

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

VIVIR Y ENVEJECER EN CONTEXTOS DE DESIGUALDAD

Evolución de la subsistencia económica, el hábitat, la salud y bienestar
subjetivo en la población de 60 años y más (2017-2025)

Documento
Estadístico

#01 | 2026

EDSA Serie Agenda para la Equidad

ISSN 1853-6204



Solange Rodríguez Espínola, Enrique Amadasi, José Eduardo Moreno, María Rosa Cicciari, Milagros Dolabjian, Carolina Sofía Garofalo. Vivir y envejecer en contextos de desigualdad. Evolución de la subsistencia económica, el hábitat, la salud y bienestar subjetivo en la población de 60 años y más (2017-2025). Documento Estadístico – Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores - 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: EDUCA, 2026.

81p.; 21x27 cm.

Libro digital, PDF.

Archivo Digital: descarga y *online*

Edición para Fundación Universidad Católica Argentina

ISBN 978-987-620-643-3

Palabras clave: 1. Personas mayores; 2. Bienestar subjetivo; 3. Salud; 4. Hábitat y vivienda; 5. Subsistencia económica.

CDD 305.26

DOI: <https://doi.org/10.46553/odsa.de.bdspm.2026.1>

1º edición: agosto 2026

Diseño Gráfico

María Nazarena Gómez Aréchaga

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.

© 2026, 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 Asuntos Estratégicos

Mons. Pedro Bernardo Cannavó

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

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria

Presidente

Matías Edgardo Manzotti

Vicepresidente

Romina Karin Rubin

Vicepresidente Gerontológico

Edgardo Oscar Di Virgilio

Secretaria General

Graciana Alessandrini

Responsables del Documento Estadístico

Autores del Informe

Solange Rodríguez Espínola

Enrique Amadasi

José Eduardo Moreno

María Rosa Cicciari

Milagros Dolabjian

Carolina Sofía Garofalo

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

Cecilia P. Tinoboras

Eduardo Donza

Juana Gordo Llobell

Supervisión y edición de la encuesta

Mauricio Oliva

María Laura Raffo

Asistencia Técnica

Isidro Adúriz

Fernando Zago

Coordinación Institucional

Mónica D'Amico

Magdalena Quintana

Natalia Ramil (Prensa)

ÍNDICE

Presentación	7
Resumen ejecutivo	9
Introducción // <i>Enrique Amadasí</i>	11
 Sección 1: Subsistencia económica de los hogares con personas mayores	
1.1. La insuficiencia de ingresos	14
1.2. La inseguridad alimentaria	17
1.3. Dejar de pagar algún servicio público	18
1.4. La percepción de programas sociales de transferencia de ingresos o asistencia alimentaria directa	20
Series históricas de datos estadísticos de la subsistencia económica de los hogares con personas mayores	23
 Sección 2: Hábitat y vivienda	
2.1. Déficit de acceso a una vivienda digna	25
2.2. El acceso a servicios	27
2.3. El hacinamiento	30
Series históricas de datos estadísticos del hábitat y la vivienda	33
 Sección 3: Estado y atención de la salud	
3.1. El déficit de estado de salud percibido	35
3.2. La dificultad en la atención de la salud por razones económicas	38
3.3. El malestar psicológico	40
3.4. Informe de investigación 1: El PAMI, un instrumento crucial para el bienestar de las personas mayores // <i>Enrique Amadasí</i>	43
Series históricas de datos estadísticos del estado y atención de la salud	48

Sección 4: Bienestar subjetivo

4.1. El déficit de proyectos personales	50
4.2. El sentimiento de infelicidad	52
4.3. El sentimiento de soledad	54
4.4. Informe de investigación 2: Las creencias espirituales para afrontar los problemas en las etapas de la vejez // <i>José Eduardo Moreno</i>	58
4.5. Informe de investigación 3: Bienestar y necesidad de apoyo psicosocial en adultos mayores // <i>José Eduardo Moreno</i>	66
Series históricas de datos estadísticos del bienestar subjetivo	73
 Recomendaciones derivadas de los hallazgos	 75
Tabla de variables independientes	77
Ficha técnica	78
Referencias	79





PRESENTACIÓN

El acelerado envejecimiento poblacional plantea nuevos desafíos para la investigación gerontológica y para el diseño de políticas públicas orientadas a garantizar un envejecimiento saludable, digno, equitativo y con derechos. En este contexto, el presente trabajo analiza la evolución de las condiciones de vida de las personas de 60 años y más residentes en áreas urbanas de la Argentina durante el período 2017-2025, utilizando como fuente la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina, en el marco del Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores.

Desde la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica (SAGG), nos honra acompañar este documento, que adopta una perspectiva multidimensional del envejecimiento, abordando cuatro dimensiones centrales: subsistencia económica, hábitat y vivienda, estado y atención de la salud, y bienestar subjetivo.

La heterogeneidad que caracteriza a esta población supone un desafío extraordinario para este tipo de investigaciones, y a pesar de esto este documento logra incorporar datos de informes específicos sobre acceso a prestaciones del PAMI, creencias espirituales y necesidades de apoyo psicosocial, permitiendo una comprensión integral de las múltiples realidades que atraviesan las personas mayores.

Los resultados muestran un deterioro reciente de diversos indicadores sociales y sanitarios, evidenciando que las condiciones materiales y psicosociales del envejecimiento se encuentran profundamente influenciadas por el contexto socioeconómico. Más allá de la evolución de cada indicador, el informe pone de manifiesto que las condiciones materiales, sanitarias y psicosociales del envejecimiento no evolucionan de manera independiente, sino que se potencian entre sí, configurando escenarios de mayor o menor vulnerabilidad.

Uno de los principales aportes de este trabajo consiste en confirmar, con evidencia empírica, una convicción que la SAGG viene sosteniendo y promoviendo desde hace décadas; no existe una única forma de envejecer, sino múltiples trayectorias de envejecimiento condicionadas por las oportunidades, las desigualdades acumuladas durante el curso de vida y el acceso efectivo a derechos.

Las desigualdades sociales constituyen el principal determinante de las diferencias observadas. El nivel socioeconómico, el nivel educativo alcanzado y el tipo de hogar explican mejor las brechas en salud, bienestar y calidad de vida que la edad cronológica por sí sola. Las personas mayores pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, con menor nivel educativo o que residen en determinados contextos urbanos presentan sistemáticamente mayores riesgos de vulnerabilidad económica, deterioro de la salud y menor bienestar subjetivo.

Estos resultados aportan evidencia científica relevante para comprender la complejidad del envejecimiento en Argentina y destacan la necesidad de desarrollar estrategias intersectoriales que contemplen las desigualdades acumuladas a lo largo del curso de vida.

Estos hallazgos también interpelan a los sistemas de apoyos y cuidados, reafirmando la necesidad de promover respuestas integrales, interdisciplinarias y centradas en la persona mayor.

En un país que continúa envejeciendo aceleradamente, disponer de evidencia de esta calidad constituye una condición indispensable para anticipar escenarios, planificar políticas públicas gerontológicas, construir respuestas sostenibles, fortalecer los sistemas de protección social, mejorar el acceso a la atención sanitaria y promover intervenciones centradas en la persona mayor.

Como sociedad científica, desde la SAGG reafirmamos nuestro compromiso con la generación y difusión de conocimiento, convencidos de que comprender cómo viven las personas mayores constituye el primer paso para transformar esa realidad mediante políticas públicas, prácticas profesionales y acciones comunitarias que promuevan una longevidad con derechos, dignidad y calidad de vida.

La continuidad metodológica de la EDSA y el rigor científico del ODSA permiten disponer de una serie histórica de enorme valor para comprender la evolución de las condiciones de vida de las personas mayores. **Este informe no sólo muestra cuánto y cómo envejecen los argentinos sino también bajo qué condiciones sociales, económicas, sanitarias y subjetivas lo hacen.**

Matías Manzotti

Presidente SAGG

Edgardo Di Virgilio

Vicepresidente Gerontológico SAGG



RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe analiza la evolución de las condiciones de vida de las personas de 60 años y más en la Argentina entre 2017 y 2025, considerando dimensiones clave para una vejez digna: subsistencia económica, hábitat y vivienda, acceso a la salud y bienestar subjetivo. Los resultados muestran que el envejecimiento se encuentra fuertemente condicionado por las desigualdades socioeconómicas, las cuales determinan oportunidades muy diferentes de acceso al bienestar.

La situación económica de las personas mayores se ha deteriorado durante el último bienio. La **insuficiencia de ingresos** alcanzó al 46,0% de los hogares con personas mayores en 2024-2025, el valor más elevado de toda la serie analizada y cinco puntos porcentuales por encima del período 2022-2023. La problemática afecta especialmente a los estratos socioeconómicos bajos (55,2%) y muy bajos (71,1%), donde más de siete de cada diez hogares declaran que sus ingresos no alcanzan para cubrir gastos básicos.

En el mismo sentido, la **inseguridad alimentaria** aumentó sostenidamente durante el período, pasando de 12,3% en 2017-2019 a 18,4% en 2024-2025. Las desigualdades son profundas: mientras en el estrato medio alto afecta al 1,1% de las personas mayores, alcanza al 39,1% entre quienes pertenecen al nivel socioeconómico muy bajo. De esta manera, las personas mayores del estrato muy bajo presentan un riesgo de inseguridad alimentaria más de 35 veces superior al observado en el estrato medio alto.

Asimismo, el 21,3% de los hogares con personas mayores debió **dejar de pagar algún servicio público por razones económicas**, cifra que asciende a casi cuatro de cada diez hogares en el estrato más vulnerable (39,4%).

Aunque las necesidades económicas aumentan, la **cobertura de programas sociales** no acompaña la magnitud de las privaciones. Mientras que el

71,1% de los hogares muy bajos presenta insuficiencia de ingresos, solo el 42,4% recibe algún programa de transferencia o asistencia alimentaria. Además, la cobertura general entre los hogares con personas mayores descendió de 30,6% durante la pandemia a 26,8% en 2024-2025.

Los **déficits habitacionales** continúan afectando a una proporción importante de las personas mayores. El 11,8% reside en viviendas que no cumplen condiciones adecuadas, situación que se agrava entre los sectores más pobres, donde el indicador alcanza al 27,5%. Por otra parte, el déficit de acceso a servicios básicos (agua, gas o saneamiento) afecta al 25,2% de la población mayor y alcanza al 49,3% entre quienes pertenecen al estrato socioeconómico muy bajo. Es decir, prácticamente una de cada dos personas mayores pobres presenta carencias en servicios esenciales del hogar.

La salud constituye una de las dimensiones donde se observan los deterioros más importantes. El 35,2% de los hogares con personas mayores debió **postergar o resignar atención médica o medicamentos por motivos económicos**, registrándose el valor más alto de la serie. El aumento respecto de 2022-2023 fue de casi 10 puntos porcentuales. Entre los hogares muy bajos, esta dificultad alcanza al 55,0%.

Durante 2025, aproximadamente el 74% de las personas mayores afiliadas utilizó PAMI para consultas médicas y el 70% para la compra de medicamentos. Sin embargo, mientras el 61,7% evalúa positivamente la atención médica, sólo el 49,7% valora positivamente la cobertura de medicamentos. Las valoraciones resultan más bajas entre los sectores socioeconómicos más vulnerables.

Adicionalmente, el 28,9% de las personas mayores presenta una **percepción negativa de su estado de salud**. Esta proporción es más de tres veces superior a la observada entre la población de 18 a 59

años (9,0%) y se incrementa entre los grupos socialmente más vulnerables.

Uno de los resultados más preocupantes del estudio es el marcado crecimiento del **malestar psicológico**. Entre 2017-2019 y 2024-2025 el indicador aumentó de 19,5% a 34,0%, constituyéndose en uno de los deterioros más pronunciados de toda la serie. En el estrato socioeconómico muy bajo afecta al 51,8% de las personas mayores, es decir, a más de la mitad de esta población. Estos resultados sugieren que las dificultades económicas, las restricciones de acceso a bienes y servicios y la incertidumbre cotidiana tienen consecuencias significativas sobre la salud mental de las personas mayores.

El bienestar subjetivo también evidencia señales de deterioro. El **déficit de proyectos personales** alcanzó al 26,8% de las personas mayores, reflejando dificultades para pensar el futuro más allá de las necesidades inmediatas. Entre los sectores muy bajos el indicador asciende al 36,6%.

Por su parte, el **sentimiento de infelicidad** aumentó de 15,1% a 17,5% durante el período estudiado y afecta a casi una cuarta parte de las personas mayores del estrato muy bajo (23,6%).

La **soledad** continúa constituyendo un desafío relevante. Tras el fuerte incremento registrado durante la pandemia (33,6% en 2021), el indicador descendió, aunque en 2025 todavía alcanza al 16,0% de las personas mayores. La situación es especialmente frecuente entre quienes viven solos, donde la incidencia asciende al 22,6%.

Al mismo tiempo, el informe destaca que una proporción importante de las personas mayores experimenta **déficits de contención social** y que la **espiritualidad** continúa funcionando como un recurso protector asociado al bienestar y la satisfacción vital. Los datos de 2025 muestran que: el 12,9% se declara insatisfecho con su vida. El 27,2% está insatisfecho con su salud. El 51,9% percibe falta de contención social. La falta de contención social constituye el déficit más extendido entre los recursos psicosociales evaluados y alcanza niveles especialmente elevados en hogares multipersonales mixtos (57,9%), estratos medios bajos (58,9%) y personas con bajo nivel educativo (55,0%). Asimismo, sólo el 19,9% manifiesta ausencia de creencias espirituales, lo que sugiere que la espiritualidad continúa funcionando como un recurso significativo para el bienestar subjetivo de gran parte de la población mayor.

La evidencia reunida muestra que **las desigualdades sociales continúan siendo el principal determinante de las condiciones de vida en las personas mayores**. Los déficits más severos en materia de ingresos, acceso a la alimentación, servicios básicos, atención de la salud, salud mental y bienestar subjetivo **se concentran sistemáticamente en los estratos socioeconómicos bajos y muy bajos**. En particular, **el período 2024-2025 revela un agravamiento simultáneo de tres dimensiones críticas: la insuficiencia de ingresos (46,0%), las dificultades de acceso a la salud (35,2%) y el malestar psicológico (34,0%)**, configurando un escenario de creciente vulnerabilidad para amplios sectores de la población mayor.

Los resultados refuerzan la **necesidad de políticas públicas integrales** orientadas a fortalecer los ingresos, ampliar el acceso efectivo a servicios de salud y medicamentos, prevenir el deterioro de la salud mental y promover redes comunitarias de apoyo que permitan **garantizar una vejez con mayor bienestar, autonomía e inclusión social**.



// Enrique Amadasi

INTRODUCCIÓN

Hace doce años, a principios de 2014, en la Universidad Católica Argentina se iniciaron los estudios sobre personas mayores que tuvieron como fuente principal la importante y abundante información relevada anualmente por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la UCA. El compromiso estratégico era dar visibilidad, instalar en agenda y posibilitar el inicio de acciones que atiendan a las situaciones atravesadas por las personas mayores en nuestra sociedad, así como también a su integración comunitaria. Así nació una nueva línea de investigación denominada Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, que contó -en la mayor parte de todo este trayecto investigativo- con la participación asociada de la Fundación Navarro Viola y del Banco Supervielle, en tanto instituciones interesadas en el conocimiento de las condiciones de vida de las personas mayores.

Desde entonces se publicaron y difundieron en todo el país quince documentos sobre este campo, algunos sobre una variedad de aspectos y otros sobre temas más específicos.

En paralelo a las publicaciones de esta nueva línea de investigación, 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.

Desde los primeros documentos sobre las personas mayores (Amadasi, Tinoboras & Rivero, 2015), uno de los ejes que recibió mucha atención es el de la capacidad de subsistencia de los hogares y las personas mayores. Los resultados más recientes sobre esta esfera de las capacidades económicas se presentan en la primera sección de este documento.

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. Una curiosa situación que se presenta en una sociedad que llega a la longevidad de los países más desarrollados del mundo, pero con muchas de sus personas mayores que no tienen los 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 está muy instalada la cuestión de los magros ingresos previsionales para una enorme mayoría que solo percibe una jubilación mínima, hay atrás 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. Un sistema -no solo en la Argentina- que fue diseñado hace muchos años para una longevidad infinitamente menor que la actual. Es también cierto que una larga historia inflacionaria -agravada en los últimos tiempos previos al nuevo escenario macroeconómico- 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 sin recursos materiales, con la excepción muy dispar, por cierto, de su vivienda, más entendida como “el techo compartido”, respecto del entorno que la rodea.

De estas condiciones materiales, aquí se presentan los resultados sobre siete de sus dimensiones: la insuficiencia de ingresos -pobreza subjetiva-, la inseguridad alimentaria, el dejar de pagar algún servicio público por cuestiones económicas, la percepción de programas sociales de transferencia de ingresos o asistencia alimentaria directa y otras tres en la

esfera del hábitat y la vivienda: el déficit de acceso a la vivienda digna, el hacinamiento y el déficit de acceso a servicios domiciliarios de red.

Los resultados más recientes –correspondientes al bienio 2024-2025- son preocupantes: un importante aumento de la insuficiencia de ingresos en los hogares con personas mayores -5,0 pp.-. Y aunque su incidencia sea menor -hay muchos más hogares con insuficiencia de ingresos que con inseguridad alimentaria-, también de la inseguridad alimentaria -2,7 pp.-. Y en la esfera del hábitat y la vivienda, un cierto aumento del déficit de acceso a servicios domiciliarios de red. Este es el cuadro de las personas mayores en lo que hace a sus recursos materiales que acompaña al nuevo escenario macroeconómico.

Todavía en el imaginario social y colectivo, 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 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.

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. Para este nuevo documento, se han seleccionado tres indicadores: el estado de salud percibido, la dificultad para la atención de la salud por razones económicas y el ya mencionado malestar psicológico.

También respecto de salud, los resultados más recientes -los del bienio 2024-2025- son preocupantes: un muy importante aumento de la dificultad en la atención de la salud por razones económicas -9,4 pp.-. Se trata de un indicador de las condiciones de salud muy relacionado con la insuficiencia de ingresos comentada más arriba. Y el otro resultado muy preocupante es el muy importante aumento del malestar psicológico -8,9 pp.-. Estos dos primeros años del nuevo escenario macroeconómico -cuya evaluación y comentarios escapan del todo a los objetivos de este documento- fueron de mucho estrés psicológico para las personas mayores: más autoregistro de situaciones de ansiedad y depresión.

La cuarta sección de este documento aborda algunas dimensiones sobre los recursos psicosociales, acerca de los cuales la EDSA se constituye en una fuente casi única. Para esta publicación se utilizaron tres indicadores: el déficit de proyectos personales, el sentimiento de infelicidad y el sentimiento de soledad. Los resultados más recientes -los del bienio 2024-2025- muestran que no hubo variaciones recientes en dos de estos indicadores, uno de los cuales es el sentimiento de infelicidad. Los mencionados aumentos respecto tanto de la insuficiencia de ingresos como del malestar psicológico no fueron acompañados por un aumento de la incidencia de sentirse poco o nada feliz. Por lo menos, no todavía. Sí hubo un cierto aumento en el tercer indicador del bienestar subjetivo -el sentimiento de soledad-. Debería interpelarnos que, en una sociedad como la nuestra, tan autoproclamada “familiar y amigüera” esté aumentando la cantidad de personas mayores que se sienten solas, aun viviendo acompañadas. Y además que este proceso esté afectando más a los mayores que a los sub-60, como se señala más adelante.

Aunque tal vez los resultados más recientes despierten mayor interés, es importante contextualizar estos resultados; para lo cual es recomendable verlos a la luz de un período más amplio. En el caso de este documento, del período 2017-2025¹. Como en el anterior, con cuatro sub-períodos: i) los años de la pre-pandemia (2017 a 2019), ii) el bienio de la pandemia (2020-2021), iii) el bienio de la salida de la pandemia (2022-2023) y iv) el bienio más reciente (2024-2025), que coincide con un nuevo escenario macroeconómico.

Este documento estadístico se complementa con la incorporación de tres informes de investigación, elaborados con información relevada en el año 2025. El primero de ellos, de mi autoría, se refiere al uso y la evaluación de las prestaciones del PAMI sobre la realización de consultas médicas y la cobertura de medicamentos. Los restantes informes de investigación, ambos con autoría del Dr. José Eduardo Moreno refieren respectivamente, a la importancia de las creencias espirituales para el afrontamiento de las

1. El documento anterior sobre las personas mayores (Amadasi, et al., 2024) se había referido con profundidad al período 2013-2023.

problemáticas presentes en las distintas etapas de la vejez y a las necesidades de apoyo psicosocial en relación con el bienestar subjetivo de las personas mayores.

Esta línea de investigación iniciada en 2014 permitió acuñar una frase que expresa todo un resultado: no hay vejez, hay vejezes. No hay “un” tipo de persona mayor expresado en una cifra promedio que resuma las vejezes de los 6 millones de mayores de los primeros años de 2010 -cuando se iniciaron estos estudios- o de los 7,5 millones actuales, conocidos los resultados del último censo demográfico del año 2022.

Esta heterogeneidad y también su aporte para el diseño de las políticas públicas hacen necesario segmentar el universo de las personas mayores. Por eso las variables de corte. Están todas las utilizadas en los estudios del ODSA: aquellas que son características más estructurales, como el nivel socioeconómico y las regiones urbanas, y aquellas que son características individuales, como el tipo de hogar, el nivel educativo, los grupos de edad y el sexo. Y por primera vez, una nueva variable de corte: la insuficiencia de ingresos (del hogar donde vive la persona mayor), un indicador de las capacidades económicas y también una dimensión de la cual se ha hablado y escrito mucho desde el nuevo escenario macroeconómico.

Se decía más arriba que no hay vejez, hay vejezes. 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 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. En el texto que se presenta a continuación se podrá ver que como cierre del análisis de cada indicador hay una breve síntesis que señala los factores que potencian o protegen de cada uno de los déficits analizados. Casi no hay referencias a la edad cronológica². 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 estos doce años de estudios realizados surge que los factores diferenciales son los que expresan las desigualdades sociales. En varias dimensiones de la vejez en la Argentina pesa mucho el nivel educativo

alcanzado, especialmente el haber finalizado o no el secundario. Este indicador es mejor predictor de una buena vejez que la edad cronológica, especialmente en lo que hace al acceso a la vivienda digna, al malestar psicológico, al déficit de proyectos personales y al sentimiento de soledad. Y especialmente pesa el nivel socioeconómico. Frecuentemente las diferencias entre los diferentes niveles son importantes y en algunos casos, abismales. Respecto de la dimensión que sea. En todos los indicadores presentados en este documento, el nivel socioeconómico muy bajo es el principal factor de riesgo.

Y también pesa mucho el tipo de hogar, un verdadero hallazgo de esta línea de estudios. No es lo mismo vivir solo que vivir acompañado. Y no es lo mismo vivir acompañado por alguien también mayor que hacerlo en un hogar que incluya aún no mayores -los sub-60-. Para cinco de los indicadores analizados, el tipo de hogar es un factor de peso. En los hogares multipersonales puros, se potencian el dejar de pagar servicios públicos -capacidades económicas-, el hacinamiento -hábitat y vivienda- y las dificultades en la atención de la salud por razones económicas -salud-. Por su lado, en los hogares unipersonales -los que viven solos- se potencian dos de los indicadores de bienestar subjetivo: el sentimiento de infelicidad y el sentirse solo/a. Por eso en todas las tablas que se presentan a continuación, los resultados están desagregados por estas “variables de corte” que sirven para segmentar este colectivo enorme de 7,5 millones de personas mayores y así comprender mejor sus diferentes condiciones de vida.

2. Las excepciones son dos: la edad más avanzada (75 años y más) es un importante factor de riesgo para uno de los indicadores de salud -déficit de estado de salud percibido- y para uno de los indicadores de bienestar subjetivo -déficit de proyectos personales-.

Sección 1

SUBSISTENCIA ECONÓMICA DE LOS HOGARES CON PERSONAS MAYORES

TABLA DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
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 les resultan suficientes para cubrir sus gastos mensuales.
Inseguridad alimentaria	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).
Dejó de pagar algún servicio público por razones económicas	Por razones económicas en el hogar dejar de pagar algún servicio público en los últimos 12 meses.	Porcentaje de hogares que mencionaron no poder pagar algún servicio público por razones económicas.
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.

1.1. La insuficiencia de ingresos

Las personas mayores, al igual que el resto de la población, necesitan recursos monetarios, independientemente de su procedencia³, para afrontar sus gastos en alimentación, vestimenta, vivienda, equipamiento y funcionamiento del hogar, salud, transporte, esparcimiento, etc.

En el trabajo de J. Vera y J. Bonfiglio (2023, p.23) se incluye una sección dedicada a la autopercepción 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,

3. Según INDEC (2023), el 81,4% de la población en edad jubilatoria recibe 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-.

está haciendo referencia a que no puede sostener el nivel de gastos en bienes y servicios que le permitan responder a sus patrones habituales de consumo a los que desearía tener (entre los que posiblemente se encuentren bienes secundarios no esenciales para la subsistencia, servicios de esparcimiento, etcétera)”.

Cabe aclarar que el mencionado 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 autodeclaran 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 menores de 60 años)- 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.

Es importante destacar que no se trata de determinar si los hogares tienen o no ingresos insuficientes, sino que declaran o auto perciben que los ingresos no cubren sus gastos. No existe un parámetro objetivo estandarizado aplicable a todos los hogares, sino una respuesta basada en la percepción subjetiva de los entrevistados.

De acuerdo con las mediciones del período bajo análisis (2017-2025), 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. En un contexto general de deterioro económico para todos los hogares, con y sin personas mayores -a casi la mitad de los hogares “la plata no le alcanza”- los hogares con personas mayores presentan una situación relativamente más favorable (ver Tabla DE 1.1 y Gráfico 1).

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 que los ingresos rindieron más durante ese período (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. Durante el último bienio, la incidencia es del 46,0% en los hogares con mayores y del 45,4% en los hogares sin mayores. Respecto del bienio anterior, si bien la insuficiencia de ingresos aumentó para los dos tipos de hogares -con y sin mayores-, lo hizo con más fuerza en los hogares con mayores -un aumento de 5 pp.

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 incidencia se duplica. Y en el nivel siguiente -el bajo- llega 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 pre-pandemia. En el último bienio (2024-2025), la incidencia fue del 71,1% en el nivel muy

bajo, del 55,2% en el bajo, del 33,1% en el nivel medio bajo y del 13,0% en el medio alto. Respecto del bienio anterior, excepto en el medio alto donde la insuficiencia no aumentó, en todos los niveles hubo aumentos importantes. Pero el aumento más importante fue en el nivel bajo -9,3 pp.

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. En el trienio 2017-2019 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 menores de 60 años 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. Durante el último bienio (2024-2025), la incidencia es del 52,6% entre los que viven solos, del 47,7% entre los multipersonales mixtos y del 33,5% entre los multipersonales

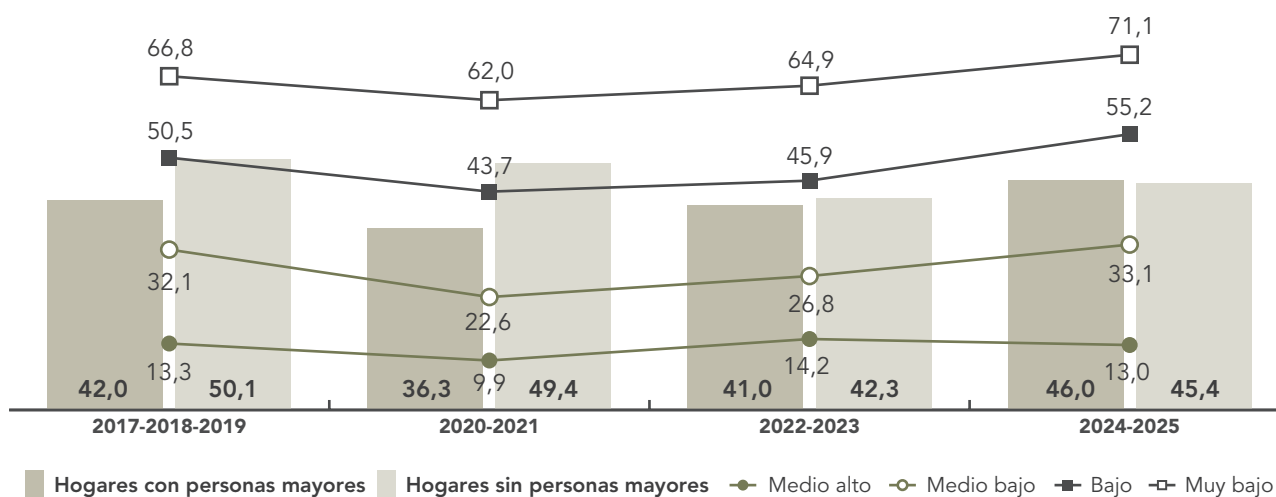
puros. Respecto del bienio anterior, ningún tipo de hogar estuvo exento de un aumento, pero entre los que viven solos fue muy significativo: 11,9 pp. Por el contrario, entre los multipersonales puros el aumento fue mucho menor.

La insuficiencia de ingresos tampoco afecta a los hogares de todos los contextos urbanos por igual. Su incidencia es mucho menor en CABA, aunque tampoco está exenta: dos de cada diez hogares la declaran. El contraste con las regiones del resto del país es notable, especialmente con el Conurbano Bonaerense donde la insuficiencia de ingresos alcanza a la mitad de los hogares con mayores. Fuera de CABA, esta carencia es algo menor en las ciudades medianas y pequeñas del Interior. En el último bienio, la incidencia es del 55,6% en el Conurbano Bonaerense, del 46,4% en los grandes aglomerados del Interior, del 38,3% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior y del 25,5% en CABA. Respecto del bienio anterior, el aumento fue muy importante en el Conurbano Bonaerense -7,8 pp. En cambio, en CABA el aumento fue mínimo.

En síntesis, la insuficiencia de ingresos se potencia en los hogares del nivel socioeconómico muy bajo, y en el Conurbano Bonaerense, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los hogares del nivel medio alto, y en CABA, en ese orden.

Gráfico 1

Insuficiencia de ingresos en hogares con y sin personas mayores según nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentaje de hogares.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

1.2. La inseguridad alimentaria

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

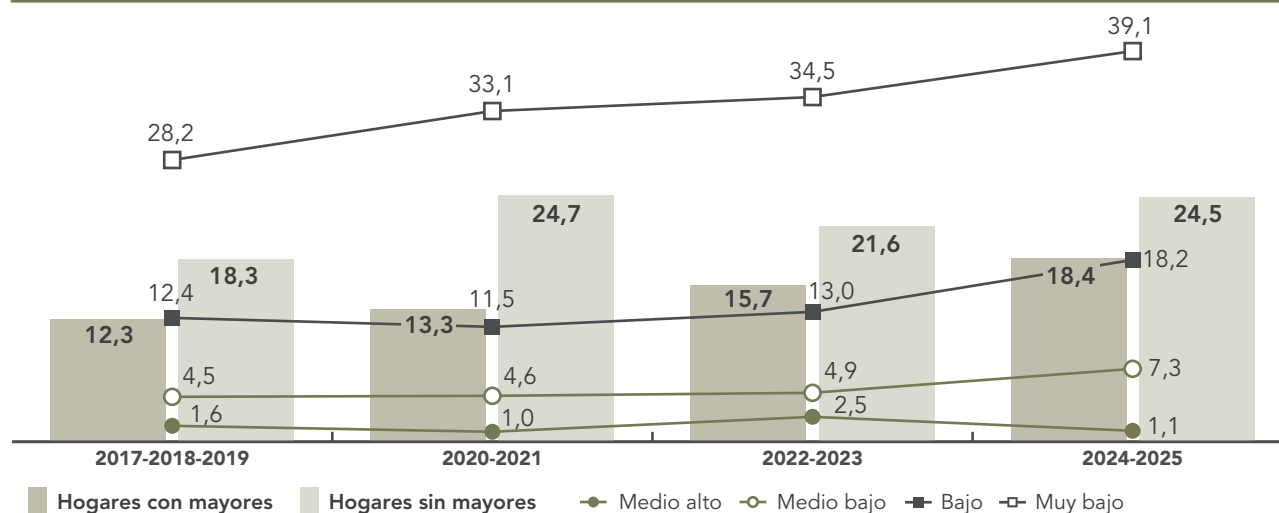
En Bonfiglio y Salvia (2023), se publican dos tablas sobre la inseguridad alimentaria total entre 2010 y 2022. Una de ellas se expresa en porcentaje de hogares y la otra en porcentaje de población. De la tabla de hogares (pág. 96) surge que: I) se trata de un indicador que viene creciendo, II) que aumenta 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 es 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 venía 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 sea mayor a uno de cada diez hogares. Se trata de una carencia -muy básica- que viene aumentando dentro del periodo bajo análisis (2017-2025). En línea con lo ya presentado sobre insuficiencia de ingresos, la inseguridad alimentaria en los hogares sin personas mayores es aún mayor y supera a dos de cada diez hogares sin mayores. Estos resultados son motivo de preocupación por su magnitud y por su tendencia creciente -una doble preocupación: la incidencia misma y su evolución siempre creciente- sino que, dada la situación general, las personas mayores están mejor que el resto. Durante el último bienio, la incidencia es del 18,4% en los hogares con mayores y del 24,5% en el resto. Respecto del bienio anterior, hubo un aumento en un indicador tan crítico. Y este aumento reciente no fue muy distinto del de los hogares sin personas mayores (ver Tabla DE 1.2.)

Gráfico 2

Insuficiencia alimentaria en hogares con y sin personas mayores.
Años 2017-2025. En porcentaje de hogares.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

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 el periodo bajo análisis (2017-2025). Asimismo, se casi triplica 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 un tercio de los 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. En el último bienio, la incidencia es del 39,1% en el nivel muy bajo, del 18,2% en el bajo, del 7,3% en el nivel medio bajo y del 1,1% en el medio alto. Respecto del bienio anterior, hubo un aumento significativo en el nivel bajo -5,2 pp.- y en el muy bajo -4,6 pp.

Como también era esperable esta condición solo se encuentra entre los mayores de hogares con insuficiencia de ingresos. En el último bienio, la incidencia entre ellos es del 36,5%. Respecto del bienio anterior, la incidencia aumentó 4,1 pp. en los hogares con mayores e insuficiencia de ingresos.

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 menores de 60 años- donde se encuentra la mayor incidencia. En los hogares multipersonales mixtos es donde se registra un aumento importante y creciente a lo largo del periodo 2017-2025. Los que viven solos están en una situación intermedia. En el último bienio, la incidencia es del 22,0% en los hogares multipersonales mixtos, del 18,1% en los unipersonales y del 4,5% en los hogares multipersonales puros. Respecto del bienio anterior, hubo un aumento importante en los mayores que viven solos -6 pp.

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. No obstante, como se muestra más adelante, aumentó en forma significativa durante el último bienio.

El contexto urbano donde la inseguridad alimentaria es más frecuente es el Conurbano Bonaerense. Además, había mostrado una tendencia creciente, aunque en el último bienio permaneció estable. También viene creciendo a buen ritmo en los aglomerados del Interior. Del Interior, las ciudades medianas y pequeñas son las menos expuestas a la inseguridad

alimentaria. Hasta el bienio 2022-2023 no había indicios de que estuviera creciendo, pero esto cambió en último bienio. En el último bienio, la incidencia es del 21,2% en el Conurbano Bonaerense -sin cambios respecto del bienio anterior-, el 20,1% en los aglomerados del Interior -aumentó 3,8 pp., del 16,4% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior- aumentó también 3,8 pp.- y del 9,7% en CABA -un récord y un aumento de 6,9 pp.

En síntesis, la inseguridad alimentaria se potencia en los hogares del nivel socioeconómico muy bajo y con insuficiencia de ingresos, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia tan básica son los hogares del nivel socioeconómico medio alto, sin insuficiencia de ingresos, en CABA, del nivel medio bajo y los hogares multipersonales puros, en ese orden.

1.3. Dejar de pagar algún servicio público

Este otro indicador de las capacidades económicas refiere a aquellos hogares que mencionaron no poder pagar alguna vez servicios públicos por cuestiones económicas 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 públicos de conexión domiciliaria.

Los resultados indican que esto es menos frecuente en los hogares con personas mayores, en consonancia con su menor insuficiencia de ingresos. Sin embargo, esto ocurre en dos de cada diez hogares con personas mayores, una incidencia no menor. En los hogares sin personas mayores, la situación es aún peor. En el último bienio, la incidencia es del 21,3% en los hogares con mayores y del 26,4% en el resto. Respecto del bienio anterior hubo un aumento de 3,4 pp. Siendo de peso, no es mayor que el aumento respecto de la insuficiencia de ingresos (ver Tabla DE 1.3.)

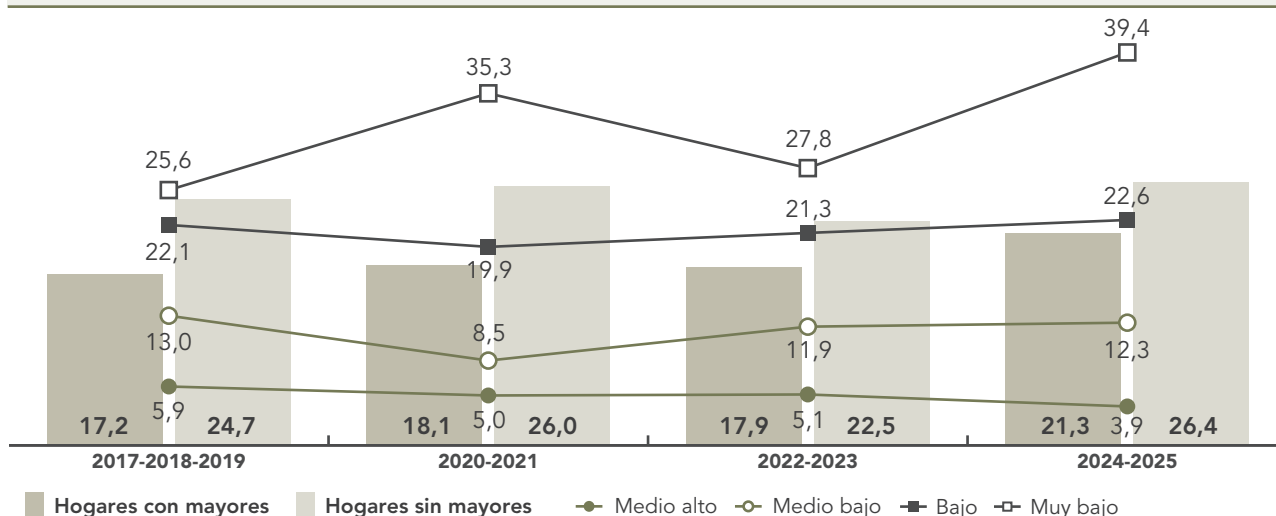
Si bien ninguno de los niveles socioeconómicos escapa a esto, se hace mucho más frecuente a medida que se desciende en el nivel. Tiene mucha menor incidencia en el nivel medio alto, pero hay que ver que, pese a ello, ocurre en uno de cada 20 hogares de ese nivel. Se duplica en el nivel siguiente -el medio bajo-, donde ocurre en uno de cada

10 hogares de ese nivel. Tiene otro salto en el nivel siguiente -el bajo- donde la incidencia es de dos hogares de cada diez. Y la incidencia máxima se ve en el nivel muy bajo, donde llega a un cuarto de los hogares. Una incidencia muy alta pero que debe ser matizada por el resto de los hogares que aun 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- pero aumentó en el nivel muy bajo y alcanzó registros nunca alcanzados

previamente. En el último bienio, la incidencia es del 3,9% en el nivel medio alto, del 12,3% en el medio bajo, el 22,6% en el nivel bajo y un muy importante 39,4% en el muy bajo -y un aumento de 11,6 pp. respecto del bienio anterior-, según se observa en el Gráfico 3. Los más recientes son resultados muy interesantes a la luz de los aumentos de las tarifas públicas y la revisión de las tarifas “sociales”. Si se trata de pagar algún servicio público, a quienes afectó especialmente -y mucho- fue a los hogares con personas mayores del nivel socioeconómico muy bajo.

Gráfico 3

Dejar de pagar algún servicio público por razones económicas en hogares con y sin mayores según nivel socioeconómico. Años 2017-2025. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

También como era esperable, la incidencia de este indicador se alinea con la insuficiencia de ingresos. El dejar de pagar algún servicio público afecta a más de un tercio de los hogares con mayores e insuficiencia de ingresos. Los otros dos tercios, aún con insuficiencia de ingresos, no recurren a esta práctica. Aunque no están exentos, la incidencia en los hogares sin insuficiencia de ingresos es mínima. En el último bienio, la incidencia en los hogares con insuficiencia de ingresos es del 38,1% -un aumento de 3,9 pp.- y de 7,0% en el resto de los hogares con mayores.

Ningún tipo de hogar escapa a esta práctica, pero es mucho más frecuente en los hogares donde los mayores conviven con menores de 60 años. En estos hogares alcanza a dos de cada diez y no muy lejos

de lo ocurrido en los hogares sin personas mayores. 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. Es claro que el tipo de hogar donde es menor la incidencia de este indicador es el multipersonal puro, donde también es menor la insuficiencia de ingresos. En el último bienio, la incidencia es del 25,6% en los hogares multipersonales mixtos, de 18,5% en los unipersonales y del 7,5% en los multipersonales puros. Respecto del bienio anterior hubo un aumento importante de 6,7 pp. entre los que viven solos -lo que constituye un dato preocupante- y de 4,7 pp. en los multipersonales mixtos.

Es en estos dos tipos de hogares donde las nuevas políticas tuvieron mayor impacto en materia de tarifas de servicios públicos. En cambio, entre los de hogares multipersonales puros, hubo una disminución significativa de la práctica de dejar de pagar algún servicio público, respecto del bienio anterior.

En consonancia con su menor insuficiencia de ingresos, esta práctica está menos extendida en CABA, donde su incidencia -uno de cada 20 hogares con mayores- es equivalente a la de los hogares del nivel medio alto de todo el país. La diferencia con el resto del país es notable. Su incidencia es máxima en el Conurbano Bonaerense -dos de cada 10 hogares-, no muy diferente de áreas metropolitanas del Interior. Respecto de este indicador, la situación está algo mejor en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, pero dentro de un escenario de bastante homogeneidad entre contextos urbanos, a excepción de CABA. En el último bienio, la incidencia es de 25,6% en las áreas metropolitanas del Interior, de 23,7 % en el Conurbano Bonaerense, de 23,1% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior y de 5,6% en CABA. Respecto del bienio anterior, los aumentos fueron especialmente importantes en el Interior, especialmente en las ciudades medianas y pequeñas -6,4 pp.- pero también en las áreas metropolitanas -4,0 pp.

En síntesis, la incidencia de este indicador se potencia en los hogares con insuficiencia de ingresos, del nivel socioeconómico muy bajo, donde conviven mayores con menores de 60 años (multipersonales mixtos) y en el Conurbano Bonaerense, en ese orden. Los menos afectados por este indicador de las capacidades económicas son los hogares con mayores de CABA, del nivel socioeconómico medio alto, sin insuficiencia de ingresos y multipersonales puros (mayores que conviven exclusivamente con otra persona también mayor), en ese orden.

1.4. La percepción de programas sociales de transferencia de ingresos o asistencia alimentaria directa

Tal como se dijo en Amadasi, Tinoboras y Rivero (2015) el sistema previsional y el mercado laboral -especialmente importante en los hogares donde conviven personas mayores y menores de 60 años- 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 trabajo de Bonfiglio y Salvia (2023, p.41), donde se analiza, entre otras cuestiones, el acceso a programas de protección social entre 2010 y 2022. Según este análisis hay

“tres grandes grupos de programas sociales. En primer lugar, el acceso a dos tipos de transferencias económicas: 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, pensión no contributiva, pensión por madre de 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, se analiza la evolución de los hogares y de las 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 fines de dar marco a nuestro documento puede agregarse según los tres primeros subperíodos que se utilizan en este documento sobre personas mayores. Así puede verse que en el subperíodo 2017-2019 el 41,6% de la población total accedía a programas sociales. En el subperíodo de la pandemia (2020-2021), la población asistida era el 50,1%. A la salida de la pandemia

(2022), la incidencia del acceso a la protección social era del 51,7%. Un aumento importante entre 2017 y 2022, pandemia mediante.

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 transferencia de ingresos 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 Bonfiglio y Salvia (2023).

Según la Tabla DE 1.4., en el período 2017-2025, casi tres de cada diez 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 diez hogares. Esto va en línea con lo presentado respecto de la insuficiencia de ingresos: en los hogares sin mayores, tanto la insuficiencia de ingresos como el acceso a la protección social son más altos. Lo contrario ocurre en los hogares con personas mayores. En el último bienio, el acceso a los programas de protección social es del 42,1% en los hogares sin mayores y del 26,8% en los hogares con mayores. Respecto del bienio anterior, no hubo aumentos, en un contexto de aumento de la insuficiencia de ingresos.

En línea con lo presentado respecto de la insuficiencia de ingresos, 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 exenta de esta asistencia social ni ésta llega a la totalidad en el nivel muy bajo. La distribución de estos programas sigue la estratificación por niveles socioeconómicos: alcanza a uno de cada veinte hogares en el medio alto, a dos de cada diez en el medio bajo, a un tercio en el nivel bajo y a más de cuatro de cada diez en el muy bajo. Debe señalarse que en el nivel muy bajo la incidencia de la insuficiencia de ingresos es de dos tercios, pero el acceso a la protección social es para cuatro de cada diez. Esta discrepancia es una medida de la insuficiencia de asistencia social en los hogares con personas mayores del nivel muy bajo y es una clara invitación a la revisión de esta anomalía. Esta discrepancia también aparece en el nivel bajo donde la incidencia de la

insuficiencia de ingresos es la mitad de los hogares, pero el acceso a estos programas sociales es para un tercio de los hogares de ese nivel. En el último bienio, el acceso a estos programas sociales fue del 42,4% en el nivel muy bajo, de 36,3% en el bajo, del 15,3% en el nivel medio bajo y el 5,0% en el medio alto. Respecto del bienio anterior hubo un aumento en el acceso en los hogares del nivel bajo -4,5 pp.-, acompañado de una disminución en los niveles medios alto y bajo -sugiere una mejor focalización- pero también en los hogares con mayores del nivel muy bajo -una disminución de 2,6 pp.

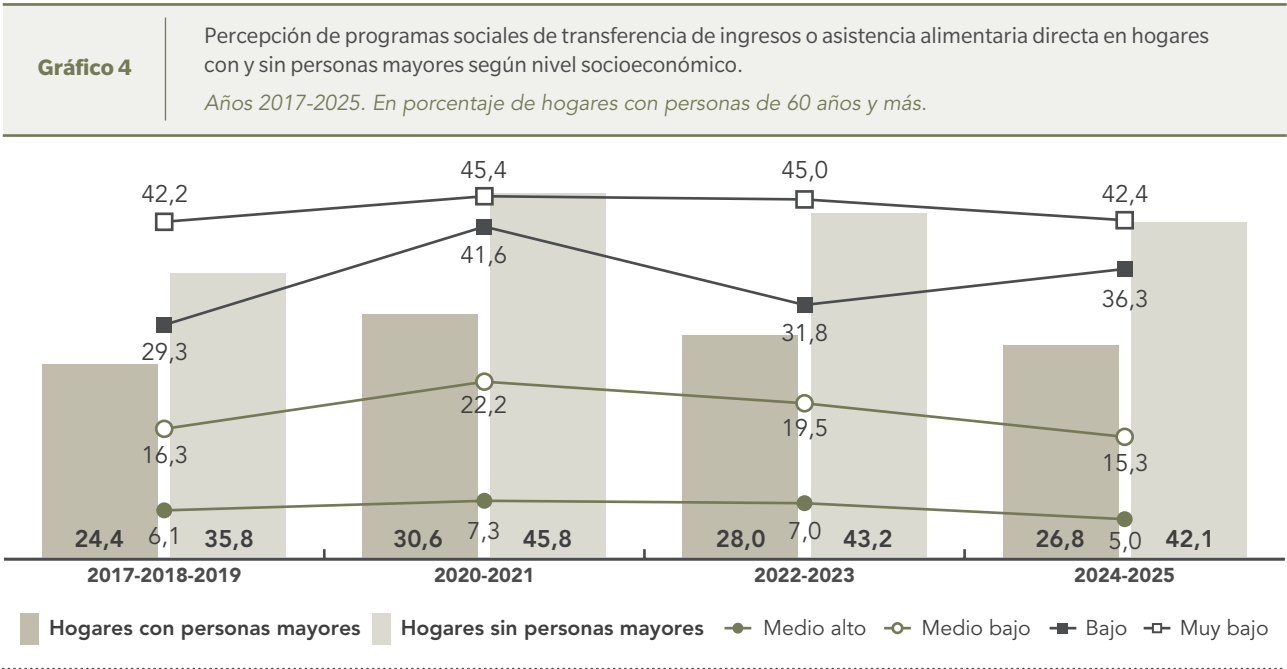
El otro factor de mucho peso es la insuficiencia de ingresos: el acceso a los programas sociales es de cuatro de cada diez hogares con insuficiencia de ingresos y de casi dos en el resto. Puede llamar la atención tanto acceso a la asistencia social en hogares que declaran que no tienen insuficiencia de ingresos. Pero también es posible que no la tengan porque están asistidos por estos programas de protección social. En el último bienio el acceso a esta modalidad de asistencia es de 37,7% de los hogares con insuficiencia de ingresos y 17,5% en el resto. Respecto del bienio anterior hubo una disminución de 4,2 pp. -importante- en los hogares con insuficiencia de ingresos.

Esta modalidad de programas sociales llega mucho más -el cuádruple- a los hogares con menores de 60 años 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 inseguridad alimentaria como insuficiencia de ingresos están mucho más presentes, no lo están en una proporción 4 a 1. Entre los que viven solos, la insuficiencia de ingresos afecta a cuatro de cada diez hogares y la inseguridad alimentaria a uno de cada diez hogares. En cambio, esta forma de asistencia social llega solo a uno de cada diez. 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 menores de 60 años -8,5 pp.- disminuía para los que viven solos -3,4 pp. En el último bienio, el acceso a los programas sociales es del 37,1% para los hogares multipersonales mixtos -sin variaciones

respecto del bienio anterior-, de 7,7% para los hogares multipersonales puros y del 5,3% para los hogares unipersonales, con una importante disminución de 5,4 pp. respecto del bienio anterior. Durante el último bienio, el señalado sesgo contra los que viven solos se hizo más evidente.

En relación directa con su menor inseguridad alimentaria e insuficiencia de ingresos, en CABA estos programas sociales tienen menor incidencia en los hogares con personas mayores: uno de cada diez hogares está incluido en esta modalidad. La cobertura de estos programas se triplica en todo el resto del país. Es curioso que, aunque fuera de CABA, los otros indicadores de capacidades económicas reconocen diferencias en distintos contextos urbanos, es relativamente uniforme en cuanto a la cobertura de estos programas sociales. Así, por ejemplo, mientras en el Conurbano Bonaerense se registra una mayor

inseguridad alimentaria e insuficiencia de ingresos, a la hora de la ayuda es la misma -incluso menor- que, en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, donde los otros indicadores de bienestar económico son menos críticos. Esto sugiere un sesgo de la ayuda, esta vez contra las personas mayores del Conurbano Bonaerense. En el último bienio, el acceso es del 38,3% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, de 28,2% en las áreas metropolitanas del Interior, de 27,2% en el Conurbano Bonaerense y del 10,6% en CABA. Respecto del bienio anterior, hubo un aumento muy importante en las ciudades medianas y pequeñas del Interior -7,6 pp.- y también, pero con menos fuerza en CABA -3,1 pp.-, acompañados por una disminución importante en el Conurbano Bonaerense -5,5 pp.- y también, pero con menos fuerza en las áreas metropolitanas del Interior -2,8 pp.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS DE LA SUBSISTENCIA ECONÓMICA DE LOS HOGARES CON PERSONAS MAYORES

Tabla DE 1.1

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

Insuficiencia de ingresos

Años 2017-2025. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUITAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	40,9	30,6	38,0	42,4
Estadístico hogares con persona: de 60 años y más	42,0	36,3	41,0	46,0
Límite superior	44,6	37,0	42,7	49,7
Hogares sin personas mayores	50,1	49,4	42,3	45,4
Total de hogares	47,2	45,0	41,9	45,6
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	10,5	5,8	10,1	8,8
Medio no profesional	28,8	22,3	22,4	27,3
Bajo integrado	48,9	39,7	44,6	52,8
Bajo marginal	65,0	61,3	66,0	64,1
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	13,3	9,9	14,2	13,0
Medio bajo	32,1	22,6	26,8	33,1
Bajo	50,5	43,7	45,9	55,2
Muy bajo	66,8	62,0	64,9	71,1
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16,5	17,5	24,3	25,5
Conurbano Bonaerense	52,3	41,7	47,8	55,6
Otras Áreas Metropolitanas	45,6	39,8	42,7	46,4
Resto Urbano Interior	39,0	36,6	34,8	38,3
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	40,9	31,3	40,7	52,6
Hogares multipersonales puros	32,8	28,9	31,5	33,5
Hogares multipersonales mixtos	45,5	39,6	43,7	47,7

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.2

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

Inseguridad alimentaria

Años 2017-2025. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUITAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	11,1	10,5	13,7	15,3
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	12,3	13,3	15,7	18,4
Límite superior	13,6	16,8	17,9	21,9
Hogares sin personas mayores	18,3	24,7	21,6	24,5
Total de hogares	16,1	20,9	19,6	22,4
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	1,5	0,0	2,0	0,0
Medio no profesional	4,5	3,5	4,9	8,2
Bajo integrado	12,9	14,1	15,2	18,5
Bajo marginal	27,9	30,0	32,9	33,3
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	1,6	1,0	2,5	1,1
Medio bajo	4,5	4,6	4,9	7,3
Bajo	12,4	11,5	13,0	18,2
Muy bajo	28,2	33,1	34,5	39,1
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	25,8	33,9	32,4	36,5
Sin insuficiencia de ingresos	2,5	1,7	4,1	3,0
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4,7	1,8	2,8	9,7
Conurbano Bonaerense	15,3	19,2	21,3	21,2
Otras Áreas Metropolitanas	13,2	13,9	16,3	20,1
Resto Urbano Interior	11,5	9,3	10,7	16,4
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	11,7	6,2	12,1	18,1
Hogares multipersonales puros	5,7	9,9	8,3	4,5
Hogares multipersonales mixtos	14,7	16,0	18,8	22,0

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.3

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

Dejó de pagar algún servicio público por razones económicas

Años 2017-2025. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	15,8	15,4	16,0	18,4
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	17,2	18,1	17,9	21,3
Límite superior	18,7	21,1	19,8	24,6
Hogares sin personas mayores	24,7	26,0	22,5	26,4
Total de hogares	21,9	23,4	21,0	24,7
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	5,2	3,5	5,1	1,8
Medio no profesional	11,7	8,8	11,4	13,5
Bajo integrado	20,1	18,1	18,5	20,4
Bajo marginal	25,7	36,5	28,3	36,3
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	5,9	5,0	5,1	3,9
Medio bajo	13,0	8,5	11,9	12,3
Bajo	22,1	19,9	21,3	22,6
Muy bajo	25,6	35,3	27,8	39,4
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	32,0	38,7	34,2	38,1
Sin insuficiencia de ingresos	6,5	6,3	6,5	7,0
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	7,4	2,9	3,1	5,6
Conurbano Bonaerense	19,2	24,6	21,5	23,7
Otras Áreas Metropolitanas	21,0	18,2	21,6	25,6
Resto Urbano Interior	18,2	16,4	16,7	23,1
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	12,8	11,3	11,6	18,5
Hogares multipersonales puros	9,5	10,2	14,0	7,5
Hogares multipersonales mixtos	21,1	21,9	20,9	25,6

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 1.4

CAPACIDADES SOCIOECONÓMICAS

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

Años 2017-2025. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	25,5	27,4	25,8	23,5
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	24,4	30,6	28,0	26,8
Límite superior	28,7	33,8	30,4	30,4
Hogares sin personas mayores	35,8	45,8	43,2	42,1
Total de hogares	31,6	40,7	38,1	36,9
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	5,0	3,0	3,9	0,4
Medio no profesional	12,7	17,0	14,8	9,6
Bajo integrado	28,6	35,7	31,2	28,5
Bajo marginal	43,1	49,6	45,8	48,3
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	6,1	7,3	7,0	5,0
Medio bajo	16,3	22,2	19,5	15,3
Bajo	29,3	41,6	31,8	36,3
Muy bajo	42,2	45,4	45,0	42,4
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	36,3	49,8	41,9	37,7
Sin insuficiencia de ingresos	15,7	19,6	18,4	17,5
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9,0	9,6	7,5	10,6
Conurbano Bonaerense	25,0	37,4	32,7	27,2
Otras Áreas Metropolitanas	31,9	30,8	31,0	28,2
Resto Urbano Interior	30,3	33,4	30,7	38,3
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	11,5	8,1	10,7	5,3
Hogares multipersonales puros	11,2	12,6	9,1	7,7
Hogares multipersonales mixtos	32,6	41,1	38,6	37,1

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

TABLA DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Déficit de acceso a una vivienda digna	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.
Déficit de acceso a servicios públicos	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.
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.

2.1 Déficit de acceso a una vivienda digna

En Amadasi, Tinoboras y Rivero (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.

En la Argentina, la Ley 27.360 (2017), que aprueba la Convención Interamericana sobre Protección de los derechos humanos de las personas mayores de 2015, se refiere específicamente en su art. 24 al derecho a la vivienda digna y adecuada.

“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 antes de nuestro período bajo análisis y que tras ese período la dinámica persiste.

En ese documento la unidad de análisis son los hogares. En cambio, en el presente documento, la unidad de análisis son las personas que viven en hogares. Al menos una de cada diez personas mayores

no tiene acceso a una vivienda digna. Si bien entre la población de 18 a 59 años la proporción casi se duplica (alcanzando al menos a dos de cada diez personas), ello no disminuye la gravedad del resultado. No obstante, las personas mayores presentan una situación comparativamente más favorable en relación con este indicador. El contraste es aún más marcado si la comparación es con población 0 a 17 años, los niños, niñas y adolescentes: entre ellos, esta carencia habitacional afecta a casi cuatro de cada diez. En el bienio 2024-2025, la incidencia es del 11,8% entre las personas mayores -semejante al bienio anterior (2022-2023)-, del 24,6% entre los de 18 a 59 años -aumentó 1,4 pp. respecto del bienio anterior- y del 38,0% entre los niños, niñas y adolescentes (aumentó 1,7 pp. respecto del bienio anterior), según la Tabla DE 2.1.

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 el último bienio, la incidencia es del 14,1% entre los de 60 a 74 años y de 6,6% entre los de 75 años y más.

En cuanto al sexo, en todos los subperíodos, 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. En el último bienio, la incidencia es del 14,0% entre los varones y del 10,3% entre las mujeres, una brecha superior a la de los subperíodos anteriores.

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.

Como era esperable, tampoco es un problema para los niveles socioeconómicos 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 las

personas mayores pertenecientes al nivel socioeconómico muy bajo reside en viviendas que cumplen este criterio. En el último bienio, la incidencia es del 1,1% en el nivel medio alto, del 6,0% en el medio bajo, del 11,9% en el nivel bajo y del 27,5% en el muy bajo. Es en el nivel muy bajo donde hubo un aumento -bastante- de 2,6 pp. respecto del bienio anterior.

También como era esperable esta carencia es mucho más frecuente entre los mayores en hogares con insuficiencia de ingresos. En el último bienio, este déficit alcanza al 20,7% de las personas mayores en hogares con insuficiencia de ingresos y al 5,6% de las personas mayores sin insuficiencia de ingresos. Durante el período 2017-2025, al menos dos de cada diez mayores en hogares con insuficiencia de ingresos tienen esta carencia habitacional.

En el trabajo citado de Vera y Bonfiglio 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 entre los mayores que conviven con menores de 60 años. 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 solas están en una situación intermedia, ni tan mal como la de los hogares multipersonales mixtos ni tan bien como la de los hogares multipersonales puros. En el último bienio, este déficit alcanza al 14,6% de los que viven en hogares multipersonales mixtos, al 11,4% de los que viven solos y al 5,8% de los que viven en hogares multipersonales puros.

En CABA, el acceso a una vivienda digna para las personas mayores es prácticamente universal. La incidencia de esta carencia tan básica es mayor en el Conurbano Bonaerense y bastante menor en el Interior, tanto en los grandes aglomerados como en las ciudades medianas y pequeñas. En el último bienio, esta carencia alcanza al 15,3% de los mayores que residen en el Conurbano Bonaerense, al 12,9% en las ciudades medianas y pequeñas, al 10,1% en las otras áreas metropolitanas y al 3,6% de las personas

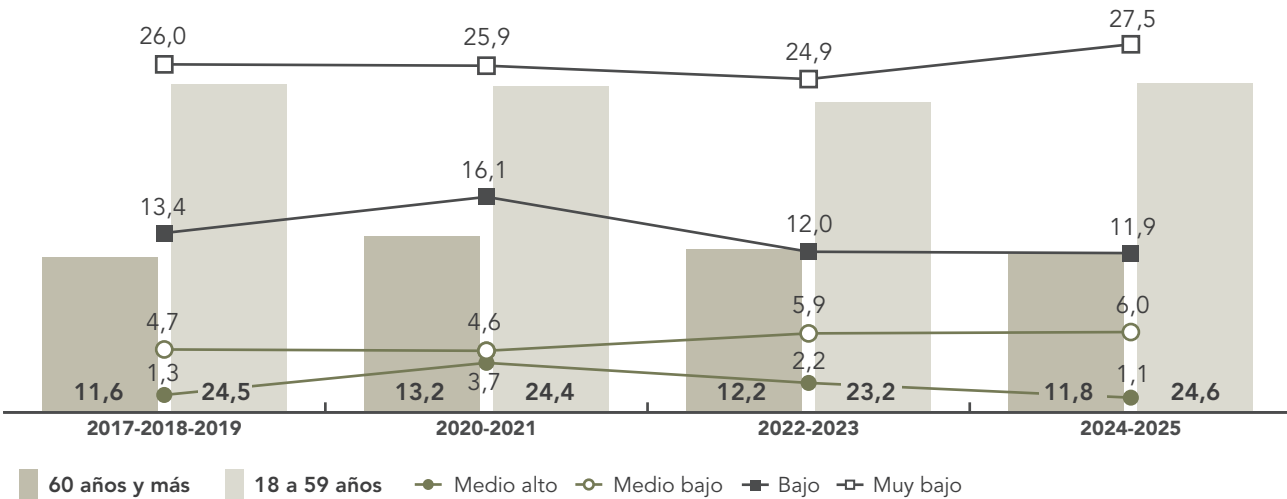
mayores de CABA. Es en las ciudades medianas y pequeñas del Interior donde hubo un aumento respecto del bienio anterior.

En síntesis, el déficit de acceso a la vivienda digna se potencia entre las personas mayores en hogares con nivel socioeconómico muy bajo, con insuficiencia

de ingresos 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, los que residen en CABA y los que tuvieron mayores oportunidades educativas, en ese orden.

Gráfico 5

Personas mayores en hogares con déficit de acceso a vivienda digna según nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

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 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 período 2004-2023, es decir, más prolongado pero que no incluye al bienio 2024-2025. Por eso es interesante

señalar que en ese trabajo se aclara que “en relación con el 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 con relación al acceso a la red de agua corriente, las mejoras tendieron a concentrarse entre los años 2004 y 2010”. Es decir, antes del período al cual se refiere nuestro documento (2017-2025).

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 cloacas⁴.

Los resultados muestran que una de cada cuatro 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. En el bienio 2024-2025, la incidencia es del 25,2% entre los mayores, y con un aumento -importante- de 2,6 pp. respecto del bienio anterior (ver Tabla DE 2.2.).

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 menores de 18 años, cuya población de niños, niñas y adolescentes es la más carenciada también respecto al acceso a servicios domiciliarios de red, casi uno de cada cuatro. 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 mayor. 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 -60 a 74 años-, sino sobre los menores de 60 años y también sobre los menores de 18 años. También puede señalarse que es entre los de 60 a 74 años donde se registró el mayor aumento respecto del bienio anterior (ver Gráfico 6).

Como en el anterior indicador habitacional, en éste el déficit afecta más a los varones que a las

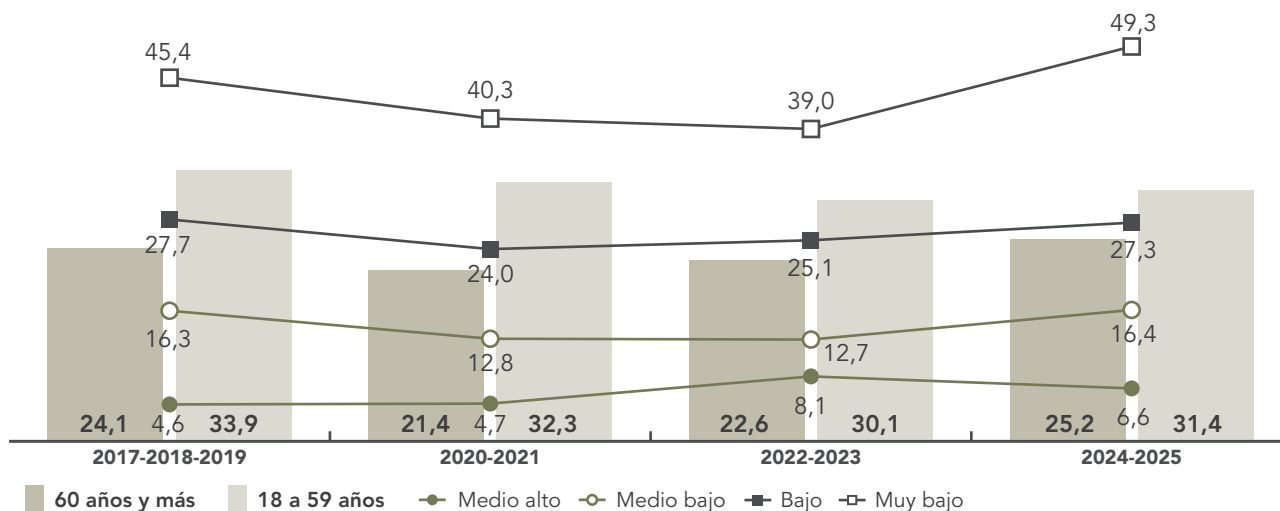
mujeres mayores. Es entre ellos que se registra el mayor aumento respecto del bienio anterior.

Es notable la brecha respecto de este indicador entre los que tuvieron mayores oportunidades educativas y los que no. No es que los más educados estén exentos de este déficit -uno de cada diez-, pero su incidencia 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. Durante el último bienio la incidencia es del 37,1% entre los de menor nivel educativo y de 9,0% entre los de mayor nivel educativo. La brecha entre ambos se agrandó -4 a 1- durante el último bienio. El mayor aumento de la incidencia en el último bienio se registró entre los de menor nivel educativo.

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

Gráfico 6

Personas mayores en hogares con déficit de acceso a servicios, según nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

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 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. En el último bienio, la incidencia es del 49,3% en el nivel socioeconómico muy bajo, del 27,3% en el bajo, 16,4% en el nivel medio bajo y del 6,6% en el medio alto. Hubo un fuerte aumento -10,3 pp.- en el nivel muy bajo, respecto del bienio anterior.

Este déficit de acceso a servicios tan básicos como el gas y las cloacas es mucho más frecuente entre las personas mayores en hogares con insuficiencia de ingresos. En el período bajo análisis (2017-2025) la brecha es superior a 2 a 1, pero en el último bienio se agrandó. La incidencia en el último bienio es del 41,6% entre los de hogares con insuficiencia de ingresos y de 13,6% entre el resto. El aumento -fuerte-, respecto del bienio anterior, se produjo entre los mayores en hogares con insuficiencia de ingresos.

Son las personas mayores que conviven con menores de 60 años 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. En el último bienio, la incidencia es del 29,3% entre los que viven acompañados por menores de 60 años, de 21,1% entre los que viven solos y del 17,9% para los que viven acompañados exclusivamente de otra persona también mayor. Hubo un fuerte aumento respecto del bienio anterior entre los que viven solos.

Los déficits son muy distintos entre las diferentes regiones urbanas. El acceso es universal entre las personas mayores de CABA. El déficit existe, pero muy por debajo del promedio total en las ciudades medianas y pequeñas del Interior -Resto Urbano Interior-, donde su incidencia es semejante 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 y pequeñas del Interior. Durante el último bienio, la incidencia es del 38,4% en el Conurbano Bonaerense, del 23,2% en las Otras áreas metropolitanas,

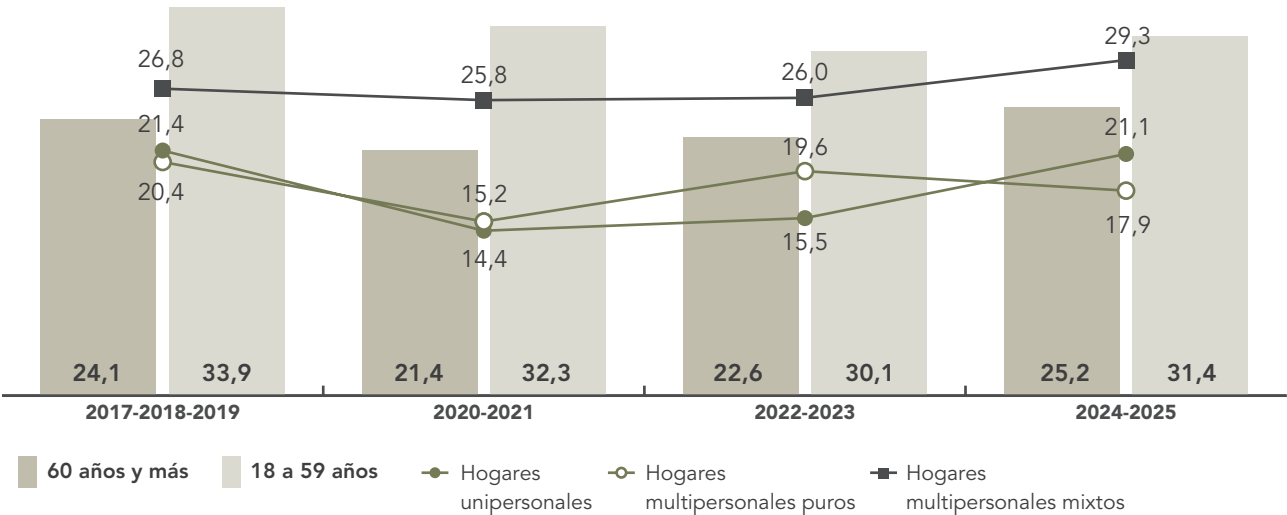
del 14,2% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior y del 1,7% en CABA. Respecto del bienio anterior, hubo un aumento importante en el Conurbano Bonaerense.

En síntesis, el déficit de acceso a servicios se potencia entre las personas mayores en hogares del

nivel socioeconómico muy bajo, que residen en el Conurbano Bonaerense, y en hogares con insuficiencia de ingresos, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los residentes en CABA, del nivel socioeconómico medio alto, y los que tuvieron mayores oportunidades educativas, en ese orden.

Gráfico 7

Personas mayores en hogares con déficit de acceso a servicios, según tipo de hogar.
Años 2017-2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

2.3. El hacinamiento

Desde los inicios de los estudios estadísticos sobre pobreza en Argentina (INDEC, 1984), este indicador fue incluido entre las necesidades básicas insatisfechas. En Amadasi, Tinoboras y Rivero (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/habitación 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 la Argentina, la ya mencionada Ley 27.360 (2017) no hace mención específica al hacinamiento en su art. 24 sobre derecho a la vivienda.

En el ya mencionado trabajo de Vera y Bonfiglio

(2023), junto a muchos otros indicadores de hábitat y de 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 a los autores 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 que si en vez de analizar el período de los 20 años (2004-2023) se pone el foco en los últimos 10 años de ese período (2013-2023), el hacinamiento luce más bien estancado.

A la hora de analizar los resultados sobre el hacinamiento, es conveniente tener en cuenta el aspecto referido al tamaño de los hogares con personas mayores. El Censo 2022 permite ver la gran heterogeneidad de tamaño de los hogares, siendo los más frecuentes los de dos personas (35,4% del total de hogares con mayores), seguidos por los unipersonales (21,0%) y los de tres personas (18,1%), y después

los de cuatro personas (10,6%). Sólo el 14,9% de los hogares con mayores tienen cinco personas o más (INDEC, 2025). Respecto del Censo 2010 (Salvia et al., 2014), hubo un aumento de los hogares unipersonales -del 18,8% al 21,0%-. En cambio, los de dos personas disminuyeron -del 37,6% al 35,4%-. Es interesante que el peso de los hogares de mayores constituidos por cinco personas o más, haya permanecido constante -14,7% y 14,9% respectivamente.

Respecto al aspecto que da cuenta del 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. Esta caracterización es el punto de partida para describir la problemática del hacinamiento en las personas mayores.

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 diez- donde su incidencia cuadruplica la de las personas mayores. Y llega a su valor máximo entre los menores de 18 años (niños, niñas y adolescentes), cuya incidencia -dos de cada diez- duplica la de la población de 18 a 59 años. La diferencia en cuanto a hacinamiento, entre las personas mayores

y los menores de 18 años es abismal (ver Tabla DE 2.3.). No solo la mayor edad expone menos al hacinamiento, sino que la mayor edad aparece como un factor protector respecto del hacinamiento. En el último bienio, el hacinamiento alcanza al 19,9% de los menores de 18 años, al 9,9% de la población de 18 a 59 años y su incidencia es del 2,1% entre las personas mayores.

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. Durante el último bienio, la incidencia es del 2,5% entre los de 60 a 74 años y del 1,1% entre los de 75 años y más.

Durante el período analizado (2017-2025), no hay señales de alguna brecha de género en este aspecto. Sin embargo, durante el último bienio (2024-2025), la incidencia es del 2,3% entre las mujeres mayores y del 1,8% entre los varones mayores.

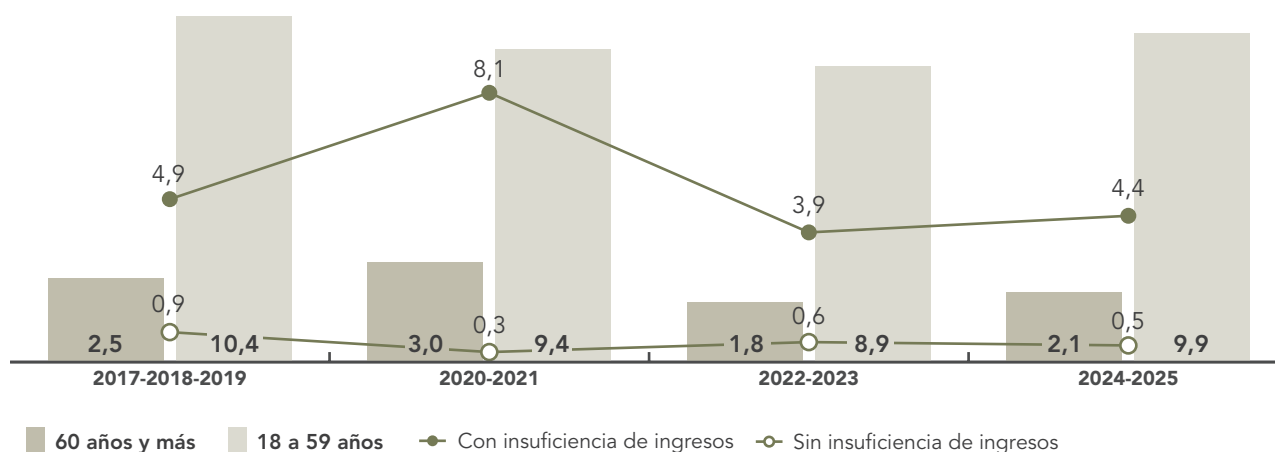
El hacinamiento prácticamente no existe entre las personas mayores con mayor nivel educativo. La finalización de los estudios secundarios es un escudo respecto del hacinamiento. Aunque siempre dentro de niveles mínimos, se potencia entre los mayores que tuvieron menos oportunidades educativas, aunque entre ellos nunca llega a equipararse con la de la población de menores de 60 años. Durante el último bienio, el hacinamiento alcanza al 3,5% de los de menor nivel educativo y al 0,1% de los que tuvieron mayores oportunidades educativas.

Tal como ocurre con los otros indicadores de hábitat y vivienda, a medida que se desciende en los niveles socioeconómicos aumenta la incidencia del hacinamiento. Durante el último bienio, el hacinamiento alcanza al 6,5% de los mayores del nivel muy bajo, al 0,6% del bajo, al 1,2% del medio bajo y al 0,0% del nivel medio alto. Respecto del bienio anterior, en el nivel muy bajo hay un aumento -muy importante- de 3,4 pp.

Asimismo, el hacinamiento es más frecuente entre los mayores en hogares con insuficiencia de ingresos. Pero aún entre ellos, alcanza a uno de cada veinte personas mayores. En el último bienio, la incidencia es del 4,4% entre los de hogares con insuficiencia de ingresos y de 0,5% en el resto.

Gráfico 8

Personas mayores en hogares con condiciones de hacinamiento según insuficiencia de ingresos.
Años 2017-2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Desde lo territorial, el hacinamiento en CABA prácticamente no existe. Por lo menos entre los mayores. Pero aún en su expresión mínima, hay indicios que viene aumentando dentro del período analizado (2017-2025). 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. Durante el último bienio, el hacinamiento es del 2,6% en el Conurbano Bonaerense, del 1,7 % en los aglomerados urbanos del Interior y del 1,6% tanto en CABA como en las ciudades medianas y pequeñas del Interior.

En síntesis, el hacinamiento se potencia entre las personas mayores en hogares con insuficiencia de ingresos y del nivel socioeconómico muy bajo, en ese orden. Los menos afectados son los mayores del nivel socioeconómico medio alto, los que tuvieron mayores oportunidades educativas, y en hogares sin insuficiencia de ingresos, en ese orden.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS DEL HÁBITAT Y LA VIVIENDA

Tabla DE 2.1

HÁBITAT Y VIVIENDA

Personas mayores en hogares con déficit de acceso a vivienda digna

Años 2017-2025. En porcentaje de población de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	10,3	10,7	10,6	9,6
Estadístico población de 60 años y más	11,6	13,2	12,2	11,8
Límite superior	13,1	16,2	14	14,5
Población 0 a 17 años	39,0	37,6	36,3	38,0
Población 18 a 59 años	24,5	24,4	23,2	24,6
Población total	26,9	26,6	25,7	27,1
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	1,4	2,1	0,6	0,8
Medio no profesional	3,7	7,3	5,7	3,5
Bajo integrado	14,2	13,2	13,4	12,1
Bajo marginal	24,0	27,0	22,5	25,5
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	1,3	3,7	2,2	1,1
Medio bajo	4,7	4,6	5,9	6,0
Bajo	13,4	16,1	12,0	11,9
Muy bajo	26,0	25,9	24,9	27,5
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	21,1	24,7	23,5	20,7
Sin insuficiencia de ingresos	5,2	7,2	5,2	5,6
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	0,9	4,4	2,4	3,6
Conurbano Bonaerense	15,0	18,4	17,4	15,3
Otras Áreas Metropolitanas	13,5	11,2	10,4	10,1
Resto Urbano Interior	11,8	11,8	10,8	12,9
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	13,0	7,5	10,0	11,4
Hogares multipersonales puros	5,1	9,4	6,3	5,8
Hogares multipersonales mixtos	15,0	16,3	15,7	14,6
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	3,6	5,0	4,3	3,4
Sin secundario completo	18,0	19,3	18,5	18,0
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	12,9	15,0	14,2	14,2
75 años y más	8,9	9,0	8,0	6,6
SEXO				
Varón	12,9	13,6	13,1	14,0
Mujer	10,8	12,9	11,6	10,3

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), 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 2017-2025. En porcentaje de población de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	21,5	18,5	20,4	21,6
Estadístico población de 60 años y más	24,1	21,4	22,6	25,2
Límite superior	26,8	24,7	24,9	29,2
Población 0 a 17 años	41,8	41,0	38,0	38,0
Población 18 a 59 años	33,9	32,3	30,1	31,4
Población total	34,8	33,2	31,4	32,7
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	2,3	2,3	6,1	3,1
Medio no profesional	13,5	13,2	12,2	10,6
Bajo integrado	30,0	22,8	24,4	31,4
Bajo marginal	40,8	39,2	38,0	39,4
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	4,6	4,7	8,1	6,6
Medio bajo	16,3	12,8	12,7	16,4
Bajo	27,7	24,0	25,1	27,3
Muy bajo	45,4	40,3	39,0	49,3
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	34,3	31,9	34,3	41,6
Sin insuficiencia de ingresos	17,1	15,9	15,2	13,6
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	0,2	0,7	1,1	1,7
Conurbano Bonaerense	38,2	36,3	33,7	38,4
Otras Áreas Metropolitanas	22,2	15,3	23,6	23,2
Resto Urbano Interior	13,3	13,0	12,7	14,1
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	21,4	14,4	15,5	21,1
Hogares multipersonales puros	20,4	15,2	19,6	17,9
Hogares multipersonales mixtos	26,8	25,8	26,0	29,3
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	9,5	8,5	10,8	9,0
Sin secundario completo	35,5	30,9	31,9	37,1
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	26,4	25,1	25,3	28,3
75 años y más	18,9	12,6	16,7	18,4
SEXO				
Varón	26,2	23,9	24,7	27,1
Mujer	22,5	19,5	21,1	23,8

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), 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 2017-2025. En porcentaje de población de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	2,0	1,4	1,2	1,1
Estadístico población de 60 años y más	2,5	3,0	1,8	2,1
Límite superior	3,2	6,2	2,7	4,0
Población 0 a 17 años	22,6	21,4	19,3	19,9
Población 18 a 59 años	10,4	9,4	8,9	9,9
Población total	12,8	11,9	11,2	12,0
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	0,3	0,2	0,0	0,0
Medio no profesional	0,6	0,1	1,1	0,2
Bajo integrado	3,4	2,7	2,2	1,3
Bajo marginal	4,7	8,9	2,7	6,7
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	0,1	0,1	0,7	0,0
Medio bajo	0,6	1,0	1,0	1,2
Bajo	3,8	4,4	2,0	0,6
Muy bajo	5,2	5,7	3,1	6,5
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	4,9	8,1	3,9	4,4
Sin insuficiencia de ingresos	0,9	0,3	0,6	0,5
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	0,4	0,6	0,7	1,6
Conurbano Bonaerense	3,8	4,9	2,2	2,6
Otras Áreas Metropolitanas	2,2	2,4	2,1	1,7
Resto Urbano Interior	1,6	1,3	1,8	1,6
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	0,0	0,0	0,0	0,0
Hogares multipersonales puros	0,0	0,0	0,0	0,0
Hogares multipersonales mixtos	4,5	5,1	3,3	3,5
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	0,8	0,5	0,9	0,1
Sin secundario completo	3,9	4,9	2,6	3,5
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	2,8	3,4	2,2	2,5
75 años y más	1,9	2,0	1,1	1,1
SEXO				
Varón	2,6	2,4	1,9	1,8
Mujer	2,4	3,4	1,7	2,3

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

ESTADO Y ATENCIÓN DE LA 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.
Dificultad en la atención médica por razones económicas	Mide el no acceso a consultas o prácticas médicas u odontológicas o la imposibilidad de comprar algún medicamento en el último año por razones económicas.	Porcentaje de personas mayores que residen en hogares en los que por lo menos un integrante no pudo acceder a consultas o prácticas médicas/odontológicas o comprar algún medicamento, en el año.
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.

3.1. 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 Amadasi y Tinoboras (2017) 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 se destacaban dos rasgos. Por un lado, una de cada tres personas mayores declaraba no tener problemas de salud; por otro lado, una de cada cuatro percibía que su estado de salud era crítico (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 años muestran que casi tres de cada diez personas mayores autoperciben su salud como comprometida. Hay que señalar que no aumenta, sino que disminuye durante la pandemia (2020-2021) pero sí hay un aumento después de la pandemia (2022-2025).

Se trata de una dimensión específica de las personas mayores y que por lo tanto debería recibir la mayor atención: entre los menores de 60 años es uno de cada diez. Y tampoco hay un salto después de la pandemia. En el último bienio, la incidencia es del 28,9% entre las personas mayores y del 9,0% entre los de 18 a 59 años.

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 más jóvenes -de 60 a 74 años-. También debe señalarse que esta brecha entre grupos de edad se amplificó desde la pandemia porque durante todo el período (2017-2025) hay una tendencia hacia el aumento de la incidencia entre los de 75 años y más. En el último bienio, la incidencia es del 36,2% entre los de 75 años y más y del 25,8% entre los de 60 a 74 años (ver Tabla DE 3.1.). Estudios anteriores del ODSA señalan que la misma brecha ocurre dentro de los menores de 60 años: el déficit es mayor en el grupo entre 35 a 59 años que entre los de 18 a 34 años (Bonfiglio et al., 2021a; Bonfiglio et al., 2021b).

En cuanto a la brecha de género, salvo durante la pandemia que no diferenció mujeres de varones, siempre hay bastante más déficit entre las mujeres mayores respecto de los varones mayores. Y después de la pandemia (2022-2025) esta diferencia es muy significativa (casi 10 pp. más entre las mujeres). En el último bienio, la incidencia es del 33,9% entre las mujeres y de 23,3% entre los varones mayores, en un marco estructural de mayor longevidad para las mujeres. ¿Existiría una mayor sensibilidad -con la consiguiente diferencia de umbral- respecto de la salud entre las mujeres?

Además de diferencias significativas por grupo de edad, también las hay -y más fuertes- según el nivel educativo. Entre los de menor educativo -a lo máximo con secundario incompleto y que son la mayoría- el déficit es mucho 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. En el último bienio, la incidencia es del 33,0% entre los de menor nivel educativo y del 23,8% en el resto.

También las diferencias se verifican nítidamente en cuanto a la percepción del estado de salud de las personas mayores en la comparación entre los 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 nivel 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 vejez dependen más del nivel socioeconómico que del grupo de edad. Esto es especialmente visible en el nivel muy bajo. En el último bienio, la incidencia es del 34,4% en el nivel muy bajo, el 33,1% en el bajo, del 29,3% en el nivel medio bajo y de solo el 17,9% en el medio alto. Respecto del bienio anterior, hay un aumento de 4,2 pp. en el nivel medio bajo.

En correspondencia con esto, este déficit es mucho más frecuente entre los mayores en hogares con insuficiencia de ingresos. En el último bienio, la incidencia es del 38,7% entre éstos y del 21,1% -casi la mitad- en el resto.

Aunque las diferencias son mucho menos importantes que las ya señaladas, en el período analizado (2017-2025) respecto del tipo de hogar hay alguna evidencia que entre los mayores que viven solos el déficit en este indicador es algo mayor respecto de los que viven acompañados. También que entre los mayores que conviven exclusivamente con uno u otros también mayores la incidencia es menor vis a vis los que conviven con menores de 60 años. 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 menores de 60 años (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. En el último bienio, la incidencia es del 30,0% entre los mayores que conviven con menores de 60 años, de 28,7% entre los que viven solos y del 27,5% entre los que viven acompañados, pero sin menores de 60 años. Respecto del bienio anterior, las diferencias disminuyeron. A la salida de la pandemia (2022-2023), este indicador había aumentado notablemente entre los que viven solos, pero en el último bienio (2024-2025) retomó sus valores pre-pandemia.

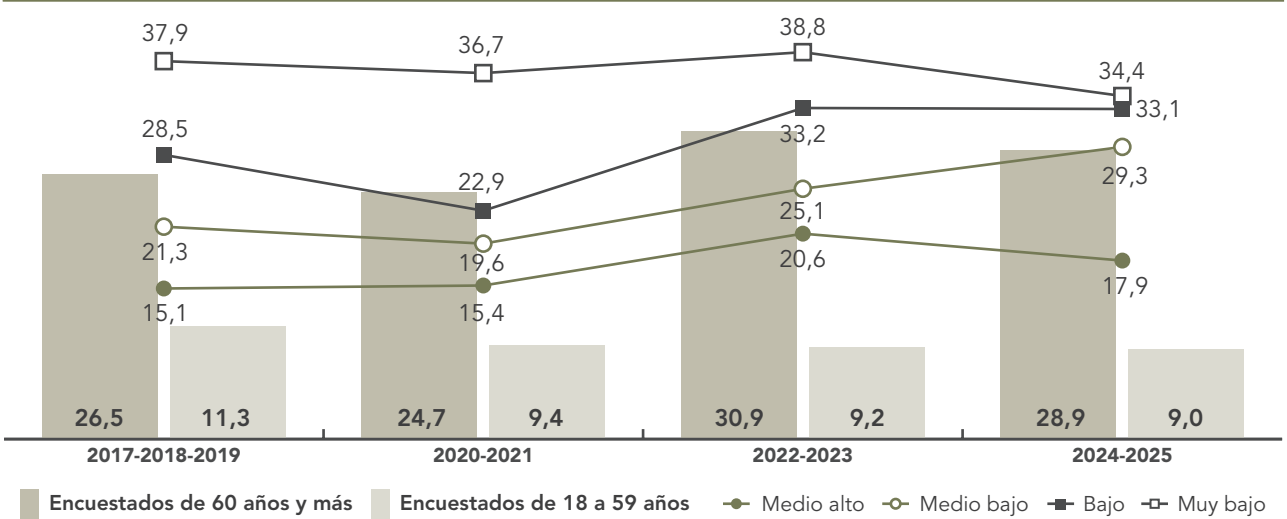
Desde lo territorial, llama la atención cierta convergencia entre los resultados de CABA y el Conurbano Bonaerense. En muchos otros indicadores, la diferencia entre estas dos regiones urbanas contiguas es muy significativa. No es el caso del estado de salud percibido. Aunque en todos los sub-períodos, 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 cómo 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). Se trata de un indicador donde el tipo de contexto urbano pesa relativamente poco. Durante el último bienio, la incidencia es del 31,8% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, de 29,0% en el Conurbano Bonaerense, del 28,5% en las áreas metropolitanas del Interior y de 26,4% en CABA. Un bienio atípico respecto del resto del período analizado. Llama la atención el aumento importante de este déficit respecto del bienio anterior en las ciudades medianas y pequeñas del Interior (4,9 pp).

En síntesis, el déficit de estado de salud percibido en las personas mayores se potencia en los hogares con insuficiencia de ingresos, de nivel socioeconómico muy bajo, entre los que tuvieron menos oportunidades educativas y entre los de 75 años y más, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son las personas mayores de nivel medio alto, en hogares sin insuficiencia de ingresos, y los que tuvieron más oportunidades educativas, en ese orden.

Gráfico 9

Déficit de estado de salud percibido en población de 18 años y más según nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentaje de población.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

3.2. La dificultad en la atención de la salud por razones económicas

Por su mayor exposición a episodios de salud, en los hogares con mayores es esencial el acceso a la atención de la salud, en la medida que las circunstancias así lo requieran. Este indicador, que también podría haber sido incluido en la sección 1 (Capacidades económicas), incluye a los hogares en los que al menos un integrante -sea una persona mayor o no-, por razones económicas, no pudo acceder a consultas o prácticas médicas/odontológicas o comprar algún medicamento, en el año.

En el tercer trimestre de 2024, el 95,8% de las mujeres y el 89,7% de los varones de 60 años y más está afiliado a algún sistema de salud. Entre ellos, sobresale el peso del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), que es una obra social específica para las personas mayores e incluye a los de 70 años y más sin jubilación. Entre las mujeres, la afiliación a algún sistema de salud es del 94,2% entre las de 60 a 74 años y aumenta al 99,1% para las de 75 años y más. En los varones, la afiliación es del 86,5% entre los de 60 a 74 años y aumenta al 98,8% (12,3 pp.) desde los 75 años. Tanto para las mujeres como para los varones, la afiliación a algún sistema de salud es prácticamente universal desde los 75 años (INDEC, 2025).

Otra fuente del INDEC -el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2022 (INDEC, 2025b)- permite ver el diferente perfil de afiliación antes y después de los 65 años. Entre los de 65 años y más, el 94,1% tiene acceso a una cobertura de salud vía obra social o prepaga (incluye PAMI). Solamente el 4,4% tiene acceso solo al sistema público. En cambio, entre las personas de 15 a 64 años, el peso de la cobertura por obra social o prepaga (incluyendo PAMI) disminuye al 57,8% y el de "sólo sistema público" aumenta al 38,7% (INDEC, 2024).

Una aclaración importante. En este punto, la unidad de análisis son los hogares y no las personas en hogares -es decir, la población-. En los otros dos indicadores de esta sección sobre salud, la unidad de análisis son las personas mayores (población de 60 años y más) en hogares. En los hogares con personas mayores la incidencia de este indicador de la atención de la salud es menor que en los hogares sin personas mayores. Pero en el último bienio, esta diferencia disminuyó: la incidencia es del 35,2% en los hogares con

mayores y de 37,3% en los hogares sin mayores. Es que, aunque esta dificultad aumentó en el total de hogares, aumentó especialmente (9,4 pp.) en los hogares con mayores, respecto del bienio anterior.

Habría que hacer como mínimo cuatro comentarios para todo el período 2017-2025 (ver Tabla DE 3.2.). Primero, que el comportamiento de este indicador 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. Segundo, 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 arriba en el primer punto de esta misma sección. Esto haría esperable que las dificultades sean mayores en los hogares con personas mayores, dado su mayor gasto en salud. Tercero, marcar la importancia del papel desempeñado por 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, aunque este proceder esté en revisión importante durante el último bienio (2024-2025). Si bien no todas las personas mayores están afiliadas a PAMI, cabe mencionar que 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 observa que no todos los hogares con insuficiencia de ingresos tienen dificultades en la atención médica por cuestiones económicas.

Como era esperable, la incidencia de este indicador aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico (ver Gráfico 10). Esta dificultad no es que no exista en el nivel medio alto, pero es muchísimo menos frecuente. Ya comienza a aparecer con peso en el nivel medio bajo, donde alcanza a dos de cada diez hogares con personas mayores. La incidencia casi se duplica en el nivel siguiente -el bajo-, donde alcanza a tres de cada diez hogares. Y es máxima en el nivel muy bajo, donde casi la mitad de los hogares con mayores está afectada por esta dificultad. En el último bienio, la incidencia es del 55,0% en el nivel muy bajo -la más alta del período-, de 41,1% en el bajo -también la más alta del período-, del 22,5% en el medio bajo y de 9,9% en el nivel medio alto.

Respecto del bienio anterior hubo un fuerte aumento en el muy bajo (11,4 pp.) y especialmente en el nivel bajo (17,3 pp.).

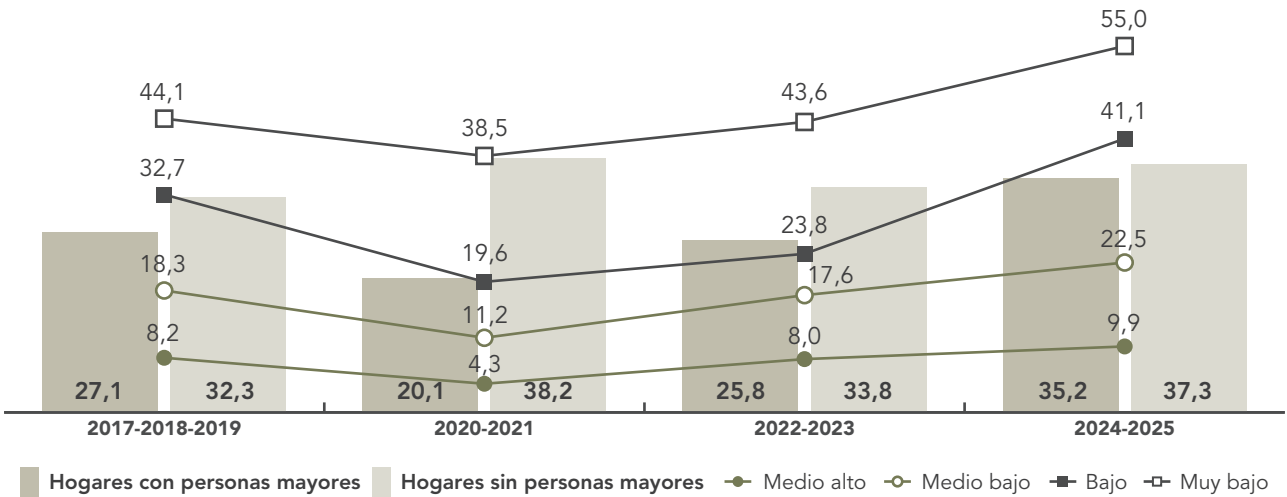
Como era esperable, este indicador alcanza su incidencia más alta entre los hogares con mayores e insuficiencia de ingresos. Entre éstos, la mitad está afectado por esta dificultad en la atención de la salud por razones económicas. También hay que señalar que la otra mitad, no. Tampoco es que, los hogares con mayores, pero sin insuficiencia de ingresos estén exentos: aquí la incidencia es de uno de cada diez hogares. Una diferencia sideral: 5 a 1. En el último bienio, la incidencia es del 57,3% en los hogares con insuficiencia de ingresos -la más alta del período- y del 16,1% en el resto. Respecto del bienio anterior, el aumento fue muy importante entre los hogares con insuficiencia de ingresos: 10,4 pp.

En este indicador también tiene mucho peso el tipo de hogar. Esta dificultad económica para la

atención médica es menos frecuente en los hogares multipersonales puros -exclusivamente de mayores- y algo más frecuente entre los que viven solos. Y la incidencia aumenta significativamente en los hogares multipersonales mixtos. O sea, no convivir con menores de 60 años protege de algún modo de esta dificultad. No es que afecta a todos estos hogares, pero la dificultad aparece allí con más intensidad. En el último bienio, la incidencia es del 42,4% en los hogares multipersonales mixtos -la más alta del período-, de 29,7% entre los que viven solos y del 20,6% en los hogares multipersonales puros. Respecto del bienio anterior, el aumento fue muy importante entre los hogares multipersonales mixtos: 10,7 pp. El aumento fue también muy importante (11,9 pp.) entre los que viven solos, aunque, sin descuidar su importancia, puede matizarse este comportamiento, argumentando que se aproxima a las cifras de la pre-pandemia (2017-2019).

Gráfico 10

Dificultad en la atención de la salud por razones económicas en hogares con y sin personas mayores según nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentaje de hogares.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El contexto urbano también tiene su peso. Esta dificultad es escasa en CABA -uno de cada diez hogares con mayores- y su incidencia se triplica en las grandes áreas metropolitanas -sea en el Conurbano Bonaerense o en las otras áreas metropolitanas del

Interior-. En las ciudades medianas y pequeñas del Interior, la incidencia -aunque también importantes menor que en las áreas metropolitanas. En el último bienio, la incidencia es del 44,4% en las áreas metropolitanas del Interior -la más alta del período-,

de 37,8% en el Conurbano Bonaerense, del 33,3% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior y de 14,4% en CABA. Respecto del bienio anterior, el aumento fue muy importante -16,1 pp.- en las áreas metropolitanas del Interior.

En síntesis, la dificultad en la atención de la salud, entendida como dejar de asistir a consultas médicas/odontológicas o dejar de comprar algún medicamento por razones económicas se potencia en los hogares con personas mayores que presentan insuficiencia de ingresos, del nivel socioeconómico muy bajo y multipersonales mixtos, en ese orden. Los hogares con mayores menos afectados son los de nivel socioeconómico medio alto, de CABA y sin insuficiencia de ingresos, también en ese orden.

3.3. El malestar psicológico

En documentos anteriores del ODSA (Salvia et al., 2014), se define que *“en sentido amplio, el concepto de bienestar 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 bienestar 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 se 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 (en inglés: Kessler Psychological Distress Scale), e indaga acerca de un conjunto de síntomas vinculados con la depresión y ansiedad, tales como inquietud, agitación, desesperanza, tristeza, cansancio y nerviosismo”*.

En el período analizado (2017-2025), la incidencia del malestar psicológico en las personas mayores oscila entre el 20 y el 34%, con una tendencia claramente creciente (ver Tabla DE 3.3.). Respecto del primer trienio analizado (2017-2019), hubo un primer aumento durante la pandemia (2020-2021). En la pospandemia (2022-2023), no sólo no descendió, sino que tuvo un nuevo aumento. Y en el último bienio (2024-2025) alcanzó su incidencia más alta. En cambio, entre los menores de 60 años, la incidencia de este indicador reconoce dos etapas de salto: durante la primera (2017-2021), la incidencia es más baja que la más reciente, pese a que incluye el subperíodo de la pandemia (2020-2021), lo que sugiere un bastante mayor impacto de la pandemia en las personas mayores que en los menores de 60 años. La segunda etapa es la más reciente (2022-2025), con bastante más incidencia entre los menores de 60 años que la anterior, pero más estable, sin el pico señalado para los mayores en el bienio 2024-2025. En este último bienio, la incidencia es del 34,0% entre las personas mayores y de 25,7% entre los menores de 60 años. El aumento reciente entre los mayores es muy significativo -8,9 pp.-.

Por primera vez se presenta una brecha tan significativa en este indicador entre personas mayores y quienes todavía no lo son. En los estudios anteriores -hay un seguimiento de este indicador desde el período 2010-2016-, una lectura muy estilizada permitía decir que personas mayores y menores de 60 años no difieren significativamente en cuanto a la incidencia del malestar psicológico y que, por lo tanto, el malestar psicológico no era una especificidad de los mayores (Amadasi et al., 2024). Por lo menos, no en la medida que el imaginario cree. Les ocurre a todos y también a las personas mayores. Esto cambió muy recientemente.

Los estudios anteriores señalaban también que dentro de la población de 60 años y más, la mayor edad no acarrea mayor malestar psicológico. La incidencia entre los de 60 a 74 años no tenía diferencias significativas con los de 75 años y más. Por ejemplo, durante el sub-período de la pandemia (2020-2021), fue la misma para unos y otros. Pero en el último bienio (2024-2025) la incidencia del malestar psicológico es del 37,7% entre los de 75 años y más y de 32,4% entre los de 60 a 74 años. El ya señalado aumento en el último bienio fue especialmente importante entre los de 75 años y más.

Durante todo el período bajo análisis (2017-2025) y en cada uno de los subperíodos, el malestar psicológico es bastante mayor entre las mujeres que entre los varones. Pero en ambos tiene una tendencia creciente. En el último período, la brecha aumentó mucho: la incidencia es del 39,1% entre las mujeres y de 28,3% entre los varones. El aumento respecto del bienio anterior es especialmente importante entre las mujeres: 11,1 pp.

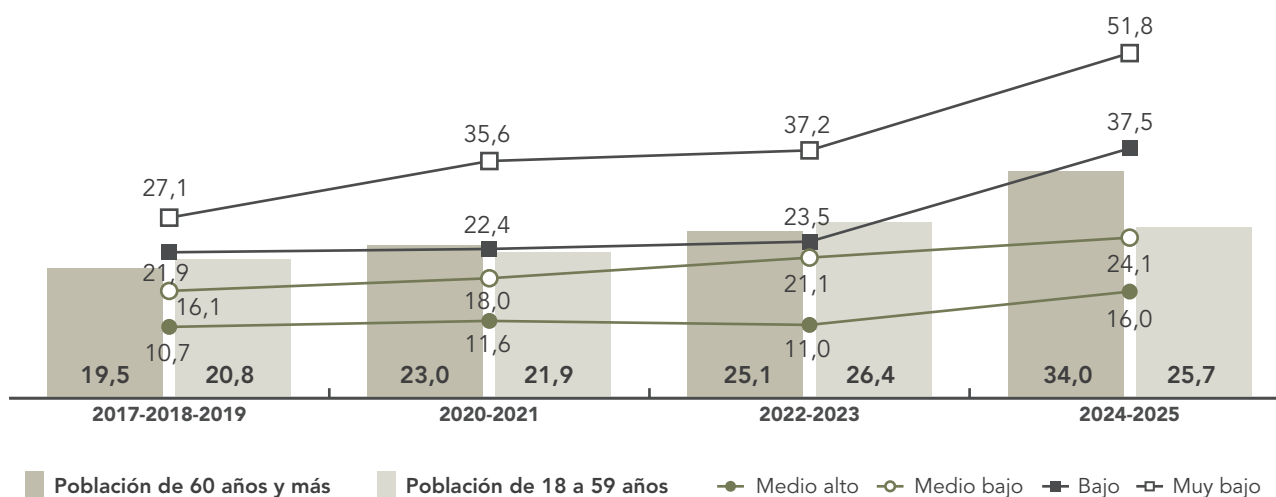
Las diferencias según nivel educativo son abismales. El menor nivel educativo (sin secundario completo) casi duplica la incidencia del malestar psicológico. En ambos niveles educativos hay una tendencia clara hacia el aumento, pero éste fue mucho mayor entre los de menor nivel educativo. En el último bienio, la incidencia es del 42,6% entre los que tuvieron menos oportunidades educativas y de 23,1% en el resto. La brecha se agrandó porque el aumento respecto del bienio anterior entre los de menor nivel educativo fue de 10,1 pp. Son estos los que están entre los más vulnerables.

Las diferencias entre los distintos niveles socioeconómicos son muy importantes, tal como se observa

en el Gráfico 11. 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 período. La distancia entre los distintos niveles contiguos no es la misma: hay mayor distancia entre el nivel bajo y muy bajo que entre los otros niveles. 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 diez lo tiene- pero su chance de tenerlo es un tercio respecto de los mayores del nivel muy bajo. Una medida más de aquello que la pobreza no es solo de recursos económicos sino de carencias en salud y específicamente de recursos psicológicos, también en las personas mayores. En el último bienio, la incidencia es del 51,8% en el nivel muy bajo, de 37,5% en el bajo, del 24,1% en el nivel medio bajo y de 16,0% en el medio alto. Respecto del bienio anterior, el aumento fue especialmente alto en los niveles más bajos: en el nivel muy bajo -14,6 pp.- y en el nivel bajo -14,0 pp.-

Gráfico 11

Malestar psicológico según grupo de edad y nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentajes de población.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

La insuficiencia de ingresos -en el hogar- es el factor de más peso: la incidencia del malestar psicológico alcanza a cuatro de cada diez mayores en hogares con insuficiencia de ingresos, más del doble que la encontrada en el resto de los hogares. Dentro del período bajo análisis (2017-2025), este indicador viene aumentando en forma sostenida en cada subperíodo. En el último bienio, la incidencia fue del 51,2% entre las personas mayores de hogares con insuficiencia de ingresos y de 20,3% en el resto. Respecto del bienio anterior, aumentó tanto en unos como otros, pero fue especialmente importante en los mayores de hogares con insuficiencia de ingresos: 13,9 pp.

El tipo de hogar donde el malestar psicológico es menos frecuente es el denominado multipersonal puro, donde conviven exclusivamente personas mayores⁵. La vulnerabilidad aumenta -y en forma significativa- 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 hogares multipersonales mixtos, es decir donde las personas mayores conviven con menores de 60 años (hijos, yernos, nueras, nietos u otros parientes). En el bienio inmediatamente posterior a la pandemia (2022-2023) aparecían 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 -unipersonales y multipersonales mixtos- con mayor malestar psicológico. En el último bienio, la incidencia es del 38,0% entre los que conviven con menores de 60 años, de 33,7% entre los que viven solos y del 28,2% entre los que conviven exclusivamente con otro también mayor. En un bienio donde el malestar psicológico aumentó mucho, el mayor aumento -10,3 pp.- se produjo entre los mayores en hogares multipersonales mixtos.

Como no ocurre en varios otros indicadores de déficit, la incidencia del malestar psicológico no tiene grandes variaciones según los distintos contextos urbanos. Pero es menor en CABA, excepto en el último bienio. Y lo contrario ocurre en el Conurbano Bonaerense. Respecto del Interior del país, no hay suficiente evidencia para postular que en las ciudades medias y pequeñas del Interior (Resto Urbano Interior) la incidencia del malestar psicológico sea

menor que entre las personas mayores de las grandes áreas metropolitanas. En el último bienio, la incidencia es del 37,8% en el Conurbano Bonaerense, de 35,1% en CABA -también importante-, del 29,2% en las áreas metropolitanas del Interior y del 27,9% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior. En el último bienio sí hubo disparidades importantes. Respecto del bienio anterior, el aumento más importante es entre los mayores de CABA -13,7 pp., toda una novedad-, donde además el malestar psicológico se triplicó respecto del trienio 2017-2019.

En síntesis, el malestar psicológico se potencia entre las personas mayores de hogares con insuficiencia de ingresos, del nivel socioeconómico muy bajo, y que tuvieron menores oportunidades educativas, en ese orden. Estos son los principales factores de riesgo. Los menos afectados por esta carencia son las personas mayores del nivel socioeconómico medio alto -aunque no están exentos, tienen una suerte de escudo-, los de hogares sin insuficiencia de ingresos y los que tuvieron más oportunidades educativas, en ese orden.

5. 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 menores de 60 años y antes de la viudez-, es donde se encuentra un menor malestar psicológico.

El PAMI, un instrumento crucial para el bienestar de las personas mayores

En la EDSA 2025 se incorporaron algunas preguntas para todas las personas de 18 años y más que son beneficiarias y usuarias de PAMI (Plan Asistencial Médico Integral). Este informe de investigación presenta algunos resultados al respecto, para las personas mayores, de 60 años y más.

Uso y evaluación del PAMI en la realización de consultas y otras prestaciones de atención médica

Según los datos de la Tabla DE 3.4., entre los beneficiarios de PAMI de 60 años y más -las personas mayores- hay un 73,7% que utilizó siempre PAMI en las consultas realizadas durante el último año con un médico clínico o especialista. No incluye a los que a veces utilizan PAMI y a veces prepaga, plan privado o particular. Este resultado expresa lo crucial que resulta PAMI para el cuidado de la salud de las personas mayores. No es un recurso, es su recurso.

Tal como se visualiza en el Gráfico 1.1., el uso de PAMI es algo mayor entre los de 60 a 74 años respecto de los de 75 años y más. En este último grupo etario, en consonancia con una incidencia mayor de un estado de salud más comprometido, desde su autopercepción⁶; lo que puede implicar más de una consulta, dentro y fuera de PAMI.

Es claramente mayor entre las mujeres (75,8%) que entre los varones (69,9%). Esta diferencia de género en parte se debe a que entre los del grupo de 75

años y más, en los varones es mucho más frecuente no haber realizado alguna consulta durante el último año. Esto casi no ocurre entre las mujeres, con una mayor propensión al autocuidado -por ejemplo, la consulta médica anual como prevención-, acompañada de su mayor longevidad.

El nivel socioeconómico tiene mucho peso: a medida que se desciende en la estratificación social, aumenta la incidencia de la utilización exclusiva de PAMI para las consultas médicas. No hay diferencias entre el nivel bajo y muy bajo, pero sí entre el nivel medio alto y el medio bajo.

Si bien la utilización exclusiva de PAMI es mayor entre los de hogares con insuficiencia de ingresos (77,1%), también es muy alta en el resto. También es claro que la utilización exclusiva de PAMI es mayor entre los que tuvieron menos oportunidades educativas -sin secundario completo- (79,7%).

Sí hay una brecha en cuanto al tipo de hogar: en los mayores de los hogares multipersonales puros hay una menor -aunque importante- utilización exclusiva de PAMI. En cambio, es muy alta entre los de hogares multipersonales mixtos y también entre los que viven solos.

6. En el apartado Estado y Atención de la Salud de este Documento, se hace referencia a que en el bienio 2024-2025, el déficit de estado de salud autopercebido es del 36,2% en los mayores de 75 años y más, mientras que es del 25,8% en los mayores de 60 a 74 años.

También los resultados varían según el contexto urbano. La utilización exclusiva de PAMI es bastante mayor en el Interior que en el AMBA. Respecto del Interior es más alta en las áreas metropolitanas que en las ciudades medianas y pequeñas. Respecto del AMBA, es mayor en el Conurbano Bonaerense que en CABA.

En síntesis, la utilización exclusiva de PAMI se potencia entre los mayores del nivel socioeconómico muy bajo, los que tuvieron menos oportunidades educativas, que residen en las áreas metropolitanas del Interior y del nivel socioeconómico bajo, en ese orden. En cambio, es bastante menor entre los mayores del nivel socioeconómico medio alto, con mayores oportunidades educativas, en hogares multipersonales puros y que residen en CABA, en ese orden, tal como se visualiza en el Gráfico 1.2.

Este reciente relevamiento permite conocer la evaluación que las personas mayores beneficiarias de PAMI hacen de la atención médica recibida: el 61,7% califica la atención médica como “muy buena” o “buena”. Este resultado indica que, para una mayoría, el PAMI logra cumplir de manera satisfactoria su función en lo que hace a la provisión de servicios médicos. Para el resto, no.

La satisfacción es más alta entre los varones que entre las mujeres. Pero más que el sexo pesa la edad: es claramente más alta entre los de 75 años y más. En cambio, no hay una relación tan clara entre satisfacción y nivel socioeconómico. Sí que la satisfacción es bastante mayor entre los beneficiarios del nivel medio bajo. Y que la menor satisfacción se encuentra entre los del nivel medio alto. La mayor satisfacción se encuentra en los niveles intermedios -medio bajo y bajo-. Y la menor satisfacción, entre los niveles extremos - medio alto y muy bajo.

Por su parte, sí hay una brecha en cuanto a la insuficiencia de ingresos: son los mayores en hogares sin insuficiencia de ingresos donde la evaluación es mucho mejor.

No hay brecha según nivel educativo. Sí, según tipo de hogar. La evaluación positiva es más frecuente en los mayores de los hogares multipersonales puros.

Aunque también predominan las evaluaciones positivas, el apoyo es menor entre los mayores del Conurbano Bonaerense. En cambio, es mucho mayor entre las personas mayores de las áreas metropolitanas del Interior.

En síntesis, la evaluación positiva de la atención médica brindada por PAMI se potencia en el nivel socioeconómico medio bajo, en las áreas metropolitanas del Interior, en los hogares multipersonales puros y entre los de 75 años y más, en ese orden. Lo contrario -una evaluación no tan positiva- ocurre en los mayores del nivel socioeconómico medio alto, del muy bajo, del Conurbano Bonaerense y en los hogares con insuficiencia de ingresos, en ese orden.

Uso y evaluación del PAMI en la cobertura de medicamentos

El PAMI es el principal canal de acceso a medicamentos para la mayoría de sus beneficiarios. El 70,0% declara haber utilizado siempre PAMI para la compra de medicamentos durante el último año. El resultado confirma el alto grado de dependencia de este subsistema para la provisión farmacéutica.

Es bastante más alta entre las mujeres mayores que entre los varones mayores. En cambio, casi no hay diferencias según grupo de edad: a un lado u otro de los 75 años el uso de PAMI para la provisión de medicamentos casi es similar.

Respecto del nivel socioeconómico, hay una brecha entre el medio alto por un lado y los otros tres -medio bajo, bajo y muy bajo-, por el otro. Menos de la mitad de los beneficiarios del nivel medio alto usa a PAMI cuando se trata de la adquisición de medicamentos. Y aumenta a dos tercios en los otros tres niveles. Dentro de los niveles bajos, no hay diferencias entre el bajo y el muy bajo.

Como era esperable, el uso del canal PAMI es mucho más frecuente entre quienes tuvieron menos oportunidades educativas.

Hay una brecha importante según tipo de hogar. Es bastante más frecuente entre las personas mayores de hogares multipersonales mixtos -que conviven con menores de 60-que entre el resto -sea porque viven solos o acompañados exclusivamente por otro también mayor-.

Y también tiene peso el contexto urbano: es más frecuente en el Interior que en el AMBA. Dentro del Interior, es más frecuente en las áreas metropolitanas que en las ciudades medianas y pequeñas. Y dentro del AMBA, es más frecuente en el Conurbano Bonaerense que en CABA.

En síntesis, el haber utilizado siempre PAMI para la compra de medicamentos durante el último año se potencia en los beneficiarios de las áreas metropolitanas del Interior, de las ciudades medianas y pequeñas del Interior y de los niveles socioeconómicos bajo y muy bajo, en ese orden. Por el contrario, esta modalidad es menos frecuente entre los beneficiarios del nivel socioeconómico medio alto, entre los que viven solos, en CABA y los que tuvieron mayores oportunidades educativas, en ese orden.

Por otra parte, el 49,7% de los beneficiarios de

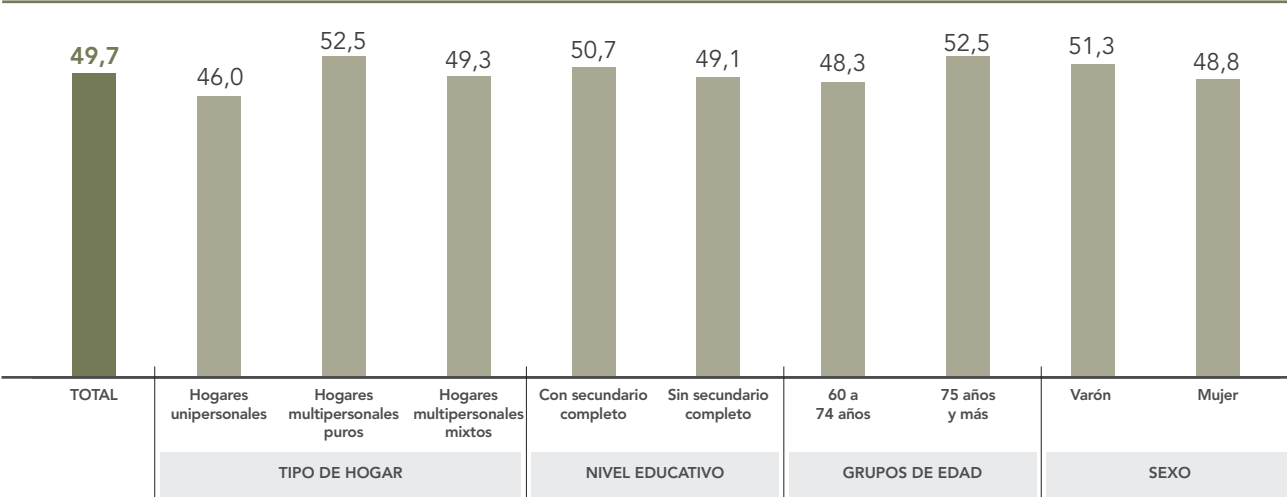
PAMI califica la prestación por cobertura de medicamentos como “muy buena” o “buena”. Este resultado indica que solo para la mitad de los beneficiarios, el PAMI logra brindar la cobertura farmacológica considerada adecuada. La evaluación no es tan buena como respecto de la atención médica recibida.

Es algo mayor entre los varones mayores y especialmente entre los de 75 años y más. Como se señaló más arriba, lo mismo sucede respecto de la evaluación de los servicios médicos. En cambio, casi no hay brecha según nivel educativo.

Gráfico 1.1.

Evaluación buena o muy buena de la cobertura de medicamentos brindada por PAMI, según características individuales.

En porcentaje de población en hogares de 60 años y más, afiliadas a PAMI. Año 2025.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Los resultados de la evaluación según nivel socioeconómico tienen sus peculiaridades. Tanto los del nivel medio alto como los del nivel muy bajo son los que tienen la evaluación más negativa. La conformidad es mucho más alta en los niveles medio bajo y bajo.

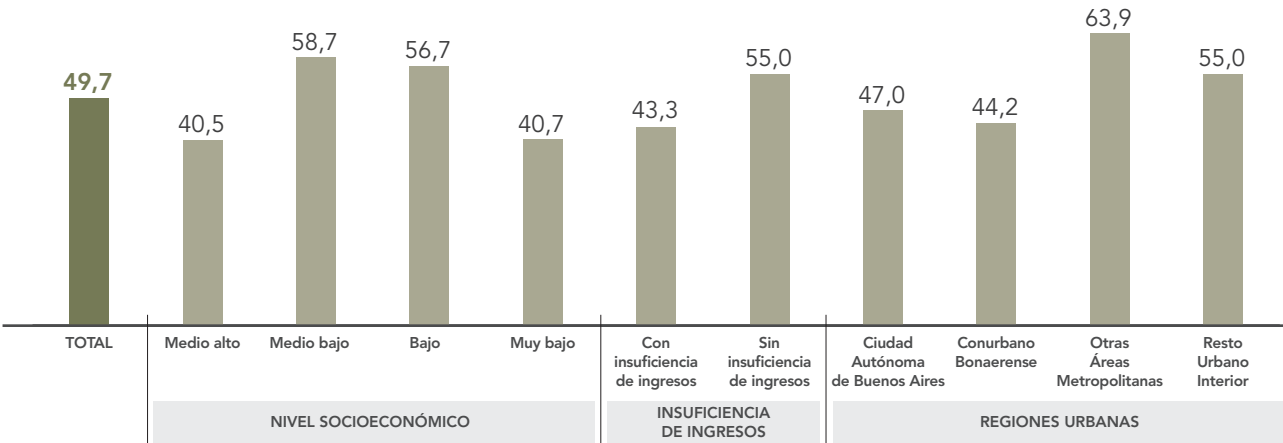
Un factor que pesa más es la insuficiencia de ingresos en los hogares: la evaluación es claramente más positiva entre aquellos de hogares sin insuficiencia de ingresos.

En cuanto a tipo de hogar, entre los que viven solos es menos frecuente la evaluación positiva. Por el contrario, los de hogares multipersonales puros son los de mayor evaluación positiva.

También hay variaciones significativas según los distintos contextos urbanos. Las evaluaciones positivas son más frecuentes en las áreas metropolitanas del Interior. Le siguen las de las ciudades medianas y pequeñas también del Interior. Lo contrario ocurre en el Conurbano Bonaerense, cuestionándose también la atención médica recibida.

Gráfico 1.2.

Evaluación Buena o Muy Buena cobertura de medicamentos del servicio de salud brindado por PAMI según características estructurales.
Años 2024 y 2025. En porcentaje de población en hogares de 60 años y más afiliadas a PAMI.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En síntesis, las evaluaciones positivas respecto de la cobertura de medicamentos brindada por el PAMI se encuentran más frecuentemente en las áreas metropolitanas del Interior, en los beneficiarios de los niveles medio bajo y bajo, en los hogares sin insuficiencia de ingresos y de las ciudades medianas y pequeñas del Interior, en ese orden. Lo contrario se encuentra entre los beneficiarios de los niveles medio alto y muy bajo, de hogares con insuficiencia de ingresos y del Conurbano Bonaerense, en ese orden.

Apuntes sobre la importancia del estado de salud autopercebido en las opiniones sobre uso y evaluación de los servicios del PAMI

Además de lo hasta aquí señalado, algunos ejercicios analíticos del ODSA arrojan suficiente evidencia para señalar que el estado de salud autopercebido, analizado en la Sección 3, Apartado 3.1 de este

documento, tiene un importante peso en los resultados obtenidos respecto de las cuatro dimensiones presentadas en este informe de investigación.

Ellos son: I) el haber utilizado siempre PAMI para la realización de consultas médicas aumenta entre quienes sienten que su salud está comprometida; II) la evaluación positiva de la atención médica recibida disminuye en forma importante entre quienes sienten que su salud está comprometida; III) el haber utilizado siempre PAMI para la compra de medicamentos aumenta bastante entre quienes sienten que su salud está comprometida; y IV) la evaluación positiva de la prestación por cobertura de medicamentos disminuye en forma importante entre quienes sienten que su salud está comprometida.

En síntesis, los que más utilizan PAMI, tanto para consultas médicas como para la provisión de medicamentos, en correspondencia con una salud -autopercebida - más comprometida, tienen una evaluación menos positiva acerca de las prestaciones recibidas.

Conclusiones

Los hallazgos confirman que el PAMI ocupa un lugar estratégico en el bienestar y la protección social de las personas mayores en la Argentina. Para una amplia mayoría de sus afiliados, constituye el principal -y muchas veces el único- mecanismo de acceso a consultas médicas y medicamentos. La elevada utilización de sus prestaciones revela la centralidad de esta institución para garantizar el derecho a la salud durante la vejez.

Sin embargo, el estudio también pone de manifiesto que la fuerte dependencia del sistema no se traduce necesariamente en niveles equivalentes de satisfacción. Mientras que la atención médica recibe una evaluación mayoritariamente positiva, la cobertura de medicamentos presenta niveles de conformidad considerablemente menores. Al mismo tiempo, persisten importantes desigualdades según nivel socioeconómico, situación de ingresos y territorio de residencia, lo que indica que las condiciones sociales continúan condicionando tanto el acceso como la valoración de las prestaciones.

La evidencia muestra que quienes más necesitan del sistema -personas con menores recursos, peor estado de salud o mayores niveles de vulnerabilidad social- son también quienes presentan una mayor dependencia de PAMI y, en muchos casos, una evaluación menos favorable de los servicios recibidos. Esto sugiere que los desafíos del organismo no se limitan a mantener la cobertura, sino que también implican mejorar la calidad percibida de las prestaciones, especialmente en materia de medicamentos y en los territorios socialmente más desfavorecidos.

Hallazgo central



Quienes más necesitan del PAMI son quienes más dependen de él, pero no necesariamente quienes se encuentran más satisfechos con sus prestaciones. Las desigualdades económicas, territoriales y de salud continúan influyendo tanto en el uso como en la valoración de los servicios brindados por la institución.

Implicancias para las políticas públicas



Prioridades identificadas:

- ★ Fortalecer la cobertura y accesibilidad de medicamentos.
- ★ Reducir las brechas territoriales en la calidad y satisfacción de los servicios.
- ★ Mejorar la respuesta a las necesidades de las personas mayores con peor estado de salud.
- ★ Consolidar al PAMI como garante de acceso equitativo a la atención médica y farmacológica en la vejez.

El PAMI constituye un pilar fundamental de la protección social y sanitaria de las personas mayores en Argentina. Su elevada utilización confirma su carácter estratégico para garantizar el acceso a la salud, aunque persisten desafíos asociados a la calidad percibida de las prestaciones, especialmente en materia de medicamentos y en los grupos socialmente más vulnerables.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS DEL ESTADO Y ATENCIÓN DE LA SALUD

Tabla DE 3.1

ESTADO Y ATENCIÓN DE LA SALUD

Déficit del estado de salud percibido

Años 2017-2025. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	24,5	21,8	28,1	25,0
Estadístico encuestados de 60 años y más	26,5	24,7	30,9	28,9
Límite superior	28,6	27,7	33,9	33,1
Encuestados de 18 a 59 años	11,3	9,4	9,2	9,0
Total de encuestados de 18 años y más	15,1	12,8	14,4	13,9
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	16,4	13,8	20,1	17,5
Medio no profesional	20,7	17,0	25,0	21,6
Bajo integrado	28,4	29,2	30,9	33,6
Bajo marginal	37,5	30,3	40,2	32,6
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	15,1	15,4	20,6	17,9
Medio bajo	21,3	19,6	25,1	29,3
Bajo	28,5	22,9	33,2	33,1
Muy bajo	37,9	36,7	38,8	34,4
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	37,0	32,5	41,4	38,7
Sin insuficiencia de ingresos	19,5	20,8	23,4	21,1
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	25,1	22,0	32,5	26,4
Conurbano Bonaerense	26,5	27,3	34,8	29,0
Otras Áreas Metropolitanas	28,3	22,4	24,2	28,5
Resto Urbano Interior	25,6	23,4	26,9	31,8
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	28,6	27,8	37,8	28,7
Hogares multipersonales puros	23,0	25,0	25,4	27,5
Hogares multipersonales mixtos	27,9	22,4	29,5	30,0
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	21,6	19,2	26,2	23,8
Sin secundario completo	31,0	30,0	35,0	33,0
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	26,1	22,3	29,1	25,8
75 años y más	27,4	30,3	35,0	36,2
SEXO				
Varón	25,3	24,4	25,5	23,3
Mujer	27,3	24,8	35,1	33,9

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 3.2

ESTADO Y ATENCIÓN DE LA SALUD

Dificultad en la atención de la salud (dejar de ir al médico o al dentista o dejar de comprar algún medicamento) por razones económicas

Años 2017-2025. En porcentaje de hogares con personas de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	25,4	17,3	23,5	31,5
Estadístico hogares con personas de 60 años y más	27,1	20,1	25,8	35,2
Límite superior	29	23,3	28,2	39,0
Hogares sin personas mayores	32,3	38,2	33,8	37,3
Total de hogares	30,8	33,0	31,8	36,6
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	7,8	2,2	8,5	7,7
Medio no profesional	15,2	11,8	13,7	24,9
Bajo integrado	32,0	20,2	26,6	38,4
Bajo marginal	44,0	38,2	41,9	47,1
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	8,2	4,3	8,0	9,9
Medio bajo	18,3	11,2	17,6	22,5
Bajo	32,7	19,6	23,8	41,1
Muy bajo	44,1	38,5	43,6	55,0
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	49,5	43,5	46,9	57,3
Sin insuficiencia de ingresos	11,3	6,5	11,3	16,1
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	10,7	4,6	6,8	14,4
Conurbano Bonaerense	32,3	25,9	31,2	37,8
Otras Áreas Metropolitanas	32,8	20,5	28,3	44,4
Resto Urbano Interior	26,1	21,8	26,2	33,3
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	25,5	10,8	17,8	29,7
Hogares multipersonales puros	17,4	14,2	19,2	20,6
Hogares multipersonales mixtos	32,2	25,6	31,7	42,4

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 3.3

ESTADO Y ATENCIÓN DE LA SALUD

Malestar psicológico

Años 2017-2025. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	17,7	19,7	22,0	28,8
Estadístico encuestados de 60 años y más	19,5	23,0	25,1	34,0
Límite superior	21,3	26,6	28,5	39,6
Encuestados de 18 a 59 años	20,8	21,9	26,4	25,7
Total de encuestados de 18 años y más	20,5	22,2	26,1	27,7
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	10,3	9,2	9,3	18,6
Medio no profesional	15,6	16,2	15,7	24,5
Bajo integrado	21,6	25,1	26,2	35,7
Bajo marginal	26,6	34,8	37,8	47,4
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	10,7	11,6	11,0	16,0
Medio bajo	16,1	18,0	21,1	24,1
Bajo	21,9	22,4	23,5	37,5
Muy bajo	27,1	35,6	37,2	51,8
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	30,0	35,9	37,3	51,2
Sin insuficiencia de ingresos	12,5	16,6	16,4	20,3
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12,3	16,3	21,4	35,1
Conurbano Bonaerense	21,4	26,5	28,3	37,8
Otras Áreas Metropolitanas	22,2	23,7	20,5	29,2
Resto Urbano Interior	18,4	20,2	25,7	27,9
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	23,8	24,2	26,6	33,7
Hogares multipersonales puros	13,7	18,1	19,4	28,2
Hogares multipersonales mixtos	21,3	26,0	27,7	38,0
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	14,7	15,6	16,5	23,1
Sin secundario completo	23,8	30,1	32,5	42,6
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	20,6	22,9	25,3	32,4
75 años y más	16,6	23,2	24,7	37,7
SEXO				
Varón	16,5	19,0	21,2	28,3
Mujer	21,7	26,0	28,0	39,1

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 3.4

ESTADO Y ATENCIÓN DE LA SALUD

Indicadores de Uso y Evaluación de las prestaciones médicas y cobertura de medicamentos del PAMI

Año 2025. En porcentaje de población en hogares de 60 años y más, afiliadas a PAMI.

	Uso de PAMI en consulta médica	Evaluación Buena o Muy buena atención médica del servicio de salud brindado por PAMI	Uso de PAMI en la compra de medicamentos	Evaluación Buena o Muy buena cobertura de medicamentos del servicio de salud brindado por PAMI
TOTALES				
Límite inferior	68,7	56,6	65,0	43,9
Estadístico personas de 60 años y más	73,7	61,7	70,0	49,7
Límite superior	78,2	66,5	74,7	55,5
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	30,6	58,1	27,4	36,5
Medio no profesional	67,7	59,4	67,6	51,4
Bajo integrado	77,9	66,2	74,2	54,1
Bajo marginal	83,4	57,0	75,5	42,1
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	42,1	52,0	44,4	40,5
Medio bajo	73,3	72,9	73,0	58,7
Bajo	78,7	64,9	74,9	56,7
Muy bajo	83,1	55,6	74,9	40,7
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	77,1	57,9	69,0	43,3
Sin insuficiencia de ingresos	70,9	64,8	70,9	55,0
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	68,2	64,9	64,2	47,0
Conurbano Bonaerense	72,5	57,3	66,7	44,2
Otras Áreas Metropolitanas	79,5	71,3	79,0	63,9
Resto Urbano Interior	75,9	62,9	77,3	55,0
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	73,0	61,5	63,8	46,0
Hogares multipersonales puros	67,0	67,9	66,0	52,5
Hogares multipersonales mixtos	77,5	58,3	74,1	49,3
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	64,0	62,1	65,4	50,7
Sin secundario completo	79,7	61,5	72,9	49,1
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	74,6	59,5	69,5	48,3
75 años y más	72,0	66,0	71,1	52,5
SEXO				
Varón	69,9	63,0	67,8	51,3
Mujer	75,8	60,9	71,2	48,8

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Sección 4

BIENESTAR SUBJETIVO

TABLA DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
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.
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.
Sentimiento de soledad	Mide la percepción de soledad, de sentir que no se tiene a nadie a quien acudir.	Porcentaje de personas que declaran sentirse solos "todo el tiempo" o "muchas veces".

4.1. 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, p.97). La importancia de formular proyectos radica en que, a través de éstos, las personas mayores dan cuenta de su sentido vital, de sus deseos, expectativas y aspiraciones. Por lo 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 (Salvia et al., 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 el período bajo análisis (2017-2025), al menos dos de cada diez personas mayores respondieron que no pueden pensar proyectos más allá del día a día, incidencia bastante más alta -el doble- que la encontrada entre los menores de 60 años. Estamos ante una especificidad de las personas mayores. En el último bienio, la incidencia es del 26,8% entre las personas mayores y de 13,9% entre los menores de 60 años. A diferencia de los menores de 60 años, entre los mayores la incidencia no cambió respecto del bienio anterior (ver Tabla DE 4.1.).

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 que aún no lo son- que a un lado y otro de los 75 años. En el último bienio, la incidencia es del 36,8% entre los de 75 años y más y de 22,4% entre los de 60 a 74 años. En ninguno de los dos grupos de edad hubo cambios respecto del bienio anterior.

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 de género se había ampliado durante la pandemia y lo mismo ocurre en el último bienio, cuando la incidencia es del 29,5% entre las mujeres y de 23,6% entre los varones.

Dentro de las personas mayores, a la lista de factores que potencian este déficit, como la condición de 75 años o más, hay que sumarle el menor nivel educativo (sin secundario completo). La dificultad para formular proyectos 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. No es que los mayores con mayor nivel educativo estén exentos -casi dos de cada diez tienen esta carencia-, 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. En el último bienio, la incidencia es del 32,2% entre los de menor nivel educativo y de 19,8% en el resto.

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 este nivel opera como un seguro frente a este déficit. Como ocurre en varios de 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. A la salida de la pandemia (bienio 2022-2023) en los tres niveles más altos (medio alto, medio bajo y también en el bajo) hubo un aumento importante de este déficit y que se mantiene durante el último bienio (2024-2025). En el último bienio, la incidencia es del 36,6% en el nivel muy bajo, de 28,8% en el bajo, del 23,3% en el nivel medio bajo y de 14,5% en el medio alto. Es entre los mayores del

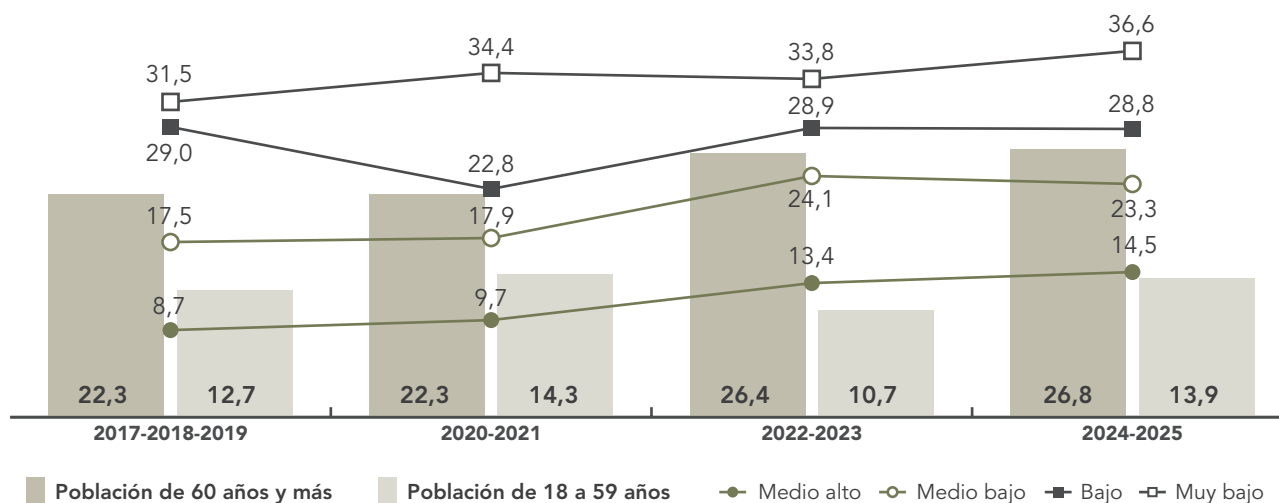
nivel muy bajo donde hubo un aumento -2,8 pp.- respecto del bienio anterior, tal como se visualiza en el Gráfico 12.

Otra brecha importante vuelve a aparecer entre las personas mayores en hogares con ingresos insuficientes y el resto. Después de la pandemia (2022-2023), hubo un aumento significativo en este indicador entre las personas mayores de hogares con ingresos insuficientes, que se mantiene en el bienio siguiente (2024-2025). En este último bienio, la incidencia es del 34,1% entre los de hogares con ingresos insuficientes y de 21,0% en el resto. No hubo diferencias respecto del bienio anterior.

En cuanto al 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 bienio 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 menores de 60 años 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) y en el bienio que sigue (2024-2025). Hubo un muy importante aumento del déficit entre los que viven solos, que se mantiene en el bienio siguiente (2024-2025). Un aumento también importante pero relativamente menor, se observa entre los que conviven con otro mayor, pero que cede algo en el último bienio (2024-2025). En cambio, entre los que conviven con menores de 60 años el déficit se mantuvo a la salida de la pandemia en los niveles que tenía durante la pandemia, pero aumentó bastante -3,6 pp.- durante el último bienio (2024-2025). Durante este último bienio, la incidencia es del 32,6% entre los que viven solos, de 26,2% en los de hogares multipersonales mixtos y del 22,2% entre los conviven exclusivamente con otro mayor.

Gráfico 12

Déficit de proyectos personales según grupo de edad y nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentajes de población.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Entre las personas mayores de CABA hay algo menos déficit de proyectos. En todo el resto del país hay algo más de dificultades para su formulación. La diferencia con el Conurbano Bonaerense, que siempre es importante en todos los indicadores, en éste existe, pero no es tan significativa. A su vez, su incidencia no difiere a la de las ciudades medianas y pequeñas del Interior. La mayor incidencia corresponde a los aglomerados urbanos del Interior. Ya en el bienio 2022-2023 las personas mayores habían alcanzado allí niveles de déficit nunca vistos anteriormente y aquel aumento se mantiene en el último bienio. Durante el último bienio, la incidencia es del 34,9% en los aglomerados urbanos del Interior, el más alto del periodo 2017-2025 y con un importante aumento respecto del bienio anterior -7,8 pp.-, de 27,5% en CABA -el más alto del periodo 2017-2025-, del 26,6% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior y de 27,6% en el Conurbano Bonaerense.

En síntesis, durante el período 2017-2025, el déficit de formulación de proyectos en las personas mayores se potencia en los de nivel socioeconómico muy bajo, con ingresos insuficientes, de 75 años y más y de menor nivel educativo, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los del nivel

socioeconómico medio alto, con al menos secundario completo y en hogares sin ingresos insuficientes, en ese orden.

4.2. 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 el 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 Amadasi, Tinoboras y Rivero, 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 el período bajo análisis (2017-2025), casi dos de cada diez personas mayores expresan sentimientos de infelicidad, tal como se indica en la Tabla DE 4.3. 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, de subperíodo en subperíodo. En comparación con los menores de 60 años, se ve que entre los mayores la incidencia es mayor, lo que sugiere que estamos frente a una carencia más específica de los mayores. Durante el último bienio, la incidencia es del 17,5% entre las personas mayores y de 15,2% entre los menores de 60 años. Es interesante señalar que, respecto del bienio anterior, la incidencia aumentó algo entre los menores de 60 años pero que entre los mayores no hubo variaciones significativas.

También 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 necesariamente con la edad avanzada. Excepto durante los dos últimos bienios, es decir durante la postpandemia (2022-2025). En el último bienio, la incidencia fue del 18,5% entre los de 75 años y más y de 17,2% entre los de 60 a 74 años.

Hasta la pandemia incluida, las mujeres mayores estaban algo más expuestas a sentirse poco o nada felices que los varones mayores. Esto cambió después de la pandemia (2022-2025), cuando la incidencia es mayor entre los varones. En el último bienio, es del 18,6% entre los varones mayores y de 16,6% entre las mujeres mayores.

Respecto de este indicador de bienestar subjetivo, las diferencias según nivel educativo son más importantes que por grupo de edad y sexo. 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 educativo donde la incidencia viene aumentando. Por el contrario, un mayor nivel educativo se constituye como un escudo contra la infelicidad. Durante el último bienio, la incidencia es del 22,1% entre los de menor nivel educativo y de 11,8% -casi la mitad- entre los que tienen nivel secundario completo y más.

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 sentimiento de infelicidad- las personas mayores del nivel medio alto tienen casi un tercio de probabilidad de estar afectados por este déficit. En este indicador de bienestar subjetivo, la brecha entre los del nivel bajo y los del muy bajo es muy amplia. En el período bajo análisis (2017-2025), el sentimiento de infelicidad afectó a uno de cada cuatro mayores del nivel muy bajo. Durante el último bienio, la incidencia es del 23,6% en el nivel muy bajo, de 21,8% en el bajo -en estos dos niveles tendieron a converger y sus diferencias disminuyeron-, del 13,9% en el nivel medio bajo y de 8,5% en el medio alto. Respecto del bienio anterior, hubo un aumento importante (5,9 pp.) del sentimiento de infelicidad en el nivel bajo.

También la brecha es muy grande entre las personas mayores en hogares con insuficiencia de ingresos y el resto -la relación es de 2,5 a 1-. En el último bienio, la incidencia es del 25,7% en los mayores de hogares con insuficiencia de ingresos y de 11,0% en el resto.

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. 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 conviven exclusivamente con también mayores y los que conviven con menores de 60 años. 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 los que viven solos y donde muy probablemente haya más viudas que viudos. En el último bienio, la incidencia es de 24,1% entre los que viven solos, de 17,1% entre los que conviven con menores de 60 años y del 12,1% en los hogares multipersonales puros. Respecto del bienio anterior, hubo un aumento entre los que viven solos.

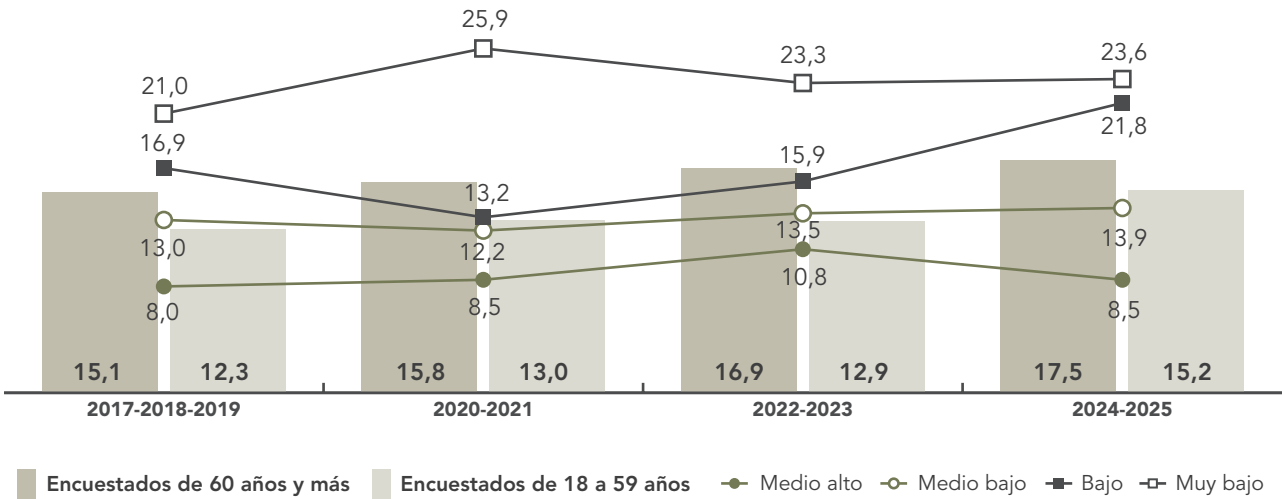
El contexto urbano donde la incidencia de este déficit es menor es CABA. Y en el Conurbano

Bonaerense es donde la incidencia es mayor. El Interior, tanto los aglomerados como las ciudades medianas y pequeñas están en una posición intermedia. Pero durante el último bienio, esta pauta cambió: la incidencia es del 19,4% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, de 18,2% en el Conurbano Bonaerense, del 17,8% en los aglomerados urbanos del Interior y de 13,2% en CABA. Respecto del bienio anterior hubo un aumento importante (5,2 pp.) entre los mayores de las ciudades medianas y pequeñas del Interior.

En síntesis, el sentirse poco o nada feliz se potencia entre los mayores en hogares con insuficiencia de ingresos, del nivel socioeconómico muy bajo, y que viven solos, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los de nivel socioeconómico medio alto, en hogares sin insuficiencia de ingresos, y en hogares multipersonales puros -que conviven exclusivamente con otra persona también mayor-, en ese orden.

Gráfico 13

Sentimiento de infelicidad según grupo de edad y nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentajes de población.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.3. El sentimiento de soledad

Sentirse solo -el sentimiento de soledad- no es lo mismo que estar solo. Rodríguez Espínola (Salvia et al., 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

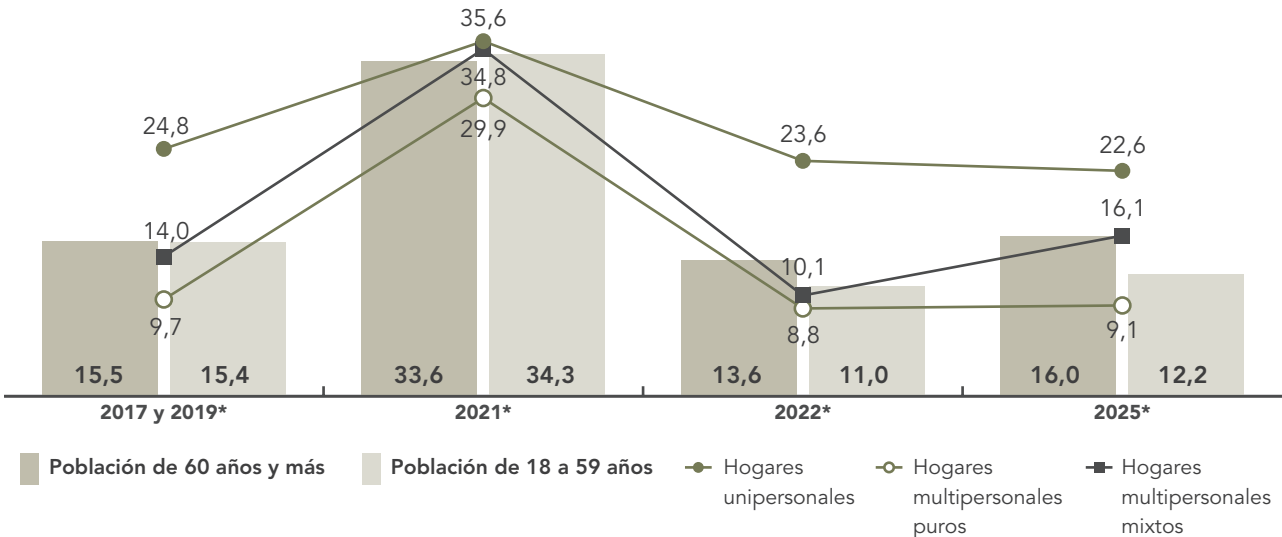
compleja, que tiene su origen en cómo el individuo percibe la calidad de sus relaciones (Amadasi, Tinoboras y Rivero, 2015).

Vale avisar que, a diferencia de los otros indicadores incluidos en este documento, tanto sobre bienestar subjetivo como del resto de las esferas analizadas, no hay información sobre este indicador para todos los años del período bajo análisis (2017-2025). No hubo relevamientos sobre el sentimiento de soledad en 2018, 2020, 2023 y 2024⁷. O sea que de los nueve años que abarca el período, hay información sobre cinco, lo que no invalida la utilización de la existente para dar cuenta de lo ocurrido en el período. Además, los resultados aquí presentados y la tabla DE 4.3. son consistentes con los estudios anteriores sobre este mismo aspecto⁸. La importancia de este indicador para dar cuenta de lo ocurrido con el bienestar subjetivo en el período bajo análisis justifica esta única excepción.

La incidencia de esta carencia entre las personas mayores sufrió un salto enorme durante la pandemia -a más del doble-, volvió a los niveles prepandemia a la salida de la pandemia (2022) y está aumentando en el último bienio (2025), según el Gráfico 14. El impacto de la pandemia fue muy fuerte. Entre los menores de 60 años la incidencia es semejante -no es que afectó más a los mayores- y que también durante la pandemia sufrió un salto enorme. Durante la pandemia, unos y otros, un tercio de los mayores y también un tercio de los menores de 60 años, se sintió solo. Aún con estos altibajos en el período 2017-2025, una mirada muy estilizada diría que mientras durante la prepandemia y la pandemia, mayores y aún no mayores tendían a converger respecto de la incidencia, en la postpandemia (2022 y 2025), el sentimiento de soledad es más frecuente entre las personas mayores.

Gráfico 14

Sentimiento de soledad según grupo de edad y nivel socioeconómico.
Años 2017-2025. En porcentajes de población.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA. *Se modifican criterios temporales de análisis de acuerdo a datos disponibles relevados.

7. 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.

8. 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-. Sobre el último bienio se utiliza la de 2025 -falta la de 2024-.

En la última medición (2025), la incidencia fue del 16,0% entre las personas mayores y de 12,2% entre los menores de 60 años. Y una alerta: un aumento de 2,4 pp. entre los mayores, respecto de la medición anterior (2022). En cifras absolutas, son 1,2 millón de personas mayores que se sienten solas, el equivalente a la población total de la provincia de Corrientes (la décima provincia más poblada de la Argentina).

Dentro de las personas mayores, no hay diferencias significativas entre los de 75 años y más y el resto. 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. En la última medición (2025), la incidencia es del 16,7% entre los 75 años y más y de 15,7% entre los de 60 a 74 años. Es entre los de 60 a 74 años donde hubo un aumento respecto de la medición anterior (2022).

La brecha de género es bastante más importante que los 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 mucho mayor entre las mujeres (10 pp. más que entre los varones). En la última medición (2025), la incidencia es del 19,4% en las mujeres y de 11,2% en los varones -una brecha casi tan grande como durante la pandemia-. Es que entre las mujeres hubo un aumento de 3,9 pp. respecto de la medición anterior (2022). ¿Un umbral más sensible entre las mujeres mayores frente a situaciones de shock (sea la pandemia o las más recientes vinculadas a la insuficiencia de ingresos, a la dificultad en la atención de la salud por razones económicas o al malestar psicológico)?

Y la brecha es aún mayor entre los que tuvieron mayores oportunidades educativas y el resto. 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, aún menor que la encontrada entre los varones mayores y también entre los menores de 60 años. Frente a la pandemia fueron los de mayor nivel

educativo los que tuvieron el mayor aumento, tanto que casi desapareció la brecha por nivel educativo. Y a la salida de la pandemia, también los que tuvieron un descenso más abrupto. En la última medición (2025), la incidencia es del 20,9% entre los de menor nivel educativo y de 10,0% -la mitad- entre los de nivel secundario completo y más. Respecto de la medición anterior (2022) hubo un aumento importante entre los de mayor nivel educativo -3,6 pp.-, casi seguramente por la ya señalada abrupta caída de la incidencia a la salida de la pandemia. No hubo aumento reciente en el sentimiento de soledad entre los de menor nivel educativo.

Por su parte, según el Gráfico 14, 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 muy bajo donde menos se pagó la pandemia en cuanto a sentimiento de soledad. En cambio, entre los del nivel medio alto, la incidencia se triplicó. En los años más recientes -2022 y 2025- es claro que el nivel medio alto es un escudo contra el sentimiento de soledad. Después de la pandemia (2022) en casi todos los niveles -excepto en el muy bajo- hay una disminución tal del sentimiento de soledad, que lleva su incidencia a muy por debajo de los resultados previos a la pandemia (2017 y 2019). En la última medición (2025), la incidencia es del 4,1% en el nivel medio alto, de 14,6% en el medio bajo, del 19,6% en el nivel bajo y de 21,9% en el muy bajo. Respecto de la medición anterior (2022) hubo un aumento importante -8 pp.- tanto en el nivel medio bajo como en el bajo.

También es sideral la brecha entre las personas mayores en hogares con insuficiencia de ingresos y el resto. Frente a la pandemia, ambos sufrieron un enorme aumento, pero fue mucho más importante entre los mayores de hogares sin insuficiencia de ingresos, cuya incidencia tendió a converger con los otros. En la última medición (2025), la incidencia es del 24,1% entre los de hogares con insuficiencia de ingresos y de 10,6% en el resto. Respecto de la medición anterior (2022), hubo un aumento en los de hogares sin insuficiencia de ingresos.

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 con quienes lo hacen -sin o con menores de 60 años- pesa mucho menos. En todos los tipos de hogares se reaccionó frente a la pandemia con un incremento en el sentimiento de soledad. Si bien las diferencias entre ellos disminuyeron -por el 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 menores de 60 años (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 de arreglos residenciales de las personas mayores la pandemia les implicó un ajuste en el 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. En la última medición (2025), la incidencia es de 22,6% entre los que viven solos, de 16,1% entre los que conviven con menores de 60 años y del 9,1% entre los de hogares multipersonales puros. Respecto de la medición anterior (2022) hubo un aumento importante -6 pp.- entre las personas mayores en hogares multipersonales mixtos.

También el contexto urbano tiene que ver con el sentimiento de soledad. Es menos frecuente en las ciudades medianas y pequeñas del Interior. En estudios anteriores también se incluía a CABA en esa condición, pero los resultados más recientes requieren de una aclaración que se presenta más abajo. También salvo en la última medición, 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 mayor en CABA, donde la incidencia fue siempre menor. En cambio, en las ciudades medianas y pequeñas del Interior, si bien hubo un incremento

importante, el salto fue menor que en los otros contextos urbanos, al igual que su abrupta caída a la salida de la pandemia. En la última medición (2025), la incidencia es del 21,0% en CABA, de 17,6% en el Conurbano Bonaerense, de 12,1% en las áreas metropolitanas del Interior y de 11,6% en las ciudades medianas y pequeñas del Interior: un novedoso contraste nítido entre el importante sentimiento de soledad en el Área Metropolitana de Buenos Aires y el más escaso en el Interior del país. Respecto de la medición anterior (2022), hubo un aumento muy significativo -8,4 pp.- en CABA, desde siempre el contexto urbano con menor sentimiento de soledad⁹.

En síntesis, el sentirse solo se potencia en las personas mayores que viven solas, de hogares con insuficiencia de ingresos, del nivel socioeconómico muy bajo, y de menor nivel educativo, en ese orden. Los menos afectados por esta carencia son los de nivel socioeconómico medio alto, en hogares multipersonales puros, en ciudades medianas y pequeñas del Interior, y los que tuvieron mayores oportunidades educativas, en ese orden. Ya no, residir en CABA.

9. Una muy reciente nota de F. Tomaello titulada *¿Juntos pero solos? Cuando la vida social no alcanza para construir relaciones fuertes* no se refiere específicamente a las personas mayores, pero contiene valiosos testimonios y opiniones de reconocidos especialistas (*La Nación*, sección Bienestar, págs. 6 y 7, 10/5/26).

Las creencias espirituales para afrontar los problemas en las etapas de la vejez

En este estudio se investiga la importancia de las creencias espirituales, religiosas o trascendentes como fuentes de sentido o de bienestar subjetivo, es decir, si las personas mayores reconocen o no en estas creencias un aporte significativo a su bienestar subjetivo.

Al bienestar subjetivo se lo define como la evaluación que cada persona hace de su propia vida. Para Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), el bienestar subjetivo es una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida. Por eso es importante identificar las causas o variables psicológicas asociadas al bienestar.

Para Erikson (1970), psicólogo experto en el desarrollo de las etapas del ciclo vital humano, la vejez es un período cuya resolución exitosa da lugar a la virtud de la sabiduría y a una profunda aceptación e integración personal. La sabiduría (descubrimiento del sentido de vida) se alcanza cuando el adulto mayor acepta su vida tal como ha sido, sin remordimientos significativos por lo que no pudo hacer y asumiendo la propia mortalidad. Supone reconciliarse con los éxitos y fracasos, reconociendo que la propia existencia tuvo sentido y dignidad. Esta integración permite a las personas distanciarse de las cosas materiales o superficiales, abriéndose a una perspectiva más amplia de la vida y a dejar un legado. El trascender no es el logro de fama, sino asegurarse de que los valores fundamentales que uno tiene sigan iluminando y guiando a otros en el futuro.

Las creencias espirituales y religiosas son fundamentales para muchos adultos mayores y la práctica de rituales que conlleva esta adhesión a las mismas funcionan como un recurso de afrontamiento, en la medida que proporcionen un sentido, una meta a ser alcanzada. De este modo, las creencias espirituales contribuyen a incluir al adulto mayor en redes sociales más amplias y sirven como contención afectiva frente a las pérdidas o duelos tan comunes en este período. Ayudan a tolerar el estrés, la frustración, a sobrellevar enfermedades crónicas y a tener paz interior ante la muerte temida. Estas creencias facilitan el generar espacios de contención y participación, reducen el aislamiento y los sentimientos de soledad.

Creencias espirituales y su contribución al bienestar subjetivo en las etapas de la vejez

En este estudio los entrevistados deben responder a si están de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación "Creer en algo superior o trascendente contribuye a mi bienestar personal". Un 19,9% de los entrevistados consideran que las creencias espirituales no contribuyen para alcanzar su bienestar (Gráfico 2.1).

Respecto a la relación de la variable creencias espirituales en adultos mayores según edad por décadas, se observa una disminución apreciable del porcentaje de personas mayores que consideran que las creencias espirituales no contribuyen al bienestar entre los 70 a 79 años. Este período de la vejez es

menos conflictivo dado que las personas mayores están más adaptadas al proceso de envejecimiento y pueden sacar más provecho de estas creencias. A diferencia de lo mencionado, en el período de 60 a 69 años los adultos mayores toman conciencia de los procesos de envejecimiento que empiezan a percibir y deben afrontar, lo que los llevaría a dudar en mayor medida de la contribución positiva de las creencias espirituales. Posteriormente, después de los ochenta años, el deterioro físico y mental se va incrementando, el sufrimiento y la cercanía de la muerte se viven con mayor intensidad y entonces nuevamente vuelven a dudar en mayor medida de la contribución positiva de las creencias espirituales, el deterioro progresivo físico y mental les impide recurrir y participar en esos grupos con creencias espirituales.

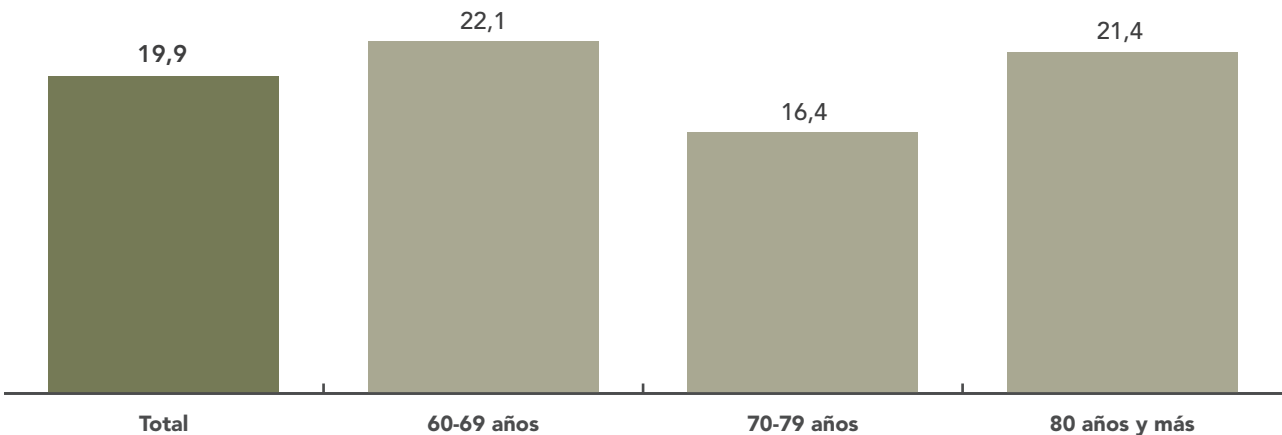
Trascender generaciones supone dejar una huella profunda y duradera mediante enseñanzas, adhesión

a valores o acciones que influyan positivamente en el tiempo. Implica que la vida cobra un significado que va más allá de la propia existencia. La búsqueda de trascendencia y dejar un legado no estaría tan presente en el comienzo ni en los momentos finales de la vejez, los cuales requieren un cierto grado de regulación emocional y estabilidad de la personalidad.

Estudios previos (Rodríguez Espínola, et al. 2026) han encontrado que en la población en general el 27,1% de los adultos urbanos declaran no creer o no recurrir a estas creencias para alcanzar el bienestar, es decir que este porcentaje es mayor respecto de las personas con 60 o más años (19,9 %). Asimismo, señalan que en los adultos más jóvenes (18 a 34 años) alcanza el 33,2% y luego desciende progresivamente con la edad, hasta situarse en 15,6% entre quienes tienen 75 años o más. Para más información ver Tabla DE 4.4.

Gráfico 2.1

Creencias espirituales no contribuyen al bienestar en personas mayores según edad por década.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

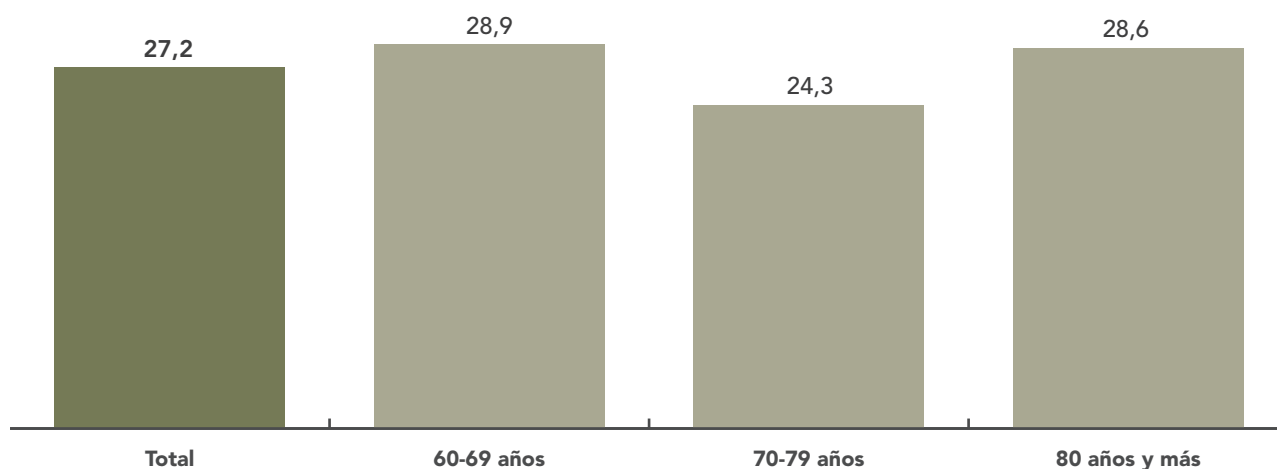
Creencias espirituales y su relación con la salud

La insatisfacción con la salud hace referencia a una evaluación cognitiva negativa del propio estado de salud, tanto físico como mental, que afecta la percepción de bienestar y funcionalidad cotidiana. A los adultos mayores se les pregunta si en el último mes se sintieron poco o nada satisfecho con su salud.

El 27,2% de los entrevistados mayores de 60 años está insatisfecho con su salud (gráfico 2.2). Insatisfacción con su salud disminuye de un porcentaje del 28,9% en la década de los 60 a 69 años a un 24,3% en los 70 a 79 años (diferencia de 4,6 pp.), para luego incrementarse al 28,6% (diferencia de 4,3 pp.) en la década de 80 o más.

Gráfico 2.2

Insatisfacción con la salud en personas mayores según edades por década.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



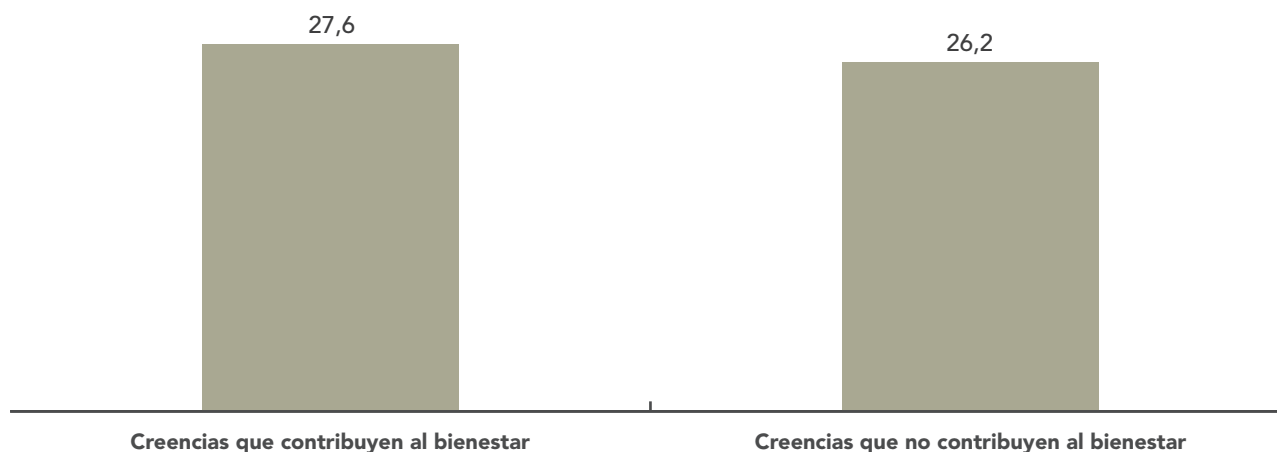
Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Respecto de la relación entre creencias espirituales y la insatisfacción con su salud (Gráfico 2.3) se observa que los adultos mayores que consideran que

las creencias no contribuyen al bienestar y los que sí, tienen porcentajes similares de insatisfacción con la salud (diferencia de 1,4 pp.).

Gráfico 2.3

Insatisfacción con la salud en personas mayores según las creencias espirituales que contribuyen o no al bienestar.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

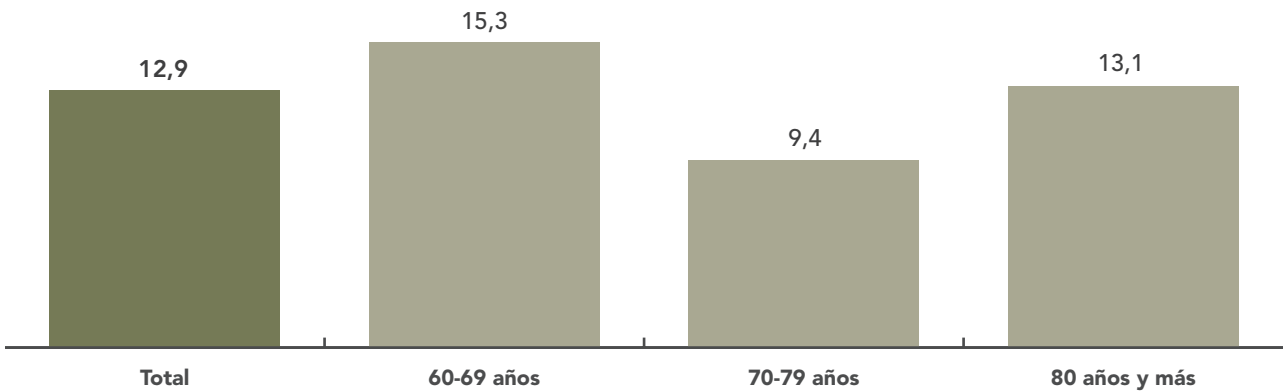
Creencias espirituales e insatisfacción personal y con la familia

La insatisfacción con la vida refiere a una evaluación cognitiva negativa sobre la calidad global de la propia vida, asociada a la discrepancia entre las experiencias vividas y las expectativas o metas personales. Este indicador expresa un nivel reducido de bienestar subjetivo general.

El 12,9% de los entrevistados mayores de 60 años está insatisfecho con la vida (Gráfico 2.4). Se puede ver que insatisfacción con la vida disminuye en la década de los 70 años y se incrementa en los otros dos períodos, de modo similar a la variable antes analizada sobre las creencias espirituales no contribuyen al bienestar. Así de la primera etapa de la vejez a la segunda disminuye un 5,9 pp. y luego se incrementa en la tercera etapa un 3,7 pp.

Gráfico 2.4

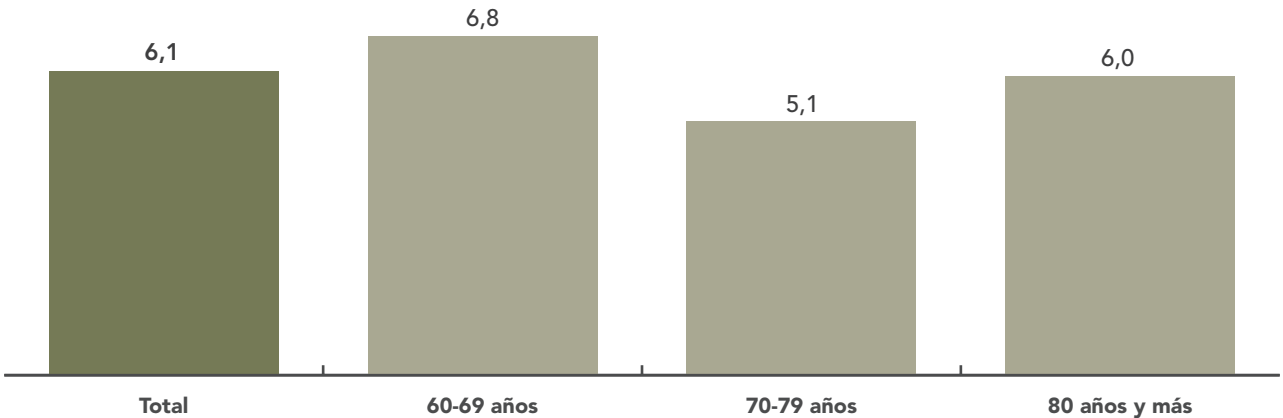
Insatisfacción con la vida en personas mayores según edad por década.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 2.5

Insatisfacción con la familia en personas mayores según edad por década.
En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Insatisfacción con la vida familiar expresa una valoración negativa de las relaciones familiares, la disponibilidad afectiva y el clima emocional del hogar. Representa un déficit en la satisfacción con los vínculos familiares significativos.

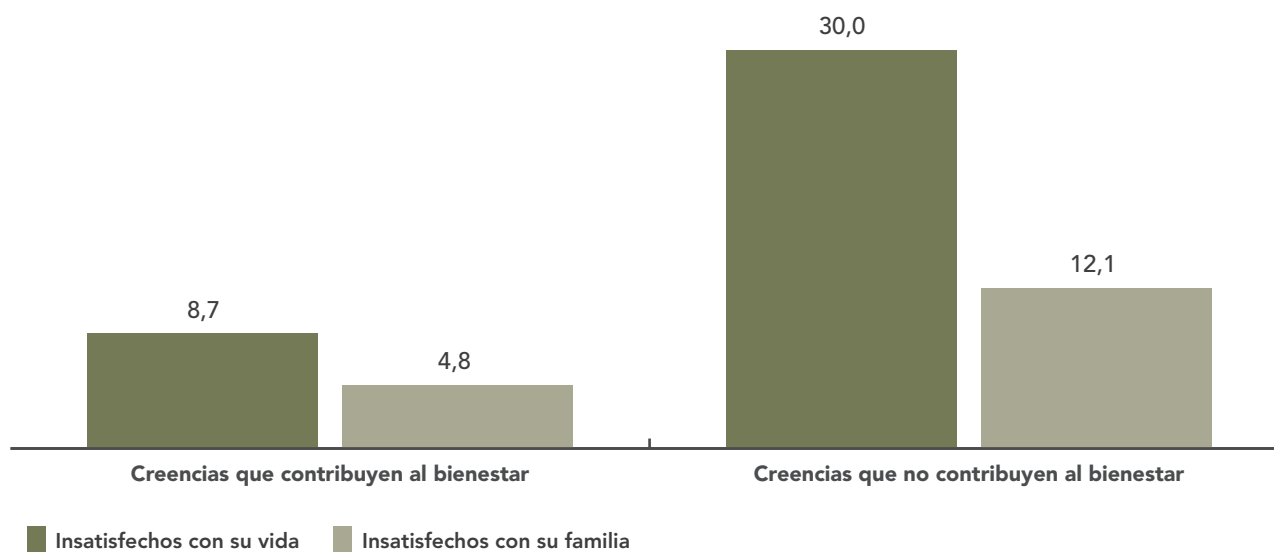
Como se observa en el gráfico 2.5, el 6,1% de los entrevistados mayores de 60 años está insatisfecho con su vida familiar. La insatisfacción con la vida familiar disminuye en la década de los 70 años y se incrementa en los otros dos períodos, aunque la diferencia es baja.

Respecto de la relación entre creencias que no contribuyen al bienestar y a la insatisfacción con la vida se observa que en los adultos mayores con creencias que no contribuyen al bienestar un 30,0% están insatisfechos con la vida y en los en los que sí solamente un 8,7% (Gráfico 2.6).

En el caso de la insatisfacción con la vida familiar se observa que en los adultos mayores con creencias que no contribuyen al bienestar están un 12,1% insatisfechos con la vida familiar en tanto que los que sí tienen una mirada positiva respecto a las creencias solamente un 4,8%.

Gráfico 2.6

Insatisfacción con la vida y con la familia en personas mayores según creencias contribuyen o no al bienestar.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Creencias espirituales y el bienestar subjetivo

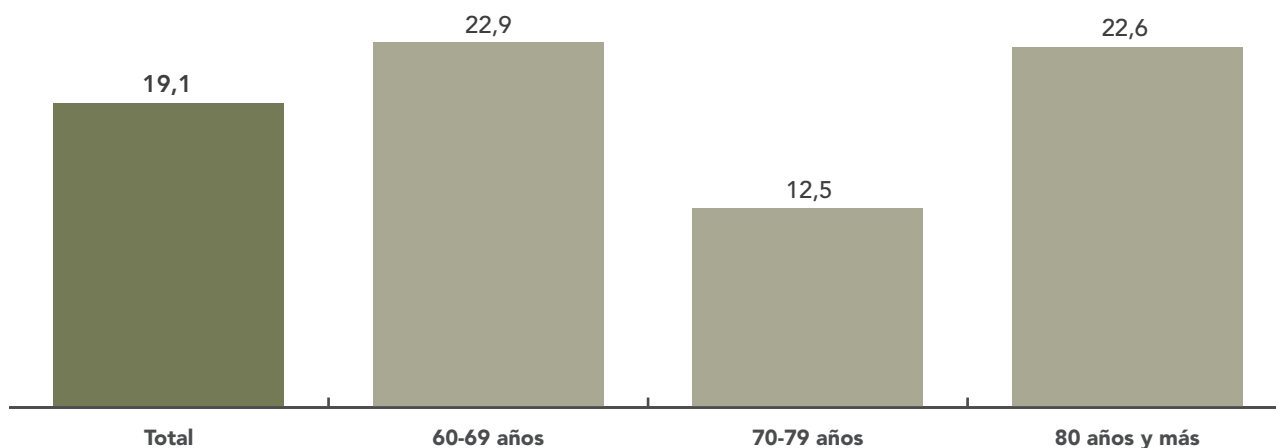
El bienestar subjetivo lo evaluamos en dos de las dimensiones más importantes: sentimiento de infelicidad y malestar psicológico. Los sentimientos de infelicidad suponen una percepción negativa del estado de ánimo que produce en la persona una sensación de insatisfacción y tristeza o ausencia de bienestar afectivo. Hace referencia a tener un déficit en las capacidades socioemocionales que afecta la valoración subjetiva de la propia vida. Es el porcentaje

de personas que aseguran sentirse poco o nada felices en su vida.

Como se observa en el Gráfico 2.7, el 19,1% de los entrevistados mayores de 60 años cuenta con déficit de felicidad. Cabe señalar que casi un tercio de los adultos mayores tiene déficit en salud, pero solamente menos de un quinto se considera infeliz. El déficit de felicidad disminuye en la década de los 70 años y se incrementa en los otros dos períodos con una diferencia de 10%.

Gráfico 2.7

Sentimiento de infelicidad en personas mayores según edad por década.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



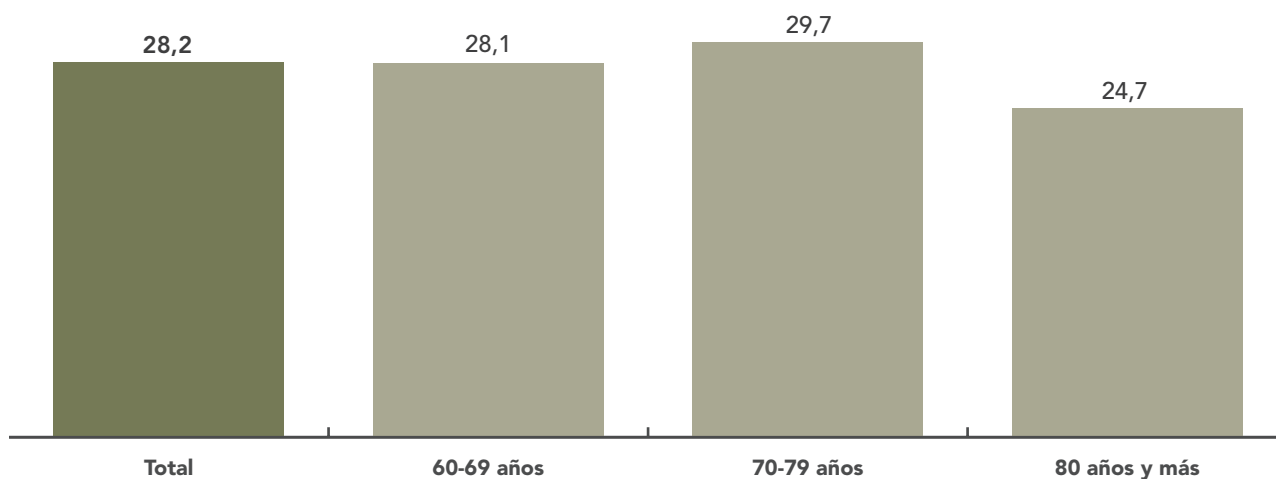
Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El malestar psicológico mide el déficit o incapacidad de los adultos mayores para regular sus emociones y afrontar las demandas ordinarias de la vida cotidiana, para desenvolverse socialmente y tener vínculos satisfactorios con otros. Mide fundamentalmente el déficit de las capacidades emocionales a través de la percepción de sintomatología ansiosa y depresiva.

Como se observa de manera gráfica, el 28,2% de los entrevistados mayores de 60 años cuenta con Malestar psicológico. El malestar psicológico se incrementa levemente desde los 60 a los 79 años y baja a partir de los 80 años (Gráfico 2.8).

Gráfico 2.8

Malestar psicológico en personas mayores según edad por década.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

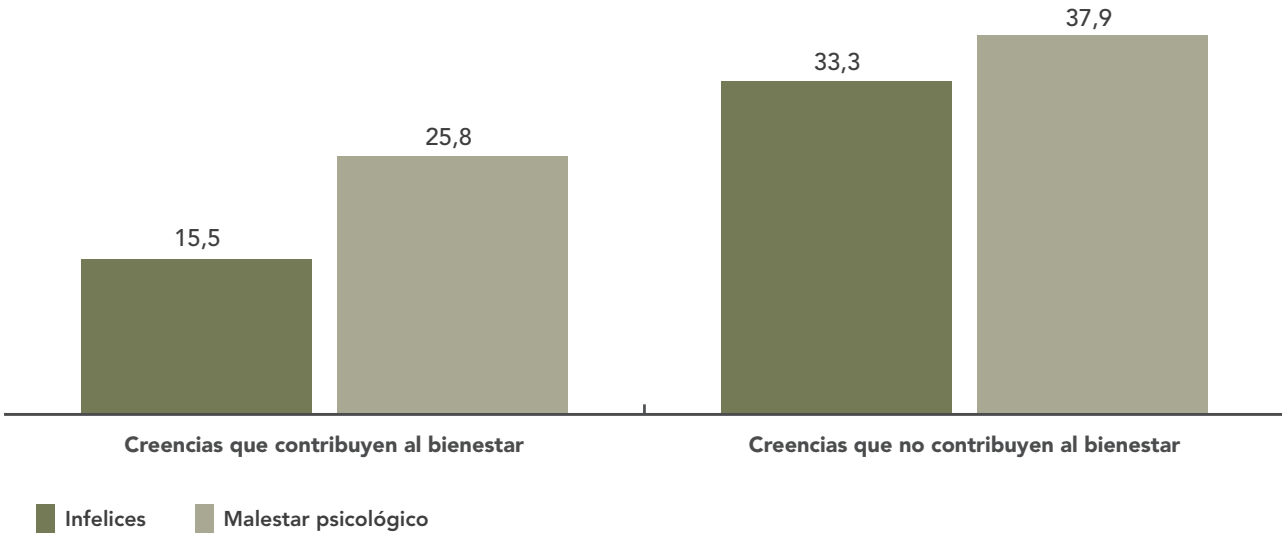
Respecto de la relación entre creencias espirituales y sentimientos de infelicidad se observa que en los adultos mayores no creyentes un 33,3% sienten infelicidad y en los creyentes solamente un 15,5% (Gráfico 2.9).

Al analizar la relación entre creencias espirituales y malestar psicológico se observa que en los adultos mayores con creencias que no contribuyen al bienestar tienen un 37,9% con malestar psicológico y en los que consideran que las creencias espirituales ayudan a alcanzar un mayor bienestar solamente un 25,8%.

Este estudio ratifica que un envejecimiento exitoso está asociado con todos los aspectos del bienestar y con un alto nivel de satisfacción con la vida. Pone en evidencia que en la vejez existen tres etapas con características diferentes respecto al bienestar subjetivo que deben ser tenidas en cuenta en las políticas públicas. Revela la importancia de la vida familiar para las personas mayores.

Gráfico 2.9

Creencias contribuyen o no al bienestar según el sentimiento de infelicidad y el malestar psicológico en personas mayores.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Conclusiones

Este estudio se propuso analizar el papel de las creencias espirituales, religiosas o trascendentes como recursos asociados al bienestar subjetivo en las personas mayores. Los resultados muestran que cuatro de cada cinco personas mayores consideran que creer en algo superior contribuye positivamente a su bienestar personal.

Las creencias espirituales muestran una relación más fuerte con la satisfacción con la vida, la felicidad y el bienestar emocional que con la percepción de la salud física.

Así, el estudio ratifica que un envejecimiento exitoso está asociado con todos los aspectos del bienestar y con un alto nivel de satisfacción con la vida. Pone en evidencia que en la vejez existen tres etapas con características diferentes respecto al bienestar subjetivo que deben ser tenidas en cuenta en las políticas públicas. Revela la importancia de la vida familiar para las personas mayores.

Principales hallazgos



- ★ Las creencias espirituales constituyen una fuente de bienestar para la amplia mayoría de las personas mayores.
- ★ La relación entre espiritualidad y salud percibida es relativamente débil.
- ★ Las asociaciones más importantes se observan en la satisfacción con la vida, la felicidad y el bienestar emocional.
- ★ La vejez intermedia (70-79 años) presenta indicadores más favorables de bienestar subjetivo.
- ★ La dimensión espiritual debe considerarse un recurso psicosocial relevante en las políticas de envejecimiento.

Bienestar y necesidad de apoyo psicosocial en adultos mayores

El apoyo social es clave para evitar el aislamiento y garantizar la calidad de vida y el bienestar emocional de los adultos mayores. Inhibe el deterioro cognitivo y amortigua los efectos del estrés, la ansiedad y depresión y permite sobrellevar las enfermedades crónicas. Los adultos mayores enfrentan situaciones de vulnerabilidad como tener pocos o carecer de ingresos, el acceso precario a servicios de salud, las escasas redes de apoyo social y la falta de contención familiar. Dichas condiciones limitan su capacidad para adaptarse a los procesos naturales del envejecimiento y repercuten en el bienestar personal. Por eso un objetivo importante es averiguar acerca del apoyo y redes sociales de contención que tienen los adultos mayores y del entorno familiar. Es importante analizar los recursos psicosociales considerando las capacidades socioafectivas como la falta de contención social, como también tener en cuenta el estado de salud percibido, los condicionantes de salud, las limitaciones en autonomía y sociales por enfermedad (Rodríguez Espínola et al., 2026).

Falta de contención social

La falta de contención social expresa la carencia de vínculos intra y extrafamiliares capaces de brindar escucha, acompañamiento y sostén emocional. Indica un déficit en la red social de apoyo que limita la disponibilidad de relaciones significativas para afrontar necesidades o dificultades.

La falta de contención social se evaluó mediante la pregunta acerca de si tiene o no “a alguna persona que le dedica tiempo y escucha sus problemas”. Esta falta supone el experimentar sentimientos de soledad que le limitan la toma de decisiones para afrontar los problemas de la vida cotidiana.

En el gráfico 3.1 se observa que existe un mayor porcentaje de falta de contención social en los adultos mayores que tienen un menor nivel socioeconómico; así los que poseen un nivel socioeconómico medio alto el 39,7% siente falta de contención social mientras que los de nivel socioeconómico bajo es del 59,2%, la diferencia es de 19,7 p.p. Se evidencia que el nivel socioeconómico condiciona el desarrollo de vínculos interpersonales y de esta manera se puede decir que pertenecer a un menor nivel socioeconómico es un claro factor de riesgo.

Respecto al tipo de hogar se utilizaron tres categorías: 1- unipersonal en cual el adulto mayor vive solo, 2- de personas mayores en hogares multipersonales puros en el cual convive con otras personas, pero todos tienen más de 60 años y 3- personas mayores en hogares multipersonales mixtos en el cual el adulto mayor convive con otras personas tanto mayores como menores de 60 años, es un hogar intergeneracional.

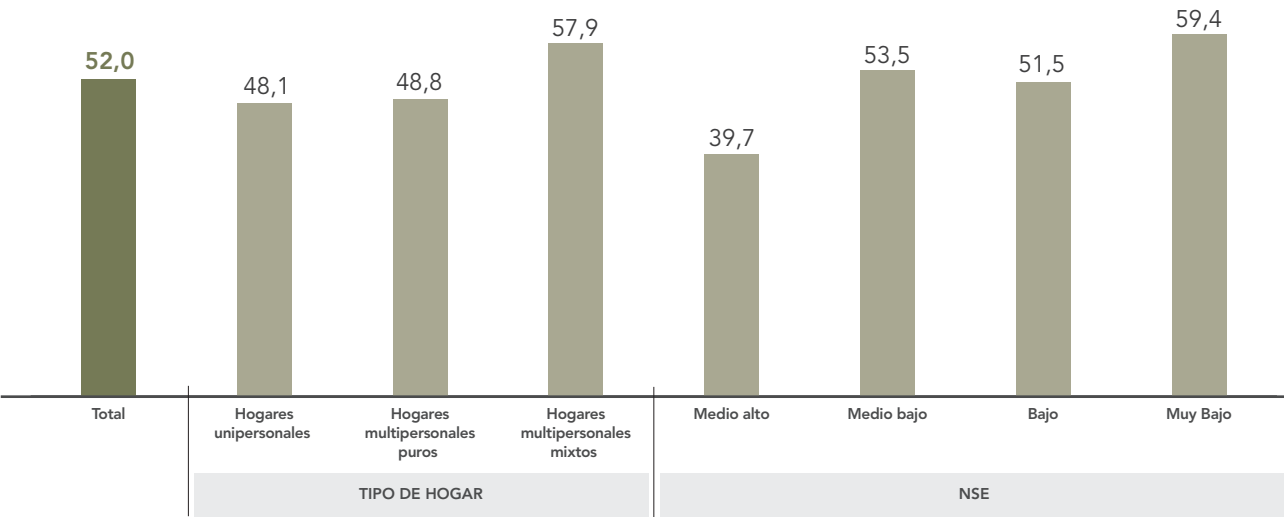
Según las características del tipo de hogar en que vive el adulto mayor (gráfico 3.1), se observa un menor porcentaje de falta de contención social en los que viven en hogares unipersonales y hogares de personas mayores puros, y un mayor porcentaje en

los mixtos. Existe una diferencia de 9,8 pp. Al contrario de lo esperado, es en los hogares que conviven varias generaciones donde se observa menor

contención social, probablemente sea por encuentran menos diálogo y comprensión por parte de los jóvenes y los adultos.

Gráfico 3.1

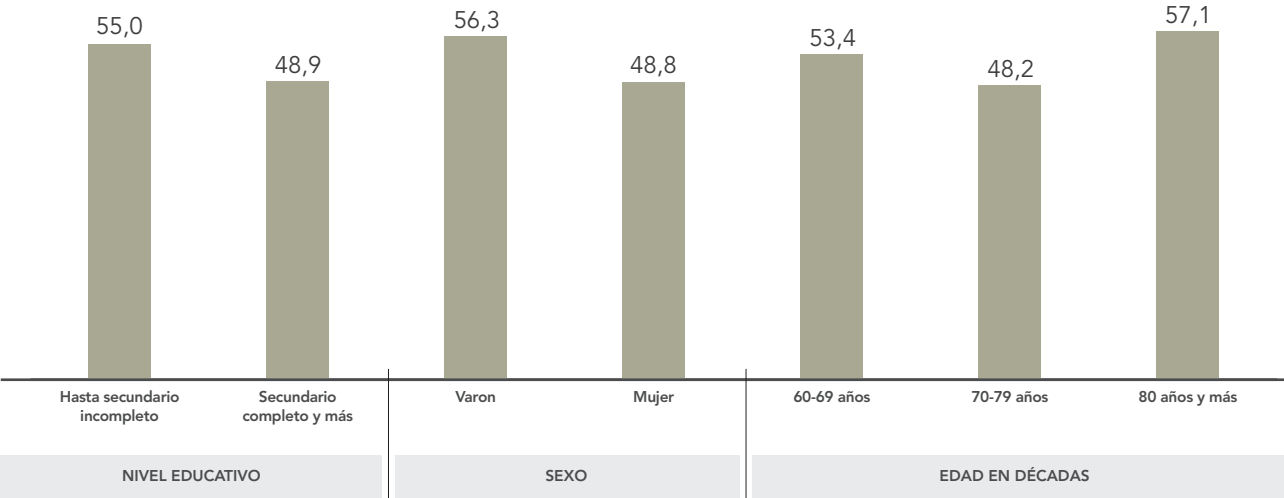
Falta de contención social en personas mayores según tipo de hogar y nivel socioeconómico.
En porcentaje de población en hogares de 60 años y más, afiliadas a PAMI. Año 2025.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 3.2

Falta de contención social en personas mayores según nivel educativo, sexo y edades por década.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Respecto a la falta de contención social en adultos mayores según edad por décadas (gráfico 3.2), se observa una disminución de la falta de contención social entre los 70 a 79 años, período al que consideramos que es menos conflictivo. En el período de 60 a 69 años los adultos mayores toman conciencia de los procesos de envejecimiento que empiezan a percibir y deben afrontar, lo que los llevaría a que se incrementen la falta de contención social y luego, entre los 70 y 79 años, se adaptan a dichos cambios progresivos y, por lo tanto, baja la falta de contención social. Finalmente, después de los ochenta años el deterioro físico y mental se va incrementando, el sufrimiento y la cercanía de la muerte se vivencia con mayor intensidad y entonces nuevamente se incrementa la falta de contención social.

Al analizar las diferencias por sexo (gráfico 3.2) se observa un mayor porcentaje de falta de contención social en los adultos mayores varones, la diferencia entre varones y mujeres es de 7,9 pp. En cuanto al nivel educativo se incrementa la carencia de personas que asisten en el nivel más bajo respecto de los que tienen estudio secundario completo o terciario (6,1 pp.). El menor nivel socioeconómico también es un claro factor de riesgo.

La salud como impedimento para valerse por sí mismo

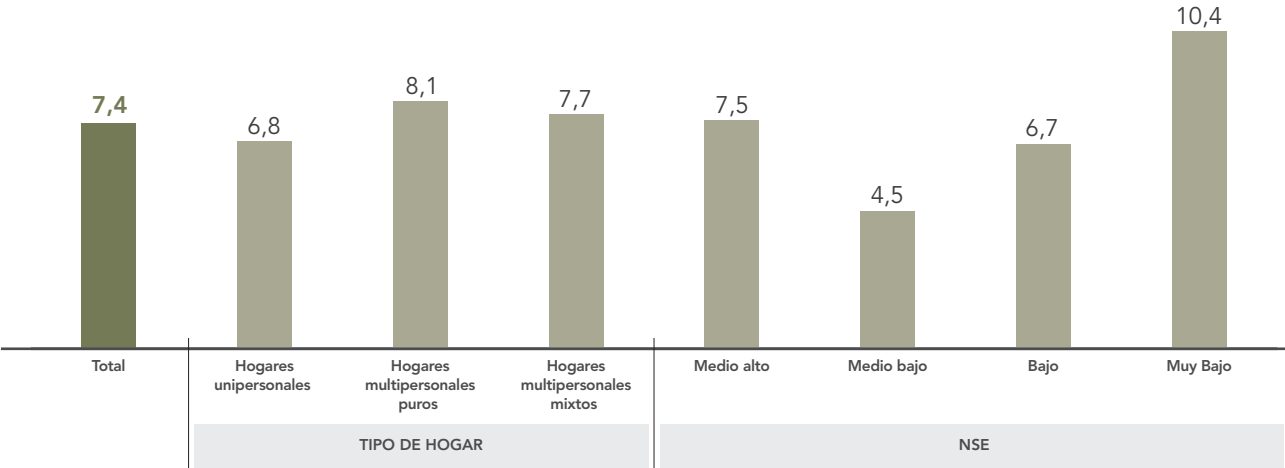
La salud como impedimento para valerse por sí mismo se evaluó mediante la pregunta acerca de si en el último mes en qué medida “¿su salud le ha impedido valerse por sí mismo para desarrollar su vida diaria? Se consideró con déficit a aquellos que contestaron con frecuencia o todo el tiempo.

En los adultos mayores se observa un mayor porcentaje de la salud como impedimento para valerse por sí mismo en los que tienen un nivel socioeconómico muy bajo, disminuyendo luego gradualmente a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas, pero se incrementa en el nivel medio alto. Probablemente los que tienen medios económicos más altos han vivido una vida con mayor independencia y actividad que los de nivel medio bajo y, por lo tanto, serían más sensibles a los condicionamientos por su estado de salud.

Respecto a los tipos de hogar se observa menores porcentajes de impedimento por salud para valerse por sí mismo en los hogares unipersonales, si bien las diferencias por tipo de hogar son muy bajas.

Gráfico 3.3

La salud como impedimento para valerse por sí mismo en personas mayores según tipo de hogar y nivel socioeconómico.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Respecto a los adultos mayores con impedimento de salud para valerse por sí mismo según la edad por décadas, se observa un incremento progresivo desde los 60 en adelante años, después de los ochenta años se incrementa en mayor medida (3,6 pp.).

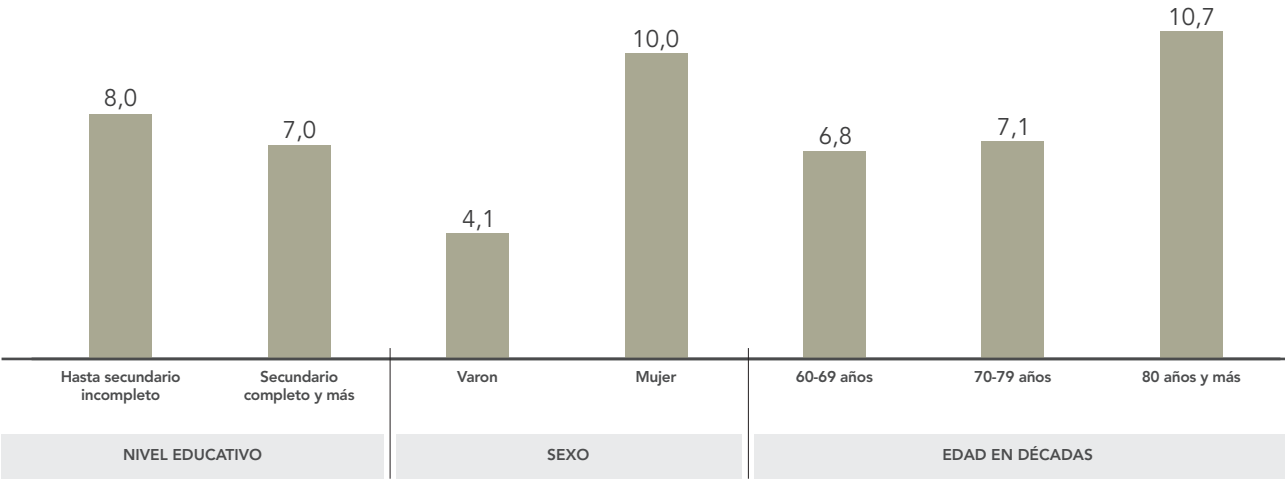
Se observa un mayor porcentaje de salud como impedimento de salud para valerse por sí mismo en las adultas mayores mujeres. La diferencia entre

varones y mujeres es de 5,9 pp., se duplica el porcentaje.

En cuanto al nivel educativo, los adultos mayores sin secundario completo tienen un mayor porcentaje en salud como impedimento para valerse por sí mismo. Si bien la diferencia es baja (1 pp.) el menor nivel educativo también nuevamente es un factor de riesgo. Para más información ver Tabla DE 4.4.

Gráfico 3.4

La salud como impedimento para valerse por sí mismo en personas mayores según nivel educativo, sexo y edades por década.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Dificultad de relación con otros por motivos de salud

La dificultad de relación con otros por motivos de salud se evaluó mediante la pregunta acerca de si durante el último mes por razones de salud no ha podido relacionarse con otras personas. Se consideró con déficit a aquellos que contestaron "con frecuencia o todo el tiempo". La pregunta remite a un aislamiento social por condicionamiento del deterioro de la salud.

En el gráfico 3.5 (a la derecha) se observa un menor porcentaje de dificultad de relacionarse con otros por motivos de salud en los adultos mayores que pertenecen a un nivel socioeconómico más alto, incrementándose gradualmente en la medida que baja el nivel socioeconómico. Así entre el nivel

medio profesional y el nivel muy bajo, categorías extremas, existe una diferencia del 2,5 pp.

Respecto a la dificultad de relación con otros por motivos de salud en los adultos mayores y el tipo de hogar, se observa el menor porcentaje en hogares unipersonales y el mayor porcentaje en hogares mixtos. En los adultos mayores la dificultad de relacionarse con otros por motivos de salud se incrementa con convivencia ya sea con adultos mayores o con personas jóvenes o adultas.

Respecto a los adultos mayores con dificultad de relación con otros por motivos de salud según la edad por décadas, se observa una disminución progresiva, pero baja, desde los 60 en adelante años.

Se observa un mayor porcentaje de dificultad de relación con otros por motivos de salud en las

mujeres adultas mayores. La diferencia entre varones y mujeres es de un 3,2 pp., las mujeres duplican los valores respecto a los varones.

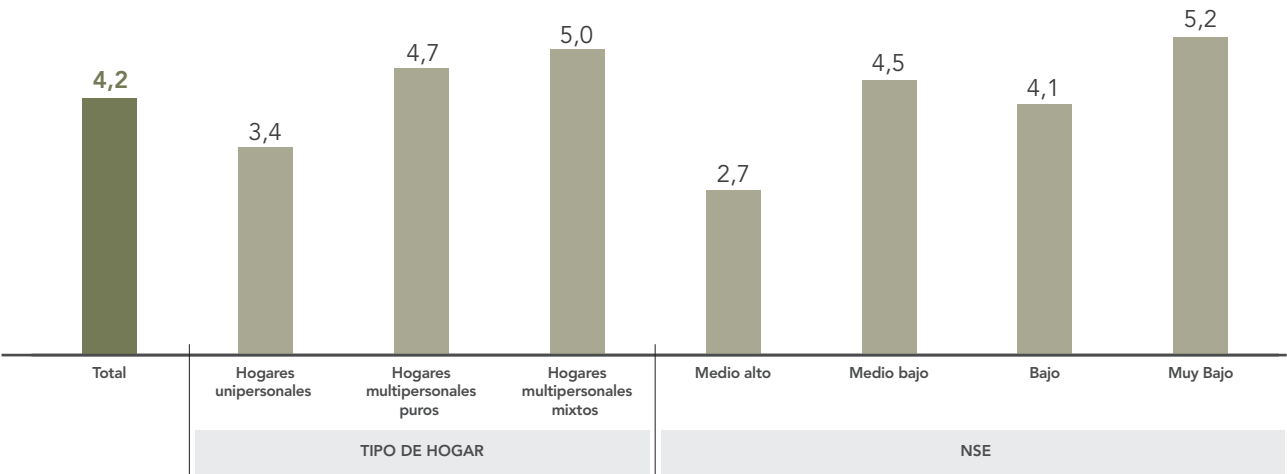
En los adultos mayores que tienen un nivel educativo bajo se observa un mayor porcentaje en

dificultad para recurrir a relaciones con otros por motivos de salud. Si bien en ambos niveles los porcentajes son bajos, solamente el 2,1 pp. de la totalidad de la muestra confirman tener dificultad de relaciones con otros por motivos de salud.

Gráfico 3.5

Dificultad de relación con otros por motivos de salud en personas mayores según tipo de hogar y nivel socioeconómico.

Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.

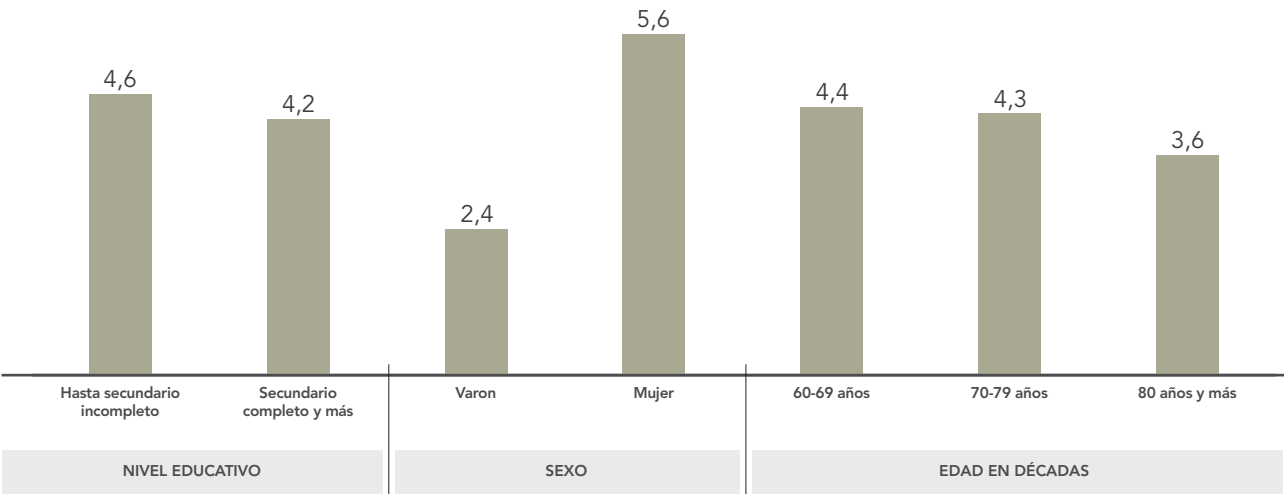


Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 3.6

Dificultad de relación con otros por motivos de salud en personas mayores según nivel educativo, sexo y edades por década.

Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Relación entre la falta de contención social y las variables salud como impedimento para valerse por sí mismo y dificultad de relación con otros por motivos de salud

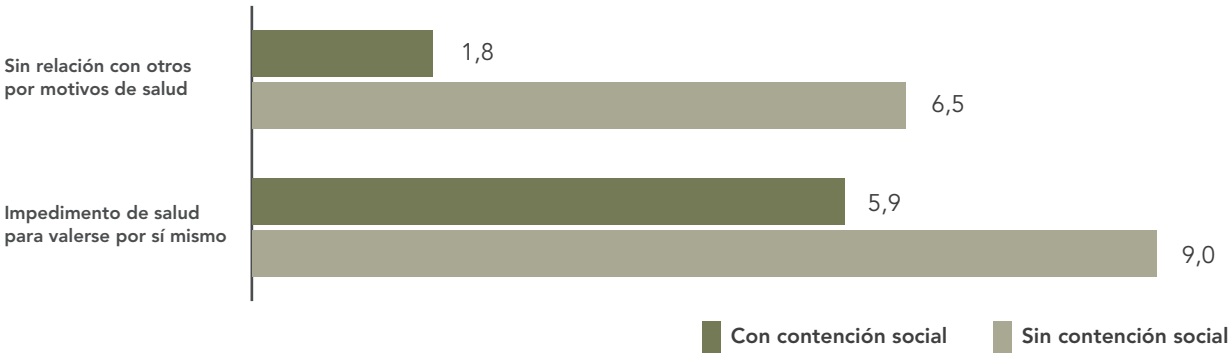
Los adultos mayores con falta de contención social tienen mayores porcentajes en impedimentos para valerse por sí mismo y dificultad de relación con otros por motivos de salud. La contención social es

fundamental para el logro del bienestar psicológico y social de los adultos mayores.

El nivel socioeconómico y educativo son variables clave para la prevención y el incremento de redes de contención social. Es importante tener en cuenta las etapas de la vejez porque existen diferencias de dificultades, necesidades y demandas del adulto mayor en cada una de dichas etapas.

Gráfico 3.7

La salud como impedimento para valerse por sí mismo y dificultad de relación con otros por motivos de salud según contención social.
Año 2025. En porcentaje de población de 60 años y más



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Conclusiones

1. **La falta de contención social es una problemática crítica en la vejez:** Más de la mitad de las personas mayores manifiesta carencias en sus redes de apoyo emocional. Esta situación constituye uno de los principales factores de vulnerabilidad, ya que limita la disponibilidad de vínculos significativos para afrontar problemas cotidianos y se asocia con mayores riesgos de aislamiento.
2. **Las desigualdades sociales condicionan el acceso al apoyo social:** La falta de contención social es significativamente más frecuente entre las personas con menor nivel socioeconómico y educativo. Esto evidencia que las desigualdades sociales acumuladas a lo largo de la vida también se expresan en la disponibilidad de recursos vinculares y afectivos durante la vejez.

3. **La edad avanzada incrementa las necesidades de apoyo:** Las personas de 80 años y más presentan mayores niveles de falta de contención social y mayores limitaciones para valerse por sí mismas debido a problemas de salud. Estos resultados muestran que las necesidades de apoyo aumentan en las etapas más avanzadas del envejecimiento.
4. **Las mujeres enfrentan mayores limitaciones derivadas de la salud:** Las mujeres mayores presentan mayores dificultades para mantener su autonomía cotidiana y mayores restricciones para relacionarse con otras personas debido a problemas de salud. Esto sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de cuidado y acompañamiento dirigidas a este grupo.
5. **Las redes de apoyo funcionan como un factor protector:** Las personas mayores que cuentan con apoyo y contención social presentan menores limitaciones funcionales y menores dificultades de interacción social asociadas a problemas de salud. La contención social opera como un recurso protector que favorece la autonomía, la integración social y el bienestar psicológico.
6. **La convivencia intergeneracional no garantiza mayor contención:** De manera contraria a lo esperado, los hogares multipersonales mixtos presentan mayores niveles de falta de contención social que los hogares unipersonales o aquellos integrados exclusivamente por personas mayores. Este resultado sugiere que la convivencia no siempre se traduce en apoyo emocional efectivo.
7. **Las políticas de envejecimiento deben fortalecer el apoyo psicosocial:** La evidencia indica que promover redes comunitarias, espacios de participación, acompañamiento social y estrategias de cuidado resulta tan importante como atender las necesidades de salud física. El fortalecimiento de la contención social constituye una condición indispensable para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

Mensaje central



El bienestar de las personas mayores no depende únicamente de su estado de salud, sino también de la calidad y disponibilidad de las redes de apoyo social. Quienes carecen de contención presentan mayores niveles de vulnerabilidad funcional, social y emocional, lo que convierte al apoyo psicosocial en un componente estratégico de las políticas de envejecimiento.

SERIES HISTÓRICAS DE DATOS ESTADÍSTICOS DEL BIENESTAR SUBJETIVO

Tabla DE 4.1

BIENESTAR SUBJETIVO

Déficit de proyectos personales

Años 2017-2025. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	20,4	18,9	23,8	22,9
Estadístico encuestados de 60 años y más	22,3	22,3	26,4	26,8
Límite superior	24,3	26,1	29,2	30,9
Encuestados de 18 a 59 años	12,7	14,3	10,7	13,9
Total de encuestados de 18 años y más	15,2	16,2	14,4	16,4
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	8,8	7,8	8,9	10,7
Medio no profesional	16,4	14,8	20,4	24,4
Bajo integrado	24,0	24,7	29,4	26,4
Bajo marginal	36,5	34,6	33,7	36,5
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	8,7	9,7	13,4	14,5
Medio bajo	17,5	17,9	24,1	23,3
Bajo	29,0	22,8	28,9	28,8
Muy bajo	31,5	34,4	33,8	36,6
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	30,8	29,9	34,0	34,1
Sin insuficiencia de ingresos	16,8	18,6	21,0	21,0
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	15,8	20,8	24,7	27,5
Conurbano Bonaerense	22,5	23,9	27,6	27,6
Otras Áreas Metropolitanas	25,4	22,2	27,1	34,9
Resto Urbano Interior	25,5	19,8	23,9	26,6
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	26,2	24,7	32,7	32,6
Hogares multipersonales puros	17,2	19,9	24,9	22,2
Hogares multipersonales mixtos	24,0	22,7	22,6	26,2
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	15,3	16,3	20,8	19,8
Sin secundario completo	28,9	28,2	31,3	32,2
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	20,5	20,7	22,2	22,4
75 años y más	26,9	26,3	35,4	36,8
SEXO				
Varón	21,5	19,7	25,7	23,6
Mujer	23,0	24,3	26,9	29,5

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 4.2

BIENESTAR SUBJETIVO

Sentimiento de infelicidad

Años 2017-2025. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD			
	2017-2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
TOTALES				
Límite inferior	13,5	13,3	14,5	14,1
Estadístico encuestados de 60 años y más	15,1	15,8	16,9	17,5
Límite superior	17	18,7	19,7	21,6
Encuestados de 18 a 59 años	12,3	13,0	12,9	15,2
Total de encuestados de 18 años y más	13,3	13,8	14,3	15,4
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	6,3	8,3	8,2	3,4
Medio no profesional	14,4	12,9	14,9	14,3
Bajo integrado	15,3	14,9	15,1	22,8
Bajo marginal	22,2	25,8	24,7	16,6
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	8,0	8,5	10,8	8,5
Medio bajo	13,0	12,2	13,5	13,9
Bajo	16,9	13,2	15,9	21,8
Muy bajo	21,0	25,9	23,3	23,6
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	22,1	28,4	26,3	25,7
Sin insuficiencia de ingresos	10,6	9,6	10,3	11,0
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9,9	15,7	11,3	13,2
Conurbano Bonaerense	17,0	18,1	19,6	18,2
Otras Áreas Metropolitanas	16,3	14,4	17,5	17,8
Resto Urbano Interior	14,6	11,6	14,2	19,4
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	21,3	20,9	21,5	24,1
Hogares multipersonales puros	9,9	10,7	12,3	12,1
Hogares multipersonales mixtos	15,3	16,5	16,6	17,1
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	11,9	11,6	12,9	11,8
Sin secundario completo	18,1	19,9	20,4	22,1
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	15,4	17,2	16,4	17,2
75 años y más	14,3	12,3	18,1	18,5
SEXO				
Varón	14,8	12,1	17,6	18,6
Mujer	15,4	18,6	16,4	16,6

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 4.3

BIENESTAR SUBJETIVO

Sentimiento de soledad

Años 2017-2025. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	SERIE AGENDA PARA LA EQUITAD			
	2017 y 2019	2021	2022	2025
TOTALES				
Límite inferior	13,4	28,7	11,5	12,1
Estadístico encuestados de 60 años y más	15,5	33,6	13,6	16,0
Límite superior	17,2	38,1	18	21,0
Encuestados de 18 a 59 años	15,4	34,3	11,0	12,2
Total de encuestados de 18 años y más				
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES				
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL				
Medio profesional	9,0	26,4	3,1	3,6
Medio no profesional	15,6	31,6	6,8	13,2
Bajo integrado	15,6	37,3	10,2	15,6
Bajo marginal	18,4	31,9	31,4	24,8
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO				
Medio alto	9,6	29,6	3,8	4,1
Medio bajo	12,8	33,1	6,0	14,6
Bajo	17,8	37,2	11,0	19,6
Muy bajo	20,1	32,7	24,1	21,9
INSUFICIENCIA DE INGRESOS				
Con insuficiencia de ingresos	20,9	36,1	23,0	24,1
Sin insuficiencia de ingresos	11,4	31,7	8,6	10,6
REGIONES URBANAS				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	8,5	31,4	12,6	21,0
Conurbano Bonaerense	17,4	37,4	18,7	17,6
Otras Áreas Metropolitanas	16,5	32,2	11,2	12,1
Resto Urbano Interior	14,8	24,7	8,4	11,6
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO				
TIPO DE HOGAR				
Hogares unipersonales	24,8	35,6	23,6	22,6
Hogares multipersonales puros	9,7	29,9	8,8	9,1
Hogares multipersonales mixtos	14,0	34,8	10,1	16,1
GRUPOS DE EDAD				
60 a 74 años	14,5	33,2	13,1	15,7
75 años y más	17,1	33,2	16,4	16,7
NIVEL EDUCATIVO				
Con secundario completo	12,7	32,5	6,4	10,0
Sin secundario completo	17,5	34,0	21,5	20,9
SEXO				
Varón	14,1	27,4	13,1	11,2
Mujer	16,1	37,4	15,5	19,4

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla DE 4.4

RECURSOS PSICOSOCIALES

Evaluación del bienestar subjetivo

Año 2025. En porcentaje de población encuestada de 60 años y más.

	Insatisfacción con la Vida	Insatisfacción con la Familia	Insatisfacción con la Salud	Ausencia de Creencias Espirituales	Falta de contención social
TOTALES					
Límite inferior	9,9	4	22,7	16,3	46,4
Estadístico encuestados de 60 años y más	12,9	6,1	27,2	19,9	51,9
Límite superior	16,6	9,3	32,2	24,1	57,4
Encuestados de 18 a 59 años	12,2	6,5	11,2	29,3	42,9
Total de encuestados de 18 años y más	12,3	6,3	14,9	27,0	44,8
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES					
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL					
Medio profesional	8,2	1,4	8,3	31,5	37,5
Medio no profesional	8,9	4,7	16,9	22,4	49,1
Bajo integrado	13,5	6,8	31,2	18,0	58,1
Bajo marginal	19,5	9,1	42,9	14,3	51,9
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO					
Medio alto	5,9	0,6	11,8	25,0	38,7
Medio bajo	9,2	6,7	21,5	19,0	58,9
Bajo	16,8	4,9	29,3	19,0	52,2
Muy bajo	18,4	11,1	44,2	16,8	57,4
INSUFICIENCIA DE INGRESOS					
Con insuficiencia de ingresos	21,6	6,9	36,5	19,0	56,9
Sin insuficiencia de ingresos	6,3	5,5	20,3	21,1	47,8
REGIONES URBANAS					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9,5	6,7	21,0	18,1	49,5
Conurbano Bonaerense	13,5	6,1	32,5	17,8	52,0
Otras Áreas Metropolitanas	14,0	6,7	18,1	25,3	55,7
Resto Urbano Interior	12,7	4,5	29,1	20,9	49,1
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO					
TIPO DE HOGAR					
Hogares unipersonales	14,4	8,0	27,8	19,8	48,1
Hogares multipersonales puros	8,0	2,8	22,6	17,5	48,8
Hogares multipersonales mixtos	15,4	7,0	30,5	22,1	57,9
GRUPOS DE EDAD					
60 a 74 años	14,5	6,0	29,0	21,3	54,0
75 años y más	8,9	6,4	22,7	16,3	46,8
NIVEL EDUCATIVO					
Con secundario completo	10,9	3,9	17,3	23,2	48,9
Sin secundario completo	14,9	8,3	37,2	16,4	55,0
SEXO					
Varón	11,1	6,4	21,7	23,4	56,3
Mujer	14,1	5,8	31,1	17,5	48,8

Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.



RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS

- 1 | Priorizar políticas focalizadas en las personas mayores más vulnerables**

Dado que las mayores privaciones se concentran en los estratos socioeconómicos bajos y muy bajos, es necesario fortalecer políticas específicas dirigidas a hogares con personas mayores en situación de pobreza, especialmente aquellos que presentan insuficiencia de ingresos, inseguridad alimentaria y dificultades para afrontar gastos básicos.
- 2 | Reforzar los mecanismos de protección de ingresos**

El aumento de la insuficiencia de ingresos y de las dificultades para afrontar gastos esenciales sugiere la necesidad de revisar y fortalecer los mecanismos de protección económica destinados a las personas mayores, especialmente frente a contextos de inflación y aumento del costo de vida.
- 3 | Mejorar la cobertura y focalización de los programas sociales**

La evidencia muestra desajustes entre las necesidades económicas observadas y el alcance de los programas sociales. Resulta prioritario evaluar la cobertura efectiva de las transferencias monetarias y de la asistencia alimentaria, asegurando que lleguen a los hogares con mayores niveles de vulnerabilidad.
- 4 | Garantizar el acceso a la alimentación y a servicios esenciales**

El crecimiento de la inseguridad alimentaria y el aumento de hogares que dejan de pagar servicios públicos indican la necesidad de implementar estrategias específicas para asegurar condiciones mínimas de subsistencia, particularmente en hogares con personas mayores de menores recursos.
- 5 | Reducir las barreras económicas en el acceso a la salud**

El incremento de las dificultades para acceder a la atención médica exige fortalecer mecanismos que reduzcan los costos de la atención sanitaria, los medicamentos y las prestaciones necesarias para las personas mayores, especialmente para quienes presentan menores ingresos.

6 | Incorporar la salud mental como prioridad de las políticas de envejecimiento

El aumento del malestar psicológico pone de manifiesto la necesidad de ampliar las intervenciones preventivas y asistenciales en salud mental, promoviendo dispositivos de acompañamiento, detección temprana y atención especializada para las personas mayores.

7 | Desarrollar estrategias para prevenir la soledad y el aislamiento social

El crecimiento del sentimiento de soledad señala la importancia de promover espacios de participación comunitaria, actividades intergeneracionales, centros de día, programas de acompañamiento y redes de apoyo social orientadas a fortalecer los vínculos y la integración comunitaria de las personas mayores.

8 | Mejorar las condiciones habitacionales y el acceso a servicios básicos

Las brechas observadas en vivienda, acceso a servicios y hábitat justifican el fortalecimiento de programas de mejoramiento habitacional, infraestructura urbana y conexiones domiciliarias, concentrando esfuerzos en los territorios y grupos con mayores déficits.

9 | Incorporar un enfoque territorial en las políticas públicas

Las diferencias sistemáticas entre CABA y el Conurbano Bonaerense muestran la necesidad de diseñar intervenciones adaptadas a las realidades locales, priorizando territorios donde se concentran mayores niveles de vulnerabilidad económica, sanitaria y habitacional.

10 | Reconocer la heterogeneidad de las vejez

La evidencia confirma que las personas mayores constituyen un colectivo diverso. Por ello, las políticas públicas deberían abandonar enfoques homogéneos y avanzar hacia estrategias diferenciadas según nivel socioeconómico, educación, tipo de hogar, condiciones de salud y contexto territorial.

La principal recomendación que surge del informe es avanzar hacia políticas integrales de envejecimiento que combinen protección económica, acceso efectivo a salud y cuidados, fortalecimiento de los vínculos sociales y reducción de las desigualdades territoriales y socioeconómicas, reconociendo que el principal factor de vulnerabilidad en la vejez no es la edad en sí misma, sino la desigualdad social acumulada a lo largo del curso de vida.

TABLA DE VARIABLES INDEPENDIENTES

Definición de las principales variables de estratificación social de la Encuesta de la Deuda Social Argentina – Agenda para la Equidad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES		
Estrato socio-económico	Representa niveles socioeconómicos de pertenencia a partir de una índice factorial que toma en cuenta el capital educativo del jefe de hogar, el acceso a bienes durables del hogar y la condición residencial de la vivienda, siendo dicho índice recodificado en estratos socio económicos según cuartiles de la distribución.	-Estrato Medio Alto (4° cuartil) -Estrato Medio Bajo (3° cuartil) -Estrato Bajo (2° cuartil) -Estrato Muy Bajo (1° cuartil)
Nivel socio-económico	Expresa el estrato de pertenencia de los hogares a través de la condición, tipo y calificación ocupacional, fuente de ingresos y nivel de protección social logrado por el principal sostén económico (PSE) del grupo doméstico.	-Clase media profesional -Clase media no profesional -Clase trabajadora integrada -Clase trabajadora marginada
Regiones urbanas	Clasifica en grandes regiones a los aglomerados tomados en la muestra según su distribución espacial, importancia geopolítica y grado de consolidación socioeconómica.	-Ciudad Autónoma de Buenos Aires -Conurbano Bonaerense -Otras áreas metropolitanas -Resto urbano del interior
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO		
Tipo de hogar	Permite clasificar a los hogares en los que residen las personas mayores según la conformación generacional de los mismos, identificándose tres tipos.	-Hogares unipersonales -Hogares multipersonales puros (sólo viven personas de 60 años y más, es decir, unigeneracionales) -Hogares multipersonales mixtos (conviven personas de 60 años y más con personas de otros grupos de edad, es decir, multigeneracionales)
Nivel educativo	Permite clasificar a las personas mayores según el máximo nivel educativo alcanzado.	-Hasta secundario incompleto -Secundario completo y más
Grupos de edad (edad declarada)	Se refiere al grupo de edad al que pertenece la persona encuestada.	-18 a 34 años -35 a 59 años -60 a 74 años -75 años y más
Sexo declarado	Se refiere al sexo de la persona encuestada.	-Varón -Mujer

FICHA TÉCNICA

ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD 2017-2025

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/personas 2017-2023: 5.760 casos por año. Muestra puntual hogares/personas 2024: 2.894 casos. Muestra puntual hogares/personas 2025: 3.000 casos. Para el bienio 2024-2025: Personas mayores (60 años y más) en hogares: 3102 Personas mayores (60 años y más) encuestadas: 1909 Hogares con personas mayores (60 años y más): 2951
Tipo de encuesta	Multipropósito longitudinal.
Asignación de casos	No proporcional post-calibrado.
Puntos de muestreo	EDSA - Agenda Equidad 2017-2024: 960 radios censales (Censo 2010). EDSA - Agenda Equidad 2025: 1.000 radios censales (Censo 2010 y Censo 2022). El diseño de la EDSA 2025, actualiza el marco muestral al censo 2022, reutilizando parte de los radios de los relevamientos anteriores. Este trabajo de reutilización de puntos de relevamiento permitirá contar con un núcleo muestral estrictamente comparable y facilitará el trabajo de empalme de los resultados entre las ediciones 2017-2025.
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 con la pertenencia a región y tamaño de población de los aglomerados. Un segundo criterio remite a un criterio socioeconómico 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 del año. EDSA Serie Agenda para la Equidad (2017-2025): de julio a octubre.
Error muestral	+/- 1,3%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95% (2010-2023). +/- 1,8%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95% (2024-2025).

El diseño muestral y metodológico de la Encuesta de la Deuda Social Argentina puede consultarse en el Documento Metodológico 2010-2025 #01|2026. (Tinoboras, C.; Donza, E; Cicciari, M.R.; 2026).

https://wadmin.uca.edu.ar/ObservatorioDeudaSocial/Documentos/2026/OBSERVATORIO_DOCUMENTO_METODOLOGICO_2010_2025.pdf

*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

Amadasi, E. (2014). *Hacia una Argentina para todas las edades: Las personas mayores en la sociedad*. EDUCA.

Amadasi, E., Rodríguez Espínola, S., Garofalo, C., & Soler, J. (2024). *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*. EDUCA.

Amadasi, E., Tinoboras, C., & Rivero, E. (2015). *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* EDUCA.

Amadasi, E. & Tinoboras, C. (2017). *Las condiciones de salud de las personas mayores: Sus aspectos más críticos*. EDUCA.

Bonfiglio, J. I., Salvia, A. (Coord.), Donza, E., Rodríguez Espínola, S., & Vera, J. (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*. EDUCA.

Bonfiglio, J. I., Salvia, A. (Coord.), Donza, E., Rodríguez Espínola, S., & Vera, J. (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)*. EDUCA.

Bonfiglio, J. I., Salvia, A. (Coord.), Donza, E., Rodríguez Espínola, S., & Vera, J. (2023). *Privaciones sociales y desigualdades estructurales: Condiciones materiales de los hogares en un escenario de estancamiento económico (2010–2022)*. EDUCA.

Diener E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.

Erikson, Erik (1970). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.

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

Instituto Nacional de Estadística y Censos (1984). *La pobreza en la Argentina*. Buenos Aires, INDEC.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2021). *Dossier estadístico en conmemoración del Día Internacional de las Personas de Edad*. Buenos Aires, INDEC.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Dossier estadístico de personas mayores 2023*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Dossier estadístico de personas mayores 2024 en conmemoración del 34.º Día Internacional de las Personas de Edad*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025a). *Dossier estadístico de personas mayores 2025 en conmemoración del 35.º Día Internacional de las Personas de Edad*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025b). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. República Argentina: Síntesis de resultados*.
<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>

Salvia, A. (Coord.), Bonfiglio, J. I., Donza, E., Moreno, C., Rodríguez Espínola, S., & Vera, J. (2014).

Un régimen consolidado de bienestar con desigualdades sociales persistentes: Claroscuros en el desarrollo humano y la integración social (2010–2013). EDUCA.

Rodríguez Espínola, S. (Coord.), Dolabjian, M., Cicciari, M. R., Paternó Manavella, M. A., & Garofalo, C. S. (2026).

Dinámicas de desigualdad en el bienestar subjetivo: Análisis de la evolución de los recursos psicosociales, la salud y las valoraciones ciudadanas en la población urbana argentina (2010–2025). Documento Estadístico – Barómetro de la Deuda Social Argentina. EDUCA. DOI: <https://doi.org/10.46553/odsa.de.bdsa.2026.2>

Tinoboras, C., Donza, E., & Cicciari, M. R. (2026).

Documento metodológico de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (2010–2025) (Informe técnico, 1.ª ed.). EDUCA. <https://doi.org/10.46553/odsa.it.2026.2>

Tomaello, F. (2026, 10 de mayo). *¿Juntos pero solos? Cuando la vida social no alcanza para construir relaciones fuertes.* La Nación. <https://www.lanacion.com.ar/salud/soledad-funcional-cuando-la-vida-social-no-alcanza-para-construir-relaciones-fuertes-nid10052026/>

Vera, J., & Bonfiglio, J. (2023). *Condiciones materiales de vida de los hogares y la población (2004–2023): Evidencias de una pobreza monetaria estructural.* EDUCA.

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

