

ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina



UCA



PARTICIPANDO TODOS
PROYECTAMOS EL FUTURO
de las raíces a los frutos

BARÓMETRO DE LA
DEUDA SOCIAL CON LAS
PERSONAS MAYORES

DOCUMENTO ESTADÍSTICO

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN EL ENVEJECIMIENTO

Un balance de la última década en la Argentina

Documento
Estadístico

#01 | 2024

EDSA Serie Agenda para la Equidad

ISSN 1853-6204

Fundación
Navarro Viola

Enrique Amadasi, Solange Rodríguez Espínola, Carolina Sofía Garofalo, Juan Soler. Desafíos y oportunidades en el envejecimiento. Un balance de la última década en la Argentina. Documento Estadístico – Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores - 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2024.

95p.; 21x27 cm.

Libro digital, PDF.

Archivo Digital: descarga y online

Edición para Fundación Universidad Católica Argentina

ISBN 978-987-620-598-6

Palabras clave: 1. Subsistencia económica - 2. Hábitat y vivienda - 3. Calidad del empleo - 4. Estado, atención y hábitos de salud - 5. Bienestar subjetivo.

CDD 362.67

1º edición: septiembre 2024

Diseño Gráfico

María Nazarena Gómez Aréchaga

Fotografía de Tapa

Engin Korkmaz/Depositphotos.com

Libro editado y hecho en la Argentina

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723

@Fundación Universidad Católica Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1300

Buenos Aires – Argentina

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabación o cualquier otro sistema de archivo y recuperación de la información, sin mención de la fuente.

Los autores del presente estudio ceden sus derechos en forma exclusiva a la Universidad Católica Argentina para que esta pueda incorporar la versión digital del mismo a su Repositorio Institucional, así como también a otras bases de datos que considere de relevancia académica.

Las notas publicadas son responsabilidad de sus autores y no comprometen la opinión de la Universidad Católica Argentina.

© 2024, Derechos reservados por Fundación Universidad Católica Argentina.



PARTICIPANDO TODOS
PROYECTAMOS EL FUTURO
de las raíces a los frutos

Pontificia Universidad Católica Argentina

Rector

Miguel Ángel Schiavone

Vicerrector de Asuntos Económicos y Gestión

Horacio Rodríguez Penelas

Vicerrector de Asuntos Académicos

Gabriel Limodio

Vicerrector de Formación Integral

Pbro. Gustavo Boquín

Vicerrectora de Investigación

Graciela Cremaschi

.....



Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

Observatorio de la Deuda Social Argentina

Director de Investigación

Agustín Salvia

Socio del Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores

Fundación Navarro Viola

Presidente

Enrique Valiente Noailles

Dirección Ejecutiva

Magdalena Saieg

Proyectos de Investigación

Coordinador: Enrique Amadasi

Colaboradora: Melanie Peralta Camiña

Responsables del Documento Estadístico

Autores del Informe

Enrique Amadasi

Solange Rodríguez Espínola

Carolina Sofía Garofalo

Juan Soler

Coordinación de la Encuesta de la Deuda
Social Argentina (EDSA)

Agustín Salvia

Fernando Zago

Cecilia P. Tinoboras

María Rosa Cicciari

Rodrigo Jara Alvarez

Supervisión

María Rosa Cicciari

Ignacio Avila

Asistencia Técnica

Isidro Adúriz

Fernando Zago

Coordinación Institucional

Mónica D'Amico

Magdalena Quintana

Natalia Ramil (Prensa)



ÍNDICE

Presentación // Dr. Miguel Ángel Schiavone	8
---	---

Prólogo // Enrique Valiente Noailles	10
---	----

Introducción // Enrique Amadasi	11
--	----

Sección 1: Subsistencia económica de los hogares con personas mayores

Tabla de definición de variables	17
--	----

1.1 La pobreza multidimensional	18
---------------------------------------	----

1.2 La insuficiencia de ingresos	22
--	----

1.3 La inseguridad alimentaria	23
--------------------------------------	----

1.4 La dificultad en la atención médica por cuestiones económicas	24
---	----

1.5 Dejar de pagar impuestos, servicios, cuotas o alquiler	26
--	----

1.6 La percepción de programas sociales de transferencia de ingresos o asistencia alimentaria directa	27
---	----

Series históricas de datos estadísticos sobre la subsistencia económica de los hogares

Tabla 1.1.1 Personas en hogares con dos o más carencias	29
---	----

Tabla 1.1.2 Personas en hogares con tres o más carencias	29
--	----

Tabla 1.2 Insuficiencia de ingresos	30
---	----

Tabla 1.3 Inseguridad alimentaria (total)	30
---	----

Tabla 1.4 Dificultad en la atención médica por cuestiones económicas	31
--	----

Tabla 1.5 Dejar de pagar impuestos, servicios, cuotas o alquiler	31
--	----

Tabla 1.6 Percepción de programas sociales de transferencia de ingresos o asistencia alimentaria directa	32
--	----

Sección 2: Hábitat y vivienda

Tabla de definición de variables	33
--	----

2.1. El acceso a una vivienda digna	33
---	----

2.2. El acceso a servicios	35
2.3. El hacinamiento	37
Series históricas de datos estadísticos sobre el hábitat y la vivienda	
Tabla 2.1 Personas mayores en hogares con déficit de acceso a vivienda digna	40
Tabla 2.2 Personas mayores en hogares con déficit de acceso a servicios	40
Tabla 2.3 Personas mayores en hogares que viven en condiciones de hacinamiento	41

Sección 3: Calidad del empleo

Tabla de definición de variables	42
3.1. El empleo pleno de derechos	46
3.2. El empleo precario	47
3.3. El subempleo inestable	49
3.4. El desempleo	49
Series históricas de datos estadísticos sobre la calidad del empleo	
Tabla 3.1 Empleo pleno	52
Tabla 3.2 Empleo precario	52
Tabla 3.3 Subempleo inestable	53
Tabla 3.4 Desempleo	53

Sección 4: Estado, atención y hábitos de salud

Tabla de definición de variables	54
4.1 El déficit de estado de salud percibido	55
4.2 La atención de la salud	56
4.3 El malestar psicológico	58
4.4 Hábitos de salud: el déficit en la práctica de ejercicio físico	60
4.5 El déficit en la calidad de sueño	62

Series históricas de datos estadísticos sobre estado, atención y hábitos de salud

Tabla 4.1 Déficit del estado de salud percibido	65
Tabla 4.2 Déficit de consulta médica	65
Tabla 4.3 Malestar psicológico	66
Tabla 4.4 Déficit en la práctica de ejercicio físico	66
Tabla 4.5 Déficit en la calidad de sueño	67
Informe de Investigación 1 El estado de salud de las personas mayores: consideraciones sobre el bienestar subjetivo // Juan Soler y Carolina Sofía Garofalo	68

Sección 5: Bienestar subjetivo

Tabla de definición de variables	72
5.1 El déficit de proyectos personales	72
5.2 El sentimiento de infelicidad	74
5.3 Sentirse solo	76
5.4 Déficit de apoyo social estructural	78
Series históricas de datos estadísticos sobre el bienestar subjetivo	
Tabla 5.1 Déficit de proyectos personales	81
Tabla 5.2 Sentimiento de infelicidad	81
Tabla 5.3 Sentimiento de soledad	82
Tabla 5.4 Déficit de apoyo social estructural	82
Informe de Investigación 2 El malestar psicológico y la situación conyugal: diversidad de perfiles en la vejez // Carolina Sofía Garofalo y Juan Soler	83
Informe de Investigación 3 El estado de salud y la importancia de los vínculos en el envejecimiento // Carolina Sofía Garofalo	88
Ficha técnica	91
Bibliografía	92





PRESENTACIÓN

Un corazón mayor para el adulto mayor

En 2020 el número de personas de 60 años o más fue mayor al de niños menores de cinco años. Se prevé que para el 2050 el 22% de la población mundial, unos 2.000 millones de personas, superarán los 60 años. Esta transición demográfica que conduce al envejecimiento de la población, comenzó en países con PBI per cápita elevado como Japón, pero ahora está alcanzando a los países de medianos y bajos ingresos. En el año 2050 el 80% de los adultos mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. El ritmo de envejecimiento de la población se acelera y no se perciben políticas demográficas que tiendan a equilibrar este cambio en la estructura de las poblaciones. Más aun, las políticas que se persiguen promueven el control de la natalidad, en donde UNESCO, UNICEF, OMS y el Banco Mundial tienen un rol protagónico, condicionando la asistencia económica a la adopción de programas de planificación familiar.

Pero la diversidad con que se alcanza la vejez no es igual para todos. En los dos extremos de la vida es en donde se manifiestan en mayor magnitud las inequidades. Cuando los años adicionales de vida están dominados por el deterioro de la salud con falta de acceso al sistema de atención, con jubilaciones paupérrimas, con una vivienda inapropiada, un entorno familiar hostil o ausente, o por la discriminación social que promueve el descarte, esos años se viven con penuria, dolor, angustia y enfermedad. Esta situación impacta también en el conjunto de la sociedad, con implicancias negativas multidimensionales. Cuando las personas pueden vivir esos años adicionales de vida con buena salud y en un entorno propicio, su calidad de vida casi no se distingue del de una persona más joven.

En Argentina entre 2014 y 2022 la fecundidad descendió 36%; en 2001 se estimaba 2,1 hijos por mujer, mientras que en 2022 esta variable se retrotrajo a 1,4. El otro dato es el aumento de la esperanza de vida. Hace treinta años había 29 personas de 65 años o más por cada 100 personas de 0 a 14 años, hoy hay 53 de 65 años o más por cada 100 de 0 a 14 años. Estos indicadores tienen un efecto negativo en la tasa de reemplazo generacional y la mayor dependencia económica del adulto mayor. Entre los 60 y 80 años el envejecimiento impacta en el retiro del mercado laboral y la reducción del grupo familiar, mientras que después de los 80 años se caracteriza por la vulnerabilidad biológica: enfermedad, discapacidad y muerte. La esperanza de vida al nacer en Argentina (2022) fue de 76 años. Aunque la OMS calculó un índice más representativo que valora la calidad de los años vividos: “la esperanza de vida saludable”, es decir, la cantidad de años que se espera vivir en plena salud, estimado en 68 años, la enfermedad tiene un peso diferente en las personas mayores que en los jóvenes y adultos. El adulto mayor la vive con angustia, percibe que se acorta su ya limitado tiempo de vida. También duele ver el abandono y maltrato social y familiar. Aproximadamente una de cada seis personas mayores de 60 años sufre algún tipo de maltrato en los entornos comunitarios.

Son tiempos en que la humanidad está expuesta a pandemias que se expanden a velocidad imprevisible, y a guerras que pueden extenderse a escala mundial. Ambas amenazas son percibidas por todos, pero existen otras “epidemias” y riesgos, de los que no llegamos a tomar conciencia de su magnitud y consecuencias. Es el caso del desastre ecológico que el ser humano está produciendo, afectando a

nuestra casa común, así como también del envejecimiento poblacional que amenaza a la familia humana. Una sociedad hiper-tecnológica requiere estimular un consumo sin límites, que a su vez potencia el individualismo y egoísmo para sostenerse. El descarte de todo aquello que sea un obstáculo para este modelo social incluye a los abuelos que “no producen” y le quitan tiempo para el consumo y el ocio a los jóvenes. Necesitamos un cambio profundo que nos lleve a la trascendencia, que nos saque de la urgencia de la inmediatez consumista, que descongele nuestros espíritus y le haga un RCP a nuestros corazones. Si en algún momento nuestros abuelos nos han subido a sus rodillas, nos han llevado en brazos y nos han abrazado, hoy es el tiempo de encontrarnos con ellos en nuestro “aquí y ahora” en común y acompañarlos, ayudarlos, darles parte de nuestro tiempo, y llevarlos en nuestros corazones.

Dr. Miguel Ángel Schiavone

Rector

Pontificia Universidad Católica Argentina



PRÓLOGO

Con satisfacción presentamos esta nueva edición del Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, fruto de una década de trabajo conjunto entre la Fundación Navarro Viola y el Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina (UCA). Esta colaboración, que comenzó hace diez años, ha sido fundamental para generar el conocimiento que nos permite entender mejor la realidad de las personas mayores en Argentina.

Al inicio de este proyecto, nos encontramos con una significativa falta de información sobre la situación de las personas mayores en el país. El tema había sido poco investigado, y los datos disponibles estaban dispersos y fragmentados. Con el objetivo de llenar este vacío y visibilizar las necesidades de este grupo poblacional, nos embarcamos en la creación del Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, que ya cuenta con catorce publicaciones.

La primera edición fue pionera en Argentina, al ofrecer un análisis exhaustivo sobre la situación de las personas mayores. La alianza con el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA nos ha brindado la rigurosidad metodológica necesaria para este tipo de investigaciones. Además, la coordinación del Dr. Enrique Amadasi, a lo largo de estos años, ha sido clave para profundizar nuestro entendimiento sobre los principales desafíos y oportunidades que enfrenta este sector.

Los resultados de estos estudios nos han permitido comprender mejor la complejidad del proceso de envejecimiento en nuestra sociedad, así como la diversidad de experiencias y trayectorias que lo caracterizan. Aunque las personas mayores de hoy son más activas, saludables y autónomas que generaciones anteriores, también enfrentan nuevos retos, como el aislamiento social, la resignificación de esta etapa de la vida, la discriminación por edad y las dificultades para acceder a servicios de salud y cuidados de larga duración.

Esta publicación, al igual que las anteriores, no es solo un compendio de datos estadísticos, sino también un llamado a la acción. Los hallazgos aquí presentados deben ser la base para el diseño de programas y políticas públicas que fomenten el envejecimiento activo y saludable, la inclusión social y la protección de los derechos de las personas mayores. Se trata de una contribución valiosa al debate nacional sobre el envejecimiento poblacional, y esperamos que sirva como referencia tanto para investigadores y profesionales, como para tomadores de decisiones y la sociedad en general.

Enrique Valiente Noailles

Presidente

Fundación Navarro Viola



// Enrique Amadasi

INTRODUCCIÓN

Hace diez años, a principios de 2014, la Fundación Navarro Viola (FNV) firmó un convenio con la Universidad Católica Argentina para iniciar estudios sobre personas mayores que tuvieran como fuente principal la importante y abundante información relevada anualmente por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de esa universidad. El compromiso estratégico era dar visibilidad, instalar en agenda y desarrollar acciones que atiendan a la situación que atraviesan las personas mayores en nuestra sociedad, así como a su integración comunitaria. Así nació una nueva línea de investigación denominada *Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores*.

Desde entonces se publicaron y difundieron en todo el país catorce documentos sobre este campo, algunos sobre una variedad de aspectos y otros sobre temas más específicos. El primero fue una presentación del programa y su importancia: *Hacia una Argentina para todas las edades. Las personas mayores en la sociedad* (2014). Los de tipo general fueron cuatro: *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores. ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* (2015), *El desafío de la diversidad en el envejecimiento. Familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto* (2016), *Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos* (2010-2017) (2018) y *Condiciones de vida de las personas mayores* (2017-2021). *Vulnerabilidades en clave de pandemia por COVID-19* (2022). Los enfocados sobre temas más específicos fueron nueve: *Cultura democrática, confianza institucional, participación social y seguridad ciudadana* (2015), *Las personas mayores en la Argentina actual: ¿vivir solo es un factor de riesgo para la integración social?* (2016), *Los problemas económicos de las personas mayores. Una aproximación a las múltiples dimensiones de su vulnerabilidad* (2017), *Las*

condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos (2017), *Protección social, sistema previsional y bienestar integral en las personas mayores* (2017), *El bienestar subjetivo en las personas mayores. La importancia de los apoyos sociales* (2017), *El espacio urbano y las personas mayores. Accesibilidad al barrio y al transporte público, usos sociales y recreativos del entorno barrial y calidad de la infraestructura urbana* (2017), *Las personas mayores que necesitan cuidados y sus cuidadores* (2018) y *La capacidad de aprender en las personas mayores* (2019).

En paralelo a las publicaciones del Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, el ODSA, dentro de sus numerosos documentos, incluyó resultados para la población de 60 años y más, permitiendo la comparación en varios aspectos entre los mayores y los aún no mayores, especialmente en la esfera de los recursos psicosociales y las condiciones de salud, bajo la coordinación de Solange Rodríguez Espínola. Por su lado, la FNV se orientó hacia los estudios cualitativos, con el objetivo de explorar nuevas áreas de interés que en el futuro pudieran incorporarse a estudios cuantitativos. Entre esas áreas a explorar están la continuidad de la actividad laboral más allá de la jubilación, el sentimiento de soledad, la abuelidad y su significado en las personas mayores, y la viudez. El primer estudio fue *La soledad desde la perspectiva de las personas mayores*, publicado en 2021.

En 2022, ocho años después del inicio de los estudios mencionados, hubo coincidencia en la necesidad de actualizar sus resultados con las hasta entonces últimas mediciones, algunas de las cuales se hicieron en contexto de pandemia. Dos circunstancias apoyaban esta necesidad. Por un lado, el tiempo transcurrido, dado que la primera serie de estudios, en la gran mayoría de los documentos publicados, se refería al periodo 2010-2016. Mientras

tanto el ODSA continuaba su relevamiento anual de un número muy importante de dimensiones cuyo análisis específico sobre las personas mayores quedaba pendiente. La otra circunstancia muy importante es que el ODSA había introducido en los últimos años cambios en el diseño muestral de la encuesta, a los fines de su actualización, y de los cuales da cuenta el anexo metodológico.

Desde el inicio de estos estudios sobre personas mayores se trabajó sobre dos tipos de dimensiones y sus preguntas consiguientes en la encuesta: i) la mayoría de ellas que se relevan anualmente y que en general coinciden con aquellas que se indagan para toda la población a partir de los 18 años y no solo para las personas mayores¹, ii) algunas que se refieren a aspectos muy específicos, puntuales en su inclusión en el cuestionario, como por ejemplo las que permitieron los hasta entonces dos últimos documentos, uno sobre cuidados y cuidadores y el otro sobre la capacidad de aprender.

Para el nuevo documento de 2022 se seleccionaron una veintena de dimensiones, a partir de una evaluación sobre cuales habían contribuido más a los objetivos del programa -especialmente aquello de dar visibilidad e instalar en agenda-. Para no todas ellas había información disponible para esta nueva etapa, pero sí para la gran mayoría. Uno de los aspectos seleccionados que no pudo ser incluido fue el de la participación, tanto en actividades recreativas como solidarias. En cambio, fueron incluidas algunas otras dimensiones que, aunque no habían sido seleccionadas en una primera fase para esta actualización, estaba disponible una valiosa información.

La estructura de ese documento publicado en 2022 reconoce cinco secciones. En las dos primeras se incluyen los resultados respecto de lo que en otros documentos anteriores se denominan capacidad de subsistencia por un lado y condiciones de vivienda por el otro. En la Argentina, la capacidad de subsistencia está cruzada desde hace varios años por la enorme incidencia de la pobreza, que como era esperable, afecta también -aunque no especialmente- a las personas mayores. Que una de cada cuatro personas mayores viva en condiciones de pobreza nos interpela y tiñe cualquier consideración sobre sus condiciones de vida. Una curiosa situación de una sociedad que llega a la longevidad de los países más desarrollados del mundo, pero con al menos un cuarto de ellos que no tienen recursos

materiales para una vejez digna. No solo de ingresos sino con muchas carencias en la esfera de los derechos económicos y sociales más básicos.

Aunque en la agenda esté muy instalada la cuestión de los magros ingresos previsionales para una enorme mayoría que solo percibe una jubilación mínima, atrás hay toda una historia de la informalidad laboral exenta de aportes jubilatorios, de recurrentes “moratorias” que no hacen sino hacer más inviable el sistema previsional y de una renuencia generalizada -tal vez por sus costos políticos- a repensar dicho sistema. Es también cierto que una larga historia inflacionaria -agravada en los últimos tiempos- dificulta enormemente cualquier reflexión sobre reformas al sistema previsional, cuya mayor fortaleza es su universalidad.

Una ya larga historia de desaciertos económicos privó a la gran mayoría de los actuales mayores de oportunidades de ahorro cuando aún no eran mayores y por eso llegan a su condición previsional actual sin recursos materiales, con la excepción, muy dispar por cierto, de su vivienda, más entendida como el techo compartido que el entorno que la rodea².

Por eso en las primeras dos primeras secciones del documento publicado en 2022 se presentaron los resultados de cinco de estas dimensiones: la pobreza, la insuficiencia de ingresos -pobreza subjetiva-, la percepción de ingresos por ayuda de terceros, el acceso a una vivienda digna y el acceso a los servicios domicilios de red.

1. El mencionado documento estadístico *Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017)*, publicado en 2018, da cuenta de los resultados sobre 58 dimensiones, las que fueron agrupadas según cinco grandes temas: i) derechos económicos y sociales (10), ii) fuentes de ingresos y capacidad de subsistencia (11), iii) estado y atención de la salud (10), iv) cultura democrática, confianza en las instituciones y vida ciudadana (17) y v) bienestar subjetivo (10).

2. No se ignora que una economía mejor y distinta debería crear más oportunidades para que las personas mayores que así lo deseen y/o lo necesiten puedan seguir generando sus propios ingresos, más allá de la edad jubilatoria. Cuando la creación de empleos no alcanza ni siquiera para el crecimiento demográfico, uno de los grupos más vulnerables son las personas mayores. Da la impresión de que el emprendedurismo no se ha desarrollado tanto entre las personas mayores como las circunstancias lo requieren. Y además es muy desigual, con un sesgo favorable hacia los mayores de mayor nivel socioeconómico.

Todavía en el imaginario la mayor edad se asocia a los problemas de salud. Si bien hay suficiente evidencia que estos aumentan con la edad cronológica a lo largo de toda la vida, el universo de las personas mayores es muy heterogéneo al respecto. Y de ahí la complejidad del amplio y fragmentado conjunto de los distintos subsistemas de salud que los atienden -de los cuales PAMI es el más importante, los hospitales públicos, el resto de las obras sociales y las prepagas- en dar cuenta de esa diversidad. La importancia del autocuidado es crucial en estas edades.

Salud en sentido amplio, como debe ser. No solo en sus aspectos físicos. Como muestra de esta visión se incluye al malestar psicológico en esta tercera sección, pese a que hay una cuarta que se ocupa específicamente de los recursos psicosociales. De este modo para esta tercera sección del documento publicado en 2022 se incluyeron cinco dimensiones que dan cuenta de distintos tipos de déficit en esta esfera: el estado de salud percibido, la atención de la salud, la práctica de ejercicio físico, el malestar psicológico y la calidad del sueño.

De todos estos hay uno que merece un comentario especial en esta introducción: la enorme incidencia del déficit en la práctica de ejercicio físico, un hábito poco saludable. Un resultado que sugiere poner en duda el cumplimiento en Argentina del discurso universal del envejecimiento saludable. Debería formar parte esencial del autocuidado, pero no por eso exento de la formulación de políticas públicas. Pese a su importancia es el déficit de mayor incidencia entre las personas mayores. La práctica poco frecuente de ejercicio físico se corresponde con la falta de oportunidades para llevar adelante estas prácticas, que además se distribuyen muy desigualmente entre las personas mayores.

La cuarta sección del documento publicado en 2022 aborda los recursos psicosociales, acerca de los cuales la EDSA se constituye en una fuente casi única. La ya mencionada evaluación de lo producido y difundido para el periodo 2010-2016 permitió seleccionar cuatro dimensiones de la información disponible: el déficit de proyectos personales, el sentirse poco o nada feliz, el sentimiento de soledad y el déficit de apoyo social -afectivo, informacional, instrumental y estructural-.

Aquellos resultados muestran la importancia de estos déficits -menos visibles que los materiales e incluso que los de salud- y su distribución desigual

entre las personas mayores. Que la pobreza no es solo de recursos materiales sino de todo tipo de recursos, incluidos los psicosociales. La vejez es una etapa de mucha incertidumbre y la carencia de recursos psicosociales dificulta fuertemente enfrentar esa incertidumbre. Debería interpelarnos que, en una sociedad como la nuestra, tan autoproclamada "familiar y amigüera" tantas personas mayores expresen que les falta un "alguien" en tantas distintas esferas.

Cierra el listado de dimensiones seleccionadas una que también integra el concepto de construcción de ciudadanía: el sentimiento de inseguridad en lo que se refiere a víctima de delitos.

Con todos estos antecedentes ampliamente difundidos se cumplen este año -2024- diez años del inicio del trabajo conjunto de ODSA/UCA y FNV sobre las personas mayores y cuyos frutos se consiguen más arriba. A modo de celebración y también de incluir los resultados más recientes, se elaboró un programa de trabajo que diera cuenta de la evolución de algunos indicadores seleccionados durante los últimos años, entre 2013 y 2023. Se trata de un periodo donde la pandemia iniciada en 2020 ocupa un lugar muy especial. Para ver mejor ese lugar el periodo 2013-2023 fue dividido en cuatro subperiodos: i) entre 2013 y 2016, un subperiodo de cuatro años y que coincide con los últimos años del periodo bajo análisis en la gran mayoría de los estudios anteriores aquí reseñados (2010-2016), ii) el trienio 2017-2019, el subperiodo anterior a la pandemia -la prepandemia-, iii) el bienio 2020-2021, el de la pandemia, y iv) el bienio más reciente, 2022-2023, el de la pospandemia.

Respecto de la selección de indicadores, en este documento hay varias continuidades con los anteriores, pero también algunas novedades. La estructura del documento incluye también cinco secciones como el anterior (ODSA, 2022) pero también con algunas novedades. La sección 1 da cuenta de las capacidades económicas, otro modo de denominar las condiciones de subsistencia de los hogares con personas mayores. Para este documento se han incluido seis indicadores, en vez de los tres de la publicación anterior: i) pobreza multidimensional, ii) insuficiencia de ingresos, iii) inseguridad alimentaria, iv) dificultad en la atención médica por cuestiones económicas, v) dejar de pagar impuestos, servicios, cuotas o alquiler, vi) percepción de programas sociales de transferencia de ingresos o asistencia alimentaria directa.

De estos seis indicadores, tres son novedades, el iii), el iv) y el v); dos son los mismos que en estudios anteriores, el i) y el ii); y uno es reemplazo de uno anterior, el vi) en lugar de ayuda de terceros. Respecto de la pobreza, la novedad es que se incluyó también un indicador sobre pobreza extrema, tal como se aclara en la sección correspondiente. La sección 2 trata de tres dimensiones del hábitat y la vivienda. Dos de ellas dan continuidad al documento anterior: i) vivienda precaria, ii) acceso a servicios domiciliarios de red. También se incluyó el hacinamiento como tercera dimensión, que no fue seleccionado para el documento anterior (ODSA, 2022) pero sí en documentos anteriores.

La novedad más importante en este estudio sobre las personas mayores está en la sección 3, dedicada a la calidad del empleo en aquellos mayores que continúan económicamente activos. Aunque es cierto que a medida que se envejece, disminuye la participación en los mercados laborales, en todo el mundo y también en la Argentina, el aumento de la longevidad va acompañado por la tendencia a permanecer económicamente activos más allá de la edad de acceso a la jubilación, por los motivos que fuere. La pregunta es si la calidad de esos empleos es distinta o no a la de la población económicamente activa sub 60. Para ello se han incluido cuatro indicadores: i) empleo pleno (de derechos), ii) empleo precario, iii) subempleo inestable, iv) desempleo.

La sección 4 está dedicada al estado, atención y necesidad de salud. Se incluyen los mismos cinco indicadores del documento publicado en 2022: i) déficit de estado de salud percibido, ii) malestar psicológico, iii) déficit en la práctica de ejercicio físico, iv) calidad de sueño, v) déficit de consulta médica. En el caso de calidad de sueño, esta vez su análisis se incluye en el texto, a diferencia de la publicación de 2022 que era tratada en una nota de investigación.

La última sección -la 5- está dedicada al bienestar subjetivo, a partir de cuatro indicadores: i) déficit de proyectos personales, ii) sentimiento de infelicidad, iii) apoyo social estructural, iv) sentimiento de soledad. La novedad en esta sección es el indicador iii) apoyo social estructural, esta vez analizado dentro del texto principal, a diferencia de la publicación de 2022 que era tratado en una nota de investigación.

Una novedad importante que vale compartir es que para este documento se ha hecho un esfuerzo especial en aprovechar como marco de referencia

varios de los documentos recientes del ODSA que trataran sobre las mismas dimensiones seleccionadas para este nuevo documento sobre las personas mayores. Hasta ahora, en esta línea de estudios sobre las personas mayores, que como se dijo cumple diez años, el esfuerzo principal estuvo en la unidad y consistencia alrededor de los diferentes trabajos en este campo de las personas mayores, tratando siempre de consolidar un corpus propio. En esta oportunidad y en el marco del décimo aniversario, se le suma el esfuerzo de incluir los resultados sobre las personas mayores en el contexto del conjunto de la población. Esto se vio facilitado porque en varios de los documentos más recientes del ODSA se viene difundiendo información según grandes grupos de edad y que permiten ver la especificidad de la población de 60 años y más en los aspectos más variados.

En materia de variables de corte, que son las que permiten segmentar el universo de las personas mayores, también se introdujo una novedad: la situación conyugal actual como variable dicotómica -viudos/no viudos-. Los resultados que aquí se presentan justifican la inclusión de esta condición tan importante entre las personas mayores.

Los estudios anteriores de esta línea de investigación permitieron acuñar una frase que expresaba todo un resultado: no hay vejez, hay vejece. No hay “un” tipo de persona mayor expresado por una cifra promedio que resuma las vejece de los 6 millones de mayores de los primeros años de 2010 -cuando se iniciaron estos estudios- o de los casi 7,5 millones actuales, conocidos los resultados del último censo demográfico -2022-.

La difusión durante el segundo semestre de 2023 de bastantes resultados del censo de 2022, es decir después de nuestro último documento de 2022, invitan a actualizar la visión demográfica que tantas veces fue utilizada para iniciar la difusión de nuestros estudios.

Nuestros setentones -septuagenarios-, especialmente aquellos que están iniciando sus primeros años en el grupo de 75 años y más -así se denomina la categoría demográfica- nacieron en los años del IV Censo Nacional de Población, relevado en 1947. Allí se contaron casi 16 millones de habitantes. Solo un poco menos que la actual población de toda la provincia de Buenos Aires (17,5 millones). Toda la población de entonces hubiera “entrado” en la

actual provincia de Buenos Aires. En estos 75 años la población total se multiplicó por 2,9, es decir que casi se triplicó³.

En aquel censo de 1947 se contó 1 millón de personas de 60 años y más, es decir de personas mayores, el 6,5% de la población total. Ese millón de mayores de entonces es algo menos de la población actual de la provincia de Santiago del Estero o de Chaco. En estos 75 años la población mayor se multiplicó por 7,5, para llegar a los actuales 7,5 millones, el 16,1% de la población total. Y en aquel censo de 1947 se contaron solo 200 mil personas de 75 años y más. Casi lo mismo que la población actual de la provincia de Tierra del Fuego. En 2022 son 2,3 millones, más que la población actual de la provincia de Mendoza. En esos 75 años la población más envejecida se multiplicó por 11,5, frente al 7,5 de la población de 60 años y más y al 2,9 de la población total.

Y al hablar de las estadísticas oficiales del INDEC no podemos dejar de mencionar -y de celebrar- la difusión de las tres ediciones del dossier estadístico de personas mayores. La primera edición data de 2021 -antes de nuestro último documento de 2022-. Y lo que podía ser un esfuerzo aislado se institucionalizó y tuvo su continuidad en 2022- posterior a nuestro último documento de 2022- y en 2023, siempre en ocasión del día internacional de las personas de edad.

Se trata de una contribución significativa a la mayor visibilidad de las personas mayores en la sociedad. Es elaborado por la Dirección de Estadísticas Sectoriales del INDEC y utiliza varias fuentes del INDEC -como la Encuesta Permanente de Hogares, la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares, la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado, el Estudio Nacional del Perfil de las Personas con Discapacidad, la Encuesta Nacional de Victimización y los Censos Nacionales de Población (hasta 2010)- y también de otros organismos -como el ANSES y el Ministerio de Salud de la Nación-.

Respecto del contenido, las tres ediciones han tratado aspectos tales como perfil demográfico, seguridad económica, salud y bienestar, actividades en

la vejez, educación y habilidades, y vivienda, hábitat y entornos favorables. Además de señalar la importancia de estos nuevos documentos del INDEC, queremos aprovechar este espacio para sugerir un mayor aprovechamiento de la información relevada por la EPH -especialmente sobre la población mayor económicamente activa-, y sobre todo del reciente Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. De esta última fuente, podría surgir mucha, variada y valiosa información sobre las personas mayores. Para ambas fuentes -EPH y Censo 2022- sugerimos seguir la evolución de lo relativo al nivel educativo y al tipo de hogar de las personas mayores.

Decíamos más arriba que no hay vejez, hay vejeces. Lo que invita a tomar con cierta precaución las cifras promedio para todas las personas mayores, cualquiera sea la dimensión analizada. Sí es muy ilustrativa para las comparaciones con los sub 60. Esa cifra promedio reconoce mucha dispersión según distintos atributos. Seguro que, según sexo y grupo de edad, especialmente por grupo de edad. Claro que no es lo mismo un sesentón que un ochentón. Pero la edad cronológica no es lo fundamental. Los estudios en todo el mundo han relativizado este factor, tan instalado en la opinión pública y que a tantos malentendidos y prejuicios ha llevado.

De nuestros estudios surge que los factores diferenciales son los que expresan las desigualdades sociales. En la vejez en Argentina pesa mucho el nivel educativo alcanzado, especialmente el haber finalizado o no el secundario. Esto es mejor predictor de una buena vejez que la edad cronológica. Y especialmente pesa el nivel socioeconómico. Frecuentemente las diferencias entre los diferentes niveles y estratos son importantes y en algunos casos, abismales. Respecto de la dimensión que sea.

Este enorme peso de los indicadores de desigualdades sociales hizo que en este documento se incluyera la condición de pobreza, medida según el enfoque multidimensional y tal como se aclara en la sección 1 de este documento. La evidencia aquí presentada permite ver que la condición de pobreza -multidimensional- tiene un peso enorme en los resultados de todos los indicadores.

Y también pesa mucho el tipo de hogar, un verdadero hallazgo de nuestros estudios. No es lo mismo vivir solo que vivir acompañado. Y no es lo mismo vivir acompañado por alguien también mayor o en un hogar que incluya aún no mayores -los sub 60-.

3. Al 1 de julio de 2024, el INDEC estima la población total en 47.067.641 personas. El Censo de 2022 había contado 45.892.285; es decir que desde entonces la población total habría crecido algo menos de 1,2 millones -el 2,6%-.

Por eso en todos los cuadros que se presentan a continuación los resultados están desagregados por estas “variables de corte” que sirven para segmentar este colectivo enorme y heterogéneo de 7,5 millones de personas y comprender mejor sus condiciones de vida.

Nuestro agradecimiento especial a nuestra contraparte del ODSA en lo que hace al trabajo cotidiano para este documento -Solange Rodríguez Espínola y Carolina Sofía Garofalo-, a nuestra directora ejecutiva de la FNV -Magdalena Saieg- quien tanto empeño puso en cumplir con los objetivos de este proyecto, al apoyo de Melanie Peralta Camiña (FNV) y a Agustín Salvia, director del ODSA e inspirador más que importante de todos estos estudios.

SUBSISTENCIA ECONÓMICA DE LOS HOGARES CON PERSONAS MAYORES

TABLA DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
POBREZA MULTIDIMENSIONAL		
Pobreza multidimensional (dos o más carencias)	Se considera que se encuentran en situación de pobreza multidimensional los hogares y las personas que presenten dos o más carencias en dimensiones de derechos: alimentación y salud, servicios básicos, vivienda digna, medio ambiente saludable, educación, empleo y seguridad social.	Porcentaje de personas que habitan hogares en situación de pobreza multidimensional.
Pobreza multidimensional (tres o más carencias)	Se considera que se encuentran en situación de pobreza multidimensional los hogares y las personas que presenten tres o más carencias en dimensiones de derechos: alimentación y salud, servicios básicos, vivienda digna, medio ambiente saludable, educación, empleo y seguridad social.	Porcentaje de personas que habitan hogares en situación de pobreza multidimensional.
CAPACIDAD DE CONSUMO		
Insuficiencia de ingresos	Percepción sobre la capacidad de los ingresos totales del hogar para cubrir consumos básicos mensuales y sostener patrones de consumo.	Porcentaje de hogares que perciben que los ingresos no le resultan suficientes para cubrir sus gastos mensuales.
Dejar de pagar impuestos, servicios, cuotas o alquiler	Por problemas económicos en el hogar, dejar de pagar impuestos, servicios, cuotas o alquiler en los últimos 12 meses.	Porcentaje de hogares que mencionaron no poder pagar servicios, impuestos, cuotas o alquiler por cuestiones económicas.

PERCEPCIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES		
Percepción de programas sociales de transferencia de ingresos o asistencia alimentaria directa	Asignación de ingresos a través de programas sociales de transferencias monetarias (incluye tarjeta alimentaria/social), asignaciones familiares no contributivas o asistencia alimentaria directa (recepción de caja/bolsón de alimentos o comida de comedores públicos que no sean escolares).	Porcentaje de hogares que reciben programas sociales de transferencias monetarias, asignaciones familiares no contributivas o asistencia alimentaria directa.
ALIMENTACIÓN Y SALUD		
Inseguridad alimentaria total	Expresa la reducción involuntaria de la porción de comida y/o la percepción de experiencias de hambre por problemas económicos durante los últimos 12 meses.	Porcentaje de hogares que expresan tener inseguridad alimentaria total (más allá de la intensidad, sea la misma moderada o severa).
Dificultad en la atención médica por cuestiones económicas	No tienen cobertura de salud y no han podido acceder a atención médica por falta de recursos económicos.	Porcentaje de hogares sin cobertura de salud y que no pudieron acceder a atención médica por motivos económicos.

1.1 La pobreza

La utilización del enfoque de la pobreza por ingresos en las personas mayores ha recibido objeciones desde hace algún tiempo, dado que se aboga por la necesidad de construir una canasta básica para los grupos de más edad y donde se tengan en cuenta los diferenciales en cuanto a sus necesidades. Otra de las objeciones apunta a las distintas necesidades básicas según tipo de hogar, diferenciando entre los que viven solos, los que conviven exclusivamente con otra persona también mayor y los que viven acompañados por sub 60. En ODSA 2017a puede encontrarse un desarrollo de esta controversia.

Fue en México donde se inició un proceso que llevó a elaborar una metodología para la medición multidimensional de la pobreza y que fue publicada en 2009. A partir de allí, en oportunidad del Día Nacional del Adulto Mayor -28 de agosto- se difunde información sobre la población de 65 años y más en situación de pobreza "multidimensional". Esta estrategia metodológica dio origen a un documento para la Argentina, elaborado en el marco del ODSA/

UCA por A. Salvia y J. Bonfiglio, publicado en 2016 y titulado *Evaluación de la pobreza urbana desde un enfoque multidimensional basado en derechos, 2010-2015*.

¿Qué significa analizar y monitorear la pobreza desde un enfoque de derechos? Muchas cosas, pero una muy importante en las personas mayores es que "la reducción del campo de las privaciones a las condiciones económicas, frecuentemente asimiladas a los ingresos individuales o de los hogares, obstaculiza un conocimiento integral del problema, dado que el cumplimiento de los derechos sociales exige una mirada más amplia que integre las distintas dimensiones de derechos" (Salvia y Bonfiglio, 2015:4). En especial, la reflexión era muy oportuna en el campo de las personas mayores porque fue en 2015 que se aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹, que en Argentina dio lugar a la Ley 27.360 en 2017.

1. Sobre la Convención la referencia obligada es Dabove, M.I.: (2018) *Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance*. Ver bibliografía al final de este documento.

Esta Convención transformada en ley significa un salto cualitativo en materia de ordenamiento de derechos de las personas mayores. La exhaustiva enumeración de los derechos allí protegidos habla a las claras de la integralidad de la visión asumida, y cada uno de ellos es tratado en un artículo diferente. A los efectos de la medición de la pobreza y la construcción del índice que dé cuenta de las privaciones, medidas a nivel de los hogares, en el ODSA se llevaron adelante diversos estudios desde entonces y cuya especificidad puede ser consultada en la *Tabla de definición de variables* de este mismo documento y en ODSA (2023a), al cual nos referimos más bajo.

Solo consignar aquí que la medición incluye componentes de seis dimensiones, todas ellas muy pertinentes también para los hogares con personas mayores: i) alimentación y salud (inseguridad alimentaria; sin cobertura de salud y sin acceso a atención médica o medicamentos por falta de recursos económicos), ii) acceso a servicios básicos (sin agua corriente; sin red cloacal); iii) vivienda digna (hacinamiento; vivienda precaria; sin servicios sanitarios), iv) acceso a un medio ambiente saludable (basurales; fábricas contaminantes, espejos de agua contaminada), v) accesos educativos (4 a 17 años que no asisten; rezago educativo); vi) empleo y seguridad social (sin afiliación al sistema de seguridad social (ODSA, 2019b).

En un trabajo muy reciente, Bonfiglio (ODSA, 2023a) realiza un análisis muy completo y detallado sobre las brechas en el acceso al bienestar desde una mirada multidimensional basada en un enfoque de derechos. El periodo bajo análisis es 2010-2022 y se refiere al total de hogares, es decir sin y con personas mayores. Allí se señala que mientras “los niveles de pobreza por ingresos presentan una tendencia ascendente desde 2018 con algunos intervalos de recomposición parcial que no se sostienen en el tiempo” ... “las carencias no monetarias expresan una evolución menos clara dada la contraposición en las tendencias de las distintas dimensiones”. “En este proceso heterogéneo se distinguen dimensiones en las que se observan mejoras y otras en las que se destaca un persistente deterioro”.

En un primer análisis, Bonfiglio señala que por ejemplo “no se observan cambios significativos en el acceso a la educación” y que “las dimensiones acceso a servicios, vivienda y medio ambiente

saludable experimentaron por otra parte una mejora significativa a lo largo del periodo”.

Según ese trabajo, hay dimensiones que empeoraron, otras que no experimentaron cambios y otras que mejoraron. Entre las que empeoraron está el acceso a alimentación y salud, cuyo deterioro “muestra una tendencia sostenida que se inicia en 2016 y que se acentúa hacia 2019”. La otra dimensión que empeoró es el déficit en el acceso al empleo y la seguridad social, que “experimentó una tendencia ascendente a partir de 2015”.

Siempre según la misma fuente y tal como se dijo más arriba, la dimensión que no experimentó cambios fue la educación. Recordemos la importancia de esta dimensión en los hogares con mayores y que conviven con sub 18.

Y también hay dimensiones que mejoraron. Una es el acceso a servicios básicos, que según Bonfiglio “muestra una importante mejora sostenida a lo largo del periodo”. La segunda dimensión que mejoró es la vivienda, que “muestra una evolución similar a la de acceso a servicios, aunque con una mejora menos acentuada”. Hay una tercera dimensión que mejoró: “el acceso a un medio ambiente saludable experimentó una mejora moderada en el periodo bajo análisis”.

En nuestro documento anterior sobre las condiciones de vida de las personas mayores (ODSA, 2022) se utilizó el umbral de dos o más carencias para dar cuenta de la pobreza multidimensional. En este documento se buscó incluir también un criterio que dé cuenta de la intensidad o de la severidad de esa pobreza. Algo equivalente al concepto de pobreza y de indigencia en el enfoque de la pobreza por ingresos. La información disponible permite tener en cuenta la cantidad de carencias básicas de cada hogar (sin carencias, una, dos, tres, etc.). En este documento se suma la pobreza extrema, considerada como aquellos hogares con tres o más carencias básicas. En dos sentidos. Como una nueva categoría dentro de la variable también nueva, pobreza multidimensional, y también para dar cuenta de la pobreza en el análisis que se presenta a continuación.

Medida de este modo, la pobreza multidimensional alcanza a una de cada 4 personas mayores, una incidencia que nos interpela. Pero en comparación con los sub 60, están mucho mejor: en promedio hay casi 20 puntos porcentuales entre unos y otros. Si se

incluye en la comparación a los sub 18 se ve claramente que estos últimos son los más expuestos a la pobreza multidimensional: más de la mitad están expuestos a esta condición. La diferencia entre las personas mayores y los niños, niñas y adolescentes es abismal: a éstos últimos la pobreza multidimensional más que duplica la registrada entre las personas mayores². Esto no implica que la pobreza multidimensional no sea un problema de las personas mayores -es muy grave, por su crucialidad y por su incidencia- pero sí que la edad avanzada opera de cierta manera como un factor de menor riesgo a la pobreza multidimensional. Dentro de una estructura social cruzada por la pobreza multidimensional, las personas de edad son las que “menos peor” están. Las que están más protegidas contra la pobreza multidimensional.

Si se enfoca sobre la pobreza multidimensional extrema -tres o más carencias básicas-, la incidencia se reduce a la mitad. Esto significa que la mitad de las personas mayores en hogares en condición de pobreza están en condiciones de pobreza extrema. O sea, una pobreza severa, entre los pobres más pobres. La pobreza extrema entre los sub 60 se más que duplica en comparación con los mayores. Y entre los sub 60 se triplica. También en este indicador, las personas mayores son las que están más protegidas. Pese a ello su volumen es una alerta que no puede ser desoído: se trata de casi un millón de personas mayores -algo menos que la población total de la provincia de Santiago del Estero- en condiciones de máxima vulnerabilidad-.

La segunda característica importante es la heterogeneidad dentro de las personas mayores según grupos de edad. En efecto, siguiendo la línea recién mencionada, dentro de los mayores, los de mayor edad -75 años y más- están mucho menos expuestos a la pobreza multidimensional que los mayores de menos edad -60 a 74 años-. De nuevo, no es que la pobreza multidimensional no alcance también a los de edad más avanzada, los más viejos, pero lo hace con mucha menor frecuencia. De todas maneras, que una de cada 5 personas de 75 años y más esté alcanzada por la pobreza multidimensional es muy preocupante. Se trata de 460 mil personas muy mayores, casi la población total de la provincia de San Luis.

Si se mira todo el arco de edades, se ve que, aun siendo importante entre los más viejos, la pobreza

multidimensional los alcanza en algo más de una tercera parte de la encontrada a los sub 18. Una diferencia abismal. La edad muy avanzada es casi un seguro contra la pobreza multidimensional³.

Respecto a la pobreza extrema (tres o más carencias básicas), también la incidencia es mucho mayor en el grupo de 60 a 74 años. Disminuye casi a la mitad entre los de 75 años y más. Claramente su mayor edad los protege de la pobreza extrema. Pero se trata de casi 200 mil personas mayores de edad muy avanzada -casi la población total de la provincia de Tierra del Fuego- en condiciones de máxima vulnerabilidad.

Por razones que habrá que explorar y que muy probablemente tenga que ver con la distinta estructura de edades y la longevidad de unos y otros, los varones mayores están más expuestos a la pobreza multidimensional que las mujeres mayores.

Lo mismo ocurre con la pobreza extrema (tres o más carencias básicas): su incidencia es algo mayor entre los varones. Tanto en varones como en mujeres mayores se repite aquello que la mitad de la pobreza multidimensional es pobreza extrema.

Algo menor que la recién señalada entre varones y mujeres mayores, también hay una brecha entre los viudos -donde son mayoría las viudas- y el resto. Las probables razones fueron mencionadas en el párrafo anterior.

Respecto a la pobreza extrema, la diferencia entre viudos -con algo más de incidencia- y los no viudos -con algo menos de incidencia- tiende a diluirse. Pero es importante señalar que la incidencia de la pobreza extrema viene aumentando entre los viudos. También aquí la mitad de la pobreza es pobreza extrema.

2. Ya es claro el impacto demográfico de esta mucho mayor pobreza de la infancia. A fines de 2023 se difundieron resultados del Censo 2022 que muestran una baja pronunciada en los nacimientos: hay 500 mil niños de hasta 4 años (0-4) menos que en el Censo anterior (2010). En ese mismo periodo intercensal, los nonagenarios (90 a 99 años) crecieron el 73% -hay 92 mil más-.

3. En todos y cada uno de los componentes de la pobreza multidimensional, las personas mayores están mejor que el resto. Queda pendiente para futuros estudios, un análisis de cuáles de esos componentes son más frecuentes entre las personas mayores y también de cuáles son menos frecuentes. Un ejemplo de estos últimos sería el hacinamiento.

La brecha entre los que tuvieron más oportunidades educativas y los que no -que son la mayoría-, respecto a la pobreza así medida es abismal. No es que los más educados estén exentos pero la incidencia entre los de menor nivel educativo quintuplica la encontrada entre los más educados -al menos con el secundario completo-.

La brecha entre ambos niveles educativos se agiganta cuando se trata de la pobreza extrema. No existe prácticamente entre los de mayor educación. Estos, ya no tienen solo un seguro contra la pobreza sino una suerte de cerrojo contra la pobreza extrema. Sus mayores oportunidades educativas los blindaron contra la pobreza extrema.

Como era esperable, también entre las personas mayores, a medida que disminuye su nivel socioeconómico aumenta su exposición a la pobreza multidimensional. En ninguno de los niveles, ni siquiera en el muy bajo, la condición de pobreza multidimensional afecta a todos. En el nivel medio alto la pobreza multidimensional está prácticamente ausente. En el nivel siguiente -el medio bajo- afecta a algo más de una de cada 10 personas mayores. En el que sigue -nivel bajo- afecta a una de cada 3 personas mayores. Y en el nivel más bajo -muy bajo- afecta prácticamente a la mitad. Hay otra mitad sin dos o más carencias básicas. Todo esto sugiere que el colectivo de la pobreza en personas mayores se nutre principalmente del nivel muy bajo, pero también del bajo -con un peso importante- y en alguna medida también del nivel medio bajo. Un agregado poli niveles socioeconómicos, donde el único ausente es el nivel medio alto.

Si el nivel medio alto era el único no incluido en la pobreza de las personas mayores, cuando se trata de la pobreza extrema se le suma el nivel medio bajo. La pobreza extrema se nutre de los dos niveles socioeconómicos más bajos -del bajo y el muy bajo-. Aunque con distinta incidencia: mientras en el nivel bajo la pobreza extrema afecta a algo más de una de cada 10 personas mayores, en el muy bajo afecta a tres de cada 10, una brecha más que importante. Pero además de la incidencia, difieren en que mientras la mayoría de la pobreza en el nivel bajo no es pobreza extrema, en el muy bajo predomina la pobreza extrema.

Según tipos de hogar, los mayores mucho más expuestos a la pobreza multidimensional son los

que conviven con sub 60 -hogares multipersonales mixtos-. Este arreglo residencial opera como un factor de riesgo frente a la pobreza multidimensional, especialmente si conviven con sub 18. Los hogares compuestos exclusivamente por personas mayores -por definición sin sub 60 ni sub 18- son los más protegidos contra la pobreza multidimensional. Entre los que viven solos, la pobreza afecta a uno de cada cinco; no es que no exista. Un poco mejor, solo un poco, están los que viven acompañados exclusivamente por otro también mayor. Aunque la mayor incidencia se dé entre quienes viven en hogares multipersonales mixtos, esto no significa que la mayoría de ellos estén expuestos a la pobreza. Por el contrario, predominan los que viven en hogares sin pobreza.

Lo mismo se reproduce con la pobreza extrema: es mucho mayor en los hogares multipersonales mixtos. En los hogares donde viven solo personas mayores -solas o acompañadas- la pobreza extrema afecta a una de cada 10 personas mayores.

La incidencia de la pobreza multidimensional entre las personas mayores reconoce diferencias según los distintos contextos urbanos. En CABA prácticamente no existe entre los mayores. En cambio, en su vecino Conurbano Bonaerense es donde se registra la mayor incidencia: la pobreza multidimensional afecta a cuatro de cada 10 personas mayores. Ni tan mala como en el Conurbano Bonaerense ni tan buena como en CABA es la situación fuera del Área Metropolitana de Buenos Aires -en el llamado Interior-. Dentro de ese Interior la incidencia de la pobreza es algo menor en las ciudades medianas y pequeñas -Resto Urbano Interior- que en los grandes aglomerados.

Algo similar ocurre con la pobreza extrema: es en el Conurbano Bonaerense donde tiene su mayor incidencia -afecta a dos de cada 10 personas mayores-. Fuera del Área Metropolitana de Buenos Aires, la incidencia se reduce a la mitad y es muy similar entre los grandes aglomerados y las ciudades medianas y pequeñas del Interior. Otra diferencia entre AMBA e Interior es que mientras en el Conurbano Bonaerense la mitad de la pobreza es pobreza extrema, en el Interior el peso de la pobreza extrema dentro de la pobreza es menor. Se trata de una pobreza menos severa.

1.2 La insuficiencia de ingresos

Las personas mayores, como toda la población, necesitan recursos monetarios, provengan de donde provinieren⁴, para afrontar sus gastos en alimentación, vestimenta, vivienda, equipamiento y funcionamiento del hogar, salud, transporte, esparcimiento, etc.

En el muy reciente trabajo de J. Vera y J. Bonfiglio (2023) se incluye una sección dedicada a la auto-percepción de insuficiencia de ingresos. Allí se aclara que “Cuando un hogar pobre declara que el ingreso no le resulta suficiente para afrontar sus gastos corrientes, está indicando que no puede adquirir bienes fundamentales para la subsistencia y la reproducción de sus condiciones de vida (alimento, calzado, alquiler mensual, entre otros). Por el contrario, cuando una familia perteneciente al estrato medio alto es la que señala que sus ingresos corrientes no le alcanzan, está haciendo referencia a que no puede sostener el nivel de gastos en bienes y servicios que le posibiliten responder a sus patrones habituales de consumo o a los que desearía tener (entre los que posiblemente se encuentran bienes secundarios no esenciales para la subsistencia, servicios de esparcimiento, etcétera)”.

Vale aclarar que el trabajo se refiere al total de hogares, es decir sin y con personas mayores. En su resumen de evidencias se mencionan: i) “una tendencia creciente de la insuficiencia de ingresos evaluada desde la perspectiva de los propios sujetos (2007-2023), siendo este incremento más significativo entre los hogares más desfavorecidos de la estructura social”, ii) “entre las variables de corte empleadas, es el estrato socio-económico el que tiene mayor correlación con la percepción de ingresos insuficientes, al cual le sigue el nivel educativo del jefe/a del hogar”, iii) “entre las unidades domésticas con presencia de niños/as se observa una mayor proporción de hogares que se auto-declaran con ingresos insuficientes”.

Teniendo en cuenta que las personas mayores viven en distintos tipos de hogares -unipersonales, multipersonales puros (exclusivamente de mayores) y multipersonales mixtos (con sub 60)- resulta de mucho interés que en la EDSA se pregunte a los encuestados: “Ud. diría que la plata que juntan por mes en su hogar ‘les alcanza y pueden ahorrar algo’ o ‘les alcanza, pero no pueden ahorrar’ o ‘no les

alcanza’?”. La pregunta no se refiere específicamente a las necesidades de gasto de la persona mayor, sino a las del hogar donde vive la persona mayor. Este indicador constituye una medida subjetiva de la insuficiencia de ingresos de los hogares.

Debería quedar claro que no se trata de que los hogares tengan o no ingresos insuficientes, sino que declaran o autoperciben que los ingresos no cubren sus gastos. No hay detrás un parámetro objetivo estandarizado para todos sino una respuesta impregnada de subjetividad y eso es muy importante, especialmente para las personas mayores. Para ellas, es un indicador más de “cómo se sienten”.

De acuerdo con las mediciones de los últimos diez años (2013-2023), cuatro de cada diez hogares con personas mayores tienen ingresos insuficientes. La insuficiencia de ingresos así medida tiene una alta incidencia entre las personas mayores. Resulta muy interesante la comparación con los hogares sin personas mayores, donde la incidencia es aún mayor. Dentro de un cuadro sombrío para todos los hogares, con y sin personas mayores -a casi la mitad de los hogares “la plata no le alcanza”-, los hogares con mayores están menos mal. También debe mencionarse que, en los hogares con mayores, la incidencia de la insuficiencia de ingresos disminuyó bastante durante la pandemia (2020-2021), dando la impresión de o que los ingresos rindieron más durante ese periodo (que en parte incluyó el “quedarse en casa”) o que el temor a la pandemia desplazó en parte a los problemas económicos. A la salida de la pandemia (2022-2023), se regresó a los registros prepandemia.

Dentro de los hogares con mayores, como era esperable, la insuficiencia de ingresos así medida, aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico. Pero hay varios puntos interesantes. El primero es que en ninguno de los niveles se está exento de la insuficiencia de ingresos: hasta en los de nivel medio alto, uno de cada diez hogares lo declaran. Es cierto que ya en el nivel siguiente -el medio bajo- esa

4. Según INDEC (2023), el 81,4% de la población en edad jubilatoria percibe ingresos previsionales -jubilación o pensión-. Entre las mujeres de 60 años y más es del 88,1% y entre los varones de 65 años y más es del 72,5%. Según la misma fuente (EPH), el 23,1% de la población en edad jubilatoria percibe ingresos laborales -el 13,9% de las mujeres de 60 años y más y el 35,3% de los varones de 65 años y más-.

incidencia se más que duplica. Y en el nivel siguiente -el bajo- llega casi a la mitad de los hogares. El otro punto interesante es que aún en el nivel muy bajo, no a todos los hogares los afecta la insuficiencia de ingresos -en su visión subjetiva-: la incidencia es muy alta -dos tercios- pero no del 100%. Debe recordarse que se trata de una definición subjetiva acerca de si los ingresos alcanzan o no. Una tercera cuestión es interesante: frente a la pandemia (2020-2021) en todos los niveles hubo una disminución de la insuficiencia de ingresos. Pero en los niveles más bajos -bajo y muy bajo- el ajuste fue menor. Donde el ajuste fue mayor es en el nivel medio bajo. A la salida de la pandemia (2022-2023), todos los niveles recuperaron este ajuste, regresando a las respectivas incidencias prepandemia.

El enfoque de la pobreza multidimensional permite ver que en dos tercios de los hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional) hay insuficiencia de ingresos. Y aún en los hogares con pobreza multidimensional extrema (tres o más carencias) no se llega al 100% de insuficiencia de ingresos: llega a tres de cada cuatro hogares. En los hogares sin carencias -de las incluidas en el índice- llega a uno de cada cinco hogares. Frente a la pandemia (2020-2021), son los hogares sin carencias los que hicieron un mayor ajuste. Aunque en pequeña medida, también hubo una disminución de la insuficiencia de ingresos en los hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional).

De los hogares con mayores, el tipo de hogar menos expuesto a la insuficiencia de ingresos así medida es el compuesto exclusivamente por personas mayores. De todas maneras, tres de cada diez hogares de este tipo declaran insuficiencia de ingresos, una incidencia también muy alta. En el otro extremo, los hogares donde conviven mayores con sub 60 son los más afectados por esta carencia. En una posición intermedia están los que viven solos, no tan mal como los multipersonales mixtos ni tan bien como los multipersonales puros. Frente a la pandemia (2020-2021) ningún tipo de hogar dejó de hacer un ajuste a la baja pero el esfuerzo fue mayor entre quienes vivían solos. En todos los tipos de hogar hubo un aumento de la incidencia a la salida de la pandemia (2022-2023), regresando a sus respectivas incidencias prepandemia. El mayor salto a la prepandemia se registró entre los que viven solos.

Tampoco la insuficiencia de ingresos afecta a los hogares de todas las regiones urbanas por igual. Su incidencia es mucho menor en CABA, aunque tampoco está exenta: dos de cada diez hogares la declaran. El contraste con todas las regiones del resto del país es notable, especialmente con el Conurbano Bonaerense, donde la insuficiencia de ingresos alcanza a casi la mitad de los hogares con mayores. Fuera de CABA, esta carencia es algo menor en las ciudades medianas y pequeñas del Interior.

En síntesis, la insuficiencia de ingresos se potencia en los hogares con tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema), y en los hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional), en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los hogares del nivel medio alto, y en CABA, en ese orden.

1.3 La inseguridad alimentaria

Este indicador expresa la reducción voluntaria de comida y/o la percepción de experiencias de hambre, debido a problemas económicos, durante los últimos 12 meses.

En ODSA (2023a), o sea muy recientemente, se publican dos tablas sobre la inseguridad alimentaria total entre 2010 y 2022. Una de ellas se expresa en porcentaje de hogares y la otra en porcentaje de población.

De la tabla de hogares (pág. 96) surge que: i) se trata de un indicador que viene creciendo, ii) que aumenta cuando disminuye el nivel socioeconómico, iii) que aumenta en los hogares pobres, iv) que es mucho menos frecuente en CABA y máximo en el Conurbano Bonaerense, v) que aumenta si el jefe de hogar es una mujer, vi) que aumenta si el jefe tuvo menos oportunidades educativas, vii) que es mucho menos frecuente en los hogares con jefe en condición de empleo pleno y máximo en los hogares con jefe en condición de subempleo o desempleo, viii) que en los últimos años, uno de cada cinco hogares con jefe en condición de inactividad tiene inseguridad alimentaria y que esta viene creciendo, ix) que aumenta mucho en los hogares con niños.

Este es el contexto para interpretar mejor que la incidencia de la inseguridad alimentaria en los hogares con personas mayores es mayor a uno de cada

diez hogares. Se trata de una carencia que viene aumentando en los últimos diez años. En línea con lo ya presentado sobre insuficiencia de ingresos, la inseguridad alimentaria en los hogares sin personas mayores es aún mayor y alcanza a dos de cada diez hogares sin mayores. No es que estos resultados para los hogares con mayores no deben preocuparnos -una doble preocupación: la incidencia misma y su evolución creciente- sino que, dada la situación general, las personas mayores están mejor que el resto.

Como era de esperar, la inseguridad alimentaria aumenta a medida que se desciende en los niveles socioeconómicos. Así, es prácticamente inexistente en el nivel medio alto. Pero en el nivel siguiente -el medio bajo-, comienza a estar presente, aún con poca fuerza -en cinco de cada cien hogares con mayores- pero en aumento durante los últimos diez años. La incidencia se duplica en el nivel siguiente -el bajo-, que también viene en ascenso -excepto durante la pandemia en que hubo alguna disminución-. Ya en el nivel siguiente -el muy bajo- la inseguridad alimentaria alcanza a tres de cada diez hogares con mayores. Una doble preocupación: una incidencia muy alta y en ascenso. Aunque se señala que en este nivel la incidencia es muy alta, también hay que señalar que, en la mayoría de los hogares con mayores del nivel muy bajo, no hay registro de inseguridad alimentaria.

Desde el enfoque de la pobreza multidimensional puede verse que en los hogares sin carencias -de las incluidas en el índice-, o sea sin pobreza, la inseguridad alimentaria prácticamente no existe. Tampoco hay indicios que esté creciendo. En cambio, cuando se trata de hogares con pobreza multidimensional -dos o más carencias-, aparece la inseguridad alimentaria con toda su fuerza -en tres de cada diez hogares con mayores-. Y además está creciendo y a un ritmo importante. Ya venía creciendo, pero el ritmo se aceleró durante la pandemia (2020-2021). Si se trata de hogares con pobreza multidimensional extrema -tres o más carencias-, la inseguridad alimentaria alcanza a cuatro de cada diez hogares. En estos hogares hubo un aumento importante durante la pandemia (2020-2021) pero después se estancó: la mitad de los hogares tienen inseguridad alimentaria.

Los hogares multipersonales puros (solo de personas mayores acompañadas) son los menos expuestos

a la inseguridad alimentaria. Por el contrario, es en los hogares multipersonales mixtos -con sub 60- donde se encuentra la mayor incidencia, casi el doble que en los hogares donde no hay sub 60. En los multipersonales mixtos es donde se registra un aumento importante durante los últimos diez años. Los que viven solos están en una situación intermedia, aunque en su incidencia se asemejan más a los multipersonales puros que a los multipersonales mixtos. Durante la pandemia, la inseguridad alimentaria disminuyó y bastante entre los que viven solos.

La incidencia en los hogares de CABA es notablemente menor. No es que no exista, pero es de una escala notablemente distinta a la encontrada en el resto del país. Tampoco da muestras de estar creciendo. En CABA, la escasa inseguridad alimentaria disminuyó aún más en forma importante durante la pandemia (2020-2021). El contexto urbano donde la inseguridad alimentaria es más frecuente es el Conurbano Bonaerense. Y además viene creciendo a un ritmo muy sostenido. El mayor salto ocurrió durante la pandemia. La pandemia impactó fuertemente en la inseguridad alimentaria del Conurbano Bonaerense. También viene creciendo a buen ritmo en los aglomerados del Interior, esta vez sin saltos durante la pandemia. Del Interior, las ciudades medianas y pequeñas son las menos expuestas a la inseguridad alimentaria. Tampoco hay indicios que esté creciendo. Como en CABA, frente a la pandemia hubo una disminución de esta carencia tan básica.

En síntesis, la inseguridad alimentaria se potencia en los hogares con pobreza multidimensional extrema (tres o más carencias) y en los hogares con pobreza multidimensional (dos o más carencias), en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los hogares del nivel socioeconómico medio alto, los sin pobreza multidimensional (sin carencias básicas) y los de CABA, en ese orden.

1.4 La dificultad en la atención médica por cuestiones económicas

Por su mayor exposición a episodios de salud, en los hogares con mayores es esencial el acceso a la atención médica, en la medida que las circunstancias así lo requieran. Este indicador, que también podría haber sido incluido en la sección 4 (Salud), incluye a

los hogares en los que al menos un integrante -sea una persona mayor o no-, por motivos económicos, no puedo acceder a consultas o prácticas médicas/odontológicas en el año.

Claramente en los hogares con personas mayores la incidencia de este indicador de las capacidades socioeconómicas es menor que en los hogares sin personas mayores. Habría que hacer como mínimo cuatro comentarios. Primero, que esto está en línea con la incidencia en unos y otros de la insuficiencia de ingresos: en los hogares con mayores, la insuficiencia de ingresos es menor y también su dificultad en la atención médica por cuestiones económicas. La segunda, que la atención médica sea más requerida en los hogares con mayores, en la medida que a la mayor edad le acompañe una salud más comprometida, tal como se desarrolla más adelante en la sección sobre las condiciones de salud. Esto haría esperable que las dificultades sean mayores en los hogares con mayores, dado su mayor gasto en salud. La tercera, las políticas públicas -donde PAMI es el actor más relevante- que protegen específicamente a las personas mayores con programas tales como el descuento a medicamentos, en muchos casos totalmente a cargo de PAMI. Si bien no todas las personas mayores están afiliadas a PAMI, su cobertura es muy importante. Cuarto, que cuando se comparan los resultados sobre insuficiencia de ingresos, analizados más arriba, con los de este indicador, se ve que no todos los hogares con insuficiencia de ingresos tienen dificultades en la atención médica por cuestiones económicas. Así, el 38% de los hogares con insuficiencia de ingresos tiene dificultades como las que se analizan en este apartado. En los hogares sin mayores esta proporción aumenta al 45%.

Como era esperable, la incidencia de este indicador aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico. Esta dificultad prácticamente no existe en el nivel medio alto. Ya comienza a aparecer en el nivel medio bajo, donde alcanza a menos de uno de cada 10 hogares con personas mayores. La incidencia se duplica en el nivel siguiente -el bajo-, donde alcanza a menos de dos de cada 10 hogares. Y es máxima en el nivel muy bajo, donde uno de cada cuatro hogares con mayores está afectado por esta dificultad. Respecto a la relación entre este indicador y la insuficiencia de ingresos puede decirse que en el nivel bajo el 33% de los hogares con

insuficiencia de ingresos tiene esta dificultad. Para el nivel muy bajo esta relación es del 39%. Esto permite decir que la mayoría de los hogares con insuficiencia de ingresos del nivel muy bajo no tiene dificultades para la atención médica por cuestiones económicas.

Esta dificultad no existe en los hogares sin carencias básicas -sin pobreza multidimensional-. En cambio, tiene una incidencia muy importante en los hogares con dos o más carencias -con pobreza multidimensional-: más de un tercio de ellos está afectado por esta dificultad respecto de su atención médica. Cuando se trata de los hogares con tres o más carencias -con pobreza extrema-, afecta a la mitad de ellos. Un llamado de atención es que esta dificultad viene creciendo en este tercer tipo de hogares -los más pobres-. Respecto a la relación entre este indicador y la insuficiencia de ingresos puede decirse que, en los hogares con pobreza, el 55% de los hogares con insuficiencia de ingresos tiene esta dificultad. Si se trata de los hogares con pobreza extrema esta relación aumenta al 66%. Aun en condiciones de extrema pobreza no todos los hogares tienen dificultad en la atención médica. Por lo menos no por razones económicas.

Además de la pobreza multidimensional, en este indicador tiene mucho peso el tipo de hogar. Esta dificultad económica para la atención médica es escasa entre los que viven solos y solo afecta a uno de cada 20 de los que viven acompañados exclusivamente por otra persona también mayor. O sea, no convivir con sub 60 protege de esta dificultad. En cambio, afecta a uno de cada cinco hogares multipersonales mixtos, donde conviven mayores con sub 60. No es que afecta a todos estos hogares pero la dificultad aparece allí. Entre estos hogares multipersonales mixtos, el 45% de los que declaran ingresos insuficientes tienen esta dificultad económica para su atención médica.

El contexto urbano también tiene su peso. Esta dificultad es escasa en CABA y su incidencia es máxima en el Conurbano Bonaerense, donde afecta a uno de cada cinco hogares. En el Interior la intensidad es menor que en el Conurbano Bonaerense y no hay diferencias significativas entre las áreas metropolitanas y las ciudades medianas y pequeñas. En el Conurbano Bonaerense, el 38% de los hogares con insuficiencia de ingresos tienen dificultades económicas para su atención médica.

1.5 Dejar de pagar impuestos, servicios, cuotas o alquiler

Este otro indicador de las capacidades económicas refiere a aquellos hogares que mencionaron no poder pagar servicios, impuestos, cuotas o alquileres por cuestiones económicas -problemas económicos- en los últimos 12 meses.

En todos los hogares, ante recursos monetarios escasos, la opción es la disminución de los gastos, sean en alimentación o en otras esferas. Algunos rubros son propios de la esfera de la vivienda, como dejar de pagar servicios de conexión domiciliaria o el alquiler. Otros, como las cuotas, pueden referirse a las esferas más distintas, como el equipamiento y funcionamiento del hogar, la educación o la salud, el esparcimiento, la vestimenta, el transporte, etc. Cabe también dejar de pagar, aunque sea provisoriamente, las cuotas de un préstamo personal, sea este bancario o no. Y también dejar de pagar regularmente los impuestos, sean estos municipales, provinciales o nacionales.

Los resultados indican que esto es bastante menos frecuente en los hogares con personas mayores, en consonancia con su menor insuficiencia de ingresos. Sin embargo, esto ocurre en uno de cada cuatro hogares con personas mayores, una incidencia no menor.

Si bien ninguno de los niveles socioeconómicos escapa a esto, como era esperable se hace mucho más frecuente a medida que se desciende en el nivel. Tiene mucha menor incidencia en el nivel medio alto, pero hay que ver que, pese a ello, ocurre en uno de cada 10 hogares de ese nivel. Se duplica en el nivel siguiente -el medio bajo-, donde ocurre en dos de cada 10 hogares de ese nivel. Tiene otro salto en el nivel siguiente -el bajo- donde la incidencia es en tres hogares de cada 10. Y la incidencia máxima se ve en el nivel muy bajo, donde llega a cuatro de cada 10 hogares. Una incidencia muy alta pero que debe ser matizada por los otros seis hogares de cada diez que aún siendo del nivel socioeconómico muy bajo, no recurren a esta práctica. Durante la pandemia (2020-2021), la incidencia disminuyó en los tres niveles superiores -medio alto, medio bajo y bajo-. En cambio, aumentó en el nivel muy bajo y alcanzó registros nunca alcanzados previamente.

Que ninguna clase de hogar escapa a esta práctica se confirma cuando se ve que en los hogares sin carencias básicas -sin pobreza multidimensional- la incidencia llega a uno de cada 10 hogares, semejante a los hogares de nivel socioeconómico medio alto. Se más que cuadruplica -más de cuatro de cada 10 hogares- cuando se trata de hogares en condición de pobreza multidimensional -dos o más carencias básicas-. Y basta una sola carencia básica más -tres o más carencias, o sea, pobreza extrema- para que la incidencia haga un nuevo salto y supere los cinco hogares de cada 10. Nuevamente hay que decir que la otra casi mitad, pese a su pobreza extrema, no tiene esta práctica. Frente a la pandemia, los hogares sin o con pobreza multidimensional reaccionaron distinto. Mientras en los hogares sin condición de pobreza, esta práctica se hizo menos frecuente, en aquellos en condición de pobreza -moderada o extrema- se hizo más frecuente.

Tampoco ningún tipo de hogar escapa a esta práctica, pero es mucho más frecuente en los hogares donde los mayores conviven con sub 60. En estos hogares alcanza a tres de cada 10. Recordemos que es en este tipo de hogar donde es mayor la insuficiencia de ingresos. Tanto entre los que viven solos como entre los que conviven exclusivamente con una persona también mayor, la incidencia es menor y sin diferencias significativas entre ellos, pese a que la insuficiencia de ingresos es mayor entre los que viven solos.

En consonancia con su menor insuficiencia de ingresos, esta práctica está menos extendida en CABA, aunque llega a uno de cada 10 hogares. Su incidencia es máxima en el Conurbano Bonaerense -tres de cada 10 hogares-, en línea con su mayor insuficiencia de ingresos. Está algo menos difundida en el Interior, sin diferencias entre las áreas metropolitanas y las ciudades medianas y pequeñas, pese a que la insuficiencia de ingresos es menor fuera de las áreas metropolitanas. Frente a la pandemia (2020-2021) solo en el Conurbano Bonaerense no disminuyó la incidencia.

1.6 La percepción de programas sociales de transferencias de ingresos o asistencia alimentaria directa

Tal como se dijo en ODSA (2015) el sistema previsional y el mercado laboral -especialmente importante en los hogares donde conviven personas mayores y sub 60- no son las únicas estrategias de subsistencia que ponen en marcha los hogares con personas mayores: fundamentalmente en los sectores más desprotegidos, las ayudas monetarias y no monetarias pueden ser un recurso para complementar los ingresos del hogar.

El marco más apropiado para comprender los resultados de este indicador es el muy reciente trabajo de J. Vera ODSA (2023a), donde analiza, entre otras cuestiones, el acceso a programas de protección social entre 2010 y 2022.

Según Vera hay “tres grandes grupos de programas sociales. En primer lugar, el acceso a dos tipos de transferencias económicas durante el último mes: por un lado, aquellas ayudas que exigen ciertas condicionalidades para su efectiva percepción pero no una contraprestación laboral por parte del beneficiario (como la AUH, AUH por embarazo, jubilación no contributiva, pensión por siete hijos, otros programas estatales o de organizaciones civiles y -en contexto de ASPO en el año 2020- el programa de Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) para solventar la ausencia de entradas de dinero, principalmente, en hogares de inserción laboral informal); por otro lado, los programas de empleo que exigen una contraprestación de una determinada cantidad de horas semanales de trabajo (Plan Hacemos Futuro/ Argentina Trabaja/ Ellas Hacen, Seguro de Capacitación y Empleo u otro programa de empleo. En tercer lugar, se incluyó en este análisis la asistencia alimentaria directa...”.

Con esta exhaustiva definición de programas de protección social, Vera analiza la evolución de los hogares y personas en cuyas unidades domésticas se percibe algún programa de protección social. Vale aclarar que se refiere a la población total, no específicamente a las personas mayores.

En ese documento la información está presentada en forma anual, pero a los fines de dar marco a nuestro documento podemos agregarlo según los cuatro subperiodos que se utilizan en este documento sobre

personas mayores. Así vemos que durante 2013 y 2016 el 39,4% de la población total accedía a programas sociales. En el subperiodo siguiente (2017-2019) esa proporción crece al 41,6%. Salvo una disminución durante 2018, en los siete años de estos dos subperiodos hubo un permanente aumento anual de la población asistida -en total, aumenta 9 pp. entre 2013 y 2019-. Con esta trayectoria se llega al subperiodo de la pandemia (2020-2021), donde la población asistida es del 50,1% -con un pico en 2020-. A la salida de la pandemia (2022), la incidencia del acceso a la protección social es del 51,7%. Un crecimiento punta a punta de casi 17 pp. en nueve años.

Las tablas publicadas en ese mismo documento permiten ver -para la población total- que en promedio: i) el 71,1% -y un pico del 81,3% en 2022- del nivel socioeconómico muy bajo y el 55,0% -y un pico del 68,3% en 2020- del bajo acceden a programas de protección social, ii) el 67,0% -y un pico del 77,6% en 2022- de los residentes en hogares con dos más carencias acceden a estos programas sociales; si se trata de los hogares de tres o más carencias, son el 74,4% -con un pico del 90,7% en 2020-, iii) si se trata de hogares sin niños, la asistencia llega al 19,2% -con un pico de 34,3% en 2020-; si se trata de hogares con niños, el acceso es para el 55,9% -con un pico del 67,6%- de su población.

En nuestro documento y tal como se viene haciendo en otros estudios del ODSA para el total de hogares, se tiene en cuenta la percepción de programas sociales de transferencias de ingresos y que incluye las asignaciones familiares no contributivas, más la asistencia alimentaria directa -recepción de caja/bolsón de alimentos o comida de comedores públicos que no sean escolares-. O sea que la definición del indicador es distinta y más restringida que la utilizada en el valioso trabajo de Vera.

Casi tres de cada 10 hogares con personas mayores reciben tal tipo de ayuda. Entre los hogares sin personas mayores la cobertura es mayor y alcanza a cuatro de cada 10. Esto va en línea con lo presentado en puntos anteriores: tanto la pobreza multidimensional como la insuficiencia de ingresos afectan más a los hogares sin mayores que a los hogares con mayores. Solo tomando en cuenta su distribución y no caso por caso, se ve que la percepción de estos programas sociales en los hogares con mayores -aunque importante- no alcanza a todos los hogares

con insuficiencia de ingresos. Aunque sí alcanzaría a todos los hogares con mayores en condición de pobreza. Durante la pandemia (2020-2021), la percepción de estos programas de ayuda se incrementó significativamente, tanto en los hogares con mayores como en el resto.

Como era esperable y en línea con lo presentado respecto de la insuficiencia de ingresos y la pobreza multidimensional, la incidencia de esta forma de asistencia social aumenta al disminuir el nivel socioeconómico. También en línea con la insuficiencia de ingresos, ninguno de los niveles -ni siquiera el medio alto- está exento de esta asistencia social ni esta llega a la totalidad en el nivel muy bajo. La distribución de estos programas sigue la estratificación por niveles socioeconómicos: alcanza a casi uno de cada 10 hogares en el medio alto, a dos de cada 10 en el medio bajo, a más de tres de cada 10 en el nivel bajo y a más de cuatro de cada 10 en el muy bajo. Prácticamente sin pobreza multidimensional aunque con insuficiencia de ingresos, llama la atención que casi uno de cada 10 hogares del nivel medio alto reciba asistencia social. En el nivel siguiente -el medio bajo-, la pobreza afecta a algo más de una de cada 10 personas mayores, la insuficiencia de ingresos a casi tres de cada 10 hogares y esta forma de asistencia social a dos de cada 10 hogares. En el nivel bajo la pobreza ya afecta a tres de cada 10 personas, la insuficiencia de ingresos a casi cinco de cada 10 hogares y estos programas sociales llegan a algo más de tres de cada 10 hogares. En el nivel muy bajo la incidencia de la pobreza multidimensional, de la insuficiencia de ingresos y de estos programas sociales alcanzan valores máximos. Pero con esta peculiaridad: mientras la pobreza afecta a más de cinco de cada diez personas mayores y la insuficiencia de ingresos a más de seis hogares de cada 10, esta forma de asistencia social se percibe en algo más de cuatro hogares de cada diez. Lo que sugiere que la distribución de la cobertura de estos programas sociales debería revisarse a favor de las personas mayores del nivel muy bajo.

Uno de cada 10 hogares sin carencias básicas -o sea sin pobreza multidimensional- recibe estas formas de ayuda social. Dentro del universo de la pobreza multidimensional, cinco de cada 10 hogares con mayores son perceptores de esta asistencia social. Y si se trata de la pobreza extrema, la cobertura

alcanza a seis de cada 10 hogares con mayores. Estos programas sociales estuvieron mucho más presentes durante la pandemia (2020-2021), tanto en hogares en condición de pobreza como en condición de pobreza extrema. Si bien disminuyó después de la pandemia (2022-2023), su incidencia es más alta que en la prepandemia.

Esta modalidad de programas sociales llegan mucho más -el triple- a los hogares con sub 60 que a los hogares donde solo residen personas mayores. Aquí hay un sesgo que debe señalarse. Si bien es cierto que en los hogares multipersonales mixtos tanto la pobreza multidimensional como la insuficiencia de ingresos están mucho más presentes, no lo están en una proporción 3 a 1. Entre los que viven solos, la insuficiencia de ingresos afecta a casi cuatro de cada 10 hogares y la pobreza a dos de cada 10 personas mayores. En cambio, esta forma de asistencia social llega solo a uno/a de cada 10. Esto sugiere un sesgo en la ayuda contra los que viven solos. Salvo que se sostenga que los que viven solos exageran en cuanto a su insuficiencia de ingresos. Frente a la pandemia, la inequidad señalada se hizo más evidente: mientras esta ayuda social aumentaba significativamente para los hogares multipersonales mixtos -con sub 60-, disminuía para los que viven solos.

En relación directa con su menor pobreza multidimensional e insuficiencia de ingresos, en CABA estos programas sociales tienen una menor incidencia en los hogares con personas mayores: uno de cada 10 hogares está incluido por esta modalidad. La cobertura de estos programas se triplica en todo el resto del país. Es curioso que, aunque fuera de CABA, tanto la pobreza como la insuficiencia de ingresos reconocen diferencias en distintos contextos urbanos, es uniforme en cuanto a cobertura de estos programas sociales. Así, por ejemplo, mientras en el Conurbano Bonaerense se registra mucha mayor pobreza y también mayor insuficiencia de ingresos, a la hora de la ayuda es la misma que en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, donde ambas, especialmente la pobreza, son claramente menores. Esto sugiere un sesgo de la ayuda, esta vez contra las personas mayores del Conurbano Bonaerense.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE LA SUBSISTENCIA ECONÓMICA DE LOS HOGARES

Tabla DE 1.1.1

POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Personas en hogares con dos o más carencias

Años 2013-2023. En porcentaje de población de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	25,6	25,3	21,7	24,3
Estadístico población de 60 años y más	27,7	27,4	24,9	26,5
Límite superior	29,9	29,5	28,4	28,9
Población 0 a 17 años	51,3	57,3	55,5	55,7
Población 18 a 59 años	40,3	45,3	45,0	46,0
Población total	41,6	46,2	45,0	46,2
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	4,0	1,6	1,2	4,1
Medio no profesional	14,9	11,8	14,1	12,2
Bajo integrado	28,8	31,5	24,7	27,7
Bajo marginal	55,5	57,8	52,3	50,3
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	3,2	2,9	3,4	4,6
Medio bajo	11,2	15,3	13,9	13,0
Bajo	29,3	34,0	28,7	28,9
Muy bajo	57,5	54,4	48,6	51,6
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	7,0	2,7	2,3	3,3
Conurbano Bonaerense	38,7	37,8	37,4	38,4
Otras Áreas Metropolitanas	25,0	28,4	22,2	25,1
Resto Urbano Interior	23,9	24,3	20,2	19,7
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	26,4	23,0	15,3	16,0
Hogares multipersonales puros	19,8	17,3	18,2	16,7
Hogares multipersonales mixtos	32,3	34,1	30,1	34,3
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	8,5	7,7	7,7	8,8
Sin secundario completo	39,9	42,8	37,5	40,5
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	29,5	29,8	29,2	30,0
75 años y más	22,8	22,1	14,6	19,2
SEXO				
Varón	28,8	29,7	27,1	28,1
Mujer	26,9	25,7	23,2	25,4
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	27,7	28,1	27,6	28,6
No viudo	27,7	27,1	24,1	25,8

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.1.2

POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Personas en hogares con tres o más carencias

Años 2013-2023. En porcentaje de población de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	11,4	12,0	9,0	12,3
Estadístico población de 60 años y más	12,9	13,4	11,6	13,8
Límite superior	14,3	14,8	14,9	15,5
Población 0 a 17 años	31,9	38,9	41,3	36,9
Población 18 a 59 años	23,5	28,4	29,5	29,1
Población total	24,3	28,3	30,2	29,3
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	0,9	0,4	0,0	0,4
Medio no profesional	5,2	3,6	2,5	4,7
Bajo integrado	13,2	15,5	12,8	13,2
Bajo marginal	29,1	31,4	26,5	31,1
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	0,6	0,3	0,1	1,2
Medio bajo	2,8	4,7	3,5	4,6
Bajo	10,6	15,4	12,4	11,8
Muy bajo	32,0	31,5	27,7	32,2
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4,8	1,1	0,2	1,2
Conurbano Bonaerense	18,3	19,1	20,0	21,8
Otras Áreas Metropolitanas	10,4	13,8	7,4	10,9
Resto Urbano Interior	9,5	10,6	7,7	8,4
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	10,5	12,3	5,1	8,5
Hogares multipersonales puros	8,1	5,8	9,0	8,3
Hogares multipersonales mixtos	15,9	18,0	14,2	18,0
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	2,1	2,7	1,7	2,7
Sin secundario completo	19,7	21,8	18,9	22,6
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	14,5	15,7	14,1	15,6
75 años y más	8,4	8,3	5,8	9,9
SEXO				
Varón	13,7	15,5	12,5	15,2
Mujer	12,3	11,9	10,9	12,8
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	11,3	13,3	14,2	15,5
No viudo	13,3	13,4	10,8	13,2

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.2

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

Insuficiencia de ingresos

Años 2013-2023. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	37,7	40,9	30,6	38,0
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	39,2	42,0	36,3	41,0
Límite superior	41,7	44,6	37,0	42,7
Hogares sin personas mayores	41,2	50,1	49,4	42,3
Total de hogares	40,5	47,2	45,0	41,9
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	10,3	10,5	5,8	10,1
Medio no profesional	25,5	28,8	22,3	22,4
Bajo integrado	45,0	48,9	39,7	44,6
Bajo marginal	59,4	65,0	61,3	66,0
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	10,6	13,3	9,9	14,2
Medio bajo	27,8	32,1	22,6	26,8
Bajo	43,6	50,5	43,7	45,9
Muy bajo	64,0	66,8	62,0	64,9
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	20,6	22,9	18,0	19,8
Dos carencias o más	65,4	67,0	63,7	68,9
Tres carencias o más	74,0	73,5	79,2	74,9
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	19,2	16,5	17,5	24,3
Conurbano Bonaerense	48,6	52,3	41,7	47,8
Otras Áreas Metropolitanas	39,9	45,6	39,8	42,7
Resto Urbano Interior	36,2	39,0	36,6	34,8
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	36,6	40,9	31,3	40,7
Hogares multipersonales puros	34,4	32,8	28,9	31,5
Hogares multipersonales mixtos	41,6	45,5	39,6	43,7

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.3

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

Inseguridad alimentaria (total)

Años 2013-2023. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	9,6	11,1	10,5	13,7
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	10,8	12,3	13,3	15,7
Límite superior	12,1	13,6	16,8	17,9
Hogares sin personas mayores	13,9	18,3	24,7	21,6
Total de hogares	12,8	16,1	20,9	19,6
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	0,3	1,5	0,0	2,0
Medio no profesional	4,8	4,5	3,5	4,9
Bajo integrado	10,7	12,9	14,1	15,2
Bajo marginal	23,6	27,9	30,0	32,9
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	0,3	1,6	1,0	2,5
Medio bajo	3,9	4,5	4,6	4,9
Bajo	8,0	12,4	11,5	13,0
Muy bajo	25,4	28,2	33,1	34,5
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	1,8	2,4	1,4	1,9
Dos carencias o más	25,5	28,4	36,3	38,0
Tres carencias o más	35,8	37,8	51,3	49,4
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5,4	4,7	1,8	2,8
Conurbano Bonaerense	13,4	15,3	19,2	21,3
Otras Áreas Metropolitanas	10,0	13,2	13,9	16,3
Resto Urbano Interior	10,6	11,5	9,3	10,7
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	11,5	11,7	6,2	12,1
Hogares multipersonales puros	6,7	5,7	9,9	8,3
Hogares multipersonales mixtos	11,9	14,7	16,0	18,8

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.4

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

Dificultad en la atención médica por cuestiones económicas

Años 2013-2023. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUITAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	17,2	13,0	8,4	15,7
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	17,5	14,2	11,1	17,6
Límite superior	18,3	15,6	14,6	19,8
Hogares sin personas mayores	11,1	21,2	25,8	25,2
Total de hogares	15,2	18,7	20,9	22,7
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	0,6	1,0	0,2	2,0
Medio no profesional	5,5	7,4	5,2	7,8
Bajo integrado	12,3	16,8	12,6	20,1
Bajo marginal	20,8	26,1	20,4	29,7
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	1,0	2,0	1,0	2,7
Medio bajo	5,0	8,6	7,5	9,2
Bajo	12,2	19,6	13,0	17,2
Muy bajo	21,7	24,4	20,5	34,0
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	0,0	0,0	0,0	0,0
Dos carencias o más	31,1	37,0	32,0	45,5
Tres carencias o más	42,5	46,5	49,6	58,8
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3,3	4,1	2,1	2,6
Conurbano Bonaerense	13,4	18,3	16,7	24,1
Otras Áreas Metropolitanas	11,6	15,9	9,6	16,4
Resto Urbano Interior	13,9	12,9	7,7	14,5
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	2,8	2,9	3,7	3,6
Hogares multipersonales puros	2,9	3,1	7,1	6,1
Hogares multipersonales mixtos	16,3	21,3	14,0	25,2

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.5

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

Dejar de pagar impuestos, servicios, cuotas o alquiler

Años 2013-2023. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUITAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	22,1	24,1	20,9	23,8
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	23,6	25,7	24,0	25,7
Límite superior	25,2	27,5	27,5	27,8
Hogares sin personas mayores	28,6	33,5	32,7	30,5
Total de hogares	26,8	30,7	29,8	28,9
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	7,3	8,0	6,2	9,9
Medio no profesional	15,4	18,5	13,9	17,5
Bajo integrado	25,7	30,1	24,9	26,5
Bajo marginal	37,8	37,3	43,3	39,0
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	7,3	10,0	8,5	8,8
Medio bajo	15,8	20,9	13,6	20,5
Bajo	25,1	32,1	27,8	29,6
Muy bajo	39,5	37,1	41,9	37,3
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	11,2	12,3	8,8	11,4
Dos carencias o más	41,8	44,5	48,9	43,1
Tres carencias o más	48,5	51,5	64,6	49,2
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9,4	10,7	7,3	7,7
Conurbano Bonaerense	27,2	30,2	31,6	30,5
Otras Áreas Metropolitanas	27,6	27,9	22,9	28,9
Resto Urbano Interior	27,0	28,0	22,7	24,9
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	19,0	19,6	17,0	17,5
Hogares multipersonales puros	17,4	16,1	15,1	20,7
Hogares multipersonales mixtos	27,0	30,8	28,3	29,7

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.6

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

Percepción de programas sociales de transferencia de ingresos o asistencia alimentaria directa

Años 2013-2023. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	26,3	25,5	27,4	25,8
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	27,5	24,4	30,6	28,0
Límite superior	30,6	28,7	33,8	30,4
Hogares sin personas mayores	30,7	35,8	45,8	43,2
Total de hogares	29,5	31,6	40,7	38,1
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	5,9	5,0	3,0	3,9
Medio no profesional	15,7	12,7	17,0	14,8
Bajo integrado	30,3	28,6	35,7	31,2
Bajo marginal	47,2	43,1	49,6	45,8
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	9,5	6,1	7,3	7,0
Medio bajo	18,7	16,3	22,2	19,5
Bajo	30,5	29,3	41,6	31,8
Muy bajo	44,1	42,2	45,4	45,0
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	13,4	9,3	10,6	8,3
Dos carencias o más	45,9	45,9	60,9	52,6
Tres carencias o más	49,7	56,7	73,7	59,3
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	7,9	9,0	9,6	7,5
Conurbano Bonaerense	29,7	25,0	37,4	32,7
Otras Áreas Metropolitanas	37,2	31,9	30,8	31,0
Resto Urbano Interior	35,3	30,3	33,4	30,7
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	14,7	11,5	8,1	10,7
Hogares multipersonales puros	17,5	11,2	12,6	9,1
Hogares multipersonales mixtos	34,7	32,6	41,1	38,6

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

TABLA DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
ACCESO A UNA VIVIENDA DIGNA		
Vivienda precaria	Viviendas que por su estructura o materiales de construcción no cumplen con las funciones básicas de aislamiento hidrófugo, resistencia, delimitación de los espacios, aislación térmica, acústica y protección superior contra las condiciones atmosféricas.	Porcentaje de personas en hogares que habitan casillas, ranchos o viviendas sin revoque en las paredes.
Hacinamiento	Número elevado de personas por cuarto habitable, lo que afecta la salubridad y la privacidad de las personas.	Porcentaje de personas en hogares en cuyas viviendas conviven tres o más personas por cuarto habitable.
Déficit de acceso a servicios	Situación en la que una vivienda no cuenta con baño, retrete, o en caso de tenerlo carece de descarga mecánica o arrastre de agua, carencia de conexión a la red pública de agua corriente, red de cloacas, red de energía eléctrica o gas natural.	Porcentaje de personas en hogares sin baño, retrete o descarga mecánica o arrastre de agua, sin conexión a red de agua corriente, red cloacal, energía eléctrica o gas natural.

2.1 El acceso a una vivienda digna

En ODSA (2015) se decía que una de las principales funciones que debe cumplir la vivienda se vincula con la condición de refugio, seguridad y resguardo. Para ello debe cumplir con ciertos requisitos que permiten desarrollar una vida cotidiana adecuada. Varios son los indicadores para tener en cuenta: la calidad constructiva de la vivienda, su régimen de tenencia, las condiciones sanitarias, el hacinamiento.

“La calidad de la vivienda en la que residen las personas mayores favorece el ‘envejecimiento en el

hogar’, es decir la posibilidad de vivir en su hogar y comunidad propios de manera cómoda y autónoma” (INDEC, 2021).

En Vera y Bonfiglio (2023) se da cuenta de la evolución durante las dos últimas décadas de un conjunto de indicadores del bienestar, entre ellos los de la esfera habitacional. Respecto de la situación del acceso a una vivienda digna, se dice que hay una evolución positiva en los últimos 15 años. Que los mejores balances tuvieron lugar entre 2004 y 2011 -es decir, antes de nuestro periodo bajo análisis- y que tras ese periodo la dinámica persiste. El pico

más alto de la carencia fue en 2013 (17,2% de los hogares, sin o con personas mayores) y el más bajo el reciente 2023 (13,3% de los hogares).

Al menos, una de cada diez personas mayores no tiene acceso a una vivienda digna. Más de 900 mil personas mayores, más que la población total de la provincia de San Juan o de la provincia de Jujuy o de la provincia de Río Negro. Que entre la población de 18 a 59 años este déficit casi se duplique (al menos dos de cada 10) no le quita la criticidad del resultado. Pero claramente, las personas mayores, en cuanto a este indicador, están mucho mejor. Si se incluye en el análisis a los sub 18 (niños, niñas y adolescentes) la enorme desigualdad entre grupos de edad adquiere mayor nitidez: entre los sub 18, el déficit se más que triplica (más de tres de cada 10), en comparación con las personas mayores. Como en la pobreza multidimensional, la mayor edad expone menos a la vivienda indigna.

Lo mismo ocurre al interior de las personas mayores: la mayor edad “protege” de esta carencia. Hay una brecha importante entre la población de 60 a 74 años por un lado y los de 75 años y más por el otro: este déficit es mucho menor entre los de edad más avanzada.

En cuanto al género, en todos los subperíodos -excepto durante la pandemia- las mujeres mayores -que son mayoría entre las personas mayores y de más edad- están algo menos expuestas a esta carencia habitacional que los varones mayores. Sus diferencias en cuanto a la estructura de edades y la longevidad permiten comprender esta diferencia. Frente a la pandemia (2020-2021), hay un curioso cambio, un salto, pero en distinta dirección: mientras que en los varones mayores hay una importante caída en este déficit habitacional, entre las mujeres mayores hay un importante aumento, esto es, un empeoramiento en sus condiciones de vivienda. A la salida de la pandemia (2022-2023), mujeres y varones retoman sus patrones prepandemia, algo mejores para las mujeres.

En cuanto a la situación conyugal, en los años más recientes se insinúa una mayor vulnerabilidad de los viudos -donde la mayoría son viudas-⁵.

Este déficit no es un problema para las personas mayores de mayor nivel educativo. Prácticamente no existe entre ellas. En cambio, dos de cada diez de los que tuvieron menos oportunidades educativas

-que son mayoría entre las personas mayores- no acceden a una vivienda digna.

Tampoco es un problema para los niveles socio-económicos medios -medio alto y medio bajo-. Sí lo es para los niveles bajos -bajo y muy bajo-, con muy distinta incidencia entre ellos. Aunque una de cada cuatro personas mayores del nivel muy bajo no accede a una vivienda digna, también hay que mencionar que la mayoría de los mayores de ese nivel sí acceden. También que la incidencia de este déficit habitacional en el nivel muy bajo permanece constante durante todo el periodo bajo análisis (2013-2023).

Entre las personas mayores en hogares en condiciones de pobreza multidimensional, el déficit de acceso a una vivienda digna está muy presente. Así, entre los mayores en hogares con dos o más carencias, este indicador está presente en alrededor del 40% de los casos. Y en condiciones de pobreza multidimensional extrema (tres o más carencias), está presente en el 60% de los casos. Esto es un salto en la incidencia muy importante cuando se trata de la condición de pobreza multidimensional extrema.

En el más arriba citado trabajo de Vera y Bonfiglio (2023) se ve muy claramente que este déficit es más frecuente en los hogares con niños, haya o no personas mayores en esos hogares. Veamos entonces el peso del tipo de hogar en este indicador habitacional, esta vez solo en el universo de las personas mayores. El déficit de acceso a la vivienda digna es bastante más frecuente en los hogares donde los mayores conviven con sub 60. Estos son los más expuestos a esta carencia básica. En cambio, entre los que viven en hogares multipersonales puros -exclusivamente de mayores- la incidencia es mucho menor. Son los menos expuestos a este déficit habitacional. Las personas mayores que viven solas⁶ están en una situación intermedia, ni tan mal como las de hogares

5. Según INDEC (2021) y a partir de la EPH, en 2019 el 10,0% de los varones de 60 años y más eran viudos. En cambio, entre las mujeres de 60 años y más, las viudas eran el 35,3%. Una diferencia sustancial.

6. Según INDEC (2021) y a partir de la EPH, en 2019 el 20,3% -nada menos que un quinto- de las personas de 60 años y más vivía en hogares unipersonales. Es mucho más frecuente entre las mujeres mayores (24,4%) que entre los varones mayores (14,9%). Este tipo de hogar es mucho más frecuente entre las personas mayores: es del 7,0% en la población total y se triplica -20,3%- cuando se trata de personas mayores.

multipersonales mixtos ni tan bien como las de hogares multipersonales puros. Se trata de casi 160 mil mayores -con mayoría de mujeres- que viven solos y sin acceso a una vivienda digna. Casi la población total de la provincia de Tierra del Fuego.

En CABA, el acceso a una vivienda digna para las personas mayores es prácticamente universal. La incidencia de esta carencia tan básica es máxima en el Conurbano Bonaerense y bastante menor en el Interior, tanto en los grandes aglomerados como en las ciudades medias y pequeñas.

En síntesis, el déficit de acceso a la vivienda digna se potencia entre las personas mayores en hogares en condición de pobreza multidimensional extrema, en los hogares en condición de pobreza multidimensional, en el nivel socioeconómico muy bajo, y entre los que tuvieron menos oportunidades educativas, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia básica son los mayores del nivel socioeconómico medio alto, que residen en CABA, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, los del nivel socioeconómico medio bajo, en hogares multipersonales puros, y de 75 años y más, en ese orden.

2.2 El acceso a servicios

Una vivienda adecuada debe tener ciertos servicios indispensables para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición. Para ello, las viviendas tienen que contar con acceso permanente a recursos naturales y comunes, como son el agua potable y la energía para cocinar, calefaccionar e iluminar la casa, entre otros. Diversos documentos de la ONU señalan que “la carencia de servicios básicos adecuados, componente esencial de la vivienda, menoscaba gravemente la salud humana...y la calidad de vida, particularmente en personas que viven en situación de pobreza”.

En anteriores documentos del ODSA se ha mencionado que es conocido que la buena provisión de agua potable tiene efectos positivos sobre la reducción de las tasas de morbilidad. También que la conexión a la red cloacal conlleva un importante impacto sanitario: interrumpe la transmisión de enfermedades y previene la contaminación del agua. Por otro lado, el acceso a la red de gas constituye la forma más segura de obtener la energía para cocinar

y calefaccionar la casa. En el caso de las personas mayores, la provisión adecuada de servicios se vuelve un factor fundamental en su calidad de vida.

En el ya citado trabajo de Vera y Bonfiglio (2023) se presenta también un resumen de evidencias sobre acceso a servicios domiciliarios -conexión a red de agua corriente y red cloacal-. Se refiere al total de hogares, sin o con personas mayores. Allí se afirma que “el acceso a los servicios domiciliarios considerados ha experimentado una evolución muy positiva, tanto en lo referente al acceso a red cloacal como a agua corriente en el interior de la vivienda”. Como se dijo más arriba, el análisis se refiere al periodo 2004-2023, es decir más prolongado que el periodo analizado en el presente documento (2013-2023). Por eso es interesante señalar que en ese trabajo se aclara que “en relación al ritmo de descenso cabe destacar que en ambos casos las mejoras tuvieron lugar a lo largo de los 20 años observados, sin embargo, y particularmente en relación al acceso a la red de agua corriente, las mejoras tendieron a concentrarse entre los años 2004 y 2010”. Es decir, antes del periodo al cual se refiere nuestro documento.

La detallada información presentada por Vera y Bonfiglio permite ver que: i) el déficit de acceso a agua corriente pasó del 11,9% de los hogares en 2013 al 10,0% en 2023, ii) el déficit de acceso a conexión a red cloacal pasó del 34,3% de los hogares en 2013 al 27,0% en 2023. O sea que también dentro del periodo 2013-2023 hubo un mejoramiento en el total de hogares del acceso a estos dos servicios, especialmente importante en el servicio de conexión a red cloacal.

En este punto se intenta dar respuesta al interrogante respecto de en qué medida las personas mayores que habitan en espacios urbanos residen en hogares con una situación deficitaria en cuanto a conexión a servicios, en particular a las redes de agua potable y de gas natural y cloacas⁷.

Los resultados muestran que una de cada 4 personas mayores tiene déficit de acceso a servicios. Se trata de una incidencia importante y bastante mayor al déficit de acceso a la vivienda digna y, como se verá en el punto siguiente, al hacinamiento. La buena noticia es que los resultados más recientes son

7. Se excluye el análisis de la conexión a red eléctrica ya que la cobertura domiciliaria en espacios urbanos es casi total.

mejores que en los primeros años del periodo, sugiriendo cierto mejoramiento de las condiciones de hábitat y vivienda entre las personas mayores, en lo que hace a este importante indicador.

Estos resultados se aprecian mejor cuando se los compara con los de los otros grupos etarios. Son claramente mejores que para la población de 18 a 59 años -uno de cada tres- y notablemente mejores que entre los sub 18, cuya población de niños, niñas y adolescentes es la más carenciada también respecto al acceso a servicios domiciliarios de red. Se trata de uno de los indicadores donde ser una persona mayor presenta una ventaja. Que las personas mayores estén claramente mejor que todo el resto en este aspecto no oculta la criticidad de este indicador ni su incidencia para la población más envejecida. Pero es bueno ponerlo en perspectiva.

En la misma línea y parecida fuerza hay diferencias según grupos de edad dentro de las personas mayores: el grupo de más edad (75 años y más) tiene bastante menos déficit. En este aspecto ser muy viejo deviene una ventaja, no solo sobre los también mayores pero de menos edad, sino sobre los sub 60 y también sobre los menores de 18 años.

Una diferencia por explorar con más detalle es la encontrada entre mujeres y varones mayores: en todos los subperíodos, entre las mujeres el déficit en el acceso a los servicios es menor. En la sección anterior se ha sugerido su relación con la estructura de edades de unas y otros y su diferente longevidad. En cambio, no hay evidencia que la condición de viudez implique un menor o mayor acceso a los servicios domiciliarios de red.

Es impresionante la brecha respecto a este indicador entre los que tuvieron mayores oportunidades educativas y los que no. No es que los más educados estén exentos de este déficit, pero su incidencia se más que triplica entre los de menor nivel educativo. También hay que mencionar que la mayoría -dos tercios- de las personas mayores con menor nivel educativo -no haber finalizado el secundario- no tienen este déficit en la esfera del hábitat y la vivienda. Una buena noticia es que este déficit viene disminuyendo en los años más recientes entre las personas mayores con menor nivel educativo.

El acceso a los servicios básicos se correlaciona directamente con el nivel socioeconómico: a menor

nivel socioeconómico, el déficit aumenta. Es escaso entre los mayores del nivel medio alto y abarca a más de cuatro de cada diez mayores del nivel muy bajo. En este indicador, el nivel que más se asemeja al registrado para el total de las personas mayores es el nivel bajo, aunque está algo por arriba del promedio. Las personas mayores de los niveles medios están muy por debajo del promedio de las personas mayores. Son diferencias abismales. Un resultado promisorio es que la incidencia en el nivel muy bajo -donde la incidencia es máxima- viene disminuyendo y a un buen ritmo. El mejoramiento de las condiciones de hábitat y vivienda en lo que hace a este indicador y ya señalado más arriba, se plasma especialmente entre los mayores del nivel muy bajo.

Entre las personas mayores en hogares en condiciones de pobreza multidimensional, el déficit de acceso a servicios domiciliarios está muy presente. Así, entre los mayores en hogares con dos o más carencias, este indicador está presente en dos tercios de los casos. Es en la condición de pobreza -no extrema- que se registra una disminución importante de este déficit. Y en condiciones de pobreza multidimensional extrema (tres o más carencias), está presente en tres cuartos de los casos.

Son las personas mayores que conviven con sub 60 las más expuestas a este déficit. En cambio, su incidencia es bastante menor en los hogares donde solo viven personas mayores, sea solas o acompañadas por alguien también mayor. Aunque con similar incidencia hay una diferencia importante entre estos dos últimos tipos de hogar: es entre los que viven solos (hogares unipersonales) donde se registra una disminución importante del déficit durante estos últimos años.

Los déficits son muy distintos entre las diferentes regiones urbanas. Es universal entre las personas mayores de CABA. Existe, pero muy debajo del promedio total en las ciudades medianas y pequeñas del Interior -Resto Urbano Interior-, donde su incidencia es igual a la del nivel socioeconómico medio bajo. Y adquiere su mayor incidencia -y alarmante- entre las personas mayores del Conurbano Bonaerense, donde más de un tercio tiene este déficit. Su enorme incidencia es algo mayor a la del promedio de los niveles bajos -bajo y muy bajo-. Los grandes aglomerados del Interior -Otras áreas

metropolitanas- presentan una situación distinta: claramente su incidencia es mucho menor a la del Conurbano Bonaerense pero es bastante mayor a las ciudades medias del Interior. La buena noticia es que los resultados más recientes en el Conurbano Bonaerense son mucho mejores que en los primeros años del periodo. Algo similar ocurrió en las ciudades medias del Interior, pese a su menor incidencia.

En síntesis, el déficit de acceso a servicios se potencia entre las personas mayores en hogares en condición de pobreza multidimensional extrema, en condiciones de pobreza multidimensional, del nivel socioeconómico muy bajo, que residen en el Conurbano Bonaerense, y que tuvieron menos oportunidades educativas, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los residentes en CABA, en el nivel socioeconómico medio alto, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, y los que residen en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, en ese orden.

2.3 El hacinamiento

Desde los inicios de los estudios estadísticos sobre pobreza en la Argentina (INDEC, 1984), este indicador fue incluido entre las necesidades básicas insatisfechas. En ODSA (2015) se decía que se refiere a las condiciones de espacio y privacidad que la vivienda debe garantizar. Es un indicador básico de la calidad de la vivienda porque identifica aquellas viviendas en las que el promedio de personas por cuarto es igual o superior a tres. Entre las personas mayores, la falta de disponibilidad de espacio propio o su forma extrema -el hacinamiento-, atentan contra el derecho de autonomía y privacidad, mencionado en las convenciones y tratados internacionales de derechos en la vejez.

En el ya mencionado trabajo de Vera y Bonfiglio (2023), junto a muchos otros indicadores de hábitat y derecho a la ciudad, se incluye el hacinamiento. En el resumen de evidencias se señala a este indicador entre los de balance más positivo en los últimos 20 años (2004-2023). Esto no les impide señalar una deuda importante, ya que para 2023 el 16% de los hogares del nivel muy bajo se encontraba en condiciones de hacinamiento.

La detallada información allí presentada permite ver lo ocurrido dentro del periodo por nosotros analizado (2013-2023) -los últimos 10 años y no los últimos 20 años-. El hacinamiento para el total de hogares (sin y con personas mayores) era del 8,2% en 2013 y es del 7,0% en 2023. Algún mejoramiento sí (1,2 pp.) pero mucho menor al señalado para los últimos 20 años. Para los últimos 10 años, el hacinamiento luce más bien estancado. Si en vez del total de hogares se atiende solo a los del nivel muy bajo y donde la incidencia es especialmente crítica, se ve que era del 16,4% en 2013 y es del 16,1% en 2023. Eso punta a punta -2013 y 2023-. En el medio del periodo hay varios años donde la incidencia es claramente mayor. El mismo estancamiento se observa en los hogares cuyo jefe/a no tiene el secundario completo. Por su lado, en el total de hogares sin niños -del cual forman parte los mayores que viven solos y los exclusivamente de mayores-, la incidencia del hacinamiento es mínima. En cambio, es del 16% en el total de hogares con niños, con alguna tendencia hacia su mejoramiento -2 pp. punta a punta-.

A la hora de analizar los resultados sobre el hacinamiento, es conveniente tener en cuenta dos aspectos de la estructura de los hogares con personas mayores. El primero es el tamaño. En ODSA (2014a) se publicó información censal sobre esto, para el total de personas mayores y para ambos grupos de edad -60 a 74 años por un lado y 75 años y más por el otro-. Entonces la fuente censal disponible era el Censo 2010 y está pendiente actualizarla con los datos del Censo 2022. Si se excluye a las personas mayores que viven solas -un quinto del total-, el tamaño promedio de los hogares de las personas mayores que no viven solas era 3,2 personas y con muy poca diferencia entre ambos grupos de edad. Si en cambio, se incluye a los que viven solos, se ve la gran heterogeneidad de tamaños de los hogares, siendo los más frecuentes los de 2 personas, seguidos por los de 1 o 3 personas, y después los de 4 personas. Solo el 15% de los hogares con personas mayores tenían 5 personas o más.

El segundo aspecto a tener en cuenta es el tipo de hogar. En INDEC (2023) y con fuente en la EPH de 2022 se publica la distribución porcentual de la población de 60 años y más, por grupo de edad y sexo, según estrato generacional del hogar. Como en ese

gráfico publicado prima el criterio de mostrar las diferencias entre mujeres y varones, no se acompaña uno para el total agregado de mujeres y varones. Las categorías utilizadas para tipo de hogar son también tres, pero con denominaciones distintas a las utilizadas en nuestros documentos: hogares unipersonales -aquí no hay cambio en la denominación-, hogares unigeneracionales -en vez de multipersonales puros- y hogares multigeneracionales -en vez de multipersonales mixtos-. Con esta aclaración, el gráfico muestra que: i) el tipo de hogar más frecuente en el grupo de 60 a 74 años -tanto en mujeres como en varones- es el multigeneracional, ii) en cambio, en el grupo de 75 años y más es el multigeneracional para las mujeres y el unigeneracional para los varones, iii) el hogar multigeneracional es más frecuente entre los varones de 60 a 74 años y menos frecuente entre los varones de 75 años y más, iv) el hogar unigeneracional es más frecuente entre los varones de 75 años y más y menos frecuente entre las mujeres de 75 años y más, v) el hogar unipersonal es más frecuente entre las mujeres de 75 años y más y menos frecuente entre los varones de 60 a 74 años.

Afortunadamente, la incidencia del hacinamiento entre las personas mayores es muy reducida. Es notablemente más reducida que entre la población de 18 a 59 años - uno de cada 10-, donde su incidencia triplica la de las personas mayores. Y llega a su valor máximo entre los sub 18 (niños, niñas y adolescentes), cuya incidencia -dos de cada 10- duplica la de la población de 18 a 59 años. La diferencia en cuanto a hacinamiento, entre las personas mayores y los sub 18 es abismal. No solo la mayor edad expone menos al hacinamiento, sino que la mayor edad aparece como un escudo respecto del hacinamiento.

Aunque con menos fuerza, lo mismo ocurre al interior de las personas mayores: la mayor edad “protege” de esta carencia. Hay una brecha importante entre la población de 60 a 74 años por un lado y los de 75 años y más por el otro: este déficit -ya muy reducido entre las personas mayores- es aún menor entre los de edad más avanzada.

No hay señales de alguna brecha de género en este aspecto. En cambio, el estado conyugal -ser o no viudo/a- expone más o menos al hacinamiento: son los viudos los menos expuestos al hacinamiento. En los hogares donde conviven dos personas mayores, el fallecimiento de uno de ellos no tendría

efecto sobre el hacinamiento: sigue siendo, antes y después, un hogar sin hacinamiento.

El hacinamiento prácticamente no existe entre las personas mayores con mayor nivel educativo. La finalización de los estudios secundarios es un escudo respecto del hacinamiento. Aunque siempre dentro de niveles mínimos como se señaló más arriba, se potencia entre los mayores que tuvieron menos oportunidades educativas, aunque entre ellos su incidencia nunca llega a equipararse con la de la población sub 60.

Tal como ocurre con los otros indicadores de hábitat y vivienda, a medida que se descende en los niveles socioeconómicos aumenta la incidencia del hacinamiento. Pero aún en el nivel muy bajo, la incidencia alcanza a una de cada 20 personas mayores.

Lo del hacinamiento se ve más claramente al analizar las personas mayores en hogares en condición de pobreza multidimensional. En comparación con los otros indicadores de hábitat y vivienda, el hacinamiento no es un factor muy presente. Así, entre los mayores en hogares con dos o más carencias, este indicador está presente en un décimo de los casos. Y en condiciones de pobreza multidimensional extrema (tres o más carencias), está presente en el 15% de los casos. En el subperiodo de la pandemia (2020-2021), el hacinamiento de los mayores en hogares en condición de pobreza multidimensional alcanzó su valor máximo, lo cual sugiere una estrategia de convivir con quienes no se convivía en un contexto de aislamiento social.

La información y los comentarios presentados más arriba sobre este mismo punto permiten apreciar el peso de los distintos tipos de hogar sobre el hacinamiento. Por definición, no hay hacinamiento en los hogares unipersonales. Pero tampoco lo hay cuando las personas mayores conviven exclusivamente con otra también mayor. Sí está focalizado en los hogares multipersonales mixtos, pero aun allí la incidencia no supera a uno de cada veinte casos, algo por debajo de la encontrada en el nivel socioeconómico muy bajo.

Desde lo territorial, el hacinamiento en CABA prácticamente no existe. Por lo menos entre los mayores. Aún dentro de magnitudes pequeñas como se viene diciendo, la incidencia es mayor en los grandes aglomerados urbanos, ya sea en el Conurbano Bonaerense -con más fuerza- o en los del Interior -con

menos fuerza-. Las ciudades medianas y pequeñas del Interior lucen en una situación intermedia, con escaso hacinamiento. Con la excepción de CABA, el hacinamiento de las personas mayores se potencia en las grandes ciudades.

En síntesis, el hacinamiento se potencia entre las personas mayores en hogares con pobreza multidimensional extrema, con pobreza multidimensional (2 o más carencias), en el nivel socioeconómico muy bajo, en los hogares multipersonales mixtos, y entre los que tuvieron menos oportunidades educativas, en ese orden. Los menos afectados son los mayores en hogares multipersonales puros -exclusivos de mayores- y los que viven solos, del nivel socioeconómico medio alto, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, y que residen en CABA, en ese orden.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL HÁBITAT Y LA VIVIENDA

Tabla DE 2.1

HÁBITAT Y VIVIENDA

Personas mayores en hogares con déficit de acceso a vivienda digna

Años 2013-2023. En porcentaje de población de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	11,6	10,3	10,7	10,6
Estadístico población de 60 años y más	12,3	11,6	13,2	12,2
Límite superior	14,0	13,1	16,2	14,0
Población 0 a 17 años	34,5	39,0	37,6	36,3
Población 18 a 59 años	22,3	24,5	24,4	23,2
Población total	24,4	26,9	26,6	27,5
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	2,1	1,4	2,1	0,5
Medio no profesional	7,5	3,7	7,3	5,7
Bajo integrado	12,5	14,3	13,2	13,4
Bajo marginal	24,2	24,0	27,0	22,5
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	1,6	1,3	3,6	2,1
Medio bajo	6,0	4,7	4,6	5,9
Bajo	12,3	13,4	16,1	12,0
Muy bajo	25,4	25,9	26,0	25,0
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	0,0	0,0	0,0	0,0
Dos carencias o más	38,5	37,4	41,1	41,2
Tres carencias o más	58,2	59,3	58,8	60,5
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4,2	0,9	4,4	2,4
Conurbano Bonaerense	15,4	15,0	18,5	17,4
Otras Áreas Metropolitanas	13,0	13,6	11,1	10,4
Resto Urbano Interior	12,6	11,9	11,8	10,7
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	11,7	12,9	7,5	10,0
Hogares multipersonales puros	5,9	5,1	9,3	6,3
Hogares multipersonales mixtos	15,7	15,0	16,3	15,7
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	4,2	3,6	5,0	4,3
Sin secundario completo	17,5	18,0	19,3	18,5
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	14,1	12,9	15,0	14,2
75 años y más	7,5	8,9	9,0	8,0
SEXO				
Varón	13,7	12,9	5,0	13,1
Mujer	11,4	10,8	19,3	11,6
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	11,6	13,0	14,5	14,3
No viudo	12,6	11,2	12,8	11,5

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 2.2

HÁBITAT Y VIVIENDA

Personas mayores en hogares con déficit de acceso a servicios

Años 2013-2023. En porcentaje de población de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	25,2	21,5	18,5	20,4
Estadístico población de 60 años y más	28,4	24,0	21,4	22,6
Límite superior	30,1	26,8	24,7	24,9
Población 0 a 17 años	41,7	41,7	41,0	38,0
Población 18 a 59 años	34,1	33,9	32,3	30,1
Población total	35,4	34,7	33,2	31,4
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	7,0	2,3	2,4	6,1
Medio no profesional	18,7	13,5	13,2	12,2
Bajo integrado	32,2	30,0	22,7	24,4
Bajo marginal	44,7	40,8	39,3	37,9
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	6,2	4,6	4,7	8,1
Medio bajo	15,2	16,3	12,8	12,7
Bajo	33,0	27,6	23,9	25,1
Muy bajo	51,3	45,3	40,4	39,0
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	0,0	0,0	0,0	0,0
Dos carencias o más	73,6	66,5	62,9	62,3
Tres carencias o más	82,6	79,0	70,4	73,3
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,0	0,2	0,7	1,1
Conurbano Bonaerense	44,6	38,2	36,3	33,6
Otras Áreas Metropolitanas	25,2	22,2	15,3	23,6
Resto Urbano Interior	17,4	13,3	13,0	12,6
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	26,2	21,3	14,4	15,5
Hogares multipersonales puros	24,2	20,4	15,2	19,6
Hogares multipersonales mixtos	30,9	26,8	25,8	26,0
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	11,7	9,5	8,5	10,8
Sin secundario completo	39,0	35,5	30,9	31,8
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	30,6	26,4	25,1	25,3
75 años y más	22,4	18,9	12,6	16,7
SEXO				
Varón	30,1	26,2	23,9	24,7
Mujer	27,2	22,5	19,5	21,1
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	25,9	23,4	22,3	23,3
No viudo	29,3	24,2	21,1	22,3

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 2.3

HÁBITAT Y VIVIENDA

Personas mayores en hogares que viven en condiciones de hacinamiento

Años 2013-2023. En porcentaje de población de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	2,7	2,0	1,4	1,2
Estadístico población de 60 años y más	3,2	2,5	3,0	1,8
Límite superior	4,1	3,2	6,2	2,7
Población 0 a 17 años	20,2	22,5	21,4	19,3
Población 18 a 59 años	10,0	10,4	9,4	8,9
Población total	11,9	12,8	11,9	11,1
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	0,5	0,2	0,2	0,0
Medio no profesional	0,8	0,6	0,1	1,1
Bajo integrado	3,9	3,4	2,7	2,2
Bajo marginal	6,2	4,7	8,9	2,8
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	0,4	0,1	0,1	0,7
Medio bajo	1,6	0,6	1,0	1,0
Bajo	4,0	3,8	4,4	2,1
Muy bajo	5,7	5,2	5,8	3,1
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	0,0	0,0	0,0	0,0
Dos carencias o más	9,6	7,9	10,7	5,8
Tres carencias o más	14,9	12,4	21,8	9,0
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,4	0,4	0,6	0,6
Conurbano Bonaerense	3,4	3,8	4,9	2,2
Otras Áreas Metropolitanas	4,2	2,2	2,4	2,0
Resto Urbano Interior	3,4	1,6	1,3	1,7
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	0,0	0,0	0,0	0,0
Hogares multipersonales puros	0,4	0,0	0,0	0,0
Hogares multipersonales mixtos	5,3	4,5	5,1	3,2
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	1,0	0,8	0,4	0,9
Sin secundario completo	4,6	3,9	4,9	2,5
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	3,6	2,8	3,4	2,2
75 años y más	2,9	1,9	2,1	1,1
SEXO				
Varón	3,6	2,6	2,4	1,9
Mujer	2,9	2,4	3,4	1,7
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	2,3	2,9	2,6	1,0
No viudo	3,5	2,4	4,3	2,1

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

CALIDAD DEL EMPLEO

TABLA DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
CALIDAD DEL EMPLEO		
Empleo pleno de derechos	Mide la extensión del cumplimiento de los derechos laborales en los trabajadores, considerando la participación en el Sistema de Seguridad Social y la continuidad laboral.	Porcentaje de personas ocupadas en relación de dependencia que declaran que se les realizan descuentos jubilatorios; cuentapropistas profesionales y no profesionales con continuidad laboral que realizan aportes al Sistema de Seguridad Social; y patrones o empleadores con continuidad laboral que también realizan aportes a dicho sistema, respecto del total de personas activas.
Empleo precario	Mide la incidencia de las relaciones laborales precarias en los trabajadores, considerando la no participación en el Sistema de Seguridad Social y la ausencia de continuidad laboral.	Porcentaje de personas ocupadas en relación de dependencia que declaran que no se les realizan descuentos jubilatorios; cuentapropistas no profesionales que no realizan aportes al Sistema de Seguridad Social y/o sin continuidad laboral; y patrones o empleadores que no realizan aportes a este sistema y/o sin continuidad laboral, respecto del total de personas activas.
Subempleo inestable	Mide la existencia de trabajadores que realizan actividades de subsistencia, poseen escasa productividad y muy baja retribución en la población económicamente activa, considerando la no participación en el Sistema de Seguridad Social, la ausencia de continuidad laboral, la baja remuneración y/o la situación de los beneficiarios de programas de empleo.	Porcentaje de personas ocupadas en trabajos temporarios de baja remuneración o changas, trabajadores sin salario y beneficiarios de planes de empleo con contraprestación laboral, respecto del total de personas activas.
Desempleo	Mide la incidencia de la situación de desocupación (búsqueda activa de trabajo y carecer del mismo) en la población.	Porcentaje de personas que no trabajan pero que en el momento del relevamiento buscan activamente trabajo y están en disponibilidad de trabajar, respecto del total de personas activas.

CALIDAD DEL EMPLEO

Dentro de nuestro periodo de análisis (2013-2023), en CEPAL/OIT (2018) puede encontrarse un marco de referencia muy apropiado para dar cuenta de la calidad del empleo entre las personas mayores y la relación con su inserción en los mercados laborales, un tema de creciente importancia. La tendencia, tanto en los países más desarrollados como en los en desarrollo, es hacia un aumento -especialmente entre los de mayor nivel educativo- de mantenerse vinculado a los mercados laborales más allá de la edad de jubilación que establecen los sistemas de seguridad social y en la medida de sus condiciones de salud física y mental.

A diferencia de los países más desarrollados, el cuadro en América Latina difiere, porque dice el documento que la principal razón que lleva las personas mayores a mantenerse económicamente activas más allá de la jubilación es la falta de ingresos. Esto obligaría a muchos mayores a trabajar. En América Latina, las tasas de actividad son más altas en los países en que la cobertura de los sistemas de seguridad social es escasa.

En los países seleccionados para ese estudio -Argentina es uno de ellos- se destaca el trabajo por cuenta propia, bastante más frecuente que entre los ocupados aún no mayores. Allí se señalan dos posibles razones. Una es la discriminación de los empleadores y su preferencia por los trabajadores más jóvenes, que obstaculiza el acceso de las personas mayores a un empleo asalariado. La otra es la preferencia de los mayores de trabajar de manera independiente, aprovechando su experiencia adquirida a lo largo de su trayectoria laboral y hacerlo en condiciones laborales de mayor flexibilidad y libertad para organizar sus actividades laborales y de la vida diaria.

Ese valioso documento se pregunta por cuáles son los factores que influyen en el nivel y la evolución de la tasa de participación laboral de las personas mayores. Una pregunta de creciente interés, tanto en los países más desarrollados como en desarrollo, incluidos los de América Latina.

Se sugieren varias respuestas. Una muy clara es la falta de ingresos de las personas mayores. Cuando los sistemas de seguridad social son débiles -por cobertura o por prestaciones- hay una obligación de seguir trabajando más allá de la edad legal para

generar ingresos para su subsistencia. Aquí no hay preferencias, no se trata de un trabajo voluntario, es por necesidad. Necesitan ingresos laborales y no pueden "darse el gusto" (sic) de quedar inactivos. Otra avenida tiene que ver con el aumento de la longevidad: los mejores niveles de salud y la expectativa de una vida más larga pueden estimular el interés de las personas mayores en seguir participando en actividades económicas. Un telón de fondo que no conviene olvidar. Al respecto vale recordar que muchos de los sistemas previsionales aún vigentes fueron diseñados cuando la expectativa de vida era mucho menor y aún no se había configurado una bastante extensa etapa de la vida después de la edad de jubilación.

En el documento de CEPAL/OIT hay también una caracterización de la inserción laboral de las personas mayores. El estudio señala una mayor incidencia de empleadores y cuentapropistas, en comparación con el conjunto de los ocupados. Dentro de la población mayor activa, hay evidencia que el peso del cuentapropismo aumenta con la edad. Por el contrario, el peso de los asalariados es menor -siempre en comparación con el conjunto de la población activa-.

En CEPAL (2017) se señala como un logro histórico para la región y para el mundo la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁸, "un instrumento jurídicamente vinculante que identifica las obligaciones de los Estados con respecto a este grupo social". También que "la Convención introduce nuevos derechos".

En su artículo 18 se establece el "derecho al trabajo digno y decente y a la igualdad de oportunidades y de trato respecto de los otros trabajadores, sea cual fuere su edad". Se busca impedir la discriminación laboral de la persona mayor y se establece que su ocupación "debe contar con las mismas garantías, beneficios, derechos laborales y sindicales".

Otro antecedente cercano y dentro de nuestro periodo bajo análisis es el estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile y que dio origen al documento *Trabajo y personas mayores en Chile: lineamientos para una política de inclusión laboral* (2018). Se trata de una encuesta de alcance nacional a personas de 55 a 74 años, trabajen o no, y

8. En Argentina fue tempranamente ratificada en 2017 por la Ley 27.360.

también entrevistas en profundidad a empleadores.

Según ese documento, aunque en Chile la participación laboral disminuye notoriamente cuando las personas alcanzan la edad legal de jubilación, una proporción cada vez mayor de adultos de 65 años y más se encuentran activos en el mercado laboral. En 2016 eran el 24,3%. Entre los varones, la participación laboral es del 50% en el grupo de edad de 65 a 69 años y disminuye al 30% para el grupo de edad de 70 a 74 años. En Chile, la edad para acceder a la jubilación es de 65 años para los varones y de 60 años para las mujeres.

El nivel educativo tiene su peso: tanto en varones como en mujeres, la participación laboral aumenta cuando es mayor el nivel educativo. También la categoría ocupacional: en el grupo de edad de 70 a 74 años, el 54% de los activos trabaja por cuenta propia y hay un 12% de patronos o empleadores.

Dentro de nuestro periodo bajo análisis se publica también un trabajo de Martínez-Restrepo, Enríquez, Pertuz y Alzate Mesa (2015), que contiene un análisis y caracterización de las personas mayores en el mercado laboral de Colombia, utilizando como fuente la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Según ese documento, en Colombia más del 30% de la población mayor de 60 años y el 7% de los mayores de 80 años trabaja. Son cifras muy por encima de las cifras de los países desarrollados. Se trata de que “aunque algunas pocas personas mayores trabajan por el gusto de hacerlo -especialmente los profesionales con altos niveles de calificación-, muchas personas de bajos ingresos deben hacerlo debido a la falta de pensiones y/o de ayuda familiar”.

También en Colombia, la tasa de ocupación disminuye con la edad y siempre es más baja en las mujeres. A partir de los 70 años, el tipo de hogar tiene su peso: la tasa de ocupación es más alta entre las personas que viven solas. El documento sugiere que los ingresos que genera el trabajo les dan mayor independencia a las personas mayores y la opción de vivir solas. Así es entre los varones. Entre las mujeres, la tasa de ocupación de las que viven solas es semejante a la de las que conviven con su pareja. En cambio, disminuye cuando se convive con otras personas.

La relación con el nivel socioeconómico es clara. Siempre para los varones de 70 años y más, la mayor participación se encuentra en el nivel bajo (46%) y le sigue el nivel medio bajo (35%). La menor participación se encuentra en el nivel medio alto (23%).

Entre las mujeres, las cifras disminuyen notablemente, pero la estructura es la misma (16% en el nivel bajo, 6% en el medio alto).

El estudio también se interroga sobre la cantidad de horas que trabajan las personas mayores. ¿Tiempo completo o solo algunas horas a la semana? También en Colombia, las personas mayores trabajan menos horas que el total de la población activa. Y a medida que aumenta la edad, disminuye la cantidad de horas trabajadas. Entre los varones urbanos es de 43 horas semanales para los del grupo de 60 a 69 años y de 37 horas para el de 70 años y más. Menos horas que entre el total de la población activa pero muchas horas.

También en Colombia, el peso del empleo en el sector informal es muy importante. También en los mayores económicamente activos: entre los de 70 años y más -urbanos- es del 78%. Concluyen los autores que en Colombia “los empleos informales implican ingresos más bajos e inestables, menos o nulas posibilidades de capacitación y mayores probabilidades de ser afectados por los ciclos económicos”.

En Argentina, la tasa de actividad para la población de 14 años y más es del 61,1% en el tercer trimestre de 2023 (INDEC, 2024). Mucho mayor en los varones (70,7%) que en las mujeres (52,3%). Entre los varones de 30 a 64 años llega al 91,5% y entre las mujeres de 30 a 64 años al 70,8%.

Dentro del total de los ocupados, el 2,6% son varones de 65 años y más y el 1,9%, mujeres de 65 años y más. Si la población ocupada son 13.396.000 (INDEC, 2024), los ocupados de 65 años y más serían 603.000 (348.000 varones y 255.000 mujeres).

Los de 65 años y más también contribuyen a la desocupación, pero con escaso peso: del total de los desocupados, el 0,7% son varones de 65 años y más y el 0,5% mujeres de ese mismo grupo de edad. Si la población desocupada son 814.000 (INDEC, 2024), los desocupados de 65 años y más serían 9.800 (5.700 varones y 4.100 mujeres).

En el dossier estadístico de personas mayores (INDEC, 2023), dentro de la sección dedicada a la seguridad económica en la vejez, se publica información estadística muy útil a la hora de iluminar este campo del empleo en las personas mayores. “Si bien la principal fuente de ingresos de las personas mayores está conformada por los recursos provenientes del sistema previsional”, el 35,3% de los varones en edad jubilatoria (65 años y más) y el 13,9% de las

mujeres en edad jubilatoria (60 años y más) tienen ingresos laborales. La fuente es la EPH del tercer trimestre 2022.

El peso del grupo de edad es muy importante. La tasa de actividad de la población de 60 años y más es del 24,4%, pero es del 33,3% entre los de 60 a 74 años y de 4,6% entre los de 75 años y más. La tasa de desocupación de la población de 60 años y más es del 4,1%, pero se repite esa tasa entre los 60 a 74 años y disminuye al 0,5% entre los de 75 años y más.

También es muy importante el peso del máximo nivel educativo alcanzado, con tres categorías: i) hasta secundario incompleto, ii) secundario completo, iii) superior incompleto o completo. Se señala que “Las personas mayores con niveles educativos más altos tienden a permanecer más tiempo en el mercado laboral, principalmente por el tipo de ocupaciones que desarrollan. La permanencia en la actividad laboral de las personas mayores no solo está relacionada con las necesidades económicas, sino también con el nivel educativo alcanzado y las posibilidades laborales que brinda” (INDEC, 2023). Mientras la tasa de actividad de la población de 60 años y más y hasta secundario incompleto es del 20,3%, sube al 24,3% si es de secundario completo y al 35,5% si se trata la educación superior (incompleta o completa). Una brecha importante según el nivel educativo alcanzado. Entre los varones de 60 años y más, la tasa de actividad es de 33,0% si se trata de hasta secundario incompleto, de 39,0% si se trata de secundario completo y de 50,0% si se trata de superior. Entre las mujeres de 60 años y más la tasa de actividad es del 10,5% si se trata de hasta secundario incompleto, de 14,4% si se trata de secundario completo y de 23,9% si se trata de superior. En todos los casos, la tasa de actividad aumenta cuando aumenta el máximo nivel educativo alcanzado.

Es muy interesante ver la información estadística publicada (INDEC, 2023) sobre la tasa de actividad de la población de 60 años y más por quintil de ingreso per cápita familiar⁹, porque permite iluminar la pregunta sobre si los mayores que siguen económicamente activos lo hacen por necesidades económicas o por preferencias personales. Una tasa de

actividad muy alta en el quintil 1 -los más pobres- indicaría que el principal motor de seguir económicamente activos es la necesidad económica, aún en un país donde el acceso a la seguridad social es casi universal. Por el contrario, una tasa de actividad muy alta en el quintil 5 -los más ricos- indicaría el peso de las preferencias personales -como la autoestima- como motivo principal para seguir económicamente activo. Con esta perspectiva veamos los interesantes resultados. La tasa de actividad de la población de 60 años y más es de 31,7% en el quintil 1; de 21,6% en el quintil 2; de 13,9% en el quintil 3; de 18,9% en el quintil 4 y de 35,4% en el nivel 5. Los dos quintiles extremos -el 1 y el 5- tienen las más altas tasas de actividad, que es menor en los quintiles intermedios -el 2, el 3 y el 4-. Esta misma forma de la curva se repite en varones y mujeres mayores económicamente activos. Entre los varones de 60 años y más, la tasa de actividad es de 46,4% en el quintil 1; de 30,6% en el quintil 2; de 23,9% en el quintil 3; de 29,3% en el quintil 4 y de 52,0% en el quintil 5. Entre las mujeres mayores ocurre lo mismo, aunque con menor incidencia de la tasa de actividad: 18,0% en el quintil 1; 14,0% en el quintil 2; 6,5% en el quintil 3; 11,1% en el quintil 4 y 22,5% en el quintil 5. La misma curva.

Antes de pasar al análisis de distintos indicadores en la esfera de la calidad del empleo, mencionemos también que algunos ejercicios del ODSA respecto de la condición de actividad de las personas mayores -60 años y más- en el periodo 2013-2023, confirman algunos de los resultados hasta aquí consignados e iluminan algunos otros. Pueden resumirse así: i) el estar económicamente activo disminuye mucho en el grupo de 75 años y más, ii) es mucho mayor entre los varones que entre las mujeres, iii) es mucho menos frecuente entre los viudos/as, iv) es mayor entre los que tuvieron más oportunidades educativas, v) disminuye a medida que disminuye el nivel socioeconómico, vi) no hay diferencias significativas por condición de pobreza multidimensional, vii) es más frecuente entre los mayores que viven en hogares multipersonales mixtos, viii) es mayor en el AMBA -tanto en CABA como en el Conurbano Bonaerense- que en el Interior, especialmente en las ciudades medianas y pequeñas.

9. Se refiere a la clasificación en quintiles -esto es, cinco estratos de igual tamaño- por ingreso per cápita familiar. En el quintil 1 están los de menor ingreso per cápita familiar -los más pobres- y en el quintil 5 los de mayor ingreso per cápita familiar -los más ricos-.

3.1 El pleno empleo de derechos

En un muy reciente trabajo, E. Donza, S. Poy y E. Dichiera (2023) analizan la precariedad laboral entre 2004 y 2023. Se constituye en un marco muy apropiado para poner el foco en este mismo aspecto en las personas mayores económicamente activas. Refiriéndose a la población activa total -que también incluye a las personas mayores económicamente activas- señalan que en 2023 -último año de la serie analizada- solo el 40% logró acceder a un empleo pleno de derechos. La detallada información presentada en ese trabajo permite ver que ese 40% de 2023 varió entre el 40 y el 44% entre 2013 y 2023 -es decir durante nuestro periodo de análisis-.

Ese trabajo permite ver claramente las diferencias según sexo, grupo de edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y contexto urbano. En primer lugar, el menor acceso al pleno empleo de las mujeres activas: 38% en 2023 y 39% en 2013. En cambio, entre los varones activos es del 43% en 2023 y también del 43% en 2013. En segundo lugar, grandes diferencias según el grupo de edad. Los más favorecidos son los adultos activos (35 a 59 años): 48% en 2023. En una situación mucho más desventajosa están los jóvenes activos (18 a 34 años): 34%. Y peor aún, los adultos mayores activos (60 años y más): solo el 31%, tanto en 2023 como en 2013.

Las diferencias según nivel educativo son abismales: entre los que tuvieron menos oportunidades educativas el acceso al pleno empleo es solo del 19% en 2023 y 21% en 2013. Por el contrario, entre los que al menos finalizaron el secundario crece al 52% en 2023 y 56% en 2013. Las diferencias se hacen aún mayores según nivel socioeconómico: mientras en el muy bajo es de solamente el 13% -tanto en 2023 como en 2013-, entre los activos del nivel medio alto es del 76% en 2023 y del 73% en 2013.

Si uno de los indicadores de la calidad del empleo es el peso del pleno empleo, es claro que las personas mayores tienen menor acceso al pleno empleo que los sub 60. Solo una de cada 3 personas mayores activas tiene pleno empleo. Tampoco es que esté muy extendido entre los sub 60: menos de la mitad tiene pleno empleo. De los factores de riesgo y para el total de la población activa, los dos más importantes son el nivel socioeconómico y el nivel educativo. El que sigue es el grupo de edad, que

dificulta el acceso al pleno empleo tanto a las personas mayores como a los jóvenes activos -sub 35-.

Dentro de las personas mayores económicamente activas y que tienen pleno empleo hay una importante segmentación. La primera por grupos de edad. Como era esperable, el pleno empleo es mucho más frecuente entre los de 60 a 74 años. Ese grupo, con mayoría de "sesentones" está integrado mayoritariamente por quienes están próximos a jubilarse, los que se están jubilando y aquellos jubilados más recientes. Allí el pleno empleo es más frecuente. En cambio, en el grupo de 75 años y más, con mayoría de "ochentones" predominan los jubilados que continúan económicamente activos. Entre estos, el pleno empleo es mucho menos frecuente, aunque abarca a un quinto de ese grupo. Muy probablemente de cuentapropistas -profesionales o no- y de empleadores con pleno empleo.

También hay una segmentación por sexo: entre las mujeres mayores económicamente activas hay bastante menor acceso al pleno empleo. Al jubilarse más temprano -desde los 60 años-, si continúan trabajando la tendencia es a hacerlo sin condiciones de pleno empleo. De todas maneras, una de cada cuatro mujeres mayores económicamente activas tiene acceso al pleno empleo.

También pesa la situación conyugal: entre los viudos/as el acceso al pleno empleo es notablemente menor. Si la condición de viudez aumenta con la edad y además es más frecuente entre las mujeres mayores que entre los varones, es esperable un menor pleno empleo entre los viudos.

Pero la brecha por nivel educativo es mucho más importante que las mencionadas hasta ahora. La brecha entre los que tuvieron más oportunidades educativas y el resto es abismal. Entre estos -que son la mayoría- la incidencia del pleno empleo es un tercio de la encontrada entre los más educados. También entre las personas mayores económicamente activas, se ve claro para quienes es accesible el pleno empleo. De todas maneras, hay que decir que la mitad de los activos con mayor educación no acceden al pleno empleo.

Las ya señaladas diferencias según nivel socioeconómico en el documento de Donza, Poy y Dichiera aparecen también con toda claridad entre las personas mayores económicamente activas: a medida que se desciende en la estratificación social, también disminuye el peso del pleno empleo. Las diferencias

son notables. En el nivel medio alto, seis de cada 10 personas mayores activas acceden al pleno empleo. En el nivel siguiente -medio bajo-, son la mitad -tres de cada 10-. La incidencia vuelve a disminuir a la mitad -1,5 de cada 10- en el nivel siguiente -bajo-. Y no alcanza a una de cada 10 en el nivel muy bajo.

La calidad del empleo que da el pleno empleo es ajena a los mayores económicamente activos en hogares en condiciones de pobreza multidimensional: solo uno de cada 10 accede al pleno empleo. Y si se trata de pobreza multidimensional extrema -3 o más carencias-, el acceso se hace aún más difícil. En cambio, entre los mayores activos en hogares sin carencias básicas, la mitad tiene acceso al pleno empleo.

Aunque no con la fuerza de los niveles educativo y socioeconómico, también el tipo de hogar muestra diferencias moderadas en el acceso al pleno empleo. Es más frecuente entre los mayores activos en hogares multipersonales puros -donde no hay sub 60-. A los que les resulta más difícil este acceso es a los mayores económicamente activos que viven solos: solo un cuarto de ellos tiene pleno empleo.

Hay contextos urbanos que facilitan o dificultan el acceso al pleno empleo. Este es mucho más frecuente entre los mayores de CABA -seis de cada 10, la misma incidencia que la encontrada en el nivel socioeconómico medio alto-. La diferencia con el Conurbano Bonaerense es notable: aquí el pleno empleo es para dos de cada 10 mayores activos. La situación en el Interior no es tan mala como en el Conurbano Bonaerense ni tan buena como en CABA. Y dentro del Interior, es un poco mejor en las ciudades medianas y pequeñas que en los aglomerados.

3.2 El empleo precario

En el ya citado trabajo de Donza, Poy y Dichiera (2023) -que analiza la población activa total- y a propósito del empleo precario se señala que entre 2004 y 2023 hubo “un leve y sostenido descenso”. De la información allí detallada se infiere que: i) no hubo diferencias significativas entre varones y mujeres activas, ii) el empleo precario es algo mayor entre los adultos mayores activos -60 años y más- que entre los sub 60, iii) el nivel educativo tiene mucha importancia: es entre los menos educados que se encuentra más el empleo precario, iv) hay diferencias

importantes según nivel socioeconómico: a menor nivel lo acompaña mayor empleo precario.

Ya dentro de nuestro periodo de análisis (2013-2023), entre las personas mayores económicamente activas -en adelante, personas mayores activas- el empleo precario es bastante más frecuente que el empleo pleno. Cuatro de cada 10 personas mayores activas tienen empleo precario. En cambio, entre los sub 60 ocurre lo contrario: el empleo pleno supera al empleo precario. Entre los sub 60, casi tres de cada 10 activos tienen empleo precario. Esto indica una menor calidad del empleo entre los mayores. Frente a la pandemia (2020-2021), las personas mayores tuvieron un aumento importante del empleo precario.

Hay diferencias importantes según grupo de edad: entre las personas mayores activas de 75 años y más, la mitad tiene empleo precario. En este grupo de edad, el empleo precario más que duplica al empleo pleno. No debe olvidarse que en este grupo de edad, la gran mayoría son jubilados y que siguen económicamente activos. Como se dijo, la mitad de ellos lo hacen con empleos precarios. El grupo de 60 a 74 años que son económicamente activos es más heterogéneo: a los varones que aún no tienen la edad jubilatoria requerida -65 años-, se le suman las mujeres que, aunque tienen la edad jubilatoria mínima -60 años- aún no se jubilaron. A estos dos, se suman varones y mujeres que aún jubilados continúan participando en los mercados laborales por las razones que fuera. En este segundo grupo de edad, el empleo precario alcanza a cuatro de cada 10 y también supera al empleo pleno. Frente a la pandemia (2020-2021), los de 60 a 74 años tuvieron un aumento importante del empleo precario.

Entre las mujeres mayores económicamente activas es bastante más frecuente el empleo precario. Esta menor calidad de empleo supera con creces al empleo pleno: casi la mitad de las mujeres mayores activas tienen empleo precario. Como se dijo en el punto anterior, los varones mayores tienen más acceso al empleo pleno. Entre los varones mayores el empleo pleno es tan frecuente como el empleo precario. Frente a la pandemia (2020-2021), las mujeres tuvieron un aumento muy importante del empleo precario.

La situación conyugal también tiene su peso: el empleo precario es más frecuente entre las personas mayores activas en condición de viudez. Entre los viudos/as es mucho más frecuente el empleo precario que el empleo pleno. Frente a la pandemia

(2020-2021), los viudos/as tuvieron un aumento importante del empleo precario.

Es muy interesante ver que el nivel educativo tiene poco peso. El empleo precario alcanza tanto a los que tuvieron menos oportunidades educativas -secundario incompleto como máximo nivel educativo alcanzado- como a los que las tuvieron -secundario completo y más-. Se encuentra algo más de empleo precario entre los de menor nivel educativo. La diferencia, que no es menor, es que mientras entre los más educados el empleo pleno es más frecuente que el empleo precario, entre los menos educados ocurre lo contrario, siendo que el empleo precario es mucho más frecuente que el empleo pleno. Frente a la pandemia (2020-2021), los menos educados tuvieron un aumento muy importante del empleo precario.

Tampoco tiene un peso importante el nivel socioeconómico. Ningún nivel -desde el medio alto hasta el muy bajo- escapa al empleo precario. El empleo precario cruza la estratificación social pero su distribución es peculiar: mientras en los dos niveles intermedios -medio bajo y bajo- afecta a casi la mitad de las personas mayores activas, en los dos niveles extremos -medio alto y muy bajo- afecta a un tercio. Pero si se analiza el empleo precario a la luz del empleo pleno, pueden señalarse otras diferencias según niveles socioeconómicos. Así, en el nivel medio alto el empleo pleno supera con creces al empleo precario. En cambio, en el nivel medio bajo, es el precario el que supera con creces al empleo pleno. Lo mismo ocurre en los dos niveles más bajos -bajo y muy bajo-: el empleo precario supera con creces al empleo pleno. Frente a la pandemia (2020-2021), los de los niveles socioeconómicos medio bajo y muy bajo tuvieron un aumento muy importante del empleo precario.

La pobreza no tiene el peso que fue señalado en todos los demás indicadores. Es que el empleo precario afecta a cuatro de cada 10 personas activas, sean de hogares sin condición de pobreza multidimensional, con pobreza multidimensional -dos o más carencias básicas- o con pobreza multidimensional extrema -tres o más carencias básicas-. Nuevamente, las diferencias aparecen cuando se analiza el empleo precario a la luz del empleo pleno y según las distintas condiciones de pobreza. Así, entre los mayores en hogares sin pobreza, el empleo pleno supera en frecuencia al empleo precario. En cambio, cuando los mayores activos son de hogares en

condición de pobreza, el empleo precario supera con creces al empleo pleno. Frente a la pandemia (2020-2021), los de hogares en condición de pobreza tuvieron un aumento muy importante del empleo precario.

Tampoco tiene un peso importante el tipo de hogar, aunque se ve que el empleo precario es algo más frecuente entre los mayores activos en hogares multipersonales puros -sin sub 60- y menos frecuente si se trata de mayores activos en hogares multipersonales mixtos -con sub 60-. En el próximo punto se verá por qué. Respecto de la relación con el empleo pleno cada tipo de hogar tiene su peculiaridad. Entre los mayores activos en hogares multipersonales puros, el empleo precario es más frecuente que el empleo pleno. Entre los de hogares multipersonales mixtos también, pero la diferencia es menor. En cambio, entre los que viven solos, los que tienen empleo precario superan con creces a los que tienen empleo pleno. En los tres tipos de hogar, el empleo precario es el más frecuente. Frente a la pandemia (2020-2021), tanto los que viven solos como en hogares multipersonales mixtos tuvieron un aumento muy importante del empleo precario.

Ninguno de los distintos contextos urbanos está ajeno al empleo precario. Es más frecuente en el Conurbano Bonaerense y menos frecuente en CABA. Mientras en CABA el empleo pleno es mucho más frecuente que el empleo precario, en Conurbano Bonaerense sucede lo contrario y con mucha distancia entre uno y otro. También en el Interior -tanto en los aglomerados metropolitanos como en las ciudades medianas y pequeñas- el empleo precario supera al empleo pleno, pero la distancia no es tan grande como en Conurbano Bonaerense. Salvo en CABA, frente a la pandemia (2020-2021), se registró un aumento importante del empleo precario, tanto en el Conurbano Bonaerense como en el Interior.

En síntesis, el empleo precario se potencia entre los económicamente activos de 75 años y más, el nivel socioeconómico medio bajo, los/as viudos/as, las mujeres, y en el nivel socioeconómico bajo, en ese orden. Es menos frecuente en el nivel socioeconómico medio alto, también en el muy bajo, entre los residentes en CABA, y en los hogares con tres o más carencias -pobreza multidimensional extrema-.

3.3 El subempleo inestable

En el trabajo de Donza, Poy y Dichiera se presenta información detallada también respecto de la evolución del subempleo inestable en el total de la población económicamente activa para el periodo 2004-2023. Respecto de la segunda mitad de ese periodo y que coincide con el nuestro (2013-2023) se señala que tuvo un incremento persistente. También se muestra la evolución según sexo, grupo de edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y región urbana. Para ilustrar ese incremento persistente y siempre a partir de ese reciente documento, podemos seleccionar la incidencia del subempleo en los dos años punta de la serie dentro de nuestro periodo -2013 y 2023-: i) entre las mujeres era del 15,0% en 2013 y supera el 23% en 2023, ii) entre los de menor nivel educativo -los más afectados por el subempleo inestable-, era del 24,9% en 2013 y es del 38,3% en 2023, iii) entre los de nivel socioeconómico muy bajo -los más afectados por el subempleo inestable-, era del 33,6% en 2013 y es del 45,2% en 2023.

La incidencia del subempleo inestable en la población activa durante el periodo 2013-2023 es alta: uno de cada cinco activos tiene esta calidad de empleo. Es bastante mayor entre las personas mayores activas: afecta a una de cada cuatro. Durante la pandemia tuvo una disminución importante. Dentro de las personas mayores activas, afecta algo más a los de 75 años y más. Esa minoría -compuesta mayoritariamente de varones- que continúa participando de los mercados laborales después de los 75 años, presuntamente todos jubilados, es la más afectada por el subempleo inestable. Durante la pandemia, ambos grupos de edad tuvieron una disminución importante.

No hay diferencias significativas entre varones y mujeres. Ambos tuvieron una disminución importante durante la pandemia, especialmente entre las mujeres mayores. El subempleo inestable es más frecuente entre las/os viudas/os y no disminuyó durante la pandemia.

El peso del nivel educativo en el subempleo inestable es muy importante. No es que no alcanza a los que tuvieron mayores oportunidades educativas -afecta a uno de cada 10- pero se cuadruplica en los de menor nivel educativo. Es entre los que tuvieron menos oportunidades educativas donde hubo la disminución más importante durante la pandemia (2020-2021).

En coincidencia con lo señalado por Donza, Poy y Dichiera para el total de la población activa, entre las personas mayores activas también hay mucha relación entre el nivel socioeconómico y el subempleo inestable: a medida que el nivel socioeconómico disminuye aumenta el subempleo inestable. Esta calidad de empleo es muy poco frecuente en el nivel medio alto, pero ya en el nivel siguiente -medio bajo- afecta a dos de cada 10 mayores activos. La incidencia es de más de tres cada 10 en el nivel bajo y más de cuatro cada 10 en el muy bajo.

El enfoque de la pobreza multidimensional permite ver que uno de cada 10 de los mayores activos en hogares sin carencias básicas tiene subempleo inestable. Pero sube a cuatro de cada diez cuando se trata de hogares con 2 o más carencias (pobreza multidimensional). Y la incidencia aumenta si se trata de hogares con tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema).

El tipo de hogar más expuesto al subempleo inestable es el unipersonal. En cambio, es bastante menos frecuente en los hogares multipersonales puros -sin sub 60-.

En CABA, el subempleo inestable es muy poco frecuente entre las personas mayores activas. El contexto urbano donde tiene la mayor incidencia es el Conurbano Bonaerense. Es algo menos frecuente en el Interior, donde no hay diferencias entre los aglomerados metropolitanos y las ciudades medianas y pequeñas.

En síntesis, el subempleo inestable se potencia entre los mayores activos en hogares con tres o más carencias -pobreza multidimensional extrema-, en el nivel socioeconómico muy bajo, en hogares con dos o más carencias -pobreza multidimensional-, y entre los que tuvieron menos oportunidades educativas, en ese orden. Es menos frecuente en el nivel socioeconómico medio alto, en CABA, entre los que tuvieron más oportunidades educativas, y en hogares sin carencias básicas -sin pobreza multidimensional-.

3.4 El desempleo

En el trabajo de Donza, Poy y Dichiera se incluye también valiosa información y comentarios sobre el desempleo en el total de la población activa en el periodo 2004-2023. Los autores señalan de todo el periodo que nos toca analizar (2013-2023) como

de relativa estabilización, con mantenimiento de las inequidades.

Ese trabajo muestra varias de esas inequidades: i) en 2023 el desempleo es del 8,8% pero es mayor entre las mujeres activas, ii) en todos los años del periodo 2013-2023, siempre el desempleo es mayor entre las mujeres activas, iii) durante todos esos años y también en 2023, los jóvenes (18 a 34 años) tienen más desempleo que los adultos (35 a 59 años), iv) en 2023, los adultos mayores (60 años y más) tienen menos desempleo que el resto de los grupos de edad, v) en 2023 y también durante todos los años del periodo, el desempleo es mayor entre los activos de menor educación -sin secundario completo-, vi) en todos los años del periodo, a medida que se desciende en la estratificación social hay un aumento del desempleo; la disparidad entre el nivel socioeconómico medio alto y el muy bajo es muy importante, vii) dentro del periodo 2013-2023 hay varios años -entre 2017 y 2022- donde el desempleo en el nivel muy bajo tiene un aumento muy importante.

El desempleo afecta también a las personas mayores pero con mucha menos fuerza que a los sub 60. Se reduce a la mitad cuando se trata de personas mayores, aunque con una lenta tendencia a su aumento. Aún con su menor tasa de actividad -los mayores participan menos de los mercados laborales, en el marco del "retiro laboral"- no es que las personas mayores encuentren más dificultades que los sub 60 para acceder a alguna ocupación. También pesa lo del efecto desaliento en salir a buscar trabajo: si se cree que no hay oportunidades laborales por la edad, se desalienta la búsqueda de empleo. Aquí cobraría sentido lo ya analizado en los puntos anteriores sobre calidad del empleo: el ajuste del empleo por la mayor edad se haría no tanto por el desempleo sino por una menor calidad del empleo -poco empleo pleno, bastante empleo precario, mayor subempleo inestable-.

En esta línea es muy interesante ver que el desempleo no varía según grupos de edad. Sí hay una tendencia a su aumento entre las personas mayores de 60 a 74 años. También es interesante ver que no hay desempleo entre los de 75 años y más durante la pandemia. En un contexto de prioridad por la supervivencia a esas edades, el efecto desaliento hace que el desempleo se reduzca o desaparezca. En ese grupo de edad avanzada, una vez superada la pandemia (2022-2023) el desempleo retoma su fuerza prepandemia.

Siempre dentro de un desempleo poco frecuente, la incidencia del desempleo es algo mayor entre las mujeres mayores. Algo similar fue señalado para el total de mujeres activas. Por otro lado, son las mujeres mayores, las que, frente a la pandemia, disminuyen su desempleo. En cambio, no hay diferencias según situación conyugal.

Sí hay diferencias según nivel educativo, tal como sucede en el total de la población activa. Las personas mayores que tuvieron más oportunidades educativas están mucho menos expuestas al desempleo que el resto. También en este punto conviene tener en cuenta la mayor tasa de actividad de los mayores con mayor nivel educativo. Los que tuvieron menos oportunidades educativas -sin secundario completo- tuvieron un salto en el desempleo durante la pandemia (2020-2021).

Tal como ya fue señalado por Donza, Poy y Dichiera para el total de la población activa, también entre los mayores económicamente activos, a medida que se desciende en la estratificación social, aumenta el desempleo. Prácticamente no existe entre los del nivel socioeconómico medio alto, pero afecta a más de uno de cada 10 en el muy bajo. Hay una brecha muy importante entre el nivel bajo y el muy bajo.

Estas disparidades socioeconómicas se ven más claramente con el enfoque de la pobreza multidimensional. Entre los mayores activos en hogares sin carencias básicas -sin pobreza- el desempleo es mínimo. En cambio, afecta a uno de cada 10 cuando se trata de hogares con pobreza multidimensional. Y si se trata de pobreza extrema, también aumenta -1 punto- el desempleo.

En cambio, no hay diferencias según tipo de hogar: vivir solo o acompañado y acompañado de sub 60 o no, no tiene efectos sobre el desempleo. Solo señalar que está aumentando entre los mayores activos en hogares multipersonales puros -sin sub 60-.

Aunque el desempleo es bastante uniforme en todos los contextos urbanos, es algo menor en CABA y las ciudades medianas y pequeñas del Interior. En cambio, es algo mayor en los grandes aglomerados, sea en el Conurbano Bonaerense o en los del Interior. La peculiaridad del Conurbano Bonaerense es que el desempleo de los mayores activos viene creciendo. El caso de CABA es interesante porque pese a su más alta tasa de actividad, tiene menos desempleo.

En síntesis, el desempleo se potencia en las personas mayores activas del nivel socioeconómico

muy bajo, en hogares con pobreza multidimensional extrema -3 o más carencias-, en hogares con pobreza multidimensional -2 o más carencias-, y entre los que tuvieron menos oportunidades educativas, en ese orden. Los menos afectados por el desempleo son los mayores activos del nivel socioeconómico medio alto, en hogares sin pobreza multidimensional, del nivel socioeconómico medio bajo, que residen en CABA, y los que tuvieron más oportunidades educativas, en ese orden.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE LA CALIDAD DEL EMPLEO

Tabla DE 3.1

CALIDAD DEL EMPLEO

Empleo pleno

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada en actividad laboral de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	24,7	29,5	29,0	25,6
Estadístico encuestados de 60 años y más	27,8	33,5	35,4	30,4
Límite superior	30,5	37,8	42,4	35,7
Encuestados de 18 a 59 años	44,3	43,9	43,8	41,4
Total de encuestados de 18 años y más	42,4	42,7	42,9	40,4
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	55,6	61,0	67,7	58,4
Medio no profesional	25,4	33,9	29,4	33,8
Bajo integrado	13,9	16,7	22,5	20,5
Bajo marginal	17,2	8,7	7,9	7,7
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	59,7	57,6	61,2	61,1
Medio bajo	28,1	30,3	20,3	33,3
Bajo	16,3	11,2	16,2	19,6
Muy bajo	9,4	7,1	10,0	5,5
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	40,6	47,9	50,2	48,8
Dos carencias o más	8,7	9,7	11,7	15,5
Tres carencias o más	6,2	5,7	5,9	13,9
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	53,3	53,6	59,5	62,3
Conurbano Bonaerense	14,3	26,7	27,9	21,2
Otras Áreas Metropolitanas	32,6	32,6	33,9	27,5
Resto Urbano Interior	27,5	30,0	26,4	31,8
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	23,0	29,2	28,0	26,1
Hogares multipersonales puros	30,1	32,8	39,4	34,3
Hogares multipersonales mixtos	28,5	35,7	36,5	30,9
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	43,8	47,6	52,7	46,0
Sin secundario completo	14,9	14,7	12,9	13,6
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	28,7	36,7	37,2	31,3
75 años y más	20,2	14,0	24,4	23,7
SEXO				
Varón	30,4	36,8	40,1	35,0
Mujer	23,6	24,8	27,1	24,7
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	12,4	25,3	17,7	19,1
No viudo	30,7	35,2	38,3	33,0

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 3.2

CALIDAD DEL EMPLEO

Empleo precario

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada en actividad laboral de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	42,8	33,4	37,1	27,0
Estadístico encuestados de 60 años y más	46,7	37,2	43,8	31,7
Límite superior	50,2	41,1	50,8	36,8
Encuestados de 18 a 59 años	30,2	26,4	27,0	26,8
Total de encuestados de 18 años y más	32,2	27,7	28,8	27,2
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	42,7	34,3	28,9	35,7
Medio no profesional	56,7	42,7	51,2	37,0
Bajo integrado	43,8	36,4	48,9	27,8
Bajo marginal	29,7	27,4	47,2	23,8
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	36,2	36,0	34,6	31,3
Medio bajo	58,8	42,2	54,9	36,7
Bajo	54,6	40,5	46,7	40,1
Muy bajo	42,8	27,3	48,3	21,6
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	45,0	37,9	38,6	36,8
Dos carencias o más	47,8	32,9	45,6	24,1
Tres carencias o más	41,2	30,2	52,9	20,1
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	42,3	33,6	33,8	32,2
Conurbano Bonaerense	51,8	39,4	47,6	30,8
Otras Áreas Metropolitanas	42,0	34,1	41,1	33,1
Resto Urbano Interior	40,4	38,9	50,1	32,0
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	52,2	32,6	44,0	35,6
Hogares multipersonales puros	47,7	45,5	44,6	36,1
Hogares multipersonales mixtos	43,2	34,4	43,3	27,9
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	46,7	36,5	38,1	35,0
Sin secundario completo	46,7	38,1	51,2	28,1
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	45,9	34,9	42,0	30,5
75 años y más	53,3	51,1	54,6	40,7
SEXO				
Varón	43,7	34,9	36,9	30,3
Mujer	51,7	40,8	56,2	33,4
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	56,0	38,3	50,8	38,2
No viudo	45,0	37,0	42,7	30,2

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 3.3

CALIDAD DEL EMPLEO

Subempleo inestable

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada en actividad laboral de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	18,1	20,4	12,1	27,0
Estadístico encuestados de 60 años y más	21,5	24,1	16,0	31,8
Límite superior	24,9	28,3	12,8	37,1
Encuestados de 18 a 59 años	15,3	19,0	17,0	22,8
Total de encuestados de 18 años y más	16,1	19,6	16,9	23,6
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	0,7	3,9	2,3	4,8
Medio no profesional	16,6	20,7	17,9	27,0
Bajo integrado	38,2	41,1	26,2	46,5
Bajo marginal	33,6	41,9	18,7	47,8
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	2,5	4,4	3,3	3,9
Medio bajo	10,0	22,9	23,2	27,1
Bajo	26,0	43,1	27,5	35,2
Muy bajo	40,6	51,4	25,4	61,0
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	11,5	11,0	9,4	11,5
Dos carencias o más	38,4	49,0	29,6	51,3
Tres carencias o más	46,5	56,2	28,9	53,2
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,2	5,4	5,5	2,5
Conurbano Bonaerense	30,4	30,2	19,1	37,9
Otras Áreas Metropolitanas	20,6	26,3	18,8	36,8
Resto Urbano Interior	25,5	26,9	17,0	34,5
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	21,7	31,2	24,7	31,6
Hogares multipersonales puros	18,8	16,7	11,3	22,8
Hogares multipersonales mixtos	23,5	24,9	14,7	35,7
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	6,8	11,5	7,2	13,5
Sin secundario completo	33,4	41,0	27,4	51,6
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	21,0	23,7	15,1	32,3
75 años y más	25,4	27,1	21,0	28,2
SEXO				
Varón	27,1	24,5	17,2	29,2
Mujer	20,5	23,6	13,8	35,1
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	22,9	30,9	28,2	38,2
No viudo	19,3	22,8	14,0	30,3

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 3.4

CALIDAD DEL EMPLEO

Desempleo

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada en actividad laboral de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	2,3	3,7	3,1	3,8
Estadístico encuestados de 60 años y más	4,0	5,1	4,8	6,1
Límite superior	6,5	7,1	7,3	9,7
Encuestados de 18 a 59 años	10,0	10,7	12,3	9,1
Total de encuestados de 18 años y más	9,3	10,0	11,4	8,8
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	1,0	0,8	1,0	1,1
Medio no profesional	1,3	2,8	1,4	2,2
Bajo integrado	4,1	5,7	2,5	5,2
Bajo marginal	19,6	22,0	26,2	20,6
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	1,6	2,0	0,9	3,7
Medio bajo	3,0	4,7	1,6	2,9
Bajo	3,1	5,2	9,7	5,1
Muy bajo	7,2	14,2	16,3	11,9
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	2,9	3,1	1,7	2,9
Dos carencias o más	5,1	8,4	13,1	9,1
Tres carencias o más	6,2	7,8	12,4	12,8
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3,2	7,5	1,1	2,6
Conurbano Bonaerense	3,5	3,7	5,4	10,1
Otras Áreas Metropolitanas	4,8	6,9	6,2	2,6
Resto Urbano Interior	6,7	4,2	6,5	1,7
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	3,1	6,9	3,3	6,7
Hogares multipersonales puros	3,4	3,7	4,8	6,8
Hogares multipersonales mixtos	4,9	5,0	5,5	5,5
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	2,8	4,3	2,0	5,6
Sin secundario completo	5,0	6,2	8,4	6,7
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	3,9	4,7	5,6	5,9
75 años y más	4,6	7,7	0,0	7,5
SEXO				
Varón	3,1	3,8	5,9	5,5
Mujer	5,4	7,2	2,9	6,8
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	4,3	5,4	3,3	4,5
No viudo	1,1	5,1	5,0	6,5

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Sección 4

ESTADO, ATENCIÓN Y HÁBITOS DE SALUD

TABLA DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Déficit de estado de salud percibido	Mide el estado general de salud percibido por las personas desde una noción que integra las dimensiones física, biológica y psicológica.	Porcentaje de personas que dicen tener bastantes problemas de salud y/o padecer enfermedades crónicas o graves.
Malestar psicológico	Mide el déficit de las capacidades emocionales a través de la percepción de sintomatología ansiosa y depresiva. El malestar psicológico dificulta responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, desenvolverse socialmente y tener relaciones satisfactorias con otros.	Porcentaje de personas que declararon tener síntomas de ansiedad y depresión integradas en una puntuación que indica riesgo moderado o alto de malestar psicológico en la escala KPDS-10.
Déficit de consulta médica	Mide la falta de asistencia a una visita profesional médica para realizar control, prevención o tratamiento.	Porcentaje de personas que afirmaron no haber realizado una consulta médica durante el último año.
Déficit en la práctica de ejercicio físico	Mide el ejercicio físico como conjunto de acciones motoras musculares y esqueléticas. Habitualmente se asocia a cualquier actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar del individuo.	Porcentaje de personas que afirmaron no realizar ejercicio físico por lo menos una vez por semana.
Déficit en la calidad de sueño	Mide la calidad percibida del sueño como deficitaria, ya sea por problemas en conciliación, despertares, insomnio, hipersomnia, etc. afectando la calidad de vida, el nivel de funcionamiento y la salud de la persona.	Porcentaje de personas que califican como bastante mala o muy mala su calidad de sueño durante el último mes.

4.1 El déficit de estado de salud percibido

Una primera dimensión del estado de salud de las personas mayores es la creencia que cada cual tiene sobre su situación frente a la salud-enfermedad, incluyendo aspectos físicos como psicológicos.

La EDSA indaga sobre el estado de salud en general, y prevé tres categorías de respuesta: a) no tener problemas de salud, b) tener algunos pocos problemas de salud; c) tener bastantes problemas de salud; padecer de alguna enfermedad crónica o grave.

En ODSA (2017b), se presentó un análisis del perfil de las personas mayores que perciben que su salud se encuentra comprometida. En muchos casos en correspondencia con la estructura de la población de personas mayores, sobresalían las mujeres, los de 60 a 74 años, los de hogares multipersonales mixtos, los de menor educación y los de nivel socioeconómico muy bajo.

De los resultados de los estudios anteriores sobresalían dos percepciones. Por un lado, una de cada tres personas mayores declaraba no tener problemas de salud; por otro lado, una de cada cuatro percibía que sus condiciones de salud eran críticas (tienen bastantes problemas de salud, o padecen de alguna enfermedad crónica o grave). Se observaba, pues, una gran heterogeneidad de situaciones de salud.

Apuntando al déficit -la categoría c) tener bastantes problemas de salud; padecer de alguna enfermedad crónica o grave- los resultados de los últimos diez años muestran que al menos una de cada cuatro personas mayores autoperciben su salud como comprometida. Hay que señalar que no aumenta durante la pandemia (2020-2021) pero sí hay un aumento después de la pandemia (2022-2023). En cuanto a su evolución a lo largo del periodo, hay una tendencia al aumento: es algo menor en los principios del periodo y tiene su mayor incidencia en el último bienio, cuando por primera vez supera el 30%.

Se trata de una dimensión específica de las personas mayores y que por lo tanto debería recibir la mayor atención: entre los sub 60 no supera a uno de cada diez. Y tampoco hay un salto después de la pandemia.

Dentro de las personas mayores ¿cómo afecta la edad en la percepción del estado de salud? Entre los de mayor edad -los de 75 años y más- el déficit es bastante mayor que entre las personas mayores más jóvenes -de 60 hasta 74 años-. También debe

señalarse que esta brecha entre grupos de edad se amplificó desde la pandemia, siendo especialmente notable durante este periodo (2020-2021). Estudios anteriores del ODSA señalan que lo mismo ocurre dentro de los sub 60: el déficit es mayor en el grupo entre 35 a 59 años que entre los de 18 a 34 años (ODSA, 2021).

En cuanto a la brecha de género, salvo durante la pandemia que no diferenció mujeres de varones, siempre hay más déficit entre las mujeres mayores que entre los varones mayores. Y después de la pandemia (2022-2023) esta diferencia es muy significativa (casi 10 pp. más entre las mujeres).

Respecto del estado conyugal, en todos los subperiodos -excepto durante la pandemia que igualó a viudos y no viudos respecto de la autopercepción de su salud-, la incidencia de este déficit es mayor entre los viudos. Y después de la pandemia (2022-2023) esta diferencia es muy significativa (más de 10 pp. entre los viudos).

Además de diferencias significativas por grupo de edad, también las hay -y más fuertes- según el nivel educativo. Entre los de menor nivel educativo -a lo máximo con secundario incompleto y que son la mayoría- el déficit es mayor. Es más frecuente que autoperciban su estado de salud como comprometido. Lo contrario ocurre con los de mayor nivel educativo -que al menos tienen el secundario completo y son la minoría dentro de las personas mayores-. Los diferenciales según nivel educativo nos introducen a las desigualdades sociales.

Donde más diferencia se verifica en cuanto a la percepción del estado de salud de las personas mayores es en la comparación entre las que pertenecen a diferentes niveles socioeconómicos. La tendencia es muy clara: a menor nivel socioeconómico es mayor el déficit de su estado de salud autopercebido. Las diferencias son abismales entre ambos extremos: en el muy bajo el déficit tiende a duplicarse respecto del medio alto. Esta vulnerabilidad del nivel muy bajo es mayor a la encontrada entre los de edad más avanzada (75 años y más). Respecto de esta importante dimensión de la salud, las vejeces dependen más del nivel socioeconómico que del grupo de edad. Esto es especialmente visible en el nivel muy bajo.

El peso de la pobreza multidimensional (dos o más carencias) en esta dimensión de la salud muestra un aumento a lo largo del periodo, aunque disminuyó durante la pandemia (2020-2021). En el último bienio

(2022-2023) superó el 39%. Es decir, en más del 39% de las personas mayores en hogares en condición de pobreza multidimensional su estado de salud se autopercibe como comprometido. En los primeros subperíodos, los que van de 2013 a 2021 -es decir que incluye al subperíodo de la pandemia- el peso de la pobreza multidimensional extrema (tres carencias o más) es aún mayor. En cambio, en el último bienio (2022-2023), el peso de la pobreza multidimensional extrema (tres carencias o más) es similar al de la pobreza multidimensional (dos carencias o más).

Respecto del tipo de hogar no hay evidencia clara que demuestre que los mayores que viven solos tengan un déficit mayor o menor déficit de salud respecto de los que viven acompañados. Tampoco que los mayores que conviven exclusivamente con uno y otros también mayores tengan un menor o mayor déficit que los que conviven con sub 60. Sin embargo, debería estarse atento al pronunciado reciente aumento del déficit entre los que viven solos, desde la salida de la pandemia (2022-2023). Si se asumiera que para vivir solo siendo mayor se requiere de un mejor estado de salud, cualquier episodio o proceso de salud puede ser percibido como de cierto riesgo para la continuidad de ese arreglo residencial, que necesariamente supone estrategias distintas a los que, siendo también personas mayores, viven acompañados. Es que se trata de un arreglo residencial más valorado que convivir con sub 60 (hogares multipersonales mixtos) o pasar a residir en viviendas colectivas como las residencias de larga estadía. También hay estudios que señalan que la edad promedio de las personas que siendo mayores viven solas -donde predominan las viudas- es más alta -y por lo tanto más vulnerable frente a la enfermedad- que quienes viven acompañados.

Desde lo territorial, llama la atención cierta convergencia entre los resultados de CABA y el Conurbano Bonaerense. En muchos otros indicadores, la diferencia entre estas dos regiones urbanas contiguas es muy significativa. No es el caso del déficit de estado de salud percibido. Aunque en todos los subperíodos, la incidencia en Conurbano Bonaerense es mayor que en CABA, la diferencia no es tan importante. Salvo durante la pandemia (2020-2021) cuando aparece la brecha esperada. También es interesante ver como respecto a este indicador hay una cierta homogeneidad entre las distintas regiones urbanas del Interior, más allá si se trata de las áreas metropolitanas

más grandes del Interior o de las ciudades medias y pequeñas (Resto Urbano Interior).

En síntesis, el déficit de estado de salud percibido en las personas mayores se potencia en los hogares con 3 o más carencias (pobreza multidimensional extrema), en el nivel socioeconómico muy bajo, en los hogares con 2 o más carencias (pobreza multidimensional), entre los que tuvieron menos oportunidades educativas, entre los de 75 años y más, entre los que viven solos y los viudos, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los del nivel medio alto, los que tuvieron más oportunidades educativas, los del nivel medio bajo y entre los mayores en hogares sin carencias (sin pobreza multidimensional), en ese orden.

4.2 La atención de la salud

Tal como se dice en varios documentos del ODSA, la visita a un profesional médico ya sea por control, prevención o tratamiento, es un indicador de cuidado sobre la propia salud. La finalidad de una evaluación médica periódica radica en la detección precoz de enfermedades, la evaluación de los factores de riesgo, la prevención, el tratamiento y el consiguiente alcance de niveles de vida satisfactorio. Un chequeo consiste en un examen integral e individualizado del estado de salud que, de ser completo, incluye aspectos físicos y psíquicos.

No solo hay coincidencia entre las personas mayores acerca de que el cuidado de la propia salud resulta esencial; forma parte del imaginario social que este autocuidado es, o debería ser, el principal “trabajo” de las personas mayores (ODSA, 2017b).

En ese mismo trabajo se presentó un análisis del perfil de las personas mayores que no realizan consulta médica. En muchos casos en correspondencia con la estructura de la población de personas mayores, sobresalen los varones, los de 60 a 74 años, los que viven en hogares multipersonales mixtos, los de menor nivel educativo y los de nivel socioeconómico muy bajo.

Se espera entonces que las personas mayores cuiden más su propia salud y que, como consecuencia, hagan más consultas médicas que el resto de la población. La información disponible no permite estimar el número de consultas anuales, pero indaga si en los últimos 12 meses se realizó alguna consulta

médica. Una mirada estilizada de lo ocurrido en el periodo analizado, desde 2013 a 2023, muestra que casi dos de cada diez personas mayores tienen este déficit de consulta médica. La excepción fue el subperiodo de pandemia (2020-2021) cuando el 44% de los mayores no hace su consulta médica anual. Desde la salida de la pandemia (2022-2023) se retoman las prácticas de consulta previas a la pandemia. El cuadro es bien diferente entre los sub 60. En consonancia con su mejor estado de salud autopercebido, el déficit de consulta médica se casi duplica. Al igual que los mayores, los sub 60 cambian sus prácticas durante la pandemia, cuando el 68% no hace su consulta médica anual. La diferencia con los mayores es que los sub 60 no retoman sus estándares de consulta previos a la pandemia -como sí hicieron los mayores- sino que durante la postpandemia (2022-2023), el 44% no hace su consulta médica anual. Si al periodo bajo análisis -los últimos diez años- le sumamos los años previos, de los cuales se informa en estudios anteriores, entre 2010 a 2012, se ve un progresivo mejoramiento de este indicador de las condiciones de salud. Este proceso se interrumpe con la pandemia y se retoman las prácticas de los años previos al periodo analizado.

Entre las personas mayores, el déficit de consulta médica es sensible a los grupos de edad. El déficit es siempre mayor entre los de 60 a 74 años -una mayor propensión a descuidar su salud- que entre los de 75 años y más. Esto está en línea con el estado de salud autopercebido de un grupo de edad y otro. En ODSA (2022), M.A. Paternó Manavella señala que son las mujeres (no se refiere solo a las mayores) y las personas de 75 años y más, quienes más acceden a la atención médica. Y que se trata de una tendencia que se ha mantenido a lo largo de los últimos años.

Siempre dentro de las personas mayores, hay diferencias entre mujeres y varones: los varones mayores incumplen más frecuentemente con la consulta anual; las mujeres mayores se autocuidan más en este aspecto. Es así tanto antes de la pandemia (2013-2019), como durante la pandemia (2020-2021) y también después de la pandemia (2022-2023). Las diferencias disminuyen, pero no desaparecen durante la pandemia.

Algo similar ocurre con el estado conyugal. Aquí son los viudos los que con más frecuencia cumplen con su consulta médica anual, tanto antes, durante y después de la pandemia.

También el distinto nivel educativo muestra sus diferencias en la atención de la salud. Siempre, las personas mayores de menor nivel educativo incumplen con mayor frecuencia lo de la consulta médica anual. Con la pandemia ambos niveles reaccionaron de la misma manera, cada uno dentro de su pauta de consulta. Y después de la pandemia (2022-2023) regresaron a sus respectivas prácticas de consulta prepandemia. El nivel educativo de mejor estado de salud autopercebido es el que menos déficit de consulta anual tiene. Lo contrario ocurre con los de menor nivel educativo: desde su autopercepción, un estado de salud más comprometido y mayor déficit de consulta médica anual.

Las desigualdades se ven claras entre los distintos niveles socioeconómicos, aunque a diferencia de varios indicadores las diferencias entre los dos niveles más bajos -el bajo y el muy bajo- no son tan nítidas. Dicho esto, a mayor nivel socioeconómico, las personas mayores cumplen más con lo de la consulta médica anual. Salvo durante la pandemia (2020-2021), en el nivel medio alto, el déficit de consulta médica varía entre el 11 y el 16%. Es decir que no es inexistente y además con una tendencia al aumento. Si bien todos los niveles socioeconómicos fueron afectados por la pandemia, la suspensión de la consulta anual fue mayor en los estratos más bajos: en el muy bajo y también en el bajo, el 48% no hizo consulta médica alguna.

Si estos resultados según nivel socioeconómico se releen a la luz de los anteriormente presentados sobre el estado de salud autopercebido, se verá que los niveles más bajos y que son los que presentan mayor déficit respecto del estado de salud, son los que justamente tienen mayor déficit respecto de atención de salud. Lo inverso ocurre con los niveles más altos: al mismo tiempo que presentan menores déficits de estado de salud, tienen menor déficit en materia de atención de salud, medida por la consulta médica anual.

En cuanto a la pobreza multidimensional, puede señalarse que también el déficit de consulta médica afecta a las personas mayores sin carencias. Algo similar se señaló respecto del nivel medio alto. Pero los afecta en menor proporción. Entre las personas mayores en hogares con 2 o más más carencias (pobreza multidimensional), la incidencia de este déficit se duplica respecto de los hogares sin carencias. En cambio, no hay indicios que entre las personas

mayores en hogares con pobreza extrema (3 o más carencias), el déficit de consulta médica aumentó. Este era el escenario durante la prepandemia (2013-2019). Después de la pandemia (2022-2023) la pobreza extrema sí conlleva un mayor déficit de consulta. Durante la pandemia (2020-2021) se notó la diferencia entre personas mayores en hogares sin carencias, en hogares con 2 o más carencias y hogares con 3 o más carencias (pobreza extrema). Pero las diferencias se achicaron porque muchos de los hogares sin carencias suspendieron sus prácticas de consulta durante la pandemia.

En cuanto al tipo de hogar, son los mayores que viven solos los que más cumplen con la consulta anual. Durante la pandemia (2020-2021), los más cumplidores fueron los que conviven exclusivamente con otro mayor (hogares multipersonales puros), aunque su diferencia con los que viven solos es mínima. En todo el periodo, el corte sería entre los que viven solos o con otro mayor por un lado y los que conviven con sub 60 (hogares multipersonales mixtos) por el otro. Este último tipo de hogar es el que más dificulta el cumplimiento de la consulta médica anual.

Desde lo territorial, en este indicador también se expresan las mejores condiciones de vida de las personas mayores en CABA, aunque tampoco allí dejó de haber un marcado aumento del déficit de consulta médica durante la pandemia (2020-2021): un cuarto de sus personas mayores no hizo consulta anual alguna. Todo el resto del país -tanto el Conurbano Bonaerense como el Interior- muestra un cuadro distinto y bastante más homogéneo que en otros indicadores. También en este indicador, en el Conurbano Bonaerense la incidencia es mayor. Le siguen las áreas metropolitanas del Interior. Y algo mejor están las ciudades medias y pequeñas del Interior. Durante la pandemia (2020-2021) este ordenamiento se mantiene -entre un 52% en el Conurbano Bonaerense a más del 39% en las ciudades medias y pequeñas del Interior (Resto Urbano Interior)-. Y después de la pandemia (2022-2023), aunque la incidencia disminuye para todas las regiones urbanas, el ordenamiento se mantiene. Además de CABA, es en las ciudades medias y pequeñas del Interior donde menos se incumple con lo de la consulta médica anual. Lo contrario ocurre con los grandes aglomerados, sea en el Conurbano Bonaerense o en Gran Rosario, Gran Córdoba, San Miguel de Tucumán-Tafí Viejo o Gran Mendoza.

En síntesis, el déficit de atención a la salud se potencia entre las personas mayores en hogares con tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema), en hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional), en el Conurbano Bonaerense, en hogares multipersonales mixtos (con sub 60), y en el nivel socioeconómico muy bajo, en ese orden. Estos son los principales factores de riesgo. Los menos afectados por esta carencia son los que residen en CABA, los de 75 años y más, en el nivel socioeconómico medio alto, y en los hogares sin carencias (sin pobreza multidimensional), en ese orden.

4.3 El malestar psicológico

En documentos anteriores del ODSA (2014), S. Rodríguez Espínola define que “en sentido amplio, el concepto de malestar psicológico se entiende como un déficit de los recursos emocionales y cognitivos de las personas, carencia que afecta las capacidades para responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, para desenvolverse socialmente y para tener relaciones satisfactorias con otros, concluyendo en la disminución de la capacidad de salud”.

Para medir el malestar psicológico, en la EDSA se incluyen diez preguntas y se pide que se las conteste “pensando cómo se sintió en las últimas cuatro semanas (o en el último mes)”. Específicamente, se indaga si el encuestado se sintió “siempre”, “muchas veces”, “a veces”, “pocas veces” o “nunca” cansado sin motivo, nervioso, tan nervioso que nada podía calmarlo, desesperanzado, inquieto o impaciente, tan inquieto que no podía quedarse sentado, o deprimido. Asimismo, se pregunta si el encuestado ha sentido que todo le costaba mucho esfuerzo, si ha sentido tanta tristeza que nada podía alegrarlo, o si sentía inútil, o poco valioso.

Como bien aclara Rodríguez Espínola, se trata de “una escala que evalúa el estado de salud mental general e inespecífico, conocida como KPDS-10 (en inglés: Kessler Psychological Distress Scale), e indaga acerca de un conjunto de síntomas vinculados con la depresión y la ansiedad, tales como inquietud, agitación, desesperanza, tristeza, cansancio y nerviosismo”.

En el periodo analizado (2013-2023), la incidencia del malestar psicológico en las personas mayores oscila entre el 20 y el 25%. Tiene picos al inicio de la

serie (2013-2016) y en la postpandemia (2022-2023) y su registro más bajo entre 2017 y 2019, es decir en los años inmediatamente anteriores a la pandemia. No aumenta durante la pandemia (2020-2021) aunque sí respecto de los tres años anteriores (2017-2019). Entre los sub 60, la incidencia de este indicador es más estable, excepto en el bienio postpandemia (2022-2023), cuando muestra un salto. Tampoco aumenta con la pandemia (2020-2021), lo que sugiere un mayor impacto de la pandemia en las personas mayores que en los sub 60.

Una lectura muy estilizada permitiría decir que personas mayores y sub 60 no difieren significativamente en cuanto a la incidencia del malestar psicológico y que por lo tanto, el malestar psicológico no es una especificidad de los mayores. Por lo menos, no en la medida que el imaginario social cree. Les ocurre a todos y también a las personas mayores.

Que la mayor edad no acarrea mayor malestar psicológico se ve también dentro del agregado de las personas mayores según sus grupos de edad: los de 75 años y más no están más expuestos al malestar psicológico que las personas mayores más jóvenes -de 60 a 74 años-. Ni siquiera durante la pandemia.

Si la edad no tiene el peso que se cree, en cambio las diferencias entre mujeres y varones mayores sí es significativa. En todos los subperiodos. Incluso durante la pandemia, que en general tuvo un efecto igualador y no diferenciador, las mujeres mayores se diferenciaron bastante de los varones también mayores en este aspecto. La brecha de género se mantiene después de la pandemia (2022-2023).

También la situación conyugal tiene su peso. Entre los viudos -donde son mayoría las viudas- la incidencia es bastante mayor. Por el efecto igualador de la pandemia, en ese periodo las diferencias se achican, pero se amplifican después de la pandemia (2022-2023). Los viudos salieron de la pandemia con mayor malestar psicológico.

Las diferencias según nivel educativo son abismales. El menor nivel educativo (sin secundario completo) casi duplica la incidencia del malestar psicológico. Esta distancia entre ambas categorías educativas se mantiene durante la pandemia.

Las diferencias entre los distintos niveles socioeconómicos son muy importantes. La tendencia es muy clara: a medida que desciende el nivel socioeconómico es más frecuente el malestar psicológico. Las diferencias entre el medio alto y el muy bajo son

abismales y se mantienen a lo largo del periodo. La distancia entre los distintos niveles contiguos no es la misma: hay mayor distancia entre el nivel medio alto y el medio bajo y también entre el nivel bajo y el muy bajo que entre el nivel medio bajo y el bajo. Entre las personas mayores del nivel medio alto parecería haber una suerte de "seguro" contra el malestar psicológico. No es que estén exentos -de hecho, uno de cada 10 lo tiene- pero su chance de tenerlo es un tercio que entre los mayores del nivel muy bajo. Una medida más de aquello que la pobreza no es solo carencia de recursos económicos sino carencias en salud y específicamente de recursos psicológicos, también en las personas mayores.

El enfoque de la pobreza multidimensional permite ver que tampoco las personas mayores que viven en hogares sin carencias -de las incluidas en el índice- están exentas del malestar psicológico. Pero cuando su hogar cruza el umbral de la pobreza multidimensional (2 o más carencias), la incidencia se duplica. El peso de este factor -2 o más carencias- parece haberse ampliado desde la pandemia, tanto durante la pandemia (2020-2021) como después de la pandemia (2022-2023). Y si en vez de 2 o más carencias, el umbral es 3 o más carencias (pobreza multidimensional extrema) la incidencia del malestar psicológico aumenta en forma significativa.

El tipo de hogar donde el malestar psicológico es menos frecuente es el denominado multipersonal puro, donde conviven exclusivamente personas mayores¹⁰. La vulnerabilidad aumenta cuando se trata de mayores que viven solos. En la sección destinada al bienestar subjetivo se profundizará acerca del sentimiento de soledad de los que viven solos y en otros tipos de hogar. Pero la mayor incidencia del malestar psicológico se encuentra en los denominados multipersonales mixtos, es decir donde las personas mayores conviven con sub 60 -hijos, yernos,

10. El ámbito de nuestro estudio, siguiendo el marco de la EDSA, es el de los hogares particulares. Es decir, excluye a las personas mayores que residen en viviendas colectivas como las residencias de larga estadía, los habitualmente denominados "geriátricos", sean privados o públicos. Esta aclaración es muy pertinente cuando se está analizando resultados sobre malestar psicológico. No es que la convivencia exclusiva con otros también mayores -en cualquier tipo de vivienda- reduce el malestar psicológico, sino que entre la típica pareja de mayores -sin otros convivientes sub 60 y antes de la viudez- es donde se encuentra un menor malestar psicológico.

nueras, nietos-. En el último bienio y después de la pandemia (2022-2023) aparecen solo dos perfiles diferenciados: el de los hogares multipersonales puros con menor malestar psicológico por un lado y por otro, los otros dos tipos de hogares -los unipersonales y los multipersonales mixtos- con mayor malestar psicológico.

Como en varios otros indicadores de déficit, la incidencia del malestar psicológico es menor en CABA. Y lo contrario ocurre en el Conurbano Bonaerense. Respecto del Interior del país, no hay suficiente evidencia para postular que en las ciudades medianas y pequeñas del Interior (Resto Urbano Interior) la incidencia del malestar psicológico es menor que entre las personas mayores de las grandes áreas metropolitanas. Ya había ocurrido antes (2017-2019) aunque levemente, pero en el último bienio (después de la pandemia, 2022-2023) hubo un aumento importante del malestar psicológico en las ciudades medianas y pequeñas del Interior.

En síntesis, el malestar psicológico se potencia entre las personas mayores en hogares con tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema), en hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional), del nivel socioeconómico muy bajo, que tuvieron menos oportunidades educativas, y que viven acompañados por sub 60 (hogares multipersonales mixtos), en ese orden. Estos son los principales factores de riesgo. Los menos afectados por esta carencia son los del nivel socioeconómico medio alto, en hogares sin carencias básicas -sin pobreza multidimensional-, los que tuvieron más oportunidades educativas, los que residen en CABA, y los que viven acompañados exclusivamente por otra persona también mayor (hogares multipersonales puros), en ese orden.

4.4 Hábitos de salud: el déficit en la práctica de ejercicio físico

En nuestros documentos anteriores sobre las personas mayores se dijo que varios documentos tratan la cuestión de la actividad y el ejercicio físico dentro del concepto de “envejecimiento activo”. Ya desde 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica como pauta necesaria para potenciar ese envejecimiento activo el tener un buen funcionamiento físico y mantener la actividad física y realizar ejercicio

físico. Hay suficientes estudios que demuestran que el sedentarismo es el séptimo factor de riesgo en los países más desarrollados. La falta de actividad física se ha convertido en uno de los principales problemas para la salud pública en los países más desarrollados, porque aumenta el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras.

Hay fuerte evidencia que varios problemas de salud se vinculan con la falta de una práctica habitual de ejercicio físico, incluyendo la prevención de caídas y el mejoramiento de la función cognitiva en las personas mayores. Por todo eso los expertos coinciden en que la práctica de una actividad física debería promoverse como un derecho de ciudadanía.

La OMS ha definido la actividad física dentro de una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud para el conjunto de la población. Allí “se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. También allí se aclara que *actividad física* no debe confundirse con *ejercicio*. El ejercicio es una actividad física planificada, estructurada, repetitiva y relacionada con el objetivo de la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. En cambio, la actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, de trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (OMS). Una persona mayor, económicamente inactiva, que como rutina diaria se ocupa de las tareas domésticas, sin duda hace actividad física, aunque no sería lo que se define como “ejercicio”.

En la EDSA se indaga sobre la frecuencia de realización de ejercicios físicos, tales como gimnasia, deportes, caminatas u otras actividades similares. Las alternativas de respuesta son tres: “nunca”, “algunas veces al mes” y “al menos una vez en la semana”. Para este análisis, se considera déficit en la práctica de ejercicio físico a las dos primeras categorías, es decir, no realizar actividades físicas del tipo de las enunciadas al menos una vez en la semana.

En ODSA (2017b) se presentó un análisis del perfil de las personas mayores que no practican ejercicio físico. En muchos casos en correspondencia con la estructura de la población de personas mayores, sobresalen las mujeres, los de 60 a 74 años, los de hogares

multipersonales mixtos, los de menor nivel educativo y los de nivel socioeconómico muy bajo. Respecto de su perfil de condiciones de salud, se vio que del total de los que no practican ejercicio físico, un cuarto se autopercibe como sin problemas de salud y otro cuarto, por el contrario, con su salud comprometida -con problemas de salud crónicos o graves-.

Los resultados para los últimos diez años es que algo más del 70% de las personas mayores tiene déficit en este indicador de salud. Solo una de cada 3 personas no tiene déficit respecto de este tipo de prácticas. Es un déficit alto, persistente en el tiempo y que debería preocuparnos. Tuvo un salto -de 5 pp.- durante la pandemia (2020-2021), en un contexto de “quedarse en casa”.

Es claro que este tipo de déficit es más frecuente entre las personas mayores que entre los sub 60. Pero también hay que decir que es muy alto -y poco saludable- entre los sub 60. Allí también habría aumentado durante la pandemia, pero menos que entre las personas mayores. En este indicador, el impacto de la pandemia fue mayor entre los mayores.

Este contraste con los sub 60 permite volver sobre lo mencionado más arriba: si bien se asumió que el ejercicio es importante para todas las edades en cuanto a la salud, puede sugerirse que es más necesario en las edades más avanzadas o que sus efectos saludables pesan más a esas edades. Por lo tanto, un déficit similar al de la población sub 60 debe ser interpretado como un déficit más crítico, de mayores consecuencias para una vida con adecuada salud. Y de acuerdo con los resultados presentados, el déficit no es equivalente, sino que es mayor entre las personas mayores.

Dentro de las políticas públicas la tarea pendiente es inmensa: promover que alrededor de casi 5 millones de personas mayores incorporen prácticas de ejercicios físicos dentro de su rutina semanal.

En cuanto a los grupos de edad dentro de las personas mayores, el déficit es semejante a un lado y otro de los 75 años: no aumenta significativamente con la mayor edad ni mejora significativamente entre los sesentones -los de 60 a 74 años-. Si bien ambos grupos de edad aumentaron su déficit durante la pandemia (2020-2021), en lo que hace a este indicador la pandemia tuvo más impacto entre los de 75 años y más. Los más mayores son los que modificaron sus prácticas de ejercicio físico con mayor intensidad. Y a la salida de la pandemia (el bienio

más reciente, 2022-2023) ambos grupos de edad vuelven a converger en sus prácticas.

Respecto a este indicador, hay cierta brecha de género. Entre las mujeres mayores es menos frecuente la práctica de ejercicio físico. Excepto durante la pandemia (2020-2021) cuando esa ventaja de los varones mayores se pierde y la intensidad de las prácticas igualan a ambos, mujeres y varones mayores. El efecto igualador de la pandemia conlleva a que su impacto sobre el ejercicio físico sea más importante entre los varones mayores. También el estado conyugal tiene su peso: entre los viudos la incidencia del déficit es mayor. Son éstos -éstas- las que menos incorporan prácticas de ejercicio físico.

Mucho más claras son las diferencias según nivel educativo: el déficit es notoriamente mayor entre los que tuvieron menos oportunidades para completar su secundario. Pero esto no significa que los más educados estén exentos de este déficit. A lo largo del periodo analizado (2013-2023) la distancia entre unos y otros se mantiene constante, aunque durante la pandemia (2020-2021) disminuye algo.

Las diferencias sociales se expresan más claramente en los distintos niveles socioeconómicos. Una vez más, la tendencia es muy clara: entre las personas mayores, a menor nivel socioeconómico, el déficit de ejercicio físico aumenta. Las diferencias entre las personas mayores del nivel socioeconómico muy bajo y las del medio alto son muy significativas. De nuevo, no es que en el medio alto estén exentos de este déficit, pero entre ellos hay al menos la mitad que han incorporado alguna práctica de ejercicio físico. Falta incluir a la otra mitad. Pero en el muy bajo, estas prácticas están incorporadas en una pequeña minoría y falta incluir a casi todos. En ninguno de los cuatro niveles socioeconómicos la pandemia dejó de aumentar el déficit, pero su mayor impacto fue en el medio alto.

El enfoque de la pobreza multidimensional permite ver que también entre los mayores sin carencias -de las consideradas en el índice- son mayoría los que tienen déficit de ejercicio físico. Pero que a medida que el número de carencias aumenta, también aumenta la incidencia de este indicador de salud. La incidencia es mayor entre los que tienen 2 o más carencias (pobreza multidimensional) respecto de los sin carencias. Y la incidencia es aún mayor entre las personas mayores en hogares con 3 o más carencias (pobreza multidimensional extrema).

El cuadro del déficit según tipo de hogar no es tan claro. Sí está claro que la mayor incidencia se encuentra entre las personas mayores en hogares multipersonales mixtos; es allí donde las prácticas de ejercicio físico son menos frecuentes. En cambio, son más frecuentes en los hogares unipersonales y en los multipersonales puros, lo que sugiere que la convivencia con sub 60 dificulta tales prácticas saludables. También en este indicador puede verse el efecto igualador de la pandemia: durante ese subperiodo (2020-2021), en los tres tipos de hogar, la incidencia tiende a converger, ya casi no hay diferencias. Pero a la salida de la pandemia (2022-2023) el déficit de los que viven solos disminuye bastante respecto de los hogares multipersonales puros. Entre los que viven solos, la experiencia de la pandemia hace que sus prácticas de ejercicio mejoren, en comparación con los otros tipos de hogares. A su vez, la incidencia en los mayores de hogares multipersonales puros y de hogares multipersonales mixtos tendió a converger.

En este indicador aparece una particularidad territorial: entre las personas mayores de CABA el déficit es bastante menor. Allí, hasta la pandemia, las prácticas de ejercicio físico habían sido incorporadas por la mitad de los mayores. Como era esperable, disminuyeron durante la pandemia -como en todo el país-. Pero a la salida de la pandemia (2022-2023) no se retomaron los estándares prepandemia de prácticas.

En síntesis, el déficit en la práctica de ejercicio físico se potencia entre las personas mayores en hogares en condición de pobreza multidimensional extrema, en el nivel socioeconómico muy bajo, en hogares en condición de pobreza multidimensional, y entre los que tuvieron menos oportunidades educativas, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los del nivel socioeconómico medio alto, los que residen en CABA, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, y en hogares sin carencias básicas -sin condición de pobreza multidimensional-.

4.5 El déficit en la calidad de sueño

En ODSA (2016) se publicó una nota de investigación de G. Simonelli, D. Cardinali, D. Vigo y D. Pérez Chada sobre los trastornos del sueño en el adulto mayor. Allí los autores señalan que “si bien el número requerido de horas de sueño varía de persona

a persona, existe un rango *saludable* que varía según la edad”. Detrás hay estudios epidemiológicos que sostienen que cuando se duerme más o menos de lo recomendado, aumenta la morbi-mortalidad. Estos autores señalan que “no dormir lo suficiente se suele manifestar mediante excesiva somnolencia diurna asociada a un aumento del riesgo de accidentes domésticos, laborales o viales, sumado a un deterioro de la capacidad de trabajo” y que “dormir insuficientemente o mal pasa a ser un factor de riesgo (prevenible) contra un número creciente de enfermedades crónicas”.

Mucho más recientemente, C. Garofalo y S. Rodríguez Espínola publican un informe de investigación sobre la calidad del sueño y sus alteraciones asociadas al malestar psicológico en las personas mayores (ODSA, 2022). Aunque este estudio focaliza en la epidemia por COVID 19, se presenta un marco general donde se señala que es posible estudiar la evolución en los últimos años de la mala o baja calidad de sueño a partir de la EDSA, donde aproximadamente 1.300 personas mayores responden cada año a la pregunta de cómo califican en general su calidad de sueño, considerando a las respuestas “bastante mala” y “muy mala” como déficit en la calidad de sueño.

El primer resultado es que, entre las personas mayores, la incidencia del déficit en la calidad de sueño viene en aumento. Venía aumentando antes de la pandemia, no aumentó durante la pandemia (2020-2021) y subió otro escalón después de la pandemia (2022-2023). Entre los sub 60 la dinámica es otra: también venía aumentando antes de la pandemia, tuvo un brusco descenso durante la pandemia y un brusco ascenso después de la pandemia, para situarse en los niveles que tenía antes de la pandemia. En cuanto a la incidencia en uno y otro grupo de edad, hasta la pandemia son similares y no era una especificidad de los mayores. En cambio, durante la pandemia y desde la pandemia, la incidencia es más alta entre las personas mayores.

Dentro de las personas mayores, el deterioro en la calidad del sueño es más marcado entre los de 75 años y más. Además, en este grupo de edad, la incidencia es mayor. El ya mencionado efecto igualador de la pandemia hizo que ambos grupos de edad convergieran en la incidencia durante la pandemia, pero después de la pandemia vuelve a ser más frecuente entre los de 75 y más.

Entre las mujeres mayores es más frecuente este déficit de salud y durante la pandemia (2020-2021) las diferencias con los varones mayores se ampliaron porque ambos tuvieron diferentes reacciones frente a la pandemia. Entre los varones, cuya incidencia venía creciendo, disminuyó durante la pandemia -mejoraron su calidad de sueño- pero a la salida de la pandemia tuvo un salto importante y con registros nunca alcanzados previamente. En cambio, entre las mujeres, la calidad del sueño desmejoró durante la pandemia y permaneció estable después de la pandemia, también con registros nunca alcanzados previamente.

Si las mujeres son más vulnerables respecto a la mala calidad de sueño, aún más lo son los viudos. Las diferencias entre los viudos y el resto son aún mayores que entre mujeres y varones mayores. Son los viudos/as los que tuvieron un deterioro importante del sueño durante la pandemia y a la salida de la pandemia mostraron una incidencia nunca alcanzada previamente.

Hay una brecha muy importante según nivel educativo alcanzado: los que tuvieron menos oportunidades educativas son los que tienen más déficit de la calidad de sueño. Esto se ve en los cuatro subperiodos considerados, pero durante la pandemia (2020-2021) esta brecha implicó que el déficit de las personas mayores con menor nivel educativo duplicara el de los con mayor educación. Esto se explica por la distinta reacción de uno y otro nivel educativo frente a la pandemia: mientras los de mayor nivel educativo mejoraron su calidad de sueño -respecto del subperiodo anterior-, los de menor nivel educativo la desmejoraron. Más arriba se dijo que en un marco de aumento de la mala calidad de sueño en los últimos diez años, no había aumentado durante la pandemia. Cuando se segmenta por nivel educativo se ve que esto no es uniforme en ambos niveles educativos: mientras la calidad de sueño empeoraba entre los de menor nivel educativo, entre los de mayor educación mejoraba. El mencionado efecto igualador de la pandemia no incluye al nivel educativo; al contrario, las diferencias se profundizaron. También el efecto postpandemia (2022-2023) varía en uno y otro grupo: entre los de mayor educación, después de mejorar durante la pandemia, muestran un desmejoramiento posterior y con una incidencia del déficit nunca antes registrada; entre los de menor educación, después de desmejorar durante la pandemia, muestran un leve mejoramiento posterior y también

con una incidencia del déficit nunca antes registrada.

También la calidad de sueño tiene que ver con el nivel socioeconómico: a medida que este desciende, el déficit aumenta. Respecto de este indicador, hay dos grupos de nivel socioeconómico. Por un lado, los tres superiores -medio alto, medio bajo y también bajo- donde las diferencias en cuanto a calidad de sueño, si bien claramente existen, no son tan pronunciadas. En cambio, hay una ruptura fuerte -para peor- cuando se trata del nivel muy bajo. Allí hay un desmejoramiento -respecto de los otros tres niveles- muy visible. No solo las incidencias son diferentes sino también las dinámicas dentro del periodo analizado. En el medio alto -el de mejor calidad de sueño-, durante la pandemia (2020-2021) no solo la incidencia no aumenta, sino que disminuye -duermen mejor-. Pero a la salida de la pandemia (2022-2023), su calidad de sueño desmejora y la incidencia aumenta y llega a niveles nunca antes registrados. La misma pauta siguen los niveles medio bajo y bajo -mejoramiento durante la pandemia y posteriormente un brusco empeoramiento-. En cambio, entre los mayores del nivel muy bajo -el de peor calidad de sueño- la incidencia del déficit aumenta mucho durante la pandemia y luego desciende abruptamente, aunque a registros superiores a los previos.

En el enfoque de la pobreza multidimensional también se expresan las desigualdades en materia de calidad de sueño. No es que el déficit no existe entre los sin carencias, pero es claramente menor que entre los mayores en hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional), donde salvo durante la pandemia, se duplica. Y si en vez de dos o más carencias se consideran tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema), la incidencia del déficit aumenta en forma muy pronunciada. Respecto de la dinámica dentro del periodo, las diferencias son curiosas. Entre los mayores en hogares sin carencias -que son la mayoría-, la pandemia hizo que la incidencia aumentara abruptamente y en el bienio siguiente (2022-2023) retomó sus registros prepandemia, después de un también abrupto mejoramiento de sus condiciones de sueño. Entre los mayores en hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional) o tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema), el déficit no aumentó durante la pandemia.

No hay evidencia disponible que indique claramente que el tipo de hogar -vivir solo o acompañado

y por quienes- tenga peso en el déficit de calidad de sueño. Puntualmente, en el ya mencionado trabajo de Garofalo y Rodríguez Espínola (ODSA, 2022) se señalaba que “la baja o mala calificación de sueño de quienes viven solos aumentaron en gran medida en el año 2020 bajo condición de pandemia, indicando 3 de cada 10 personas mayores que viven solas que no tienen una buena calidad de sueño, a diferencia de quienes viven con otros”. Esto coincide con los resultados aquí publicados sobre lo ocurrido en el periodo de los últimos diez años. A principios de la serie (2013-2016), la calidad de sueño de los que viven solos era similar a la de los que viven en forma exclusiva con otro también mayor. Pero ya antes de la pandemia (2017-2019) este déficit comenzó a aumentar, sufriendo otro aumento importante durante la pandemia y mejorando solo un poco después de la pandemia. Claramente durante la pandemia, los que viven solos son los que menor calidad de sueño tuvieron y esto sigue ocurriendo en el bienio después de la pandemia (2022-2023). La dinámica de los mayores que viven acompañados por un también mayor -sin sub 60- fue distinta. Su calidad de sueño no se vio alterada durante la pandemia y solo después de la pandemia (2022-2023) tuvo un deterioro abrupto y de una incidencia convergente con los mayores que conviven junto a sub 60. Entre los mayores que conviven con sub 60, la calidad de sueño no solo no se deterioró con la pandemia sino que incluso mejoró, casi regresando a los niveles prepandemia durante el bienio siguiente (2022-2023). Durante la pandemia, entre las personas mayores, vivir acompañado, no importa con quien, ayudó a que la calidad de sueño no desmejorara.

También hay contextos urbanos que favorecen la mayor calidad de sueño y otros donde la incidencia del déficit es mayor. En las ciudades medianas y pequeñas del Interior la calidad de sueño está menos comprometida. Incluso durante la pandemia, en las ciudades medianas y pequeñas del Interior el déficit disminuyó. Durante los primeros años del periodo (2013-2016), CABA compartía con ellas un déficit menor. Pero ya desde los años prepandemia (2017-2019) la calidad de sueño se fue deteriorando y a un ritmo importante. En el último bienio (2022-2023), su déficit convergió con el de su vecino Conurbano Bonaerense, bastante por encima del encontrado en el Interior del país. También en el Conurbano Bonaerense hubo un progresivo deterioro en la calidad de

sueño, pero a un ritmo menor que en CABA. Entre las personas mayores, en el Área Metropolitana de Buenos Aires -tanto en CABA como en Conurbano Bonaerense- la pandemia desmejoró la calidad de sueño. Lo contrario ocurrió en el Interior -tanto en las áreas metropolitanas como en las ciudades medianas y pequeñas-.

En síntesis, el déficit en la calidad de sueño se potencia entre las personas mayores en hogares en condición de pobreza multidimensional extrema, en el nivel socioeconómico muy bajo, en hogares en condición de pobreza multidimensional, entre los que tuvieron menos oportunidades educativas, y entre los viudos, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los del nivel socioeconómico medio alto, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, en hogares sin pobreza multidimensional, y los que residen en ciudades medianas y pequeñas del Interior, en ese orden.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE ESTADO, ATENCIÓN Y HÁBITOS DE SALUD

Tabla DE 4.1

ESTADO, ATENCIÓN Y HÁBITOS DE SALUD

Déficit del estado de salud percibido

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	20,1	24,5	21,8	28,1
Estadístico encuestados de 60 años y más	22,9	26,5	24,7	30,9
Límite superior	25,2	28,6	27,7	33,9
Encuestados de 18 a 59 años	8,0	11,7	9,3	9,3
Total de encuestados de 18 años y más	11,4	15,1	12,8	14,4
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	13,6	16,4	13,9	20,1
Medio no profesional	20,7	20,7	17,0	25,0
Bajo integrado	23,9	28,4	29,2	30,9
Bajo marginal	27,1	37,5	30,3	40,3
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	14,7	15,1	15,4	20,6
Medio bajo	20,6	21,3	19,6	25,2
Bajo	26,9	28,5	22,9	33,2
Muy bajo	25,6	37,9	36,7	38,8
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	19,4	21,6	20,4	26,1
Dos carencias o más	26,2	34,9	31,6	39,4
Tres carencias o más	26,8	38,5	34,9	40,0
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	20,3	25,1	22,0	32,6
Conurbano Bonaerense	23,1	26,5	27,4	34,8
Otras Áreas Metropolitanas	24,8	28,4	22,4	24,2
Resto Urbano Interior	23,1	25,7	23,5	26,9
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	23,0	28,6	27,8	37,8
Hogares multipersonales puros	21,0	23,1	25,0	25,3
Hogares multipersonales mixtos	24,4	28,0	22,4	29,4
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	18,7	21,6	19,2	26,2
Sin secundario completo	25,4	31,0	30,0	35,0
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	22,3	26,1	22,3	29,1
75 años y más	24,5	27,5	30,4	35,0
SEXO				
Varón	22,1	25,4	24,4	25,5
Mujer	23,5	27,4	24,9	35,1
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	23,4	29,1	24,8	39,1
No viudo	22,7	25,5	24,6	27,5

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 4.2

ESTADO, ATENCIÓN Y HÁBITOS DE SALUD

Déficit de consulta médica

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	15,6	12,8	40,7	16,5
Estadístico encuestados de 60 años y más	17,5	14,5	44,3	18,6
Límite superior	19,4	16,4	47,5	20,9
Encuestados de 18 a 59 años	38,3	33,1	68,2	43,6
Total de encuestados de 18 años y más	33,5	28,8	62,8	37,7
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	12,8	12,3	30,3	14,4
Medio no profesional	17,1	11,5	44,7	20,5
Bajo integrado	17,2	16,5	44,1	16,0
Bajo marginal	20,4	15,7	53,3	22,5
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	10,8	12,0	35,8	16,0
Medio bajo	17,7	9,8	43,0	17,1
Bajo	17,0	19,7	48,5	14,6
Muy bajo	21,2	15,9	48,0	24,1
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	11,2	11,2	39,5	13,9
Dos carencias o más	25,5	18,5	57,2	26,0
Tres carencias o más	22,7	21,1	63,2	30,8
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6,6	8,9	26,2	8,4
Conurbano Bonaerense	21,2	16,7	52,3	21,2
Otras Áreas Metropolitanas	19,0	15,1	47,3	20,7
Resto Urbano Interior	18,0	13,6	39,4	18,9
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	16,0	9,7	41,7	13,3
Hogares multipersonales puros	14,6	14,0	39,5	16,8
Hogares multipersonales mixtos	19,0	18,2	49,6	23,9
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	12,0	12,1	38,8	15,7
Sin secundario completo	20,8	16,7	49,5	21,2
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	18,9	15,8	48,0	21,9
75 años y más	13,8	11,2	35,0	11,5
SEXO				
Varón	20,7	18,4	45,5	21,5
Mujer	15,2	11,5	43,3	16,4
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	17,2	11,9	41,9	12,5
No viudo	17,6	15,5	45,1	21,2

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 4.3

ESTADO, ATENCIÓN Y HÁBITOS DE SALUD

Malestar psicológico

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	23,4	17,7	19,7	22,0
Estadístico encuestados de 60 años y más	25,5	19,5	23,0	25,1
Límite superior	27,4	21,3	26,6	28,5
Encuestados de 18 a 59 años	21,7	20,9	21,9	26,4
Total de encuestados de 18 años y más	22,6	20,5	22,1	26,1
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	11,3	10,3	9,3	9,3
Medio no profesional	20,4	15,6	16,2	15,7
Bajo integrado	24,6	21,7	25,1	26,2
Bajo marginal	37,6	26,6	34,8	37,8
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	13,0	10,7	11,6	11,0
Medio bajo	18,1	16,0	17,9	21,0
Bajo	23,3	21,9	22,4	23,5
Muy bajo	37,0	27,1	35,6	37,2
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	17,7	13,0	15,1	16,7
Dos carencias o más	36,2	29,3	38,7	36,7
Tres carencias o más	40,2	33,9	44,9	42,5
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16,0	12,3	16,3	21,4
Conurbano Bonaerense	28,4	21,4	26,5	28,3
Otras Áreas Metropolitanas	26,1	22,2	23,7	20,4
Resto Urbano Interior	27,7	18,4	20,3	25,7
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	25,7	23,8	24,2	26,7
Hogares multipersonales puros	18,3	13,7	18,1	19,3
Hogares multipersonales mixtos	30,6	21,3	26,0	27,7
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	17,2	14,7	15,6	16,5
Sin secundario completo	30,5	23,8	30,2	32,5
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	25,7	20,6	22,9	25,3
75 años y más	24,9	16,6	23,1	24,7
SEXO				
Varón	20,2	16,5	19,1	21,2
Mujer	29,3	21,7	26,0	28,0
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	28,1	21,6	23,7	31,3
No viudo	24,4	18,6	22,7	22,5

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 4.4

ESTADO, ATENCIÓN Y HÁBITOS DE SALUD

Déficit en la práctica de ejercicio físico

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	69,5	68,7	73,7	67,6
Estadístico encuestados de 60 años y más	72,0	71,1	76,5	71,1
Límite superior	75,8	73,4	79,0	74,4
Encuestados de 18 a 59 años	65,4	60,3	62,6	60,1
Total de encuestados de 18 años y más	66,9	62,9	65,7	62,8
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	50,3	52,4	55,9	47,6
Medio no profesional	66,3	61,4	66,9	62,8
Bajo integrado	74,6	78,0	83,0	75,6
Bajo marginal	82,2	83,0	86,0	80,6
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	49,8	52,9	61,6	54,5
Medio bajo	67,5	66,4	69,8	65,1
Bajo	72,9	76,9	82,1	76,4
Muy bajo	85,2	84,5	87,7	80,9
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	60,1	63,0	72,1	64,1
Dos carencias o más	83,6	83,4	83,7	79,9
Tres carencias o más	87,1	86,3	89,4	82,1
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	45,7	50,4	62,9	62,4
Conurbano Bonaerense	80,9	77,8	80,5	70,5
Otras Áreas Metropolitanas	79,5	73,5	80,4	78,5
Resto Urbano Interior	68,0	72,6	76,1	72,3
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	68,8	68,0	76,0	64,7
Hogares multipersonales puros	66,1	70,9	75,7	72,9
Hogares multipersonales mixtos	78,6	73,4	77,4	74,8
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	58,1	59,5	68,0	60,0
Sin secundario completo	80,5	81,8	84,6	80,7
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	71,8	71,2	74,7	70,9
75 años y más	72,6	70,9	80,7	71,7
SEXO				
Varón	68,9	70,6	75,1	68,0
Mujer	74,3	71,5	77,5	73,5
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	74,7	73,9	79,6	72,1
No viudo	70,9	70,0	75,3	70,7

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 4.5

ESTADO, ATENCIÓN Y HÁBITOS DE SALUD

Déficit en la calidad de sueño

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	16,5	20,0	18,9	21,1
Estadístico encuestados de 60 años y más	17,4	21,9	21,7	24,1
Límite superior	19,3	23,8	24,8	27,3
Encuestados de 18 a 59 años	18,8	22,2	16,2	21,1
Total de encuestados de 18 años y más	18,5	22,1	17,4	21,8
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	14,1	15,0	11,6	19,1
Medio no profesional	14,8	19,4	20,7	20,0
Bajo integrado	16,2	23,3	21,3	22,5
Bajo marginal	23,1	27,1	30,2	32,0
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	13,0	16,6	14,8	19,5
Medio bajo	14,2	20,0	17,1	22,1
Bajo	15,5	22,9	18,6	23,6
Muy bajo	22,4	26,7	32,8	28,3
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	14,6	18,7	18,3	19,2
Dos carencias o más	21,6	26,2	27,0	32,5
Tres carencias o más	25,7	27,4	32,0	31,9
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	14,9	19,2	23,8	25,8
Conurbano Bonaerense	20,0	21,6	23,0	26,8
Otras Áreas Metropolitanas	16,1	23,4	21,8	21,0
Resto Urbano Interior	13,7	23,8	15,4	18,5
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	17,0	22,5	26,1	25,4
Hogares multipersonales puros	16,8	17,7	17,6	23,2
Hogares multipersonales mixtos	18,2	24,9	22,1	23,7
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	14,7	18,5	14,8	20,1
Sin secundario completo	19,0	25,0	28,4	27,5
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	17,7	21,4	21,4	23,3
75 años y más	16,5	23,0	22,5	25,9
SEXO				
Varón	15,1	21,2	18,2	23,0
Mujer	19,0	22,4	24,4	24,9
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	18,5	24,4	27,5	26,3
No viudo	16,9	20,9	19,6	23,2

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El estado de salud de las personas mayores: consideraciones sobre el bienestar subjetivo

A pesar del envejecimiento de la población, aún queda mucho por estudiar sobre las condiciones de vida de las personas mayores (Condeza et al., 2016). Para envejecer saludablemente, es importante contar con buena salud, aunque en ocasiones puede verse disminuida. Lo mismo ocurre con la salud mental: un alto bienestar contribuye a un envejecimiento adaptativo. Además, involucrarse en actividades sociales estimula y colabora en gran medida a sentirse bien en la vejez y promover la salud integral, física y mental (Pinazo-Hernandis, 2020).

En cuanto a la salud, se ha comprobado que la actividad física favorece el bienestar psicológico. Además, disminuye la ansiedad y el estrés, tiene beneficios a nivel cognitivo y habilita nuevos espacios sociales (Li et al., 2014). Hacer ejercicio físico regularmente reduce el riesgo de caídas y previene o retrasa la aparición de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento. Por su parte, el malestar psicológico (síntomas de ansiedad y depresión) impacta en el desempeño funcional en las distintas esferas de la vida (Owari et al., 2018; Valencia, 2019). En ocasiones, la sintomatología ansiosa y depresiva puede ser una consecuencia de la vulnerabilidad psicosocial, la cual se explica a partir de problemas económicos, familiares y de salud (García & Matud, 2017) y afecta la calidad de sueño (Lücke et al., 2022; Van Laethem et al., 2015).

La calidad de vida en la vejez se asocia a aspectos vinculares, como relacionarse con amigos, familiares,

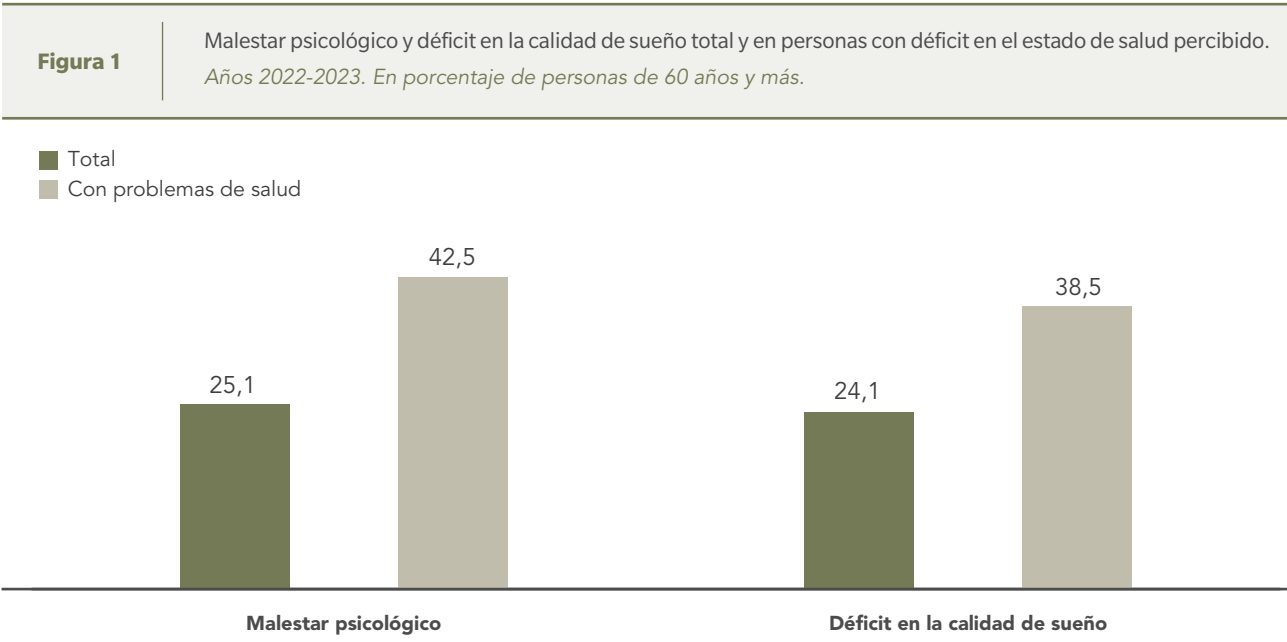
la comunidad y la sociedad en general (Forte et al., 2015). Estos vínculos pueden ser preexistentes como también iniciados en esta etapa vital (Almonacid-Fierro & Almonacid-Fierro, 2021). En particular, los beneficios del apoyo social incluyen un mejor estado de salud, bienestar emocional y participación social (Alfonso et al., 2016; Carmona Valdés, 2015; Castellano, 2014; Garza-Sánchez & González-Tovar, 2018). Por otra parte, el sentimiento de felicidad también es un indicador de bienestar subjetivo relacionado con las experiencias vividas (Bennet et al., 2015; Seguí Díaz, 2017). Contar con proyectos personales contribuye a la salud, calidad de vida y el bienestar, ya que construye al sentimiento de propósito vital que lo haga sentirse útil y realizado (Domínguez García & Garrido Pérez, 2024).

Retomando los valores del Anexo Estadístico del periodo 2022-2023 de este documento, se evidencia que el déficit del estado de salud es de 30,9%, el malestar psicológico es de 25,1% y para calidad de sueño 24,1%. Las carencias para las variables psicosociales son representadas por un 16,9% para sentimiento de infelicidad, un 24,5% de carencia en el apoyo social y un 26,4% para la falta de proyectos personales. El objetivo principal de este informe de investigación es describir cómo se presentan las condiciones de salud y aspectos psicosociales en personas mayores que declararon tener problemas de salud. Recordemos que al hablar de estado de salud, nos referimos a la percepción subjetiva de la

persona mayor, es decir, cómo considera que es su estado de salud. El déficit comprende a aquellos que respondieron tener bastantes problemas de salud, y/o enfermedades crónicas o graves.

En la primera Figura se presentan los resultados sobre el déficit de las llamadas “condiciones” de salud, compuestas por el malestar psicológico y la calidad de sueño. Entre las personas que declaran presentar déficit en su salud, el malestar psicológico alcanza a un 42,5%. En relación con la calidad de

sueño, un 38,5% de las personas mayores con déficit en la salud física reportan no tener un buen dormir. Resulta interesante comparar estos valores con los de la población total, ya expresados en el Anexo Estadístico. El malestar psicológico en las personas con déficit en el estado de salud, supera por 17,4 p.p. a la totalidad de las personas mayores. La mala calidad de sueño también es mayor en este grupo, superando a la muestra total en 14,4 p.p.¹.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En la Figura 2 se expresan resultados de los aspectos psicosociales, en la muestra total y en personas con problemas de salud. Los resultados sobre la carencia de apoyo social, es decir, el no contar con una red de amigos y familiares cercanos, muestran un 31,1% de déficit en las personas mayores. El sentimiento de infelicidad reportado es de 28,5%. Por último, un 38,2% reportan déficit sobre los proyectos personales. Ahora bien, hagamos una comparación con los valores de todas las personas mayores, independientemente de cómo autoperciban su salud. La falta de una red de amigos y familiares y el

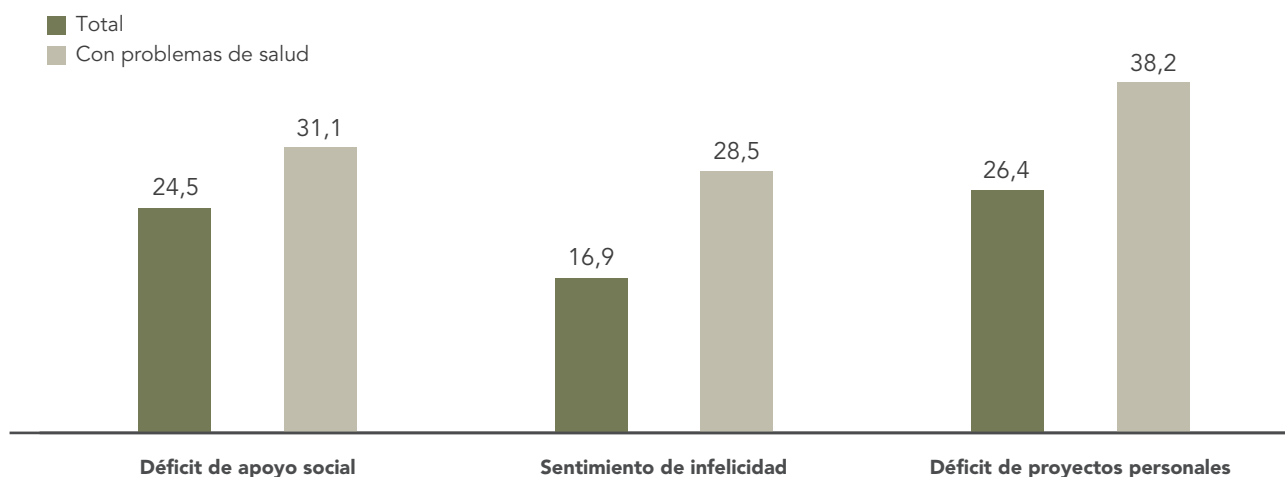
sentimiento de infelicidad es mayor en quienes tienen déficit en su salud, superando en 6,6 p.p. y 11,6 p.p. al total analizado. La falta de proyectos personales, por su parte, también predomina en este grupo (en 11 p.p. aproximadamente).

1. Nos parece importante aquí hacer mención a un análisis preliminar realizado sobre el déficit de ejercicio físico en personas mayores con problemas de salud. Los resultados sugerirían que la falta de ejercicio físico se presenta de manera similar tanto en personas con problemas de salud, como aquellos que declaran subjetivamente tener una buena salud. Estos valores oscilan alrededor del 70%.

Figura 2

Déficit de apoyo social, sentimiento de infelicidad y déficit de proyectos personales total y en personas con déficit en el estado de salud percibido.

Años 2022-2023. En porcentaje de personas de 60 años y más.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En resumen, el estado de salud es un pilar fundamental para un envejecimiento saludable y adaptativo. Esto sucede en interacción con comportamientos saludables y aspectos psicosociales, en particular con el bienestar, las redes sociales (Pinazo-Hernandis, 2020). y la capacidad de proyectarse a futuro. En personas mayores que han reportado presentar bastantes problemas de salud y/o enfermedades crónicas o graves, se observan mayores niveles de déficit o carencias en todas las variables analizadas. Esto es especialmente relevante, ya que el malestar psicológico influye diversas esferas de la vida de estas personas (Owari et al., 2018; Valencia, 2019). Sin embargo, la mayor brecha al comparar las tendencias con la población total se presenta en el malestar psicológico y en la calidad de sueño. En cuanto a las variables psicosociales, el apoyo social y los proyectos personales se destacan por sus altos puntajes con relación al sentimiento de felicidad. El apoyo social no solo mejora el estado de salud, sino también el bienestar emocional y la participación social (Glidden et al., 2019). Los proyectos personales contribuyen a una mejor calidad de vida, felicidad, salud y bienestar (Domínguez García & Garrido Pérez, 2024). Los resultados de este breve estudio

demuestran que el estado de salud impacta en diversas dimensiones del envejecimiento saludable, y que puede repercutir en la salud física, mental y el despliegue psicosocial de las personas mayores.

Referencias bibliográficas

- Alfonso, L., Soto, D., & Santos, A. (2016).** Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2016/rcm1611.pdf>
- Almonacid-Fierro, A. A., & Almonacid Fierro, M. A. (2021).** Percepción de adultos mayores chilenos en relación a la salud y el ejercicio físico en pandemia Covid-19 (Perception of Chilean older adults in relation to health and physical exercise in pandemic Covid-19). *Retos*, 42, 947–957. <https://doi.org/10.47197/retos.v42i0.89678>

- Bennett, P. N., Weinberg, M. K., Bridgman, T., & Cummins, R. A. (2015).** The happiness and subjective well-being of people on haemodialysis. *Journal of renal care*, 41(3), 156-161. <https://doi.org/10.1111/jorc.12116>
- Carmona Valdés, S. E. (2015).** La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 3(8), 393-401. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457644946010>
- Castellano, C. (2014).** La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56032544004>
- Condeza, A. R., Bastías, G., Valdivia, G., Cheix, C., Barrios, X., Rojas, R., ... & Fernández, F. (2016).** Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. *Cuadernos. info*, (38), 85-104. <http://dx.doi.org/10.7764/cdi.38.964>
- Domínguez García, L., & Garrido Pérez, R. del C. (2024).** Sistematización teórico-metodológica del estudio de los proyectos futuros en personas mayores. *Revista Cubana de Psicología*, 6(9). <https://revistas.uh.cu/psicocuba/article/view/8728>
- Forte, R., Boreham, C. A., De Vito, G., & Pesce, C. (2015).** Health and quality of life perception in older adults: the joint role of cognitive efficiency and functional mobility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11328-11344. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911328>
- García, M., & Matud, M. (2017).** Diferencias de género en el estrés y la salud de las personas mayores. *Dilemata*, 26, 157-168. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000184/550>
- Garza-Sánchez, R., & González-Tovar, J. (2018).** El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. *Interacciones*, 4(3), 191-198. <https://www.revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/65>
- Li, C.I., Lin, C.H., Lin, W.Y., Liu, C. S., Chang, C.K., Meng, N. H., & Lin, C.C. (2014).** Successful aging defined by health related quality of life and its determinants in community dwelling elders. *BMC Public Health*, 14(1), 1013. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1013>
- Lücke, A.J., Wrzus, C., Gerstorf, D., Kunzmann, U., Kat-zorreck, M., Kolodziejczak, K., ... Schilling, O.K. (2022).** Good night–good day? Bidirectional links of daily sleep quality with negative affect and stress reactivity in old age. *Psychology and Aging*, 37(8), 876–890 <https://doi.org/10.1037/pag0000704>
- Owari, Y., Miyatake, N., & Kataoka, H. (2018).** Relationship between social participation, physical activity and psycho-logical distress in apparently healthy elderly people: A pilot study. *Acta Medica Okayama*, 72(1), 31-37. <https://doi.org/10.18926/AMO/55660>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020).** Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Seguí Díaz, M. (2017).** ¿Influye la felicidad en la mortalidad? *Semergen: revista española de medicina de familia*, (3), 232-233. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.007>
- Valencia, P. (2019).** Las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): ¿miden algo más que un factor general? *Avances en Psicología*, 27(2), 177-189. <https://doi.org/https://doi.org/10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1796>
- Van Laethem, M., Beckers, D.G.J., Kompier, M.A.J., Keck-lund, G., van den Bossche, S.N.J., & Geurts, S.A.E. (2015).** Bidirectional relations between work-related stress, sleep quality and perseverative cognition. *Journal of psychosomatic research*, 79(5), 391-398. <https://doi.org/10.1016/j.jpsy-chores.2015.08.011>

TABLA DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
CAPACIDADES PSICOSOCIALES		
Sentimiento de infelicidad	Mide la percepción negativa del estado de ánimo que produce en la persona una sensación de insatisfacción y tristeza.	Porcentaje de personas que aseguran sentirse poco o nada felices en su vida.
Déficit de apoyo social estructural	Indaga sobre la cantidad de amigos y familiares cercanos de la persona y con los que se siente a gusto y puede hablar de todo.	Porcentaje de personas que declaran tener una red social de amigos y familiares reducida o nula.
Sentirse solo	Percepción de soledad, de sentir que no se tiene a nadie a quien acudir.	Porcentaje de personas que dijo sentirse solo "todo el tiempo" o "muchas veces".
Déficit de proyectos personales	Mide la percepción de incompetencia para proponerse metas y objetivos en función de su bienestar personal.	Porcentaje de personas que indicaron no tener proyectos personales en su vida.

5.1 El déficit de proyectos personales

El sentido vital se define “como el conocimiento de un orden que otorga coherencia y propósito a la propia existencia, persiguiendo objetivos y metas, que brinden una sensación de valor o utilidad personal y promuevan una mayor satisfacción vital y autoestima” (Iacub, 2012: 97). La importancia de

formular proyectos radica en que, a través de estos, las personas mayores dan cuenta de su sentido vital, de sus deseos, expectativas y aspiraciones. Por tanto, la medición del déficit de proyectos personales en las personas mayores intenta reflejar la percepción de incompetencia para proponerse metas y objetivos en procura de su bienestar personal (ODSA, 2014).

En la EDSA, dentro de un conjunto amplio y variado de preguntas que expresan opiniones ante la vida, se incluye una que dice “Usted, ¿puede pensar proyectos más allá del día a día?”. Las categorías de respuesta son dos: “sí” o “no”. El indicador de déficit de proyectos es la respuesta “no”.

En los últimos diez años, al menos una de cada cinco personas mayores respondió que no puede pensar proyectos más allá del día a día, incidencia bastante más alta que la encontrada entre los sub 60. Estamos ante una especificidad de las personas mayores. En clave de pandemia, puede señalarse que no aumentó durante la pandemia (2020-2021) pero sí tuvo un aumento importante a la salida de la pandemia, durante el bienio siguiente (2022-2023). Es una de las herencias de la pandemia. Los sub 60 reaccionaron distinto frente a la pandemia: a la salida de la pandemia y durante el bienio siguiente (2022-2023), su dificultad para formular proyectos disminuyó. Por decirlo así, la experiencia de la pandemia energizó a los sub 60 mientras ocurría lo contrario con los mayores. Entre estos, la energía necesaria para enfrentar la pandemia y la evidencia que los proyectos personales contruidos con tanto esfuerzo pueden derrumbarse de modo imprevisto, debilitaron los procesos necesarios para organizarse alrededor de proyectos personales.

Esta tendencia a aumentar con la edad también se ve entre los dos grupos de edad dentro de las personas mayores, aunque con menor intensidad: es entre los de 75 años y más donde el déficit es aún mayor. El contraste es más importante a un lado y otro de los 60 años -entre los que son personas mayores y los aún no lo son- que a un lado y otro de los 75 años. En clave de pandemia, ambos grupos de edad dentro de las personas mayores coinciden en no haber aumentado su déficit durante la pandemia. Pero difieren en la postpandemia (2022-2023): entre los del grupo más envejecido el déficit aumentó en forma muy significativa.

También hay alguna mayor tendencia a este déficit entre las mujeres mayores respecto de los varones mayores, aunque las diferencias son menores a la recién mencionada entre los de más y menos 75 años. Esta brecha -menor- entre mujeres y varones mayores se amplía durante la pandemia (2020-2021) porque en ese bienio, el déficit entre las mujeres aumenta mientras el de los varones disminuye. Uno de los recursos de los varones para enfrentar la pandemia

fue pensar proyectos. Y a la salida de la pandemia (2022-2023) ambos grupos muestran un aumento del déficit, abrupto en el caso de los varones.

También hay evidencia que los viudos son más vulnerables respecto de este indicador. Les cuesta bastante más formular proyectos personales. Especialmente después de la experiencia de la pandemia (2022-2023), cuando el déficit tuvo un salto abrupto. No puede dejar de mencionarse que es probable que su viudez haya coincidido con la pandemia.

Dentro de las personas mayores, a la lista de factores que potencian este déficit, como la condición de 75 años o más y la condición de viudez, hay que sumarle el menor nivel educativo (sin secundario completo). La dificultad para formular proyectos personales es mucho menor entre los que tuvieron mayores oportunidades educativas. Su mayor educación va acompañada de más y variados recursos para formular sus proyectos personales. El déficit aumenta cuando esos recursos no están o son menos. Los de mayor nivel educativo tuvieron un aumento importante del déficit después de la pandemia (2022-2023). Pero al igual que los con menor nivel educativo, no aumentaron su déficit durante la pandemia (2020-2021). No es que los mayores con mayor nivel educativo estén exentos, pero su mayor educación opera casi como un seguro contra el déficit de proyectos. Esta es una carencia más propia de los que tuvieron menos oportunidades educativas.

Las desigualdades sociales y su peso también sobre este indicador se expresan con mucha mayor claridad cuando se ven los resultados según nivel socioeconómico. Es muy claro que, a menor nivel socioeconómico, este déficit aumenta. La dificultad para formular proyectos personales entre las personas mayores del nivel muy bajo triplica la encontrada entre los del nivel medio alto. No es que en el nivel medio alto estén exentos, pero la pertenencia a ese nivel opera como un seguro frente a este déficit. Como ocurre en casi todos los indicadores, esta es una carencia más propia de los niveles bajos (bajo y muy bajo). También hay que decir que aún en el nivel muy bajo, son mayoría los que tienen proyectos personales. En contexto de pandemia, puede decirse que en los niveles medios (medio alto y medio bajo) este déficit no aumentó durante la pandemia. Dentro de los niveles bajos (bajo y muy bajo) hubo dos reacciones diferentes: mientras entre los del nivel muy bajo el déficit se acentuó -su dificultad para

formular proyectos-, en el bajo el déficit disminuyó significativamente. A la salida de la pandemia (bienio 2022-2023) también hay una diferencia: mientras en los niveles medio alto, medio bajo y bajo, el déficit aumentaba en forma importante, en el muy bajo permanecía constante.

El enfoque de la pobreza multidimensional permite ver que entre las personas mayores en hogares sin carencias -de las incluidas en el índice- el déficit de proyectos personales es bastante menor. Cuando se trata de hogares con 2 o más carencias (pobreza multidimensional), el déficit aumenta significativamente. En cambio, si se trata de hogares con 3 o más carencias (pobreza multidimensional extrema), no siempre aumenta la dificultad para formular proyectos personales. Claramente sí lo hizo durante la pandemia (2020-2021). La experiencia de la pandemia tuvo reacciones diversas en el bienio siguiente (2022-2023): mientras que entre los hogares sin condición de pobreza el déficit aumentó a niveles nunca alcanzados antes, entre los hogares en condición de pobreza el déficit regresó a los niveles prepandemia.

En cuanto a tipo de hogar, es claro que cuando se vive solo hay más dificultades para formular proyectos personales, el déficit es mayor. En cambio, cuando se vive acompañado -no importa con quienes- estas dificultades no desaparecen, pero disminuyen. Especialmente si se trata de un hogar multipersonal puro. El convivir con el compañero o la compañera -sin otros- facilita la formulación de proyectos personales. Pero también hay que decir que aún entre los que viven solos, son mayoría los que tienen proyectos personales. En el periodo de la pandemia (2020-2021) los mayores que viven solos no aumentaron su déficit, más bien lo disminuyeron. En cambio, hubo un aumento entre los que conviven con otro mayor. Por su lado, entre los que conviven con sub 60 el grado de dificultad para formular proyectos personales se mantuvo, con cierta tendencia a la baja. También hay diferencias según tipos de hogar a la salida de la pandemia (2022-2023). Hubo un muy importante aumento del déficit entre los que viven solos y un aumento también importante pero relativamente menor, entre los que conviven con otro mayor. En cambio, entre los que conviven con sub 60 el déficit se mantuvo en los niveles que tenía. Respecto de este indicador, la pandemia tuvo más impacto en los mayores en hogares solo de mayores -unipersonales o multipersonales puros- que en los mayores en

hogares donde los mayores conviven con generaciones más jóvenes -multipersonales mixtos-.

Entre las personas mayores de CABA hay menos déficit de proyectos. En todo el resto del país hay más dificultades para su formulación. Del resto del país, que es bastante homogéneo respecto de este indicador, son las ciudades medianas y pequeñas del Interior las que están algo mejor en este aspecto. En el bienio más reciente (2022-2023) las personas mayores de CABA alcanzaron niveles de déficit nunca vistos anteriormente. Pero en su medida, esto ocurrió en todo el resto del país, tanto en las grandes ciudades como en las medianas y pequeñas.

En síntesis, en estos diez últimos años (2013-2023), el déficit de proyectos en las personas mayores se potencia con la condición de pobreza multidimensional extrema (3 o más carencias), el nivel socioeconómico muy bajo, la condición de pobreza multidimensional (2 o más carencias), la viudez y la edad de 75 años o más, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los del nivel socioeconómico medio alto, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, los del nivel socioeconómico medio bajo, los de hogares sin carencias (según el enfoque de la pobreza multidimensional) y los que residen en CABA, en ese orden.

5.2 El sentimiento de infelicidad

La Asamblea General de las Naciones Unidas menciona que la búsqueda de la felicidad constituye un objetivo humano fundamental. En este sentido, reconoce en su resolución 66/281 “la pertinencia de la felicidad y del bienestar como objetivos y aspiraciones universales en la vida de los seres humanos de todo el mundo y la importancia que se reconozcan en los objetivos de las políticas públicas”. También reconoce la necesidad de que se aplique a las nociones de crecimiento económico “un enfoque más inclusivo, equitativo y equilibrado, que promueve el desarrollo sostenible, la erradicación de la pobreza, la felicidad y el bienestar de todos los pueblos” (ONU, 2012, citado en ODSA, 2015).

En los estudios del ODSA, la sensación de insatisfacción y tristeza en la vida se analiza a través de la dimensión denominada “sentimiento de infelicidad”. En la EDSA se incluye una pregunta en forma de escala que incluye cuatro categorías: “se

considera muy feliz”, “feliz”, “poco feliz” o “nada feliz”. Con el objetivo de construir el indicador de déficit para este análisis y tal como se viene haciendo en los estudios anteriores para el total de la población, se han agrupado las dos últimas categorías (“poco feliz” y “nada feliz”).

En los últimos diez años (2013-2023), entre una y dos de cada diez personas mayores expresan sentimientos de infelicidad. La intensidad luce baja, pero luce distinto y más preocupante cuando permite estimar que en la Argentina, alrededor de 1,2 millón de personas mayores se sienten infelices. Esto equivale a la población total de la provincia de Corrientes. Pero la preocupación por estos resultados crece cuando vemos que viene en aumento. En comparación con los sub 60, se ve que entre los mayores la incidencia es mayor, lo que sugiere que estamos frente a una carencia más específica de las personas mayores. También entre los sub 60 viene en aumento e incluso a un ritmo mayor que entre las personas mayores.

Es bien interesante ver que el sentirse poco o nada feliz disminuye algo entre los de edad más avanzada -75 años y más-. La diferencia es pequeña, pero permite decir que la infelicidad no aumenta con la edad avanzada.

Las mujeres mayores están algo más expuestas a sentirse poco o nada felices que los varones mayores. Durante la pandemia (2020-2021) unos y otros tuvieron reacciones diversas: mientras las mujeres mayores aumentaban su sentimiento de infelicidad, entre los varones mayores ocurría lo contrario. Y a la salida de la pandemia (bienio 2022-2023) también tuvieron reacciones diversas: mientras entre las mujeres disminuía la infelicidad en comparación con la pandemia, entre los varones se registraba un salto abrupto.

La condición de viudez pesa especialmente: entre los viudos, el sentimiento de infelicidad aumenta en forma significativa. Su incidencia no aumentó durante la pandemia (2020-2021) ni a la salida de la pandemia (2022-2023) y se mantuvo estable.

Respecto de este indicador de bienestar subjetivo, las diferencias según nivel educativo son más importantes que las señaladas hasta ahora. Las diferencias son abismales: el sentimiento de infelicidad casi se duplica entre los que tuvieron menos oportunidades educativas. El menor nivel educativo potencia este tipo de déficit. Entre las personas mayores,

frente a la infelicidad, el menor nivel educativo es un claro factor de riesgo. También es importante advertir que es entre los de menor nivel educativo donde la incidencia viene aumentando. Por el contrario, un mayor nivel educativo se constituye como un escudo contra la infelicidad.

Lo mismo, pero aún más claramente ocurre con el nivel socioeconómico: a medida que disminuye el nivel aumenta el peso de los que se sienten poco o nada felices. Respecto del nivel muy bajo -el nivel con la mayor incidencia de infelicidad- las personas mayores del nivel medio alto tienen más de la mitad de probabilidad de estar afectados por este déficit. Es interesante señalar que justamente en el nivel con menor incidencia de infelicidad -el medio alto- es donde viene aumentando en estos últimos años (2013-2023). Frente a la pandemia (2020-2021), los dos niveles extremos -el medio alto y el muy bajo- compartieron un aumento de la infelicidad. En cambio, los dos niveles del medio -el medio bajo y el bajo- compartieron una disminución. En este indicador de bienestar subjetivo, la brecha entre los del nivel bajo y los del muy bajo es muy amplia. Los del nivel muy bajo fueron los únicos que después de la pandemia (2022-2023) disminuyeron su infelicidad.

El enfoque de la pobreza multidimensional permite ver que las personas mayores en hogares sin carencias (de las incluidas en el índice) son las que tienen menos sentimiento de infelicidad. También hay que señalar que este es el perfil de mayores cuya incidencia viene en aumento durante estos últimos diez años (2013-2023). Cuando se trata de hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional) este indicador aumenta en forma importante. Y si se considera a los mayores en hogares de tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema), la incidencia alcanza un nuevo salto. Así que la pobreza pesa mucho sobre el sentimiento de infelicidad y cuanto más pobre se es (pobreza extrema), más infelicidad. Frente a la pandemia (2020-2021), en los hogares con carencias hubo un aumento grande. Y fue enorme si se trata de un hogar en condición de pobreza extrema. En la postpandemia (2022-2023) estos hogares con carencias disminuyeron su infelicidad, especialmente si se trata de hogares en condición de pobreza extrema.

En cuanto al tipo de hogar es claro que vivir acompañado hace menos frecuente sentirse poco o nada feliz porque la máxima incidencia se encuentra

entre los que viven solos. Dos comentarios sobre los hogares unipersonales. Uno, que durante la pandemia no aumentaron su infelicidad: antes, durante o después de la pandemia, la incidencia se mantuvo constante. Dos, que aunque es claro que este arreglo residencial potencia la infelicidad, la mayoría de los que viven solos no tienen este sentimiento de infelicidad. El tipo de hogar donde es menos frecuente -mucho menos frecuente- la infelicidad es el constituido por personas mayores exclusivamente. Siempre -en cuanto a la infelicidad- es mejor vivir acompañado que solo, pero también hay una diferencia importante entre los que conviven exclusivamente con también mayores y los que conviven con sub 60. Estos últimos no están tan bien como los hogares exclusivamente de mayores, pero tampoco tan mal como los que viven solos. Pero el contraste más fuerte es entre los hogares multipersonales puros -es decir exclusivamente de mayores- y los unipersonales. Si se asume que la viudez es un evento casi inevitable en los hogares multipersonales puros, se comprende mejor la mucho mayor incidencia de la infelicidad entre quienes viven solos y donde muy probablemente haya más viudas que viudos.

Hay dos contextos urbanos donde es menos frecuente el sentimiento de infelicidad: CABA y el denominado Resto Urbano Interior (las ciudades medianas y pequeñas del Interior). Fuera de CABA, en los aglomerados más grandes -Conurbano Bonaerense, Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Mendoza y San Miguel de Tucumán-Tafí Viejo- aumenta esta carencia.

En síntesis, el sentirse poco o nada feliz se potencia entre los mayores en hogares en condición de pobreza multidimensional extrema (3 o más carencias), en hogares en condición de pobreza multidimensional (2 o más carencias), del nivel socioeconómico muy bajo, y los que viven solos, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los del nivel socioeconómico medio alto, en hogares sin carencias básicas -sin pobreza multidimensional-, que conviven exclusivamente con otra persona también mayor, los que tuvieron más oportunidades educativas, y los del nivel medio bajo.

5.3 Sentirse solo

Sentirse solo -el sentimiento de soledad- no es lo mismo que estar solo. Rodríguez Espínola (ODSA, 2014) explica bien esto cuando dice que la persona (no se refiere solamente a las personas mayores) puede sentir soledad, aunque esté rodeada de semejantes que le brindan afecto. Pero aun así, la persona se siente sola. No se trata de una *soledad social*, sino de *soledad emocional*. Nuestra autora de referencia, siguiendo a otros autores, señala que se trata de una experiencia mucho más compleja, que tiene su origen en cómo el individuo percibe la calidad de sus relaciones (ODSA, 2015).

Vale avisar que, a diferencia de los otros indicadores incluidos en este documento, tanto sobre bienestar subjetivo como del resto de las esferas, no hay información para todos los años del periodo bajo análisis (2013-2023). No hubo relevamiento sobre el sentimiento de soledad en 2018, 2020 y 2023¹¹. O sea que de los once años que abarca el periodo, hay información sobre ocho, lo que no invalida la utilización de la existente para dar cuenta de lo ocurrido en el periodo. Además, los resultados aquí presentados y la tabla correspondiente son consistentes con los estudios anteriores sobre este mismo aspecto¹². La importancia de este indicador para dar cuenta de lo ocurrido con el bienestar subjetivo en el periodo bajo análisis justifica esta única excepción.

La incidencia de esta carencia entre las personas mayores, que parecía estar disminuyendo en la prepandemia, sufrió un salto enorme durante la pandemia, para disminuir después a los niveles de la prepandemia. El impacto de la pandemia sobre el sentimiento de soledad fue muy fuerte. Es muy interesante ver que entre los sub 60 la incidencia es semejante y que también durante la pandemia sufrió

11. Como en todas las encuestas denominadas "ómnibus", en la EDSA no todas las preguntas se relevan anualmente, aunque sí la mayoría de ellas. El tamaño del formulario de relevamiento y la cantidad y variedad de variables a ser medidas hacen aconsejable esta modalidad de no medir anualmente todas y cada una de las variables.

12. A modo de advertencia, se sugiere tener en cuenta que cuando en este apartado se habla de "pandemia" se utiliza la información solo de 2021 -falta la de 2020- y cuando se habla de "postpandemia" o "a la salida de la pandemia" se utiliza la información solo de 2022 -falta la de 2023-.

un salto enorme. Durante la pandemia, unos y otros, un tercio de los mayores y también un tercio de los sub 60, se sintió solo.

Dentro de las personas mayores, la incidencia es algo mayor entre los de 75 años y más. Hay diferencia con los mayores de menos edad pero no es sustancial. Ambos grupos de edad reaccionaron ante la pandemia aumentando fuertemente su sentimiento de soledad, pero hay indicios que entre los de 60 a 74 años el salto fue aún más abrupto. Según la medición de 2022, a la salida de la pandemia, la brecha entre ambos grupos de edad aumentó.

La brecha de género es más importante que la de grupos de edad. Entre las mujeres mayores es más frecuente el sentirse sola que entre los varones mayores. Si bien ambos reaccionaron de la misma manera frente a la pandemia -aumentando muchísimo su sentimiento de soledad- este aumento fue mayor entre las mujeres. En términos de sentimiento de soledad, el impacto de la pandemia fue algo mayor entre mujeres que entre varones.

La condición de viudez tiene más peso que el género/sexo o el grupo de edad. Entre los viudos -cuya mayoría son viudas- el sentirse solo es más frecuente, más frecuente que entre las mujeres mayores en general y que los de 75 años y más. Aunque frente a la pandemia también tuvieron un salto enorme, este fue bastante menor que el que hicieron los no viudos. Siempre en términos de sentimiento de soledad, el impacto de la pandemia fue menor entre los viudos, si se los compara con otras situaciones conyugales. Esto no impide que durante la pandemia cuatro de cada diez viudos se sintieron solos, el doble que en años sin pandemia.

El nivel educativo tiene mucho peso sobre esta carencia del bienestar subjetivo. La mayor incidencia se encuentra entre quienes tuvieron menos oportunidades educativas, lo que introduce al peso enorme de las desigualdades sociales, que se tratará a continuación. La incidencia disminuye mucho cuando se trata de los que tuvieron mayores oportunidades educativas. Mucho menor que la encontrada entre los de 60 a 74 años, los varones mayores, los no viudos y también entre los sub 60.

El sentimiento de soledad aumenta a medida que desciende el nivel socioeconómico: es más escaso en el nivel medio alto y mucho más frecuente en el nivel muy bajo. La pandemia (2021) tuvo un efecto igualador: creció abruptamente para todos los

niveles, pero las diferencias entre ellos se achicaron y tendieron a la convergencia. Ningún nivel escapó al gran aumento del sentimiento de soledad. Pero es en el nivel medio alto donde se pagó más la pandemia en cuanto a sentimiento de soledad. En cambio, el costo para los del nivel muy bajo fue menor. Es muy interesante señalar y hasta donde lo permite esta información no periódica -sin información sobre 2020 (pandemia) y 2023 (postpandemia)-, que a la salida de la pandemia (2022) la incidencia disminuye abruptamente, no solo de los registros de la pandemia sino también de los registros prepandemia (2017 y 2019). Esto vale para los tres niveles superiores -medio alto, medio bajo y bajo-. En cambio, en el nivel muy bajo -donde la incidencia es mayor- la salida de la pandemia implica un sentimiento de soledad que supera todos los registros anteriores. Según el último registro (2022), en los tres primeros niveles nunca hubo tan poco sentimiento de soledad mientras que en el nivel muy bajo nunca hubo tanto sentimiento de soledad. La deseable medición anual de este importante indicador de bienestar subjetivo permitiría seguir de cerca su evolución más reciente.

Entre las personas mayores en hogares sin pobreza multidimensional la incidencia del sentimiento de soledad es menos frecuente. Tiene un salto importante cuando se trata de mayores en hogares con dos o más carencias, es decir en condición de pobreza. Y aumenta más si se trata de la pobreza multidimensional extrema (tres o más carencias). Todos, con o sin pobreza, reaccionaron ante la pandemia (2021) con un aumento súbito del sentimiento de soledad, que alcanzó registros nunca vistos antes. Pero nuevamente el efecto igualador de la pandemia hizo que la incidencia en unos y otros tendiera a la convergencia. Esta convergencia implicó que el costo en términos de sentimiento de soledad fuera mayor para los mayores sin pobreza, que es donde el aumento fue más significativo. La diferencia entre hogares con pobreza y con pobreza extrema desapareció y de estos con los hogares sin pobreza disminuyó notablemente. Pero a la salida de la pandemia (2022) las diferencias regresaron, pero aún más acentuadas: nunca hubo tan poco sentimiento de soledad entre los hogares sin pobreza y nunca hubo tanto sentimiento de soledad entre los hogares con pobreza extrema.

Todos los documentos anteriores dan evidencia que es entre los que viven solos donde es más

frecuente el sentimiento de soledad -aunque a la mayoría de los que viven solos no les alcanza- y que la mayor protección se encuentra en los hogares donde conviven exclusivamente personas mayores. Estos nuevos resultados ratifican el peso importante del tipo de hogar en este indicador del bienestar subjetivo. La gran diferencia es entre los que viven solos y los que viven acompañados. Con quien o quienes lo hacen -sin o con sub 60- pesa mucho menos. En todos los tipos de hogares se reaccionó frente a la pandemia con un salto en el sentimiento de soledad. Si bien las diferencias entre ellos disminuyeron -efecto igualador de la pandemia- hubo una nueva brecha: por un lado y con mayor incidencia, los que viven solos y los que conviven con sub 60 (hogares multipersonales mixtos); por el otro y con menor incidencia, los que conviven exclusivamente con otro también mayor (hogares multipersonales puros). Si bien a los tres tipos la pandemia les implicó un ajuste en su sentimiento de soledad -un salto hacia arriba- son los que conviven exclusivamente con otro también mayor donde se hizo el mayor esfuerzo y donde penetró más el sentimiento de soledad. Los otros dos tipos se defendieron mejor, especialmente los que viven solos y con toda una historia de sentimiento de soledad.

El contexto urbano tiene que ver con el sentimiento de soledad. Es menos frecuente en CABA -como en otros indicadores de bienestar subjetivo- y también en las ciudades medianas y pequeñas del Interior. Por el contrario, su incidencia es mayor en el Conurbano Bonaerense. Frente a la pandemia, en todos los contextos urbanos hubo un incremento marcado del sentirse solo. El costo fue mucho mayor en CABA, donde la incidencia fue siempre menor. En cambio, en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, si bien hubo un incremento, el salto fue menor que en los otros tres contextos urbanos. A la salida de la pandemia (2022), la incidencia disminuye mucho en todos los contextos urbanos, pero mientras en el Área Metropolitana de Buenos Aires -tanto en CABA como en el Conurbano Bonaerense- se regresa a las incidencias prepandemia, en el Interior -tanto en las áreas metropolitanas como en las ciudades medianas y pequeñas- se registran incidencias nunca vistas y por debajo de los registros prepandemia.

En síntesis, el sentirse solo se potencia en las personas mayores en hogares con pobreza extrema, que viven solos, en hogares con pobreza (2 o más

carencias básicas), y entre los viudos, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los de nivel socioeconómico medio alto, en CABA, que viven acompañados exclusivamente con una persona también mayor, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, y quienes viven en ciudades medianas y pequeñas del Interior, en ese orden.

La cuestión de la soledad, no solo de las personas mayores, viene recibiendo cada vez mayor atención en todo el mundo. En este marco, la Fundación Navarro Viola llevó adelante recientemente un estudio cualitativo que, aunque previsto antes de la pandemia, su trabajo de campo se llevó adelante durante la pandemia. Sus resultados fueron publicados (Fundación Navarro Viola, 2021). Son en primera persona porque el estudio buscó registrar la voz y las vivencias de las propias personas mayores, y presentar los resultados con sus propias palabras.

5.4 El déficit de apoyo social estructural

Desde hace varios años, el Equipo de Capital Humano del ODSA que coordina S. Rodríguez Espínola, viene dando cuenta de la evolución de varios indicadores de las condiciones psicosociales de la población de 18 años y más y que por definición incluye también a las personas mayores.

En uno de sus numerosos informes de investigación (ODSA, 2022) y a propósito de las personas mayores, Rodríguez Espínola y Garofalo dicen que “las relaciones y vínculos afectivos constituyen un caudal de soportes que favorecen a las personas a alcanzar el bienestar. Sin embargo, las relaciones cambian en el proceso de envejecimiento por disminuir las relaciones sociales ya sea por la jubilación, la viudez, la independencia de los hijos, las dificultades en la movilidad o las pérdidas de amigos y familiares entre otras. Si bien se sabe que las personas mayores que compensan las pérdidas y mantienen la actividad social ostentan mejor bienestar, es interesante remarcar que en esta población la selección de relaciones es significativamente alta y sustentada en aquellos vínculos que brindan satisfacción emocional”.

En esta visión se inscribe la importancia del apoyo social estructural, que implica tener amigos y/o familiares con los que pueda sentirse a gusto y hablar con ellos “de todo” -aquello de amigos que son como su familia y de familiares que son como amigos-, que

por ejemplo se expresa como “mi prima que es mi mejor amiga”.

En Pantusa y Arias (2017), también citado por Rodríguez Espínola y Garofalo, hay todo un desarrollo muy documentado de estas redes de vínculos de apoyo y que pueden variar según su tamaño, si se trata de vínculos extremadamente íntimos o no tanto, su nivel de funcionalidad y su nivel de multidimensionalidad.

En el marco de las investigaciones del ODSA, se entiende por déficit de apoyo social estructural el tener una red social de amigos y familiares reducida o nula, medida a través de la cantidad de amigos y familiares cercanos a la persona -sea mayor o no- y con los que se siente a gusto y puede hablar de todo.

Durante los últimos diez años, una de cada cuatro personas mayores tiene una red social de amigos y familiares escasa. Se trata de un indicador de bienestar subjetivo que se modificó mucho durante la pandemia (2020-2021): su escasez disminuyó. A la salida de la pandemia (2022-2023) retomó sus registros prepandemia. Se trata de un déficit que es bastante más frecuente entre las personas mayores, una especificidad de la mayor edad. También entre los sub 60 tuvo una disminución importante durante la pandemia. Su menor escasez durante la pandemia no es solamente de las personas mayores.

Dentro de los mayores, este déficit es más frecuente entre los de 75 años y más: son ellos los que sienten más la escasez de una red social cercana. Es este grupo etario el que más abruptamente disminuye su déficit durante la pandemia -a un tercio-. Pero después de la pandemia (2022-2023) lo cuadruplica. También entre los de 60 a 74 años hay un reacomodamiento durante la pandemia -el déficit disminuye a la mitad- pero desde ese piso aumenta después de la pandemia -se duplica- pero en forma menos abrupta que los de edades más avanzadas.

Una mirada estilizada de todo el periodo permite decir que no hay brechas de género: tanto las mujeres como los varones mayores comparten este déficit en sus relaciones sociales cercanas. Y ambos reaccionan igual durante la pandemia: la sensación de escasez disminuye fuertemente. Y regresa a la salida de la pandemia (2022-2023). Este regreso es más fuerte entre las mujeres mayores porque son ellas las que durante la pandemia hicieron su mayor ajuste -su déficit nunca fue más bajo (una de cada diez)- que durante la pandemia.

Esta mayor sensación de escasez es más frecuente entre los viudos. También entre ellos la incidencia del déficit disminuyó a la mitad durante la pandemia (2020-2021) para resurgir con fuerza después de la pandemia (2022-2023).

Respecto a este indicador de bienestar subjetivo, el nivel educativo tiene mayor peso que los otros factores hasta aquí presentados -grupo de edad, sexo y situación conyugal-. El déficit disminuye notablemente cuando se trata de los que tuvieron mayores oportunidades educativas. Y aumenta notablemente en el resto y que son la mayoría. La sensación de escasez en sus relaciones sociales cercanas entre los de mayor nivel educativo es incluso más baja entre los sub 60. Y aunque ambos niveles educativos disminuyeron notablemente su déficit durante la pandemia, los de mayor nivel educativo hicieron una disminución más pronunciada. Este ajuste durante la pandemia fue recuperado a la salida de la pandemia (2022-2023) por ambos niveles educativos, pero sin superar sus registros prepandemia.

El peso del nivel socioeconómico es muy claro: el déficit de apoyo social estructural aumenta -y mucho- a medida que se desciende en el nivel socioeconómico. Las brechas entre cada par de niveles contiguos -entre el medio alto y el medio bajo, entre el medio bajo y el bajo, y entre el bajo y el muy bajo- son impresionantes. No es que los del nivel medio alto estén exentos -casi uno de cada diez tiene este déficit- pero su nivel socioeconómico se constituye en una suerte de escudo contra la escasez de red social cercana. Esto no es un problema entre los mayores de ese nivel. Por el contrario, en el nivel muy bajo, la incidencia del déficit se cuatriplica respecto al nivel medio alto. Frente a la pandemia, ninguno de los niveles dejó de disminuir fuertemente su déficit. La disminución más drástica ocurrió en el nivel medio bajo. Aunque también importante, en el muy bajo fue menos drástica. A la salida de la pandemia (2022-2023), en ninguno de los niveles se volvió a los registros prepandemia. El que está más lejos de los registros prepandemia es el nivel medio alto, donde, como se reiteró, la incidencia es siempre menor.

Con el enfoque de la pobreza multidimensional se ve claramente que la incidencia de este déficit es mucho menor entre las personas mayores en hogares sin carencias -de las incluidas en el índice-. Su escasez de red social cercana es aún menor que entre los sub 60. En cambio, si son de hogares con

dos o más carencias (pobreza multidimensional) su escasez aumenta muchísimo. Carencia de las necesidades básicas incluidas en el índice y carencia de relaciones sociales cercanas. Si en vez de dos o más carencias se trata de tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema), como era esperable la incidencia aumenta, pero no demasiado. Pobres o no pobres -y dentro de estos, solo pobres o muy pobres-, todos disminuyeron su sensación de escasez durante la pandemia (2020-2021). Y la disminución más drástica ocurrió dentro de los mayores en hogares sin carencias, que son justamente los que tienen menos escasez.

En cuanto a los tipos de hogar, la escasez de amigos y familiares cercanos de la persona mayor y con los que se siente a gusto y puede hablar de todo aumenta en los que conviven con sub 60 (hogares multipersonales mixtos). Y disminuye entre los que conviven exclusivamente con otra persona también mayor (hogares multipersonales puros). Los que viven solos están en una posición intermedia -bien intermedia, a igual distancia de los que están peor y de los que están mejor-. Frente a la pandemia, en los tres tipos de hogar hubo una disminución drástica de la sensación de escasez, aunque de menos fuerza entre los que viven solos. En los tres casos hubo un fuerte aumento del déficit en la postpandemia (2022-2023) y este aumento fue aún mayor entre los que tienen menor déficit -los hogares multipersonales puros-.

Claramente la situación es mejor en CABA, donde el déficit es mucho menor que en todo el resto del país. No es que estén exentos -hay uno de cada diez con esta carencia- pero allí hay una suerte de escudo contra la escasez de red social cercana. Por lo contrario, el cuadro en el Conurbano Bonaerense es mucho más comprometido. Contrariamente a lo esperado, la situación en las ciudades medianas y pequeñas tampoco es buena. En ninguno de los contextos urbanos dejó de ocurrir lo ya señalado respecto a la pandemia: en todos hubo una disminución importante del déficit. Muy importante en CABA y menos importante en las ciudades medianas y pequeñas del Interior. Sí hay una particularidad respecto a la vuelta a la situación previa ya una vez en la postpandemia (2022-2023): en las ciudades medianas y pequeñas del Interior el déficit no solo no aumentó, sino que volvió a disminuir. Como si la experiencia de la pandemia allí hubiera conllevado a una revalorización de la red social cercana que se tenía.

En síntesis, el déficit de apoyo social estructural se potencia entre las personas mayores en hogares con tres o más carencias (pobreza multidimensional extrema), en hogares con dos o más carencias (pobreza multidimensional), en el nivel socioeconómico muy bajo, y entre los que tuvieron menos oportunidades educativas, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los del nivel socioeconómico medio alto, los de CABA, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, y las personas mayores en hogares sin carencias básicas -sin pobreza multidimensional-, en ese orden.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL BIENESTAR SUBJETIVO

Tabla DE 5.1

BIENESTAR SUBJETIVO

Déficit de proyectos personales

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	21,3	20,4	18,9	23,8
Estadístico encuestados de 60 años y más	23,4	22,3	22,3	26,4
Límite superior	25,1	24,3	26,1	29,2
Encuestados de 18 a 59 años	11,2	13,1	14,4	10,7
Total de encuestados de 18 años y más	14,0	15,2	16,2	14,4
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	14,7	8,8	7,8	8,9
Medio no profesional	16,0	16,4	14,8	20,5
Bajo integrado	23,1	24,0	24,8	29,4
Bajo marginal	34,3	36,4	34,7	33,6
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	13,6	8,7	9,8	13,4
Medio bajo	16,9	17,5	17,9	24,2
Bajo	22,7	28,9	22,8	28,9
Muy bajo	32,2	31,5	34,5	33,8
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	19,8	16,4	18,0	23,3
Dos carencias o más	28,5	31,2	32,3	29,6
Tres carencias o más	28,5	34,8	41,3	29,4
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	18,4	15,8	20,8	24,6
Conurbano Bonaerense	23,5	22,5	23,9	27,6
Otras Áreas Metropolitanas	27,7	25,4	22,2	27,2
Resto Urbano Interior	23,9	25,4	19,9	23,8
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	26,9	26,2	24,8	32,7
Hogares multipersonales puros	22,5	17,2	19,8	24,9
Hogares multipersonales mixtos	22,0	23,9	22,7	22,6
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	17,5	15,3	16,3	20,7
Sin secundario completo	26,9	28,8	28,2	31,3
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	20,1	20,5	20,7	22,3
75 años y más	32,2	26,8	26,4	35,4
SEXO				
Varón	23,4	21,5	19,7	25,8
Mujer	23,4	23,0	24,3	26,9
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	28,8	27,2	30,1	35,2
No viudo	21,2	20,4	19,5	22,7

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 5.2

BIENESTAR SUBJETIVO

Sentimiento de infelicidad

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	11,6	13,5	13,3	14,5
Estadístico encuestados de 60 años y más	12,3	15,1	15,8	16,9
Límite superior	24,7	17,0	18,7	19,7
Encuestados de 18 a 59 años	9,0	12,8	13,2	13,4
Total de encuestados de 18 años y más	9,7	13,3	13,8	14,3
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	8,2	6,3	8,3	8,0
Medio no profesional	10,1	14,4	12,9	14,9
Bajo integrado	11,0	15,4	14,9	15,1
Bajo marginal	18,2	22,1	25,9	24,7
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	7,2	8,0	8,5	10,9
Medio bajo	6,9	13,0	12,1	13,5
Bajo	9,2	17,0	13,2	15,9
Muy bajo	19,7	21,0	26,1	23,3
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	8,9	10,4	11,8	12,6
Dos carencias o más	17,4	22,8	28,1	24,2
Tres carencias o más	18,6	25,4	39,9	30,3
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	11,7	9,8	15,7	11,3
Conurbano Bonaerense	13,7	17,0	18,1	19,6
Otras Áreas Metropolitanas	11,1	16,3	14,4	17,5
Resto Urbano Interior	10,1	14,6	11,6	14,2
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	19,1	21,3	20,9	21,5
Hogares multipersonales puros	11,4	9,9	10,7	12,3
Hogares multipersonales mixtos	18,2	15,3	16,5	16,6
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	8,7	11,9	11,6	12,9
Sin secundario completo	14,5	18,1	19,9	20,4
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	11,8	15,4	17,2	16,4
75 años y más	13,8	14,4	12,4	18,1
SEXO				
Varón	11,6	14,8	12,1	17,6
Mujer	12,8	15,4	18,7	16,4
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	16,2	19,2	18,6	19,0
No viudo	10,7	13,6	14,8	16,1

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 5.3

BIENESTAR SUBJETIVO

Sentimiento de soledad

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUITAD		
	2013-2014-2015-2016	2017 y 2019*	2021*	2022*
TOTALES				
Límite inferior	17,4	13,4	28,7	11,5
Estadístico encuestados de 60 años y más	19,8	15,5	33,6	13,8
Límite superior	21,3	17,2	38,1	18,0
Encuestados de 18 a 59 años	18,4	15,4	34,3	11,0
Total de encuestados de 18 años y más	18,7	15,4	34,2	13,2
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	10,9	9,0	26,4	3,1
Medio no profesional	17,3	15,6	31,6	6,8
Bajo integrado	22,0	15,6	37,3	10,2
Bajo marginal	22,0	18,4	31,9	31,4
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	12,1	9,6	29,6	3,8
Medio bajo	17,2	12,8	33,1	6,0
Bajo	23,9	17,8	37,2	11,0
Muy bajo	22,3	20,1	32,7	24,1
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	14,8	12,1	32,4	9,5
Dos carencias o más	24,1	20,5	35,1	24,1
Tres carencias o más	23,9	22,7	35,4	29,2
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	11,0	8,5	31,4	12,6
Conurbano Bonaerense	23,1	17,4	37,4	18,7
Otras Áreas Metropolitanas	20,5	16,5	32,2	11,2
Resto Urbano Interior	20,1	14,8	24,7	8,4
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	22,6	24,8	35,6	23,6
Hogares multipersonales puros	18,6	9,7	29,9	8,8
Hogares multipersonales mixtos	18,9	14,0	34,8	10,1
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	16,1	12,7	32,5	6,4
Sin secundario completo	22,1	17,5	34,0	21,5
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	19,4	14,5	33,2	13,1
75 años y más	21,0	17,1	33,2	16,4
SEXO				
Varón	20,9	14,1	27,4	13,1
Mujer	19,1	16,1	37,4	15,5
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	20,3	22,6	39,3	20,5
No viudo	19,6	12,9	31,6	11,3

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

*se modifican criterios temporales de análisis de acuerdo a datos disponibles relevados.

Tabla DE 5.4

BIENESTAR SUBJETIVO

Déficit de apoyo social estructural

Años 2013-2023. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE BICENTENARIO	SERIE AGENDA PARA LA EQUITAD		
	2013-2014-2015-2016	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023
TOTALES				
Límite inferior	29,7	23,8	8,7	21,8
Estadístico encuestados de 60 años y más	31,8	25,7	11,2	24,5
Límite superior	33,6	27,8	14,3	27,5
Encuestados de 18 a 59 años	20,1	19,3	8,4	16,0
Total de encuestados de 18 años y más	22,8	20,8	9,0	18,0
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	9,8	11,2	3,1	4,3
Medio no profesional	22,8	16,8	6,3	17,7
Bajo integrado	34,5	29,5	9,9	26,8
Bajo marginal	44,7	40,2	24,8	34,7
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	11,5	11,8	4,0	7,8
Medio bajo	21,0	18,9	4,3	17,6
Bajo	33,7	29,4	11,1	27,3
Muy bajo	46,4	39,0	22,8	36,7
POBREZA MULTIDIMENSIONAL				
Sin carencias	20,5	15,6	5,6	17,6
Dos carencias o más	46,1	41,7	25,7	34,7
Tres carencias o más	48,9	43,9	29,7	36,2
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12,4	13,1	3,9	8,6
Conurbano Bonaerense	37,9	29,3	11,7	33,7
Otras Áreas Metropolitanas	33,0	27,3	11,1	22,9
Resto Urbano Interior	36,3	27,9	19,6	16,5
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	28,8	22,7	14,1	26,6
Hogares multipersonales puros	28,1	22,5	7,7	21,2
Hogares multipersonales mixtos	36,6	30,5	12,1	25,2
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	16,6	16,1	5,7	14,6
Sin secundario completo	41,1	34,6	17,3	33,1
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	20,5	25,7	12,6	22,5
75 años y más	35,1	25,7	7,9	28,9
SEXO				
Varón	31,0	28,5	12,6	22,7
Mujer	32,3	23,6	10,2	26,0
SITUACIÓN CONYUGAL				
Viudo	34,2	26,9	13,9	28,6
No viudo	30,8	25,3	10,3	22,8

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El malestar psicológico y la situación conyugal: diversidad de perfiles en la vejez

La vejez es una etapa vital caracterizada por una gran heterogeneidad. Las personas mayores llegan a este período con diferentes experiencias vividas, y esto se refleja en la situación conyugal. Las circunstancias personales los han conducido a permanecer solteros, casarse o a la muerte del cónyuge. En particular, el hecho de no estar en pareja puede provocar sentimientos de soledad y aislamiento social, y también repercutir en la salud mental y la satisfacción vital (Pochintesta, 2016; Yáñez-Yaben et al., 2018).

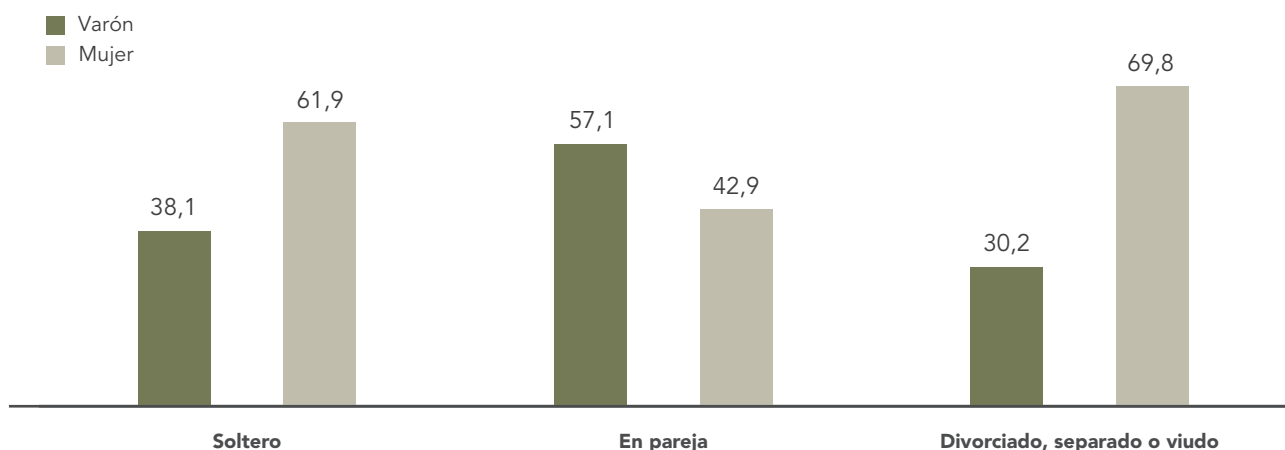
Enviudar implica cambios en la vida cotidiana, reorganización de roles y aumenta la vulnerabilidad de las personas mayores (Pochintesta, 2016; Yáñez-Yaben, 2017). Puede ocurrir una disminución de los ingresos de ese hogar, cambios en la actividad social y generar sentimientos de soledad. A su vez, influye en la salud física y emocional (Kaslow, 2013), ya que es considerado un evento estresante (Brodbeck et al., 2017) pero con dificultades transitorias (Leopold, 2018). Dado el aumento de la esperanza de vida, la viudez se ha pospuesto y es menos frecuente a menor edad, si bien predomina en mujeres (Brown & Wright, 2017; Silva Peyro et al., 2024). Esta situación se suma a un contexto de feminización del envejecimiento de las sociedades. De manera similar, el separarse o divorciarse de una pareja genera un menor bienestar (Doré & Bolger, 2018; Roberson et al., 2018). Actualmente estas situaciones son más frecuentes, y una pareja puede decidir finalizar ese vínculo (Benítez, 2017).

Los datos de la EDSA de 2023 (n=1.329) permiten visualizar las características de la situación conyugal de manera representativa en zonas urbanas de Argentina, y considerarla junto con la salud mental de las personas de 60 años y más. Esta última se evaluó mediante el malestar psicológico, indicador que examina la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva del último mes. En la Figura 1 se describe la situación conyugal según el sexo de las personas mayores. Se observa que el no estar en pareja, ya sea por estar soltero (61,9%) o divorciado, separado o viudo (69,8%) predomina en mujeres, comparado con los varones.

Se analizaron las diferencias en el malestar psicológico según el sexo, el nivel socioeconómico (NSE medio; NSE bajo) y la situación conyugal (ver Figura 2). El malestar psicológico es mayor en mujeres que en varones, con valores de 27% y 20,7%, respectivamente. Las personas divorciadas, separadas o viudas presentan mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva (28,6%), seguidas de las personas solteras, que la reportan en un 26,1%. En contraposición, las personas en pareja reportan niveles más bajos, con un 19,3%. Al considerar el NSE, se demuestra que los niveles de mayor malestar psicológico se reflejan en las personas de NSE bajo (30,5%), respecto al NSE medio.

Figura 1

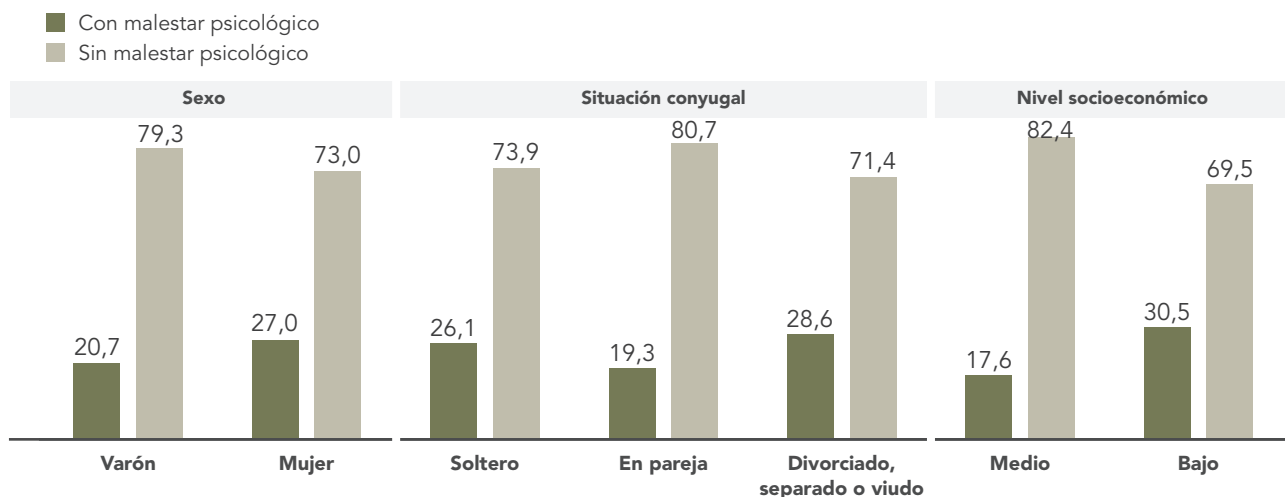
Situación conyugal según el sexo.
Año 2023. En porcentaje de personas de 60 años y más.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Figura 2

Malestar psicológico según el sexo, situación conyugal y nivel socioeconómico.
Año 2023. En porcentaje de personas de 60 años y más.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

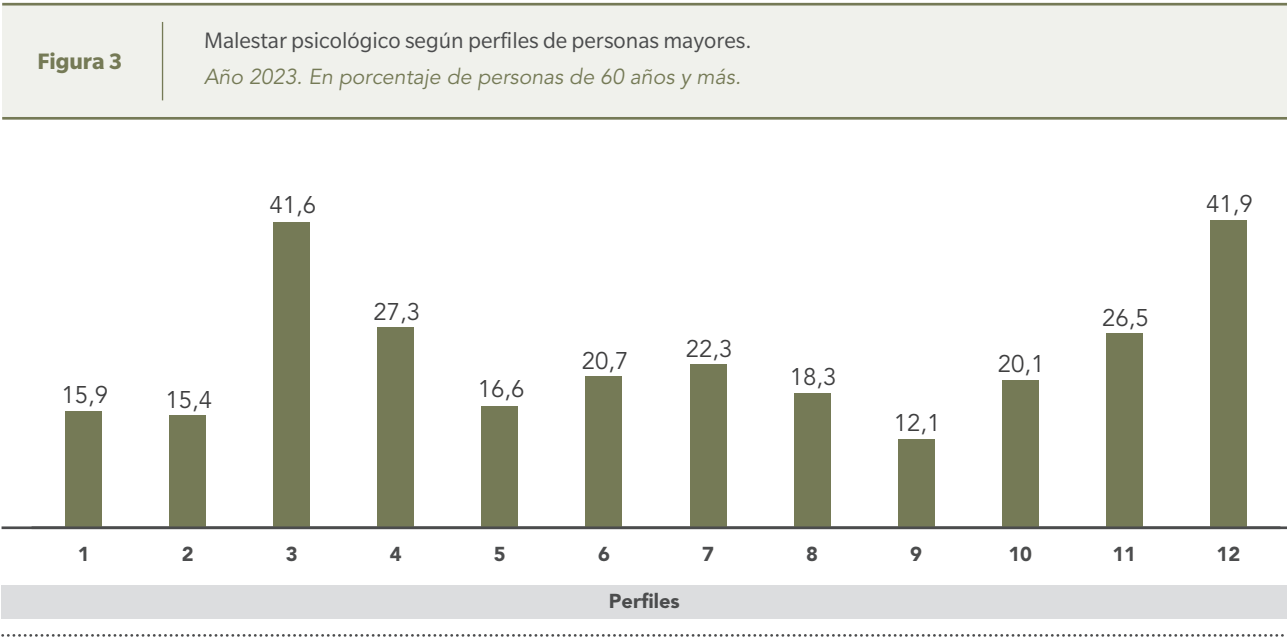
Por último, para describir el malestar psicológico teniendo en cuenta la heterogeneidad propia de la vejez, se clasificó a los participantes en perfiles

a partir del sexo, situación conyugal y NSE. Se obtuvieron 12 grupos, configurados de la siguiente manera:

Perfiles	
1	Varón soltero de NSE medio.
2	Mujer soltera de NSE medio.
3	Varón soltero de NSE bajo.
4	Mujer soltera de NSE bajo.
5	Varón en pareja de NSE medio.
6	Mujer en pareja de NSE medio.
7	Varón en pareja de NSE bajo.
8	Mujer en pareja de NSE bajo.
9	Varón separado/divorciado/viudo de NSE medio.
10	Mujer separada/divorciada/viuda de NSE medio.
11	Varón separado/divorciado/viudo de NSE bajo.
12	Mujer separada/divorciada/viuda de NSE bajo.

Los resultados expresados en la Figura 3 muestran que los perfiles que denotaron mayor malestar psicológico fueron el 3 (varones solteros de NSE bajo)

con un 41,6%, y el 12 (mujeres separadas, divorciadas o viudas de NSE bajo), con un 41,9%.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En síntesis, las mujeres expresan en mayor medida no estar en pareja, ya sea porque están solteras, separadas, divorciadas o han enviudado. Su mayor esperanza de vida da lugar a una feminización del envejecimiento y mayor longevidad (Silva Peyro et. al., 2024). Además, son ellas quienes presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva.

El malestar psicológico se incrementa en personas divorciadas, separadas o viudas y de NSE bajo, respecto a las categorías de referencia. Por lo tanto, las personas mayores en pareja expresan menor malestar psicológico. Es considerada como un factor protector, dado que se comprobó que una pareja brinda contención, disminuye el riesgo de sentirse

solo y brinda mayor calidad de vida (Kaslow, 2013; Pochintesta; 2016; Yárnoz-Yaben et al., 2018). Las separaciones o divorcios son cada vez más frecuentes (Benítez, 2017), y la prevalencia de síntomas de malestar psicológico es mayor que en solteros y en aquellos en pareja.

La combinación de estas características permitió atender a la individualidad de la condición de la persona mayor, y refleja la diversidad de las personas que transitan la vejez. Si bien la viudez cada vez es más infrecuente, son mayores las situaciones de divorcio o separación. Tener en cuenta la situación conyugal de las personas es una herramienta útil para indagar sobre su bienestar.

Referencias bibliográficas

Benítez Pérez, M. E. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 58-68. <https://revistas.uh.cu/nov-pob/article/view/742>

Brodbeck, J., Berger, T. & Znoj, H.J. (2017). An internet-based self-help intervention for older adults after marital bereavement, separation or divorce: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(21), 2-8. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1759-5>

Brown, S. L. & Wright, M.R. (2017). Marriage, Co-habitation, and Divorce in Later Life. *Innovation in Aging*, 1(2), 1-11. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx015>

Colombo, V. X. L., Gatto, M. del R. T., Aristizábal-Vallejo, N., Bernal Angarita, R., Heredia Calderón, D., Muñoz Miranda, L. M., Palermo Guñazu, N., Torrealba Gutiérrez, L. M., Crespo Tarifa, E., Palacios, M., & Villarroel Campos, C. I. (2014). Viudez y Vejez en América Latina. *Revista Kairós-Gerontología*, 17(1), 9-26. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2014v17i1p9-26>

de Carvalho, M. L., Santos, C. N., Peixoto, V., Ribeiro, A.M., Dias, C.R., Sales, C.M., & Fortes, M.L. (2019). "Health situation in the perception of elderly widows assisted by primary health care". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 199-204. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0549>

Dore, B., & Bolger, N. (2018). Population-and individual-level changes in life satisfaction surrounding major life stressors. *Social Psychological and Personality Science*, 9(7), 875-884. <https://doi.org/10.1177/1948550617727589>

Kaslow, F.W. (2013). Harken All Professionals Involved in the Tragedy of Divorce! The Urgency of Humanizing the Legal, Judicial, and Psychological Aspects of Divorce. En F.W. Kaslow (Ed.), *Divorced Fathers and Their Families*. (pp. 197-211). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5535-6_18

Leopold, T. (2018). Gender differences in the consequences of divorce: A study of multiple outcomes. *Demography*, 55(3), 769-797. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0667-6>

Pochintesta, P. A. (2016). La transición a la viudez en el envejecimiento. Un estudio de casos en Argentina. *Journal of Aging and Innovation*. 5(2), 4-19. <http://hdl.handle.net/11336/107110>

Roberson, P.N.E., Norona, J.C., Lenger, K.A., & Olmstead, S.B. (2018). How do Relationship Stability and Quality Affect Wellbeing?: Romantic Relationship Trajectories, Depressive Symptoms, and Life Satisfaction across 30 Years. *J Child Fam Stud*, 27, 2171–2184. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1052-1>

Silva Peyro, D., Hernández Delgado, Y. de J., & Pochintesta, P. (2024). La feminización de la viudez en la vejez: una revisión sistemática sobre la transición a la viudez en mujeres mayores. *Vorágine revista interdisciplinaria de humanidades y ciencias sociales*, 5(10), 23-41. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10879337>

Yárnoz-Yaben, S. (2017). Grief due to divorce: Relationship with attachment style and effects on subjective well-being and co-parenting. *Estudios de Psicología*, 38(3), 667–688. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1330305>

Yárnoz-Yaben, S., Guzmán-González, M., Comino, P., Garrido, L., Contreras, P., & Rivera, D. (2018). Life satisfaction in divorced or separated people: A comparison between Spain and Chile. *Estudios de Psicología*, 39(1), 154–178. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1407904>

El estado de salud y la importancia de los vínculos en el envejecimiento

El estado de salud es un aspecto primordial, pero no exclusivo, al momento de estudiar el envejecimiento. Este no es determinante para transitar la vejez de manera autónoma y con funcionalidad conservada. Sin embargo, con el aumento de la edad es más probable que aparezcan problemas de salud físicos, cognitivos y psicológicos. Desde el ODSA contamos con un análisis a lo largo del tiempo que demuestra que desde 2017 a 2023, 1 de cada 4 personas mayores presenta déficit en el estado de salud (tener bastantes problemas de salud y/o que sean crónicos o graves). Ante el envejecimiento demográfico, que implica un aumento de las personas mayores en la sociedad, y ante la posibilidad de vivir más años, se incrementarán las demandas al sistema de salud, especialmente dedicado a tratar enfermedades crónicas o graves. Este proceso se produce a la par de desigualdades e inequidades en la atención en salud y sistemas de apoyo tanto formales como informales (Chatterji et al., 2015).

La salud puede verse influida por múltiples factores, incluso por aquellos relativos a lo vincular y características individuales. En cuanto a la situación conyugal, las personas mayores viudas reportan un peor estado de salud, pudiendo incluso empeorar y experimentar un deterioro de su salud física, tanto en varones como mujeres (Castells Salvador et al., 2021; Holm et al., 2019; Perkins et al., 2016). A su vez, pueden presentar más síntomas ansiosos y depresivos, perjudicando su salud mental (Holm et al.,

2019). En este informe de investigación abordaremos la situación conyugal, poniendo el foco en las personas viudas.

En esta oportunidad nos permitimos analizar, gracias a los datos provistos por la EDSA en 2022 y 2023, la influencia de características estructurales (nivel socioeconómico y pobreza multidimensional, entendida como dos carencias o más en dimensiones de derechos) y aspectos individuales y del hogar. Este último grupo está compuesto por la situación conyugal (viudos vs. resto) y el tipo de hogar en el que vive la persona mayor (unipersonal -vive solo-, multipersonal puro -vive con otras personas de 60 años o más-, multipersonal mixto -el hogar está compuesto por personas de diferentes generaciones-). Se trabajó sobre las respuestas de 2.612 personas mayores.

Se pusieron a prueba dos modelos de regresión logística binaria. Este análisis estadístico permite observar qué características aumentan las probabilidades de presentar bastantes problemas de salud, ya sean crónicos o graves, entendidos como déficit. Con asteriscos (* o **, dependiendo de la “fuerza” del efecto) se señala la significatividad de cada categoría de las variables, demostrando que influyen en el modelo. Además, se muestra la probabilidad de esa asociación a través del $\text{Exp}(B)$, es decir, en qué proporción aumentan las chances de un estado de salud deficitario. En el primer análisis (ver Tabla 1) se incluyeron las características ya mencionadas en todas las personas mayores entrevistadas. En cambio,

en la Tabla 2, el análisis se realizó únicamente en personas mayores viudas. Dado que el interés es focalizado en los grupos más vulnerables, las categorías de referencia ("Ref", en las tablas) responden a condiciones protectoras de las condiciones de vida.

Analicemos ahora los factores que inciden en tener problemas de salud en el total de personas mayores, expresados en la Tabla 1. La mayor vulnerabilidad socioeconómica, en particular el nivel bajo y muy bajo, duplican el riesgo de presentar problemas de salud, siendo el nivel muy bajo aquel con mayor peso. Lo mismo sucede al contar con carencias en las dimensiones de derechos sociales. Al considerar las características individuales o del hogar que podrían influir en la salud, la situación conyugal cobra relevancia: ser viudo aumenta en un 30% las probabilidades de tener una mala salud. El vivir solo también repercute en la salud en la vejez, en un 50%.

En la segunda tabla replicamos el mismo análisis, pero sólo en personas mayores que han enviudado. Los hallazgos fueron similares al primer modelo. El nivel socioeconómico bajo y muy bajo, al igual que contar con dos carencias en las dimensiones que

componen a la pobreza multidimensional, en este caso también duplican el riesgo de tener problemas de salud. En las personas mayores viudas cobra relevancia la edad, ya que tener 75 años o más es un factor que aumenta las probabilidades en un 73% de presentar problemas de salud.

Los factores incluidos en ambos modelos con mayor capacidad predictiva sobre el estado de salud deficitario, tanto para mayores viudos como el resto, son aspectos estructurales. Se destaca también la viudez y el vivir solo como un aspecto a considerar ante el abordaje del estado de la salud en la vejez. En sociedades cada vez más desiguales, protagonizadas por el envejecimiento de las personas (Chatterji et al., 2015), se destaca la importancia de considerar cómo se viven estos nuevos años que aporta la longevidad. Como ya se demostró, la salud podría variar según la situación conyugal (Castells Salvador et al., 2021; Holm et al., 2019; Perkins et al., 2016), lo que evidencia la heterogeneidad propia de la vejez como etapa vital. Se corrobora la evidencia preexistente acerca de la situación conyugal como un factor relevante en el abordaje de la salud en la vejez.

Tabla 1 | Razones de probabilidad asociadas a tener problemas de salud según características estructurales, del individuo y del hogar.

*Coefficientes de regresión logística. Años 2022 y 2023.
En porcentaje de personas de 60 años y más.*

Coeficientes de regresión logística. Años 2022 y 2023. En porcentaje de personas de 60 años y más.		Coef.	Error estándar	Wald	Sig.	Exp(B)
Características estructurales	Nivel socioeconomico (Ref=Medio alto)					
	Medio bajo	0,26	0,14	3,22	0,07	1,30
	Bajo	0,62	0,15	16,92	0,00	1,86**
	Muy bajo	0,73	0,16	19,46	0,00	2,08**
	Pobreza multidimensional (Ref=Una carencia o sin déficit)					
	Con déficit (2 carencias o más)	0,44	0,10	17,20	0,00	1,55**
Características del individuo y del hogar	Grupos de edad (Ref=60 a 74 años)					
	75 años y más	0,12	0,10	1,46	0,22	1,12
	Situación conyugal (Ref=Resto)					
	Viudo	0,27	0,10	6,96	0,00	1,31**
	Nivel educativo (Ref=Secundario completo y más)					
	Hasta secundario incompleto	0,12	0,11	1,07	0,30	1,13
	Tipo de hogar (Ref=Hogar multipersonal puro)					
	Hogar unipersonal	0,40	0,12	11,01	0,00	1,50**
	Hogar multipersonal mixto	0,00	0,02	0,00	0,98	1,00
Estadísticos del modelo						
R cuadrado de Cox y Snell	0,044					
R cuadrado de Nagelkerke	0,062					
% de aciertos	69,2					

Nota: valor p: ** p<0.01, * p<0.05.

Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 2 | Razones de probabilidad asociadas a tener problemas de salud según características estructurales, del individuo y del hogar.

Coefficientes de regresión logística. Años 2022 y 2023.
En porcentaje de personas viudas de 60 años y más.

Coeficientes de regresión logística. Años 2022 y 2023.
En porcentaje de personas viudas de 60 años y más.

	Coef.	Error estándar	Wald	Sig.	Exp(B)	
Características estructurales	Nivel socioeconómico (Ref=Medio alto)					
	Medio bajo	0,42	0,27	2,40	0,12	1,53
	Bajo	0,78	0,27	7,99	0,00	2,18**
	Muy bajo	0,78	0,30	6,56	0,01	2,19**
	Pobreza multidimensional (Ref=Una carencia o sin déficit)					
	Con déficit (2 carencias o más)	0,55	0,19	8,24	0,00	1,73**
Características del individuo y del hogar	Grupos de edad (Ref=60 a 74 años)					
	75 años y más	0,55	0,16	11,60	0,00	1,73**
	Nivel educativo (Ref=Secundario completo y más)					
	Hasta secundario incompleto	0,40	0,21	3,54	0,60	1,50
	Tipo de hogar (Ref=Hogar multipersonal puro)					
	Hogar unipersonal	0,96	0,50	3,58	0,05	2,62
	Hogar multipersonal mixto	0,67	0,51	1,69	0,19	1,95
Estadísticos del modelo						
R cuadrado de Cox y Snell	0,044					
R cuadrado de Nagelkerke	0,059					
% de aciertos	62,0					

Nota: valor p: ** p<0.01, * p<0.05

Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2023), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Referencias bibliográficas

Castells Salvador, M., Sáez Álvarez, E.J., Alapont Asíns, C., Medrano Ábalos, P., & Samudio Bejarano, P. (2021). ¿Qué ocurre tras la pérdida conyugal? Evaluación de la repercusión en la dimensionalidad humana. *THERAPEÍA*, 15, 89-105. <https://revistas.ucv.es/therapeia/index.php/therapeia/article/view/990/983>

Chatterji, S., Byles, J., David Cutler, Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *The Lancet Ageing*, 385(9967), 563–575. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8)

Holm, A.L., Berland, A.K., & Severinsson, E. (2019). Factors that influence the health of older widows and widowers—A systematic review of quantitative research. *Nursing open*, 6(2), 591–611. <https://doi.org/10.1002/nop2.243>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.

Perkins, J.M., Lee, H.Y., James, K.S., Oh, J., Krishna, A., Heo, J., Lee, J.K., & Subramanina, S.V. (2015). Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*, 16, 1032. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3682-9>

FICHA TÉCNICA

ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA SERIE BICENTENARIO 2013-2016 - SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD 2017-2023

Dominio	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más de la República Argentina.
Universo	Hogares particulares y población con residencia habitual en los mismos.
Tamaño de la muestra	Muestra puntual hogares: 5.760 casos por año.
Tipo de encuesta	Multipropósito longitudinal.
Asignación de casos	No proporcional post-calibrado.
Puntos de muestreo	EDSA - Bicentenario 2010-2017: 952 radios censales (Censo 2001). EDSA - Agenda Equidad 2017-2023: 960 radios censales (Censo 2010).
Dominio de la muestra	Aglomerados urbanos agrupados en 3 grandes conglomerados según tamaño de los mismos: 1) AMBA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (Conurbano Zona Norte, Conurbano Zona Oeste y Conurbano Zona Sur)*; 2) Otras Áreas Metropolitanas: Gran Rosario, Gran Córdoba, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, y Gran Mendoza; y 3) Resto urbano: Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plottier-Cipolletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia y Ushuaia-Río Grande.
Procedimiento de muestreo	Polietápico, con una primera etapa de conglomeración y una segunda de estratificación. La selección de los radios muestrales dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y ponderada por la cantidad de hogares de cada radio. Las manzanas al interior de cada punto muestral y los hogares de cada manzana se seleccionan aleatoriamente a través de un muestro sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son elegidos mediante un sistema de cuotas de sexo y edad.
Criterio de estratificación	Un primer criterio de estratificación define los dominios de análisis de la información de acuerdo a la pertenencia a región y tamaño de población de los aglomerados. Un segundo criterio remite a un criterio socio-económico de los hogares. Este criterio se establece a los fines de optimizar la distribución final de los puntos de relevamiento. Calibración por dominio, estrato, edad, sexo y condición de actividad de población de 18 años y más.
Fecha de realización	Durante cuatro meses del segundo semestre de cada año. EDSA Bicentenario: Agosto-Noviembre. EDSA Equidad: Julio-Octubre.
Error muestral	+/- 1,3%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95%.

El diseño muestral y metodológico de la Encuesta de la Deuda Social Argentina puede consultarse en el Documento Metodológico 2010-2023 #01I2024. (Tinoboras y Donza, 2024).

<https://uca.edu.ar/es/observatorio-de-la-deuda-social-argentina/documento-metodologico-edsa-2010-2023>

*El AMBA está integrada por las 15 comunas de la CABA y 30 partidos del Conurbano Bonaerense, 24 pertenecientes al Conurbano en su definición clásica y 6 partidos del tercer cordón urbano: El Conurbano Norte está compuesto por los partidos de Vicente López, San Isidro, San Fernando, Tigre, San Martín, San Miguel, Malvinas Argentinas, José C Paz y Pilar. El Conurbano Oeste está compuesto por los partidos de La Matanza, Merlo, Moreno, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Tres de Febrero, Cañuelas, General Rodríguez y Marcos Paz. El Conurbano Sur está compuesto por los partidos de Avellaneda, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Ezeiza, Presidente Perón y San Vicente.



BIBLIOGRAFÍA

Bennett, S., Woods, T., Liyanage, W. M., & Smith, D. L. (1991). A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 44(3), 98–106

CEPAL (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*. Santiago: CEPAL.

CEPAL (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Santiago de Chile.

CEPAL/OIT (2018). *La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones*. Santiago: Naciones Unidas.

CEPAL (2020a). *Recomendaciones para la publicación de estadísticas oficiales a partir de encuestas de hogares frente a la coyuntura de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)* Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45372-recomendaciones-la-publicacion-estadisticas-oficiales-partir-encuestas-hogares>

CEPAL (2020b) *Recomendaciones para eliminar el sesgo de selección en las encuestas de hogares en la coyuntura de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45552-recomendaciones-eliminar-sesgo-seleccion-encuestas-hogares-la-coyuntura-la>

Dabove, M.I. (2018). *Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance*. Buenos Aires: Astrea.

Dabove, M.I. (2020). Derecho de la Vejez en tiempos de pandemia. *Revista de la Facultad de Derecho*, (49). Universidad de la República, Facultad de Derecho.

Deville, J. C. & Sarndal, C. E. (1992). Calibration estimators in survey sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 87, 376–382.

Di Domizio, D. (comp.) (2018). *La Educación Física con adultos mayores. Experiencias en Latinoamérica*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Donza, E.; Poy, S. & Dichiera, E. (2023). *Escenario laboral 2004-2023: evidencias de la precariedad laboral y de la pérdida de ingresos laborales*. Buenos Aires: UCA.

Fundación Navarro Viola (2021). *La soledad desde la perspectiva de las personas mayores*. Buenos Aires: Fundación Navarro Viola.

Heeringa, S.; West, B. & Berglund, P. (2010). *Applied Survey Data Analysis*. Boca Raton, FL, CRC Press.

Himitian, E. (2023). *Sorpresa por la baja en los nacimientos que revela el Censo 2022*. Buenos Aires: La Nación, 28/11/2023

Iacub, R. (2012). *El poder en la vejez: entre el empoderamiento y el desempoderamiento*. Buenos Aires: INSSJP.

INDEC (1984): *La pobreza en la Argentina*. Buenos Aires: INDEC.

INDEC (2021). *Dossier estadístico en conmemoración del Día Internacional de las Personas de Edad*. Buenos Aires: INDEC.

INDEC (2022). *Dossier estadístico de las personas de edad*.

INDEC (2023). *Dossier estadístico de personas mayores 2023*.

INDEC (2024). *Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH).* En Trabajo e ingresos, vol. 8, número 5. Buenos Aires: INDEC.

Martínez-Restrepo, S.; Enríquez, E.; Pertuz, M.C. & Alzate Mesa, J.P. (2015). *El mercado laboral y las personas mayores.* Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha.

Pantusa, J. & Arias, C. (2017). *Vínculos de apoyo en la mediana edad y en la vejez.* En C. Arias (Comp.) *Mediana edad y vejez: perspectivas actuales desde la psicología.* Mar de Ajó: Ediciones Universidad Atlántida Argentina.

Rodríguez Espínola, S.; Paternó Manavella, M.A. & Garofalo, C.S. (2023a). *Condiciones psicosociales 2004-2023: el malestar subjetivo y las carencias en las capacidades psicológicas en las personas.* Buenos Aires: UCA.

Rodríguez Espínola, S.; Paternó Manavella, M.A. & Garofalo, C.S. (2023b). *Condiciones psicosociales 2004-2023: déficit de proyectos personales.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2014a). *Hacia una Argentina para todas las edades. Las personas mayores en la sociedad.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2014b). *Un régimen consolidado de bienestar con desigualdades sociales persistente: claroscuros en el desarrollo humano y la integración social.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2015). *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2016a). *El desafío de la diversidad en el envejecimiento. Familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2016b). *Las personas mayores en la Argentina actual: ¿vivir solo es un factor de riesgo para la integración social?* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2017a). *Los problemas económicos de las*

personas mayores. Una aproximación a las múltiples dimensiones de su vulnerabilidad. Buenos Aires: Educa.

ODSA (2017b). *Las condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2017c). *El bienestar subjetivo en las personas mayores. La importancia de los apoyos sociales.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2018a). *Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017).* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2018b). *Inseguridad ciudadana en la población urbana argentina (2010-2016). Evolución, condicionantes y efectos sobre el bienestar subjetivo.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2019a). *La mirada en la persona como eje del desarrollo humano y la integración social. Deudas y desigualdades en la salud, los recursos psicosociales y el ejercicio ciudadano.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2019b). *Pobreza multidimensional fundada en derechos económicos y sociales. Argentina urbana: 2010-2018. Documento de trabajo.*

ODSA (2020). *Capacidad de desarrollo humano y derechos laborales en la población urbana al final de la década 2010-2019. El desafío de la equidad en la Argentina frente a la pandemia social y sanitaria.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2021a). *Privaciones estructurales en el desarrollo humano. Argentina urbana 2010-2020 bajo el escenario Covid-19. Desigualdades en recursos psicosociales, condiciones sanitarias y representaciones ciudadanas frente al contexto de pandemia.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2021b). *Efectos de la pandemia COVID-19 sobre la dinámica del bienestar en la Argentina urbana. Una mirada multidimensional acerca del impacto heterogéneo de la crisis tras una década de estancamiento económico (2010-2020).* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2022). *Condiciones de vida de las personas mayores (2017-2021). Vulnerabilidades en clave de pandemia por COVID 19.* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2023a). *Privaciones sociales y desigualdades estructurales. Condiciones materiales de los hogares en un escenario de estancamiento económico (2010-2022).* Buenos Aires: Educa.

ODSA (2023b). *Desigualdades y retrocesos en el desarrollo humano y social 2010-2022. El deterioro del bienestar de los ciudadanos en la pospandemia por COVID-19.* Buenos Aires: Educa.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.*

Pochintesta, P. (2021). Soledad, envejecimiento y viudez en el curso de la vida. Un estudio de casos en personas viudas de Argentina. *Diversitas* (17). Bogotá: Universidad de Santo Tomás.

Pochintesta, P. & Bagliano, M.F. (2021). Personas mayores y pandemia. Análisis de contenido sobre titulares de prensa en Argentina. *INTERdisciplina*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Pontificia Universidad Católica de Chile/ OTIC del Comercio, Servicios y Turismo (2018). *Trabajo y personas mayores en Chile: lineamientos para una política de inclusión laboral.*

Salvia, A. & Bonfiglio, J. (2016). *Evaluación de la pobreza urbana desde un enfoque multidimensional basado en derechos 2010-2015.* Observatorio de la Deuda Social Argentina. Universidad Católica Argentina.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older people.*

Vera, J. & Bonfiglio, J. (2023). *Condiciones materiales de vida de los hogares y la población (2004-2023): evidencias de una pobreza monetaria estructural.* Buenos Aires: Educa

Wolter, K (2007). *Introduction to Variance Estimation.* New York, Springer.

ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

BARÓMETRO DE LA
DEUDA SOCIAL CON LAS
PERSONAS MAYORES



UCA



Av. Alicia M. de Justo 1600, tercer piso (C1107AAZ)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel.: (+54-11)-7078-0615
E-Mail: observatorio_deudasocial@uca.edu.ar
www.uca.edu.ar/observatorio

