o desagüe de aguas sucias					No tiene drenaje
		A la red pública	A una fosa séptica	A un hoyo negro	A una tubería que va a dar a una barranca a grieta	A una tubería que va a dar a un río o lago	
Distrito Federal	168 152	151 628	10 916	1 682	2 282	893	751
Gustavo A. Madero	21 129	20 928	66	6	45	3	81
Azcapotzalco	6 572	6 541	16	4	4	0	7
Iztacalco	11 562	11 555	3	2	1	0	1
Coyoacán	10 666	8 761	1 365	31	487	0	22
Álvaro Obregón	17 233	15 219	80	8	1 093	798	35
Magd. Contreras	4 572	3 929	332	31	244	14	22
Cuajimalpa	4 460	4 067	215	12	81	42	43
Tlalpan	9 561	3 810	5 215	261	201	8	66
Iztapalapa	33 541	32 747	547	116	19	3	109
Xochimilco	9 165	6 587	1 636	737	17	19	169
Milpa Alta	5 137	4 134	647	201	45	1	109
Tláhuac	11 223	10 048	787	271	40	5	72
Miguel Hidalgo	2 596	2 596	0	0	0	0	0
Benito Juárez	1 548	1 544	4	0	0	0	0
Cuahtémoc	7 744	7 726	2	0	3	0	13
Venus. Carranza	11 443	11 436	1	2	2	0	2

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro N
Personas de 60 años y más, según analfabetismo y sexo
por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	No sabe leer y escribir		Sí sabe leer y escribir		Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Distrito Federal	9 768	26 300	65 456	66 630	75 224	92 930
Gustavo A. Madero	1 220	3 316	8 467	8 126	9 687	11 442
Azcapotzalco	225	794	2 625	2 928	2 850	3 722
Iztacalco	389	1 230	4 701	5 242	5 090	6 472
Coyoacán	619	1 605	4 242	4 200	4 861	5 805
Álvaro Obregón	962	2 768	6 785	6 720	7 747	9 488
Magd. Contreras	307	782	1 789	1 694	2 096	2 476
Cuajimalpa	248	773	1 799	1 640	2 047	2 413
Tlalpan	615	1 740	3 745	3 461	4 360	5 201
Iztapalapa	2 131	6 005	13 132	12 273	15 263	18 278
Xochimilco	554	1 465	3 561	3 585	4 115	5 050
Milpa Alta	327	787	2 109	1 914	2 436	2 701
Tláhuac	620	1 704	4 396	4 503	5 016	6 207
Miguel Hidalgo	63	296	1 014	1 223	1 077	1 519
Benito Juárez	17	65	666	800	683	865
Cuahtémoc	118	552	2 877	4 197	2 995	4 749
Venus. Carranza	1 353	2 418	3 548	4 124	4 901	6 542

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro O
Personas de 60 años y más, según instrucción primaria y sexo
por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	No terminaron la primaria		Sí terminaron la primaria		Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Distrito Federal	25 223	28 940	40 233	37 690	65 456	66 630
Gustavo A. Madero	3 740	4 016	4 727	4 110	8 467	8 126
Azcapotzalco	900	1 138	1 725	1 790	2 625	2 928
Iztacalco	1 379	1 934	3 322	3 308	4 701	5 242
Coyoacán	1 797	2 052	2 445	2 148	4 242	4 200
Álvaro Obregón	2 928	3 208	3 857	3 512	6 785	6 720
Magd. Contreras	828	872	961	822	1 789	1 694
Cuajimalpa	880	936	919	704	1 799	1 640
Tlalpan	1 656	1 729	2 089	1 732	3 745	3 461
Iztapalapa	5 810	6 212	7 322	6 061	13 132	12 273
Xochimilco	1 374	1 630	2 187	1 955	3 561	3 585
Milpa Alta	885	1 003	1 224	911	2 109	1 914
Tláhuac	1 953	2 283	2 443	2 220	4 396	4 503
Miguel Hidalgo	327	446	687	777	1 014	1 223
Benito Juárez	73	157	593	643	666	800
Cuauhtémoc	586	1 180	2 291	3 017	2 877	4 197
Venus. Carranza	107	144	3 441	3 980	3 548	4 124

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro P
Personas de 60 años y más, según si hablan alguna lengua
indígena y sexo por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	No hablan lengua indígena		Sí hablan lengua indígena		Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Distrito Federal	72 464	90 040	2 760	2 890	75 224	92 930
Gustavo A. Madero	9 408	11 174	279	268	9 687	11 442
Azcapotzalco	2 789	3 645	61	77	2 850	3 722
Iztacalco	4 986	6 369	104	103	5 090	6 472
Coyoacán	4 694	5 641	167	164	4 861	5 805
Álvaro Obregón	7 553	9 261	194	227	7 747	9 488
Magd. Contreras	2 035	2 416	61	60	2 096	2 476
Cuajimalpa	1 988	2 350	59	63	2 047	2 413
Tlalpan	4 202	5 028	158	173	4 360	5 201
Iztapalapa	14 665	17 553	598	725	15 263	18 278
Xochimilco	3 958	4 882	157	168	4 115	5 050
Milpa Alta	1 848	2 183	588	518	2 436	2 701
Tláhuac	4 868	6 062	148	145	5 016	6 207
Miguel Hidalgo	1 064	1 501	13	18	1 077	1 519
Benito Juárez	676	856	7	9	683	865
Cuauhtémoc	2 925	4 673	70	76	2 995	4 749
Venus. Carranza	4 805	6 446	96	96	4 901	6 542

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuéntame de los abuelos

Cuadro Q

Personas de 60 años y más, que hablan alguna lengua indígena, según si hablan español también por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	No habla español		Si habla español		Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Distrito Federal	339	448	2 421	2 442	2 760	2 890
Gustavo A. Madero	52	62	227	206	279	268
Azcapotzalco	18	27	43	50	61	77
Iztacalco	14	24	90	79	104	103
Coyoacán	25	25	142	139	167	164
Álvaro Obregón	33	54	161	173	194	227
Magd. Contreras	11	19	50	41	61	60
Cuajimalpa	12	7	47	56	59	63
Tlalpan	17	37	141	136	158	173
Iztapalapa	69	88	529	637	598	725
Xochimilco	9	19	148	149	157	168
Milpa Alta	18	19	570	499	588	518
Tláhuac	32	31	116	114	148	145
Miguel Hidalgo	3	2	10	16	13	18
Benito Juárez	2	5	5	4	7	9
Cuauhtémoc	12	12	58	64	70	76
Venus. Carranza	12	17	84	79	96	96

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro R

Personas de 60 años y más, según tipo de subsidio que recibe por delegación, Distrito Federal, 2000

Delegación	Alimentación		Educación		Vivienda		Salud		Otro	
	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
Distrito Federal	4 104	9 402	21	31	122	61	426	334	928	709
Gustavo A. Madero	623	1 624	6	9	32	21	81	33	255	193
Azcapotzalco	167	565	1	0	4	3	7	3	12	9
Iztacalco	224	627	2	1	33	10	13	5	25	27
Coyoacán	258	589	0	2	7	0	18	11	22	14
Álvaro Obregón	478	1 167	1	8	8	3	20	8	81	54
Magdalena Contreras	135	355	2	0	0	0	0	2	5	4
Cuajimalpa	79	332	0	1	0	0	7	4	12	9
Tlalpan	274	543	2	1	2	4	12	11	37	29
Iztapalapa	950	1 821	4	3	16	4	63	46	108	72
Xochimilco	252	360	0	0	8	8	164	188	19	15
Milpa Alta	125	148	0	0	0	0	0	0	58	20
Tláhuac	275	600	1	3	7	4	14	5	91	38
Miguel Hidalgo	112	180	1	0	1	0	0	2	14	10
Benito Juárez	20	70	0	0	0	0	14	7	23	21
Cuauhtémoc	116	390	0	3	3	3	1	4	77	117
Venustiano Carranza	16	31	1	0	1	1	12	5	89	77

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro S

Personas de 60 años y más, según el número de salarios mínimos que reciben por haber realizado alguna actividad

Delegación	No recibe		Menos de uno		De uno a dos		Más de dos	
	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
Distrito Federal	44 202	81 154	12 044	6 358	13 223	3 926	5 753	1 457
Gustavo A. Madero	6 577	10 291	1 193	682	1 417	354	500	115
Azcapotzalco	1 810	3 309	359	201	421	149	260	63
Iztacalco	3 113	5 682	629	382	926	281	422	127
Coyoacán	2 916	5 100	746	384	802	217	397	104
Álvaro Obregón	4 400	8 166	1 264	650	1 460	518	621	154
Magd. Contreras	1 124	2 175	331	147	460	117	181	2
Cuajimalpa	1 152	2 099	305	161	411	109	179	44
Tlalpan	2 500	4 501	698	372	811	248	351	80
Iztapalapa	8 369	15 913	3 115	1 450	2 803	719	976	196
Xochimilco	2 269	4 366	756	352	740	213	350	119
Milpa Alta	1 082	2 119	685	334	471	172	198	76
Tláhuac	2 880	5 481	852	403	943	246	341	77
Miguel Hidalgo	682	1 279	124	139	182	71	89	30
Benito Juárez	418	750	34	29	54	33	177	53
Cuauhtémoc	2 015	4 226	428	319	355	140	197	64
Venus. Carranza	2 895	5 697	525	353	967	339	514	153

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro T

Personas de 60 años y más, según el número de salarios mínimos que reciben por medio de alguna pensión, subsidio o dinero del extranjero

Delegación	No recibe		Menos de uno		De uno a dos		Más de dos	
	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
Distrito Federal	49 415	75 100	16 086	12 332	6 857	3 939	2 864	1 166
Gustavo A. Madero	6 308	9 436	2 353	1 533	818	386	208	87
Azcapotzalco	1 577	2 878	855	627	279	158	139	59
Iztacalco	3 002	5 031	1 350	1 043	574	335	164	63
Coyoacán	3 163	4 695	1 122	754	429	263	147	93
Álvaro Obregón	4 822	7 488	1 940	1 422	760	453	223	125
Magd. Contreras	1 418	2 051	3	13	10	17	665	2
Cuajimalpa	1 348	2 002	437	300	218	80	44	31
Tlalpan	2 962	4 246	876	662	379	225	143	68
Iztapalapa	10 938	15 488	2 953	2 129	1 091	544	281	117
Xochimilco	2 739	4 159	728	558	491	245	157	88
Milpa Alta	1 790	2 304	356	271	230	98	60	28
Tláhuac	3 377	5 165	959	764	546	230	134	48
Miguel Hidalgo	685	1 158	221	245	133	96	38	20
Benito Juárez	342	523	94	102	113	111	134	129
Cuauhtémoc	1 936	3 478	698	901	245	290	116	80
Venus. Carranza	3 008	4 998	1 141	1 008	541	408	211	128

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuéntame de los abuelos

Cuadro U
Personas de 60 años y más, según el número de salarios
mínimos que reciben

Delegación	No recibe		Menos de uno		De uno a dos		Más de dos	
	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
Distrito Federal	20 876	64 312	25 591	17 574	19 567	7 817	9 188	2 798
Gustavo A. Madero	3 454	8 377	3 256	2 105	2 203	742	774	218
Azcapotzalco	686	2 508	1 044	777	678	305	442	132
Iztacalco	1 197	4 308	1 810	1 349	1 449	611	634	204
Coyoacán	1 390	4 051	1 684	1 066	1 204	480	583	208
Álvaro Obregón	1 806	6 311	2 853	1 907	2 159	959	927	311
Magd. Contreras	507	1 769	315	150	437	126	837	2
Cuajimalpa	534	1 717	666	431	607	185	240	80
Tlalpan	1 240	3 594	1 438	976	1 155	471	527	160
Iztapalapa	4 472	13 302	5 607	3 367	3 825	1 267	1 359	342
Xochimilco	1 028	3 524	1 349	864	1 199	445	539	217
Milpa Alta	516	1 761	953	560	692	272	275	108
Tláhuac	1 382	4 494	1 662	1 105	1 469	472	503	136
Miguel Hidalgo	318	938	318	357	307	171	134	53
Benito Juárez	104	427	119	116	152	138	308	184
Cuauhtémoc	1 085	3 005	987	1 160	585	434	338	150
Venus. Carranza	1 157	4 226	1 530	1 284	1 446	739	768	293

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro V
Personas de 60 años y más, según discapacidad y sexo
(Primera parte)

Delegación	Ver		Oír		Hablar	
	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
Distrito Federal	23 954	32 835	6 114	6 412	772	996
Gustavo A. Madero	2 987	3 887	738	749	95	95
Azcapotzalco	1 195	1 700	242	257	67	96
Iztacalco	1 982	2 738	500	575	62	88
Coyoacán	1 630	2 145	425	397	47	57
Álvaro Obregón	2 366	3 280	534	567	79	86
Magdalena Contreras	522	705	138	155	14	14
Cuajimalpa	609	809	176	175	5	19
Tlalpan	1 386	1 780	362	330	49	42
Iztapalapa	4 615	6 180	1 342	1 354	154	205
Xochimilco	1 151	1 546	318	346	44	47
Milpa Alta	536	680	201	190	19	31
Tláhuac	1 519	2 107	471	447	58	80
Miguel Hidalgo	396	638	62	102	8	16
Benito Juárez	314	394	45	56	4	10
Cuauhtémoc	1 065	1 879	214	340	18	44
Venustiano Carranza	1 681	2 367	346	372	49	66

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Cuadro X
Personas de 60 años y más, según discapacidad y sexo
(Segunda parte)

Delegación	Mover		Conducta		Retraso		Otra	
	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
Distrito Federal	4 946	6 917	190	311	175	243	3 746	5 913
Gustavo A. Madero	616	800	20	38	23	27	654	1 038
Azcapotzalco	179	279	7	7	6	5	143	220
Iztacalco	411	653	13	34	12	11	271	380
Coyoacán	276	363	10	17	15	18	150	232
Álvaro Obregón	464	624	10	22	11	23	205	308
Magdalena. Contreras	100	2	3	5	2	3	44	83
Cuajimalpa	107	157	3	6	3	6	219	335
Tlalpan	311	367	8	14	13	12	189	264
Iztapalapa	1 092	1 514	52	68	26	65	664	1 022
Xochimilco	258	370	16	17	10	12	214	335
Milpa Alta	170	226	6	9	3	3	46	73
Tláhuac	389	502	17	28	19	21	391	637
Miguel Hidalgo	58	97	3	5	3	5	79	139
Benito Juárez	39	61	5	10	4	0	33	90
Cuauhtémoc	209	496	5	11	10	16	249	425
Venustiano Carranza	267	406	12	20	15	16	195	332

Fuente: Cédula para identificación de hogares prioritarios.

Bibliografía

- Alonso, Jorge (ed.), *Lucha urbana y acumulación de capital*, México, Ediciones La Casa Chata, 1980.
- Álvarez-Gayou, Jurgenson Juan Luis, *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*, México, Paidós Educador, 2003.
- Anderberg, M.T., *Clusters Analysis for Applications*, Nueva York, Academic Press, 1973.
- Amuchástegui, Ana e Ivonne Szasz (coords.), *Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, El Colegio de México, 2007.
- Aquiles R. Salas, Julieta González de Gago y Walter Mosca, "La salud y bienestar de los adultos mayores", en Briseño-León, Roberto, *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro, Fiocruz, 2000.
- Beauvoir, Simone de, *La vejez*, Barcelona, EDHASA, 1983.
- Berteaux, Daniel, "Los relatos de vida en el análisis social". *Historia y fuente oral*, Num. 1, Barcelona. 1989, pp. 87-96.
- Bobbio, Norberto, *De senectute y otros escritos biográficos*. España, 1997.
- Boltvinik, Julio, *Pobreza y distribución del ingreso en México*, México. Siglo XXI, 1997.
- Camposortega Cruz, Sergio y Miguel Ángel Mejía Tapia, *La marginación en el Estado de México, un aporte a la planeación del desarrollo*. Méxic, El Colegio Mexiquense, 1989.
- Caro, Elizabeth, *La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política pública de asistencia social para la población adulta mayor en México*, Ponencia presentada en el "Simposio Viejos y viejas: Participación, ciudadanía e inclusión Social", 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003, Documento elec-

- trónico, Disponible en http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_ecaro.pdf
- Collado Herrera, Ma. del Carmen, "¿Qué es la historia oral?", en Garay, Graciela de, *La historia con micrófono. Textos introductorios a la historia oral*, México, Instituto Mora, 1994.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Los Derechos Humanos en la tercera edad*. México. 1999.
- Consejo Nacional de Población. *Envejecimiento Demográfico en México. Por una sociedad para todas las edades*. México, Conapo, 1999.
- *Dinámica de los arreglos residenciales en México. La situación demográfica de México*, México, Conapo, 2006. www.conapo.gob.mx
 - *Indicadores sobre fecundidad, marginación y ruralidad a nivel municipal 1980*. México, Conapo, 1987.
 - *Índice absoluto de marginación, 1990-2000*. México, Conapo, 2004, Disponible en www.conapo.gob.mx
 - *La situación demográfica de México, 2000*. México, Conapo, 2000, Disponible en www.conapo.gob.mx
 - *La población en México en el nuevo siglo*. México, Conapo, 2001, Disponible en www.conapo.gob.mx
 - *Índice de marginación urbana 2010*, México, Conapo, 2012, Disponible en www.conapo.gob.mx
- Conapo-Comisión Nacional del Agua. *Indicadores Socioeconómicos e índice de marginación municipal 1990*. México, Conapo, 1993.
- Conapo-Programa de Educación, Salud y Alimentación. *Índices de marginación 1995*. México, Conapo, 1996.
- Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectiva al año 2000. Geografía de la marginación*. México, Coplamar-Siglo XXI, 1982.

- Cuadras, C.M., *Métodos de análisis multivariante*, Barcelona, Editorial EUB, 1996.
- Dallas E. Johnson, *Applied Multivariate Methods for Data Analysis*, Belmont, CA. Duxbury Press, 1998.
- Díaz-Tendero Bollain, Ana. *La teoría de la economía política del envejecimiento. Un nuevo enfoque para la gerontología social en México*. El Colegio de la Frontera Norte. 2012.
- Funsalud-Smithkline Beecham. *La depresión en el adulto mayor*. México, Funsalud-SB, 2000.
- Garay, Graciela de (coord.) *Cuéntame tu vida. Historia oral: historias de vida*. México, Instituto Mora, 1997.
- *La historia con micrófono. Textos introductorios a la historia oral*. México, Instituto Mora, 2ª reimp. 2006.
- Gobierno del Distrito Federal. *La situación de los adultos mayores en el Distrito Federal. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil demográfico, epidemiológico y sociológico*. México, 1999.
- *El adulto(a) mayor en el Distrito Federal: por una sociedad integral en el siglo XXI*, México, 1999.
 - *Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores*. México, 2000.
- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel y David Kershenobich Stalnikowitz, *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, Instituto de Geriatria, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2012
- y Edgar Moncada Tobías. “Implicaciones para la salud del envejecimiento de la población en México”, en Ruiz de Chávez, Manuel y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo (eds.), *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*. México, Funsalud, 2005.
 - *et al.*, *Gerontología y nutrición del adulto mayor*, México, McGraw-Hill Interamericana, 2010.

- Ham Chande, Roberto. *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, El Colegio de la frontera Norte/Miguel Ángel Porrúa, 2003.
- Heggenhougen, H. K., "Introducción, antropología y salud pública. Más allá de las medidas cuantitativas", en Nigenda, Gustavo y Ana Langer, *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.
- HelpAge International, *Acción global sobre envejecimiento. El Informe sobre el Envejecimiento y el Desarrollo: un resumen. Pobreza, Independencia y las Personas Mayores en el Mundo*. Londres, 1999. (Documento electrónico) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/informe_sobre_env_y_desarrollo_1.pdf
- Inegi. *Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000)*. México. 1998. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>.
- Inegi. *Glosario de términos. Censo de población y vivienda 1995*, México, 1996.
- Instituto Nacional de Geriátría. *Numeralia de los adultos mayores en México*. Documento electrónico, disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf.
- Johson R.A., Wichern D.W., *Applied Multivariate Statistical Analysis*, New Jersey, Prentice-Hall, 1982.
- Fericgla, Josep, *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Barcelona, Anthropol, 1992.
- Lomnitz, Larissa A. de, *Cómo sobreviven los marginados*. México, Siglo XXI, 1975.
- *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de antropología latinoamericana*. México, Miguel Ángel Porrúa, 1998.
- Mendoza Diez, Francisco, "Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas del Distrito Federal", en *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas*

- para la acción*. OPS/UAM-Xochimilco/UNAM/FES-Zaragoza/Instituto Politécnico Nacional, México, 2006. pp. 17-32.
- Mendoza Núñez, Víctor Manuel, et al. *Viejismo: Prejuicios y estereotipos de la vejez*. México, FES-Zaragoza, UNAM, 2008.
- Mogrovejo, Norma. "Relatos de vida de mujeres de las colonias populares. La otra cara de la ciudad" en Schteingart, Martha (coord.) *Pobreza, condiciones de vida y salud en la Ciudad de México*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1997, pp. 75-93.
- Montes de Oca, Verónica y Mirna Hebero, "Los servicios y la seguridad social, experiencia institucional en la vejez", *Salud Pública de México*, vol. 49, 2007, México, pp. 353-356. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/>
- Nigenda, Gustavo y Ana Langer. *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.
- Núñez, Noriega Guillermo, "Vínculo de pareja y hombría: 'Atender y mantener' en adultos mayores del Río Sonora, México" en Amuchástegui, Ana e Ivonne Szasz (coords.). *Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, México, El Colegio de México, 2007.
- Pelaéz Martha et al. *Encuesta multicéntrica. Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., OPS/CASI 36, 2001.
- Omaña, Mendoza Enrique y Francisco Mendoza Diez, "Educación para la salud en familias marginadas de la Ciudad de México", en García Viveros, Mariano (coord.) *Modelos para la implantación de proyectos productivos, de salud y educación en América Latina*. México, Funsalud/Fundación GlaxoSmithKline/OPS, 2002, pp. 101-123.

- Omaña, Mendoza Enrique. "Educación para la salud. Una mirada desde la operación de los servicios de salud a población abierta en el Distrito Federal", en *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. OPS/UAM-Xochimilco/UNAM/FES-Zaragoza/Instituto Politécnico Nacional, México, 2006, pp. 191-201.
- Terreros Herrera, Marisol, *et al.* "Continuidad de los programas de intervención comunitaria en el Distrito Federal", en *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. OPS / UAM-Xochimilco / UNAM/FES-Zaragoza/ Instituto Politécnico Nacional, México, 2006, pp. 185-190.
- Peláez Martha, Palloni Alberto, Pinto Guido., Arias Elizabeth, *Encuesta multicéntrica. Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Informe preliminar*, Washington, D.C., OPS/CASI 36/2001.
- Quijano, Anibal, *La economía popular y sus caminos en América Latina*, Lima, Mosca Azul, 1998.
- Reyes Gómez, Laureano, *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología Zoque*. México, Universidad Autónoma de Chiapas/UNAM, 2002.
- Rodríguez Gómez, Gregorio y Javier Gil Flores. *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe, Granada, 1996.
- Robles Silva, Leticia, *Miradas sobre la vejez: un enfoque antropológico*. México, El Colegio de la Frontera Norte/Plaza y Valdés, 2006.
- "Investigado a la vejez: desafíos y alternativas durante el trabajo de campo", *Renglones*, núm. 61, septiembre 2009-marzo 2010, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, A.C., México, 2010, pp. 129-138.
- Salas Newmann, Emma, *Aprendiendo a envejecer*, Santiago de Chile, junio 1999, mimeo.

Salgado de Snyder, V. Nelly y Rebeca Wong (eds.), *Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.

- *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Secretaría de Desarrollo Social. *Acuerdo que establece las reglas de operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa)*. México, 2000.

Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana (NOM). Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. NOM-190-SSA-1999*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx>

- *Anuarios Estadísticos 2000 al 2007*. Disponibles en <http://sinais.salud.gob.mx>

Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Agenda Estadística 2008*. Disponible en <http://www.salud.df.gob.mx>

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, *La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal 2000*. México, 2002, mimeo.

Taylor, S.J. y R. Bodgan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. México, Paidós, 1984.

Vázquez, Palacios Felipe (comp.), *Contando nuestros días: un estudio antropológico sobre la vejez*. México, CIESAS, 2003.

- *Hacia una cultura de la ancianidad y de la muerte en México*. México, Papeles de población, enero-marzo, num. 019, Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 65-75.
- “Hacia un acercamiento y comprensión de la ancianidad en Veracruz”, en Conapo, *Envejecimiento Demográfico en México. Por una sociedad para todas las edades*, México, Conapo, 1999, p. 80.

Cuéntame de los abuelos

*Estudio de marginación y relatos testimoniales
sobre la población adulta mayor del Distrito Federal*

se terminó de imprimir en octubre de 2013, en los talleres de
Comercializadora de Arte y Diseño Guvimex, S.A de C.V.,
Rosa Negra 173, Col. Molino de Rosas
México, D.F., 01470

El tiraje fue de 1000 ejemplares.

CUENTAME DE LOS ABUELOS

El aumento numérico y porcentual de personas adultas mayores representa un reto sin precedentes en la prestación de servicios, entre ellos, los de salud.

A inicios del siglo XXI hemos sido testigos del auge que el tema ha adquirido en diversos sectores de la sociedad.

Sin embargo, ello no ha significado que se haya respondido adecuadamente ante las demandas que plantea el reto de la vejez y el envejecimiento. Las respuestas han estado al margen de una visión integrativa de todos los actores y sin una planificación, ejecución y evaluación, concertadas y alejadas todavía de la evidencia científica que sobre la vejez existe desde muy diferentes ámbitos y disciplinas.

Ahora se presenta una experiencia de trabajo desarrollada por el Gobierno del Distrito Federal en el trienio 1997-2000 como parte de la política social y la definición de estrategias de abordaje. A pesar del tiempo transcurrido, el reporte conserva su actualidad conforme crece y se fortalece el reconocimiento de los determinantes sociales y económicos de la salud y del proceso de envejecimiento. Este enfoque se encuadra dentro de los retos que ha planteado el Instituto Nacional de Geriátrica para formular un nuevo modelo de atención médico social con base en la comunidad.

Con la incorporación de los testimonios de las Educadoras Familiares para la Salud, los autores exploran los usos, valores, costumbres, ideas e interpretaciones de la vejez a partir de la propia experiencia de quien envejece, de sus acompañantes, de sus cuidadores y de quienes trabajan con ellos.

Los relatos testimoniales aquí presentados dan cuenta de las condiciones de desventaja que han marcado la experiencia de vida de muchos adultos mayores en zonas marginadas del Distrito Federal.

