

Barómetro de la deuda social con las personas mayores*

Condiciones de vida e integración social de las personas mayores ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?

Por Enrique Amadasi

Introducción

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, producto de una convocatoria realizada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1978, reconoció la necesidad de “señalar a la atención mundial los graves problemas que aquejan a una parte cada vez mayor de la población del mundo”.

Ese fue un punto de partida en la preocupación por la calidad de vida de las personas mayores. Posteriormente, en otra Asamblea General, se potenció la idea manifestando el deseo de que, como resultado de la Asamblea Mundial, “las sociedades reaccionen más plenamente ante las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de las poblaciones y ante las necesidades especiales de las personas de edad”.

Allí se formularon variadas recomendaciones para la acción y quedaron muy bien ilustradas las orientaciones entonces vigentes. Ellas eran: a) salud y nutrición; b) vivienda y medio ambiente; c) familia; d) bienestar social; e) seguridad del ingreso y empleo, y f) educación.

En materia de salud y nutrición, se llamaba la atención sobre los siguientes puntos:

» Aunque el número de personas de edad estaba aumentando rápidamente (un éxito desde el punto de vista biológico), las condiciones de vida de los ancianos habían quedado muy relegadas con respecto a las de la población económicamente activa. Los estudios epidemiológicos indicaban que las cohortes sucesivas que llegaban a la misma edad avanzada gozaban de un nivel de salud cada vez más elevado y se preveía que, a medida que las personas fueran viviendo más años, las incapacidades más importantes se acumularían en un estrecho margen de edad inmediatamente anterior a la muerte.

» Si bien no había duda de que, con el avance de la edad, los estados patológicos se hacen más frecuentes, además se aseguraba que las condiciones de vida de las personas de edad las hacen más propensas a los factores de riesgo que pueden tener efectos adversos para su salud, como el aislamiento social y los accidentes.

* Extraído de la obra de Amadasi, Enrique, *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?*, Bs. As., Educa, 2015. [Bibliografía recomendada.](#)

» Algunos sectores de la población de más edad, especialmente los más ancianos, seguirían siendo un grupo vulnerable y necesitado especialmente de atención primaria. En el caso de requerirse atención hospitalaria, la aplicación de la medicina geriátrica permitía evaluar el estado general del paciente y elaborar, con toda la atención continuada necesaria, un programa de tratamiento y rehabilitación orientado a facilitar un pronto retorno a la comunidad. También se postulaba que el diagnóstico y la intervención tempranos eran de fundamental importancia para prevenir enfermedades mentales en las personas de edad.

» Se reconocía que la familia y la comunidad inmediata son los elementos fundamentales de un sistema de atención sanitaria bien equilibrado.

» Se advertía que los encargados de prestar la atención más inmediata a las personas de edad, en muchos casos, tienen una capacitación insuficiente para este fin; y que para mantener el bienestar y la independencia de las personas de edad, mediante el cuidado de sí mismas y el fomento de su salud, se requerían nuevas orientaciones y aptitudes de las propias personas de edad tanto como de sus familias.

» Con frecuencia, a las personas de edad no se les pedía su consentimiento para tomar decisiones que los afectaban; las mismas se adoptaban sin su participación. En consecuencia, se recomendaba, aun en el caso de personas muy ancianas, muy débiles o muy incapacitadas, que fueran atendidas en sistemas más flexibles que permitieran su capacidad de elección.

» Se postulaba como principio fundamental que la atención sirviera para que las personas de edad pudieran llevar una vida independiente en el seno de la comunidad durante el mayor tiempo posible.

» Había problemas de nutrición, especialmente entre los ancianos pobres y en condición desventajosa. Se señalaba que otro gran riesgo al que se hallan expuestas las personas de edad son los accidentes.

En materia de vivienda y medio ambiente:

» Se reconocía que el alojamiento adecuado y un ambiente físico agradable son necesarios para el bienestar, y que la vivienda influye mucho en la calidad de vida en todas las edades. Sin embargo, una vivienda adecuada es todavía más importante en los ancianos, porque allí centran prácticamente todas sus actividades.

» Las personas de edad avanzada padecen muchos problemas relacionados con la circulación de vehículos y medios de transporte, puesto que los peatones mayores se enfrentan a peligros que limitan su movilidad y su deseo de participar en la vida de la comunidad.

En materia de familia:

» Se asumía que, más allá de su forma y organización, la familia es la unidad básica reconocida de la sociedad. El aumento de la longevidad estaba aumentando el número de familias de varias generaciones. Los cambios en la condición de la mujer habían reducido su función tradicional de atender a los miembros de la familia de más edad, y eso hacía necesario que la familia en conjunto, incluidos los varones, asumiera y compartiera la carga de la tarea del hogar, aun teniendo en cuenta que

había una tendencia a que la familia dejara de ser la única fuente de atención y apoyo para las personas de edad.

En materia de bienestar social:

» Los servicios de bienestar social deben tener como objetivo elevar al máximo la capacidad de las personas de edad para vivir en la sociedad, a fin de permitirles llevar una vida lo más independiente posible en su propio hogar y en su comunidad, y continuar siendo ciudadanos activos y útiles.

Con el objeto de favorecer el estrechamiento de lazos entre generaciones distintas, se promovía el fomento de la participación de los jóvenes en la prestación de servicios y atención, así como en actividades para las personas de edad o con ellas.

También el estímulo de autoayuda recíproca entre las personas de edad capaces y activas, y la asistencia a sus pares menos favorecidos.

» Se recomendaba la reducción o eliminación de restricciones fiscales o de otro tipo que pesaran sobre las actividades voluntarias y no estructuradas, y también de las normas jurídicas susceptibles de impedir o dificultar el trabajo de jornada parcial, la autoayuda recíproca y el empleo de voluntarios.

» Se estimulaba la formación y libre iniciativa de grupos y movimientos de personas de edad con el propósito de aumentar su ayuda mutua e incrementar la posibilidad de ser oídas; y también con el fin de capacitar e informar a otros grupos de edad en materia de atención a las personas mayores.

En materia de seguridad del ingreso y empleo, se recomendaba:

» La creación o ampliación de sistemas de seguridad social, a fin de que el mayor número de personas de edad pudiera beneficiarse con esta protección.

» Asegurar que el nivel mínimo de recursos permitiera satisfacer las necesidades esenciales de las personas de edad y garantizar su independencia; que las prestaciones de la seguridad social mantuvieran su poder adquisitivo y protegieran los ahorros de las personas de edad contra los efectos de la inflación.

» La eliminación de todo tipo de discriminación en el mercado de trabajo, dado que entre los empleadores existen estereotipos negativos sobre los trabajadores de edad.

» La ayuda a las personas de edad para encontrar un empleo o un trabajo independiente, creando nuevas posibilidades de empleo y facilitando su capacitación y actualización de conocimientos.

» El fomento de medidas para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual, junto con una mayor flexibilidad legal para determinar la edad de jubilación.

Finalmente, en materia de educación se promovía:

» Una ampliación de las instituciones educativas para dar respuesta a las necesidades educacionales durante todo el transcurso de la vida.

» Educación permanente a los adultos, incluyendo la preparación para el envejecimiento y la capacidad de usar el tiempo de forma creativa.

» Educación a la población en general acerca del proceso de envejecimiento, destacando también sus aspectos positivos, con participación de los distintos medios de comunicación.

» Estímulo y apoyo a programas destinados a lograr un mayor y más sencillo acceso a instituciones culturales, tales como museos, teatros, teatros de ópera, salas de conciertos, cines, etcétera.

» Organización por parte de centros culturales de cursos prácticos en materia de artesanías, bellas artes, música, etc., en los cuales las personas de edad tuvieran la posibilidad de desempeñar funciones activas.

» Puesta a disposición de las personas mayores de amplia información, en forma clara y comprensible, sobre todos los aspectos de su vida.

Dado que este documento de Viena se relaciona directamente con los objetivos del Barómetro de la deuda social con las personas mayores, interesa señalar que el mismo incluye entre las acciones algunas tareas de recopilación y análisis de datos; a saber: a) datos sobre el sector de más edad de la población, mediante censos, encuestas y estadísticas; b) encuestas de hogares y otras encuestas realizadas por muestreo, así como otras fuentes de estadísticas demográficas y socioeconómicas conexas. Específicamente, se recomienda que la información se encuentre tabulada por sexo, edad, niveles de ingresos, condiciones de vida, estado de salud y grado de autonomía en el cuidado personal, entre otros datos. El Plan de Viena da gran prioridad también a la investigación sobre los distintos aspectos del envejecimiento, incluidas las necesidades de las personas mayores.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se llevó a cabo veinte años más tarde en Madrid (8 al 12 de abril de 2002). El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena, había orientado el pensamiento y la acción sobre el envejecimiento durante esos veinte años. En 1991, fecha equidistante de ambos eventos, las cuestiones relacionadas con los derechos humanos de las personas de edad se formularon como Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (ONU, 1991), con orientaciones en las esferas de la independencia, la participación, los cuidados, la realización personal y la dignidad.

El concepto de una sociedad para todas las edades, formulado como tema del Año Internacional de las Personas de Edad (ONU, 1999), incluyó cuatro dimensiones: el desarrollo individual durante toda la vida; las relaciones multigeneracionales; la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo, y la situación de las personas de edad. Ese Año Internacional contribuyó a promover mundialmente la conciencia de dichos problemas, fomentando la investigación y la acción en materia de políticas en todo el mundo.

Una mirada general sobre los Informes de las Asambleas de Viena (ONU, 1982) y de Madrid (ONU, 2002) —este último informe recogía obviamente toda la producción citada de 1991 y 1999— pone en evidencia que mientras el documento de Viena se enfoca en las necesidades de las personas mayores y en cómo atenderlas como si tuvieran un rol pasivo —lo que la sociedad les debe porque a ellos les corresponde—, en el informe de Madrid, sin descuidar este aspecto y enriqueciendo el plano de las necesidades pendientes de atención, aparece un nuevo plano que re-

conoce la capacidad de las personas de edad para hacer aportes a la sociedad. Ello se observa en que no sólo toma la iniciativa para su propio mejoramiento sino también para el perfeccionamiento de la sociedad en su conjunto. La población que envejece tiene un potencial que estamos desaprovechando. Son sujetos activos, que dan mucho y podrían dar mucho más si nuestras organizaciones sociales fueran mejores.

En este marco, el documento de Madrid, que aquí presentamos en forma sucinta y funcional a nuestras propias líneas de trabajo y ejes de investigación, se organiza según tres líneas prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar hasta la llegada a la vejez, y la creación de entornos propicios y favorables.

Las personas de edad y el desarrollo

En referencia a la primera línea prioritaria existe una serie de temas a tener en cuenta. La cuestión inicial que presenta el citado documento es la participación activa en la sociedad y el desarrollo. Una sociedad para todas las edades implica que las personas mayores tengan la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad. ¿Cómo estamos en la Argentina respecto a este tema? La contribución social y económica de las personas de edad va más allá de sus actividades económicas, puesto que con frecuencia desempeñan funciones cruciales en la familia y en la comunidad. Muchos de estos valiosos aportes no se miden en términos económicos, como es el caso de los cuidados prestados a los miembros de la familia, el mantenimiento de los hogares y la realización de actividades voluntarias en la comunidad. Se trata, en consecuencia, de promover la participación de las personas mayores en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado para contribuir a aumentar el bienestar personal. Debe mencionarse también a las organizaciones de personas de edad como un medio importante para facilitar la participación.

La segunda cuestión es la del empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo. Se promueve que se permita a las personas de edad seguir realizando tareas remunerativas mientras lo deseen y puedan hacerlo productivamente. Es cierto que el desempleo, el subempleo y la rigidez del mercado laboral impiden que esto ocurra, con lo que se restringen las oportunidades y se priva a la sociedad de su energía y sus conocimientos. Promover el pleno empleo no debería excluir a las personas mayores, con modalidades de trabajo basadas en la jubilación flexible y entornos laborales adaptables, de modo que las personas de edad puedan combinar el empleo remunerado con otras actividades.

No necesariamente el empleo continuado de los trabajadores mayores reduce las oportunidades de trabajo para los jóvenes. El objetivo es, entonces, brindar oportunidades de empleo a todas las personas que deseen trabajar. ¿Cuántas personas mayores en la Argentina desearían trabajar y no encuentran oportunidades?

La tercera cuestión es el acceso al conocimiento, la educación y la capacitación. Más allá de consideraciones que por generales no dejan de ser determinantes –la presente publicación ilustra suficientemente sobre la importancia que tienen las oportunidades educativas en las condiciones de vida de las personas mayores–, se

llama la atención sobre los cambios tecnológicos. La tecnología puede utilizarse para unir a las personas y contribuir de esta forma a reducir la marginación, la soledad y la separación entre las edades. El acceso, la participación y la adaptación a los cambios tecnológicos de las personas de edad se inscriben en esta cuestión.

La cuarta cuestión es la solidaridad intergeneracional, entendida como un requisito previo de la cohesión social. A nivel de la familia en la Argentina, pese a la movilidad geográfica (migraciones) y otras características de la vida contemporánea que mantienen separadas a las personas, la gran mayoría mantiene relaciones estrechas con sus familiares durante toda la vida. Es necesario, pues, estudiar la situación específica de la generación que debe ocuparse al mismo tiempo de sus padres, de sus propios hijos y de los nietos.

La quinta cuestión es la erradicación de la pobreza como uno de los objetivos de cualquier plan de acción sobre el envejecimiento. Y la sexta cuestión abarca la seguridad de los ingresos, la protección social/ seguridad social y la prevención de la pobreza. Los programas de ajuste estructural, las restricciones fiscales y una población de edad cuyo número va en aumento ejercen presiones sobre los sistemas de protección social/seguridad social estructurados. Ante esta realidad, mantener la seguridad de los ingresos en un nivel adecuado tiene gran importancia. La inflación contribuye a quitar valor a las jubilaciones y pensiones, los seguros, las prestaciones de salud y los ahorros. Una sociedad como la de nuestro país, con una gran proporción de personas de edad que reciben jubilaciones mínimas, es muy sensible a estos aspectos que no sólo impiden erradicar la pobreza sino que contribuyen a aumentarla.

El fomento de la salud y el bienestar hasta la llegada de la vejez

En la segunda línea prioritaria, se asume que la buena salud es un bien inapreciable de las personas. Llegar a la vejez con buena salud y bienestar requiere de un esfuerzo personal durante toda la vida y de un entorno en el que ese esfuerzo pueda tener éxito. Según el documento de Madrid, la responsabilidad de las personas consiste en llevar un modo de vida saludable; la de los gobiernos consiste en crear un entorno favorable a la salud y al bienestar, incluso en la vejez.

La primera cuestión es el fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida, lo que supone estimular a las personas a vigilar y mejorar su propia salud. Para ello, uno de los objetivos es la elaboración de políticas para prevenir la mala salud entre las personas de edad. Una de las medidas es prestar atención a los peligros resultantes del aislamiento social y las enfermedades mentales, a fin de facilitar la participación activa de las personas de edad en actividades voluntarias, además de promover la participación de estas personas en actividades cívicas y culturales como estrategia para luchar contra el aislamiento social.

El acceso de todas las personas de edad avanzada a los alimentos y a una nutrición adecuada es otro de los objetivos respecto de esta primera cuestión, con medidas como educarlas sobre sus necesidades nutricionales en general, y en particular en lo relativo a la ingesta suficiente de agua, calorías, proteínas, vitaminas y minerales. Estas medidas se orientan también al público en general, incluidas las personas que prestan cuidados de manera no profesional.

La segunda cuestión es el acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud. El objetivo es un continuo asistencial que incluya el tratamiento de enfermedades agudas, la atención comunitaria de los problemas crónicos de salud, la rehabilitación física y mental de las personas de edad, contemplando a aquellas con discapacidades, y la atención paliativa¹ para las personas de edad que padecen enfermedades penosas o incurables. El mencionado continuo debe comprender, como medida, el establecimiento de servicios gerontológicos especializados y el perfeccionamiento de la coordinación de sus actividades con los servicios de atención primaria en salud tanto como los de asistencia social.

En ello, existe un objetivo de participación de las personas mayores en el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de atención primaria de la salud y de atención a largo plazo. En tal sentido es recomendable la inclusión de dichas personas en la planificación, ejecución y evaluación de tales programas.

Otra cuestión abarca las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad. En el documento de Madrid se afirma que en todo el mundo los problemas de salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y de reducción de la calidad de vida, y que existe suficiente evidencia de que los problemas de salud mental no son en absoluto resultado inevitable del envejecimiento.

La última de las cuestiones, en cuanto a la orientación prioritaria del fomento de la salud y el bienestar en la vejez, se refiere a la discapacidad. Está claro que la incidencia de la disminución de la capacidad aumenta con la edad. Por eso, con el objeto de promover la participación plena de las personas de edad con discapacidad, se recomiendan medidas tendientes a proporcionar servicios de rehabilitación física y mental para las personas mayores que así lo requieran.

La creación de entornos propicios y favorables para personas mayores

Hasta aquí se ha recorrido el documento de Madrid en lo que atañe a dos orientaciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo, por un lado, y el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, por el otro. La tercera orientación se relaciona con la creación de un entorno propicio y favorable. Según se estipula en la Declaración del Milenio (ONU, 2000), debe reconocerse la naturaleza universal, indivisible, interdependiente e interrelacionada de todos los derechos humanos.

La primera cuestión de esta tercera orientación prioritaria radica en la vivienda y las condiciones de vida. Para las personas de edad, la vivienda y el entorno son particularmente importantes debido a factores como la accesibilidad y la seguridad, la carga financiera que supone mantener un hogar, y la estabilidad emocional y psicológica que brinda el hogar. Objetivos como mejorar la disponibilidad de transporte accesible y económicamente asequible para las personas de edad van en esta dirección.

¹ La definición de *atención paliativa*, conforme a la Organización Mundial de la Salud, presupone atención total activa a los pacientes cuya enfermedad no responda al tratamiento curativo, lo cual compromete la mitigación del dolor y otros síntomas de la enfermedad, y ofrecer apoyo psicológico, social y espiritual a los pacientes y sus familiares.

La asistencia y apoyo a las personas de edad que prestan asistencia a otras es la segunda cuestión. Generalmente, la asistencia a quienes la necesitan, ya sea prestada por personas de edad o destinada a ellas, corre a cargo principalmente de la familia o la comunidad. Cuando quienes prestan asistencia son personas de edad avanzada, deben tomarse medidas para ayudarlas. Pero aun cuando se cuente con políticas de asistencia estructurada, los vínculos intergeneracionales y el sentimiento de reciprocidad hacen que la mayor parte de la asistencia que se presta siga siendo no estructurada. La asistencia que no se halla estructurada tiene un carácter complementario y no sustituye a la asistencia profesional. En todos lados se considera que lo ideal, en definitiva, es envejecer en el seno de la propia comunidad.

La tercera cuestión remite al abandono, el maltrato y la violencia, aspectos que en el caso de las personas de edad pueden adoptar muchas formas –física, psicológica, emocional, financiera– y se producen en una multiplicidad de esferas. El proceso del envejecimiento implica, por ejemplo, la reducción de la capacidad de recuperarse, por lo que las personas de edad que han sido víctimas de malos tratos pueden no llegar a recobrase nunca del todo, física o emocionalmente, de la experiencia sufrida. El efecto de la experiencia traumática puede verse agravado por el hecho de que la vergüenza y el miedo producen renuencia a pedir ayuda. Las personas de edad no son las únicas damnificadas, pero en la Argentina debe tenerse en cuenta esta modalidad delictiva como uno de los grados máximos de indefensión de las personas.

La última cuestión versa sobre las imágenes del envejecimiento. Una imagen positiva del envejecimiento es un aspecto esencial del documento de Madrid. Hoy la atención pública asocia el envejecimiento con la magnitud y el costo de los servicios de atención a la salud, las jubilaciones, las pensiones y otros servicios, lo que conlleva una imagen negativa. Faltan imágenes que destaquen el atractivo, la diversidad y la creatividad de las personas mayores, en consonancia con su contribución vital a la sociedad. Sin duda, los medios de difusión son los principales destinatarios de las medidas respecto de esta cuestión, pero los educadores también están llamados a colaborar activamente.

Todo este corpus de orientaciones prioritarias, cuestiones, objetivos y medidas, ampliamente compartido en todo el mundo, necesita que se promueva y desarrolle en términos de una investigación integral, diversificada y especializada sobre el envejecimiento en cada sociedad. El documento de Madrid asume que la disponibilidad de información confiable es un punto indispensable para identificar nuevos problemas. Por supuesto, el Barómetro de la deuda social con las personas mayores, iniciado este año, se inscribe en esta visión. La difusión de información sobre los aspectos incluidos en esta publicación permite visibilizar diversos aspectos que permanecían relativamente ocultos. ¿Cuáles son los problemas de las personas mayores en la Argentina? ¿Son los mismos que los de la población en su conjunto? ¿La mayor edad potencia o estiliza esos problemas? ¿Cómo afectan los procesos de envejecimiento factores tales como la brecha de género, las diferencias en el acceso a la educación, la posición en la estratificación social, o el hecho de vivir solos o con determinadas personas? ¿Cómo se modifican los procesos de envejecimiento cuando la percepción del estado de salud se encuentra más comprometida?

En el ámbito de nuestra región, en la década siguiente a la Asamblea de Madrid se llevaron a cabo dos conferencias regionales intergubernamentales sobre envejecimiento. La segunda, bajo el lema “Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos”, organizada por la CEPAL y el Gobierno de Brasil en 2007, se realizó en Brasilia; de allí el nombre del documento que a continuación comentamos: Declaración de Brasilia (CEPAL, 2007).

De este documento (CEPAL, 2007) queremos resaltar cuatro puntos que se agregan al de Madrid. El primero es que se toma en consideración que con el envejecimiento aumenta la demanda para lograr un ejercicio efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales en todas las edades. El segundo se refiere a la relación entre envejecimiento y discapacidad: se tiene presente que el envejecimiento puede generar discapacidades y dependencia que requieren servicios orientados a su atención integral. Por ello se propone la realización de intervenciones en la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad con discapacidad. En el tercer punto se impulsa el acceso a la educación continuada y permanente a lo largo de toda la vida y a todos los niveles. Y el cuarto hace referencia directa al objeto de esta nueva línea de trabajo del Barómetro de la deuda social argentina. Por un lado, se propone tanto la realización de estudios e investigaciones que faciliten la adopción de decisiones informadas sobre el tema, como la elaboración de perfiles demográficos y socioeconómicos de la población de personas de edad que permitan identificar las brechas de implementación de los derechos humanos. Por otro lado, se insta a los centros académicos, entre otros, a realizar estudios detallados, diversificados y especializados sobre el tema, así como a organizar reuniones de trabajo e intercambio para fortalecer la agenda de investigación en materia de envejecimiento.

Es importante sumar en esta introducción los esfuerzos que desde el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas se hicieron y se están haciendo para el seguimiento del Plan de Acción de Madrid, sucesor del Plan de Acción de Viena. Una primera evaluación del Plan de Madrid realizada a los cinco años puso de relieve que muy poco había cambiado. Un segundo examen y evaluación, tras diez años de su aprobación, indicó que se habían conseguido progresos escasos y que la incorporación de las cuestiones relativas al envejecimiento había avanzado muy poco, tanto en materia de empoderamiento de las personas de edad y la promoción de sus derechos como en la concientización sobre el envejecimiento y sobre la creación de capacidad nacional al respecto.

Por consiguiente, deben también mencionarse dos documentos muy recientes, el primero de los cuales (ONU, 2013a) se refiere al seguimiento del documento de Madrid. Este primer informe analiza tres esferas prioritarias claves para ese plan de acción: a) el acceso de las personas mayores al trabajo y el empleo decentes; b) los malos tratos y la violencia contra los ancianos, y c) los adultos mayores y la salud mental.

Respecto del acceso de las personas de edad al trabajo y el empleo decentes, se parte de considerar que el trabajo y el empleo son tan importantes para la integración social de estas personas como para los adultos de otros grupos de edad. De allí la promoción y protección del derecho al trabajo de las personas de edad en condiciones de igualdad con respecto a las otras personas. También en este punto

hay diversidad de situaciones: mientras algunas personas próximas a la edad de jubilación quieren mantenerse activas y seguir trabajando para jubilarse más adelante, otras desean seguir trabajando durante la vejez porque su pensión (jubilación), normalmente su única o principal fuente de ingresos, o bien resultaría insuficiente para cubrir sus gastos de sustento, o bien sería más elevada en el futuro. También hay una tercera situación: los que quieren permanecer en la fuerza de trabajo durante el tiempo que puedan debido a la necesidad de garantizar sus medios de vida. Este documento no considera a los que quieren seguir trabajando porque tienen un proyecto que continuar, o nuevas ideas que aplicar o responsabilidades que no quieren dejar².

Desde los gobiernos y en todo el mundo, la principal preocupación sigue siendo la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones frente al aumento significativo del número de personas de edad y de jubilados, con el consiguiente incremento continuo de la duración de la jubilación debido a la longevidad y a la proporción cada vez menor de trabajadores jóvenes y adultos. En esta dirección, mientras que en algunos países se han tomado medidas para ampliar la vida activa, en otros se han aprobado legislaciones que retrasan progresivamente la edad de jubilación.

Es cierto que el concepto negativo que tienen los empleadores de los trabajadores de edad se ha identificado históricamente como un impedimento importante para la participación económica de las personas de edad. Pero fue en la última década cuando en algunos países se aprobaron legislaciones o se enmendaron las existentes para permitir sistemas de trabajo más flexibles destinados a los trabajadores de edad, como el empleo de jornada parcial o el horario flexible. Las modalidades de trabajo flexibles mejoran las condiciones para los trabajadores de edad, pues les brindan más opciones laborales y permiten una transición más fluida entre el trabajo y la jubilación.

Este documento reciente desarrolla también el tema de los adultos mayores y la salud mental, otra esfera prioritaria clave. Allí se señala que, debido al aumento de la esperanza de vida y el consiguiente incremento del número absoluto de población de edad, también ha aumentado la incidencia de las enfermedades mentales, como es el caso de la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Ambas son enfermedades degenerativas progresivas que tienen como consecuencia la pérdida de memoria, dificultades para razonar y comunicarse, y cambios de comportamiento y de humor que afectan progresivamente otras capacidades en la esfera social. En las fases más avanzadas de estas enfermedades, las personas de edad que las padecen suelen necesitar una cantidad considerable de atención médica, servicios intensivos a largo plazo y apoyo asistencial personal. Para dar una idea de su volumen, casi el 40% de la población de 85 años y más de Estados Unidos padece la enfermedad de Alzheimer y, consecuentemente, demencia. Dado que las mujeres viven más que los hombres, casi dos tercios de dicha población son mujeres.

Es fundamental en muchos sentidos la sensibilización ante este problema creciente –se estima un aumento de 36 millones de ancianos en todo el mundo en 2010 a 115 millones en 2050– en todos los niveles de la sociedad y en particular en las propias personas mayores. La estigmatización en torno a quienes padecen demencia y a sus familias, sin embargo, suele impedir el diagnóstico temprano.

² Agradecemos a Inés Castro Almeyra esta sugerencia.

En cuanto al Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, el último de los documentos considerados –diciembre de 2013– vuelve a poner de relieve cuatro grupos de cuestiones que actualmente ocupan un lugar destacado en los debates sobre envejecimiento: a) pobreza, protección social y trabajo; b) problemas incipientes en la prestación de atención sanitaria (con especial referencia a los ya señalados: la demencia y la enfermedad de Alzheimer, y los cuidados paliativos); c) maltrato y violencia, y d) discriminación por motivos de edad.

Los documentos más recientes señalan que hay diferencias significativas en los enfoques de los países para fortalecer la protección de los derechos humanos de las personas de edad. Por lo general, los países más desarrollados han dado prioridad a la incorporación de los problemas del envejecimiento y las personas de edad a la legislación existente, mientras que otros países –de América del Sur, América Central y África– preferirían la aprobación de un instrumento único, concreto y vinculante sobre las personas de edad. En la Argentina prima este último enfoque.

Lo señalado en nuestro primer Boletín (ODSA, 2014b) al respecto ayuda a comprender esta disputa. Efectivamente, en comparación con otros grupos particulares como las mujeres, los niños o más recientemente las personas con discapacidad, los derechos de las personas de edad no han sido reconocidos específicamente en la forma de una convención o tratado dentro del sistema de las Naciones Unidas, aunque sí han sido objeto de preocupación creciente por parte de la comunidad internacional. En la Argentina predomina la posición que sostiene como necesaria la formulación de una convención al respecto, ya que existe un consenso claro referido al contenido mínimo de los derechos de las personas de edad en el ámbito internacional.

Entre las iniciativas tempranas para una declaración de derechos de las personas de edad, la Argentina fue pionera, ya que en 1948 propuso un documento que consideraba los derechos a la asistencia, los alimentos, la vestimenta, la salud física y mental, la salud moral, la recreación, el trabajo, la estabilidad y el respeto.

Aquellos derechos de la ancianidad fueron incluidos en la Constitución nacional de 1949 y posteriormente excluidos en la reforma de la Constitución nacional de 1957. En la Constitución nacional vigente, reformada en 1994, se incluye en el inc. 23 del art. 75 que el Congreso deberá “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de... los ancianos”.

Es evidente que las sociedades han realizado grandes avances en la incorporación de la vejez y del envejecimiento en los marcos jurídicos y programáticos que garantiza la atribución de los derechos de las personas mayores. Uno de los cambios fundamentales han sido las diversas declaraciones de principios que se establecen desde los organismos internacionales para las personas de edad y que han sido mencionadas en esta introducción.

El desarrollo del ser humano no se termina cuando acaba su maduración física y biológica en la edad adulta, sino que dura mientras se siguen produciendo intercambios entre la persona y el contexto sociocultural (Fernández Ballesteros, 1999). Pero obviamente, el desarrollo de las capacidades de las personas exige que las

sociedades garanticen el acceso a una serie de condiciones materiales, sociales y simbólicas. En este contexto “se trata no sólo de preservar la vida de manera sustentable, sino también de acceder efectivamente a las condiciones justas de autonomía, integración y realización humana que lo permitan” (ODSA, 2013).

Con todos estos antecedentes, la Fundación Navarro Viola y el Observatorio de la Deuda Social Argentina han coincidido desde 2014 en destacar la importancia y trascendencia social que tiene asumir un compromiso estratégico, a mediano y largo plazo, de dar visibilidad, instalar en agenda y desarrollar acciones que atiendan la compleja situación de precariedad, indefensión y vulnerabilidad, tanto económica como simbólica, que atraviesan muchas personas de edad avanzada en nuestra sociedad. Para ello, precisamente, se ha puesto en marcha el proyecto Observatorio de la Deuda Social con las Personas Mayores en la Argentina.

En este marco, creemos que el Observatorio de la Deuda Social Argentina puede servir a estos fines en tres pilares claves:

1) Desarrollar un saber específico de carácter científico sobre la problemática de la vejez desde una perspectiva humanista, integral e interdisciplinaria, fundado en un enfoque de derechos, capaz de ampliar el campo de reconocimiento y de acciones posibles y necesarias sobre los problemas detectados.

2) Promover en las dirigencias sociales, la ciudadanía, la opinión pública y agentes de gobierno de nuestro país, una mayor toma de conciencia y movilización de acciones frente a tales problemas, aprovechando para ello el prestigio construido y las redes sociales, políticas, empresariales, religiosas, académicas y comunicacionales, nacionales e internacionales, que actualmente reconocen el aporte del trabajo del ODSA.

3) Apoyar al fortalecimiento de aquellas organizaciones, grupos de investigación, líderes sociales e iniciativas gubernamentales y no gubernamentales que desde distintos ámbitos sociales desarrollan acciones orientadas al reconocimiento y a la protección del derecho al desarrollo humano integral, así como al reconocimiento, integración y activa participación en la vida de nuestra sociedad por parte de las personas mayores.

Consideramos importante tener en cuenta que desarrollar estos objetivos requiere, tanto por parte de la Fundación Navarro Viola como de la Universidad Católica Argentina, una clara y manifiesta decisión institucional de emprender acciones significativas y con continuidad en el tiempo, para que las mismas alcancen efectivamente los resultados esperados.

Iniciado el proyecto, el primer resultado fue la reciente difusión del primer Boletín “Hacia una Argentina para todas las edades”. El segundo es esta publicación, cuya fuente es la Encuesta de la Deuda Social Argentina - Serie Bicentenario, correspondientes al período 2010-2013. Dado que la información relevada durante esos años es mucha, rica y variada, hemos decidido seleccionar una serie de aspectos que nos parecen fundamentales para esta publicación sobre personas mayores: a) la capacidad de subsistencia de los hogares de personas mayores; b) el hábitat y la vivienda; c) el estado, atención y necesidades de salud; d) los recursos psicológicos para el bienestar subjetivo y capacidades sociales. El análisis de cada uno de estos aspectos constituye un capítulo de la presente publicación.

El capítulo 1 denominado “La capacidad de subsistencia de los hogares y las personas mayores” aborda los aspectos relacionados con las estrategias de los hogares (fuentes de recursos monetarios), la inseguridad alimentaria, los recortes en gastos de salud y la insuficiencia de ingresos y capacidad de ahorro. El capítulo 2 denominado “Hábitat, vivienda y derecho a la ciudad” aborda los temas de la vivienda (acceso a una vivienda digna y acceso a servicios domiciliarios de red) y la infraestructura y el espacio urbano (infraestructura urbana básica y entorno saludable). El capítulo 3 denominado “Estado, atención y necesidades de salud” analiza el estado de salud percibido, el malestar psicológico, la atención de la salud, la última atención médica en sistema de salud pública y los hábitos de salud (en relación al déficit en la práctica de ejercicio físico). El capítulo 4 denominado “Recursos psicológicos para el bienestar subjetivo y capacidades sociales” analiza las estrategias de afrontamiento, la incapacidad de tener proyectos personales y la carencia de control externo; los sentimientos de infelicidad, soledad y falta de paz espiritual, y las capacidades sociales. Para cada uno de los capítulos destacados especialistas en el tema específico fueron invitados a presentar sus comentarios.

Esta diversidad de situaciones y la multiplicidad de modos de vivir la vejez son el eje principal de esta investigación que hoy publicamos. Si las personas mayores en la Argentina orillan los 6 millones podríamos hablar de 6 millones de situaciones diferentes. Cada persona mayor es un mundo infinito a comprender y acompañar. Pero las investigaciones sociales tienen el compromiso de ofrecer algunos ejes para entender toda esa diversidad. Sin duda, la edad más temprana o más tardía es uno de esos ejes. Lo de varón/mujer es otro. Pero el que más explica las variaciones es el eje de la posición en la estratificación social. Cualquier atributo de las personas mayores que pensemos está bastante condicionado por el estrato social al que se pertenece. Los recursos, no sólo económicos, con los que se cuenta a la hora de vivir la vejez, están bastante condicionados por la posición social. Este es uno de los ejes articuladores de esta primera investigación sobre las personas mayores en el marco del Observatorio de la Deuda Social.

Mientras se preparaba esta publicación, paralelamente se estaba definiendo el formulario de la EDSA Bicentenario 2014, que se encuentra actualmente en etapa de relevamiento. Allí fue posible incluir algunas nuevas preguntas específicas sobre las condiciones de vida de las personas mayores. Dado el déficit de información cuantitativa sobre esta población³, se hizo necesario seleccionar algunos aspectos muy relevantes y, sobre éstos, algunas preguntas muy específicas. De todas maneras, la EDSA Bicentenario 2014 vuelve a incluir una cantidad importante de preguntas sobre el conjunto de la población que pueden ser aprovechadas en los futuros estudios sobre personas mayores.

A partir de 2015 se prevé avanzar en cuatro direcciones: 1) La presentación de una segunda publicación del Barómetro de la deuda social con las personas mayores, que incluya no sólo los resultados de las nuevas preguntas insertas en el trabajo de campo de la EDSA Bicentenario 2014, sino también el procesamiento y análisis

³ Una vez cerrado el cuestionario de la EDSA 2014, se difundieron los principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (INDEC, 2014), un muy valioso aporte a la información cuantitativa en este campo, con el asesoramiento especializado de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social) y cuya consulta recomendamos especialmente.

de otras preguntas que no fueron incluidas para la presente publicación, entre ellas todo lo referido al campo de la cultura democrática, confianza institucional y vida ciudadana. 2) La inclusión en la EDSA 2015 de nuevas preguntas específicas capitalizando la experiencia iniciada en 2014. 3) El inicio de la preparación de la Encuesta de Calidad de Vida en las Personas Mayores, específicamente dirigida a dicha población. 4) La capitalización de la dilatada y rica experiencia de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, que desde 2007 lleva adelante la Pontificia Universidad Católica de Chile junto con Caja Los Andes y el apoyo del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Por razones de trayectoria y comparabilidad, esos operativos estadísticos, con la ya mencionada Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 recientemente difundida, se constituyen en los antecedentes más valiosos para nuestro proyecto.

Por último, a partir de nuestro primer Boletín (ODSA, 2014b) y de la presente publicación, el Observatorio de la Deuda Social con las Personas Mayores en la Argentina expresa su motivación de analizar los procesos de envejecimiento de las personas y convoca a reflexionar sobre su bienestar desde una mirada integral, que se enfoque no sólo en los aspectos materiales y biológicos, sino también en aquellos que tienen que ver con los modos en que las personas mayores viven su vejez.

Capítulo Primero

LA CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA DE LOS HOGARES Y LAS PERSONAS MAYORES

Por Enrique Amadasi y Cecilia Tinoboras

En las últimas décadas, como es sabido, el envejecimiento de la población ha resultado un fenómeno en expansión que tiene consecuencias profundas en la estructura social, en el mundo del trabajo y en la economía (ONU, 2007, 2014; CEPAL, 2005, 2009). Se ha evaluado la calidad de vida y bienestar en las personas mayores, concluyendo que éstas, al igual que los niños y las mujeres, son un grupo vulnerable al que se debe prestar particular atención en cuanto al cumplimiento de sus derechos. Específicamente, existe también consenso en señalar que la etapa de envejecimiento está marcada inicialmente por el retiro del mercado laboral y la reducción del grupo familiar, y posteriormente por el avance del proceso de “fragilización humana” (Arlegui, 2009). Todo ello sumado a que los procesos de envejecimiento puedan desarrollarse en forma activa y con una calidad de vida adecuada.

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como “proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002:79). Ciertamente es que en dicho proceso deben disponerse y movilizarse los recursos necesarios para el desarrollo de las estrategias destinadas a afrontar de manera adecuada las particularidades del proceso de envejecimiento. Y que dos de los factores determinantes en la capacidad de resolver las necesidades de esta etapa son, sin duda, los recursos monetarios y los ingresos (Arlegui, 2009).

Ahora bien, ¿cómo hacer frente a las necesidades específicas de esta fase vital cuando los ingresos monetarios se ven disminuidos por el retiro del mercado laboral? ¿En qué medida los ingresos de las personas mayores permiten cubrir las necesidades básicas de alimentación y salud? ¿Hasta qué punto las personas mayores disponen de recursos que les permitan realizar otras actividades vinculadas con la recreación, el esparcimiento u otro tipo de consumos?

El primer capítulo de este estudio intentará dar respuesta a tales interrogantes. Para ello abordaremos, en primer lugar, el análisis de las fuentes de ingreso de los hogares y de las personas mayores; en segundo lugar y de manera indirecta, si esos ingresos resultan suficientes para cubrir las necesidades alimentarias; en tercer lugar, si alcanzan para contar con una adecuada atención de la salud, y en cuarto lugar, y desde un aspecto subjetivo, el modo en que los ingresos de los hogares resultan suficientes para cubrir las necesidades generales y permiten el ahorro para necesidades futuras.

1.1 Estrategias de los hogares: fuentes de recursos monetarios

Se suele definir a la jubilación como “la acción por medio de la cual el trabajador activo, pasa a una situación de inactividad laboral, de acuerdo a las edades determinadas por la legislación vigente” (Pérez Ortiz, 2006, en Hermida y Stefani, 2011:103).

A pesar de que nuestro enfoque en este apartado apunta directamente sobre la relación entre jubilación e ingresos, no debe soslayarse el hecho de que el trabajo y la jubilación no constituyen hechos meramente económicos. El trabajo no es solamente un factor productivo o una fuente de ingresos, sino que también resulta una actividad humana positiva que condiciona la subjetividad del individuo y por ello su pérdida no sólo representa un quiebre en la percepción de salarios o ingresos, sino también en la posibilidad de vincularse con otras personas y ocupar un lugar determinado en la estructura social (Jahoda, 1979, en Hermida y Stefani, 2011).

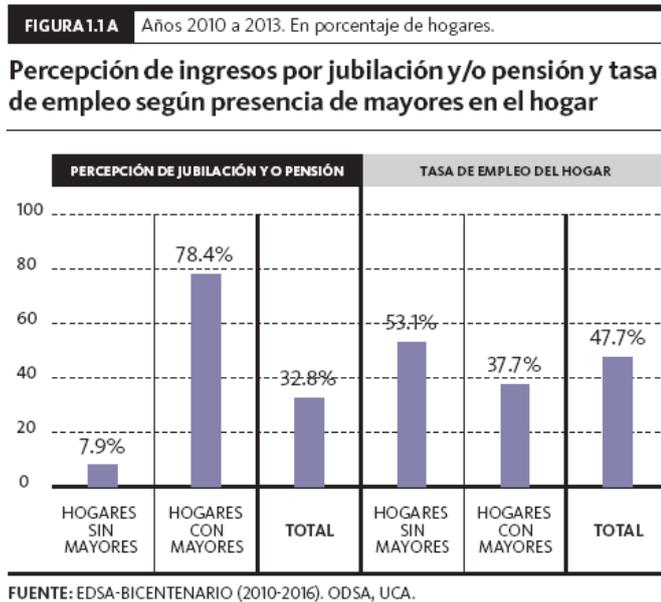
En esa línea y en cuanto a la subjetividad el proceso de la jubilación ha sido tratado por varios autores. En Navarro y otros (2007) se presenta a la jubilación y las personas jubiladas como una identidad social, porque a partir de cierta edad, generalmente los 65 años, las personas son “socialmente redefinidas como personas mayores”. Para estos autores, inspirados en Galvanovskis y Villar (2000) “la jubilación es ante todo una transición del rol de trabajador a otro nuevo, el de jubilado y supone un cambio importante en el ciclo vital. Modifica nuestra estructura de roles, la organización de nuestra vida cotidiana, nuestros hábitos, e incide de modo importante en nuestro sentido de eficacia y competencia personal” (Navarro y otros, 2007:288).

En nuestro país, según establece la ley 24.241, se encuentran en condiciones de acceder a la prestación básica universal del régimen previsional público todos los hombres con 65 años de edad cumplidos y todas las mujeres con 60 años de edad cumplidos que acrediten 30 años de servicios con aportes computables. Sin embargo, no todas las personas que tienen la edad requerida pueden retirarse del mercado de trabajo. Este hecho no responde a una única causa, sino que puede ser explicado por diversos factores. Primero, es posible que la persona con la edad jubilatoria

requerida no cuente con los años de aportes necesarios y deba postergar su jubilación hasta haber cumplido los años de servicio exigidos. Segundo, es posible que la persona no haya cumplido con los años de aporte y no pueda hacerlo más adelante, como por ejemplo en el caso de los trabajadores informales y/o precarios; situación característica de los sectores sociales más desfavorecidos. Tercero, un factor también vinculado con los sectores más desfavorecidos: la necesidad de complementar los ingresos jubilatorios. Y cuarto, factor en este caso propio de los sectores sociales más favorecidos: la situación de haber podido acceder a carreras educativas y laborales más acordes con la vocación profesional y más alejadas de la necesidad económica, caso que puede incluir a aquellas personas mayores que desean continuar en el mercado laboral impulsadas por inquietudes profesionales y vocacionales.

Corresponde entonces, evaluar en qué medida y en qué situaciones o contextos las personas mayores continúan activas, se retiran del mercado de trabajo o complementan distintos tipos de ingresos.

Si bien los resultados indican que el 32,8% del total de hogares percibe jubilación o pensión, ese porcentaje es de 78,4% en los hogares con personas de 60 años y más, y de 7,9% en los hogares donde no hay personas mayores. En los hogares sin personas mayores, las percepciones de los beneficios previsionales suelen estar asociadas a discapacidad, pensión por viudez, entre otros tipos de pensiones sociales. En contrapartida, la tasa de empleo de los hogares con personas mayores es mucho más baja que en los hogares en los que no los hay: 37,7% y 53,1% respectivamente (ver figura 1.1A).



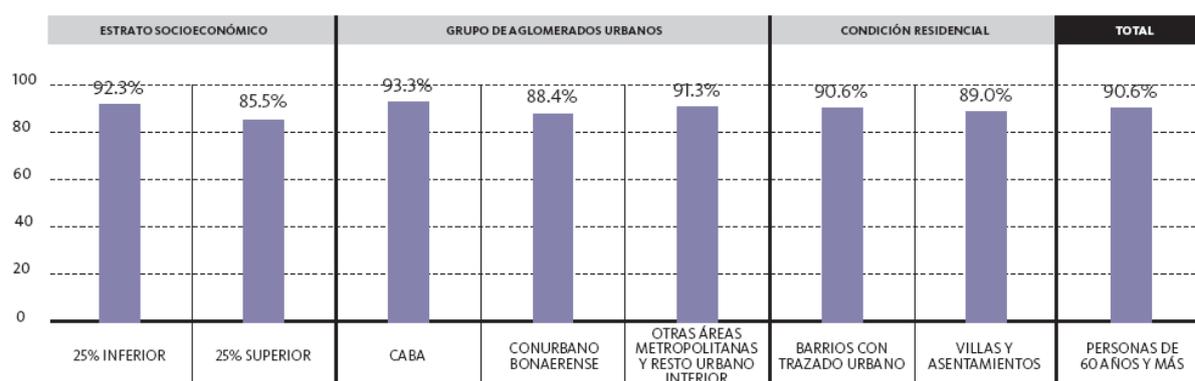
Ahora bien, cabe indagar cuáles son los grupos que tienen mayor cobertura por jubilación o pensión. En este marco, se destaca que el 92,3% de las personas mayores (60 y más años) del estrato más bajo (25% inferior) se halla cubierto por el sistema previsional, es decir, percibe ingresos por jubilación o pensión; porcentaje que alcanza al 85,5% en el estrato más alto (25% superior). Asimismo, si bien la tasa de empleo es del 29,6%, resulta muy superior entre las personas mayores que pertenecen al estrato más alto (65,5%) en comparación con las del estrato más bajo (16,2%). El menor nivel de jubilación y el mayor nivel de empleo en los sectores más

privilegiados permiten inferir que se trata de un sector social que extiende la vida activa y posterga la jubilación.

En el análisis por condición residencial, los niveles de cobertura previsional son muy similares en villas o asentamientos y en barrios con trazado urbano: rondan el 90%. En cambio, al analizar la tasa de empleo, se verifica un porcentaje mayor de actividad en las personas de edad que residen en barrios con trazado urbano: 30% vs. 17,4% (ver figuras 1.1.1b y 1.1.2b).

FIGURA 1.1.1B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

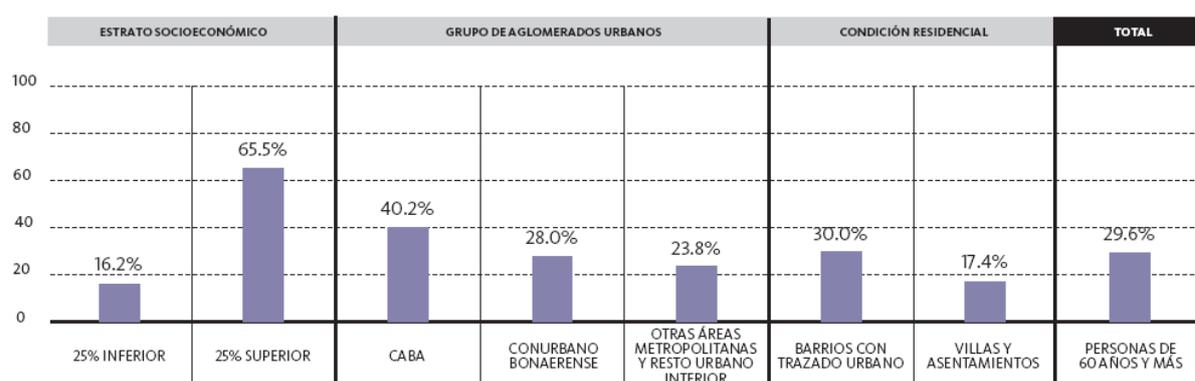
Percepción de ingresos por jubilación y/o pensión según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

FIGURA 1.1.2B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Tasa de empleo según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Ello también permite inferir que en los barrios con trazado urbano podría haber mayor tendencia a la búsqueda de la complementariedad de ingresos que entre las personas residentes en villas.

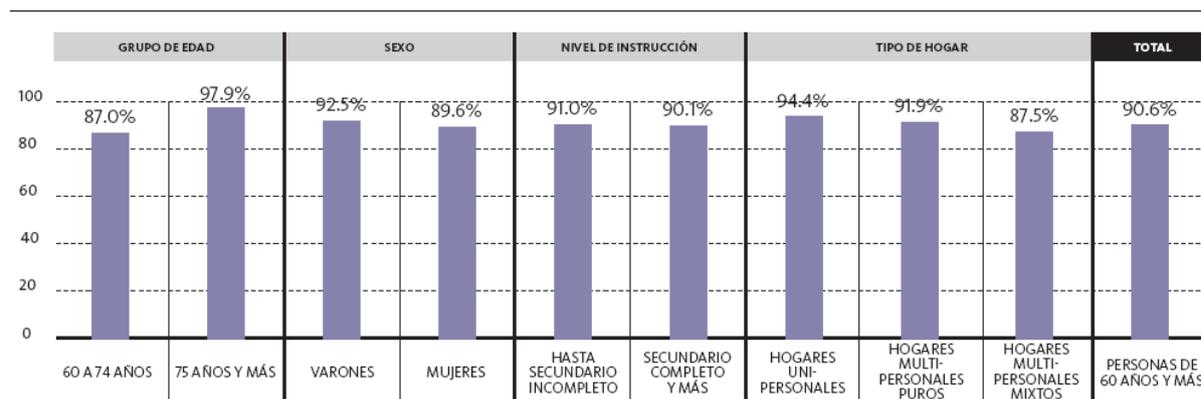
También los niveles de cobertura del sistema previsional son muy similares entre sí en el análisis por grupo de aglomerados urbanos, resultando levemente inferiores en el Conurbano Bonaerense. Asimismo, la tasa de empleo de las personas mayores residentes en el Conurbano Bonaerense es menor que la registrada entre sus pares residentes en la CABA (28% vs. 40,2%, respectivamente), pero resulta algo

superior a la que muestran las personas mayores del resto urbano interior (ver figuras 1.1.1B y 1.1.2B).

Como es de esperar, la cobertura del sistema previsional es casi total en el grupo de 75 años y más (97,9%) y resulta considerablemente menor en el grupo de menor edad (87%). En contrapartida, la tasa de empleo del grupo de 60 a 74 años es 2,4 veces la del grupo de 75 años y más. Asimismo, los niveles de cobertura del sistema previsional son muy similares entre ambos sexos, aunque tienden a ser más bajos entre las mujeres (se halla cubierto el 92,5% de los varones y el 89,6% de las mujeres, pese a que la edad jubilatoria para ellas es menor). La tasa de empleo muestra diferencias más amplias: 43,2% de los varones y 19,9% entre las mujeres (ver figuras 1.1.1C y 1.1.2C). Esto también podría indicar que, en el caso de requerir complementariedad de ingresos, son los varones los que permanecen más tiempo en el mercado de trabajo.

FIGURA 1.1.1C Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

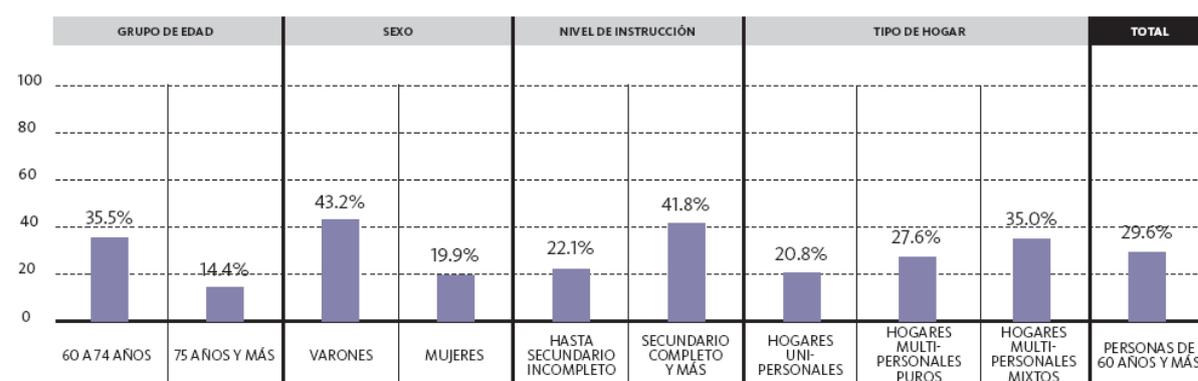
Percepción de ingresos por jubilación y/o pensión según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

FIGURA 1.1.2C Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Tasa de empleo según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

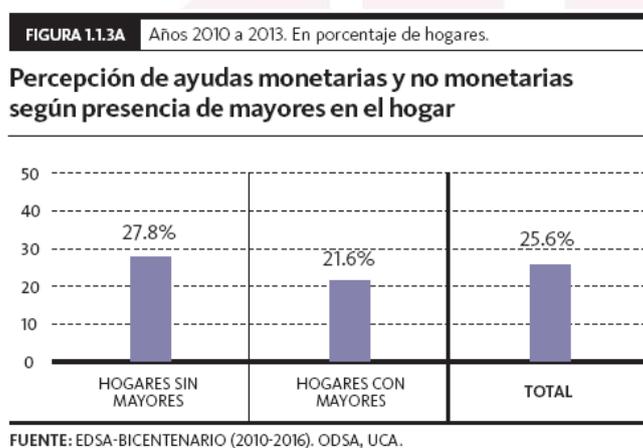
Al analizar los niveles de cobertura previsional conforme al nivel educativo alcanzado, se evidencia que en ambas categorías (secundario incompleto, y secunda-

rio completo y más) los porcentajes son similares y cercanos a la media: 91% y 90%, respectivamente. En cambio, en lo que atañe a la actividad económica, se verifica que entre los que finalizaron el nivel medio la tasa de empleo es el doble de quienes no lo completaron (ver figuras 1.1.1C y 1.1.2C). En este caso, dado que los niveles de cobertura previsional son similares, puede inferirse que las personas que finalizaron el nivel medio continúan en el mercado laboral complementando ingresos en mayor medida que quienes no terminaron dicho nivel.

Finalmente, es de destacar que son los hogares unipersonales los que presentan mayor porcentaje de cobertura previsional, seguidos por los multipersonales puros y por los multipersonales mixtos (94,4%, 91,9% y 87,5%, respectivamente). Al contrario, las personas mayores que integran hogares mixtos tienen mayor tasa de empleo (35%), seguidas por las que integran hogares multipersonales puros (27,6%) y finalmente por las de hogares unipersonales (ver figuras 1.1.1C y 1.1.2C).

Ahora bien, el sistema previsional y el mercado laboral 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 estatales o no estatales pueden ser un recurso para complementar los ingresos del hogar.

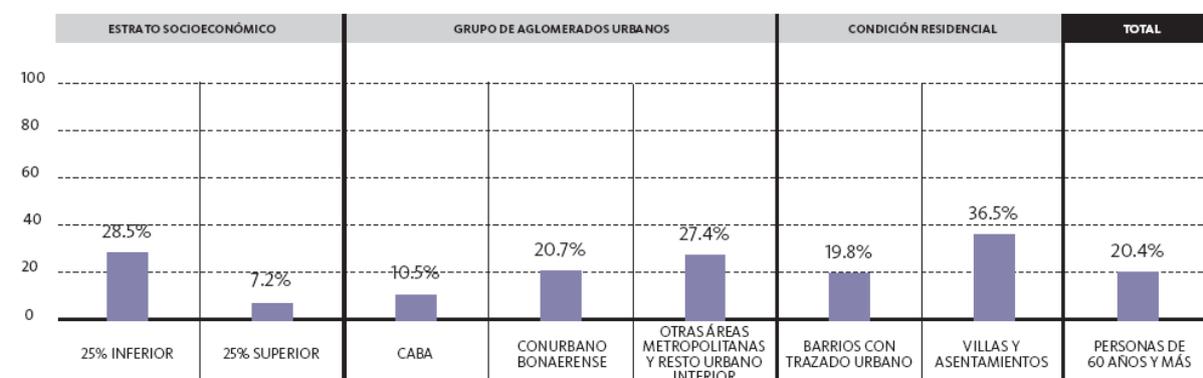
En este marco, se verifica que el 25,6% del total de hogares recibe algún tipo de ayuda. Este porcentaje es algo más elevado en los hogares sin personas mayores (27,8%) y levemente inferior en los hogares con personas mayores (ver figura 1.1.3A).



Acotando el análisis al grupo etario de 60 años y más, se observa que 3 de cada 10 personas pertenecientes al estrato más bajo residen en un hogar que percibe algún tipo de ayuda (monetaria y/o no monetaria); porcentaje que resulta muy inferior en el caso de sus pares pertenecientes al estrato más alto (7,2%). Asimismo, el 36,5% de las personas mayores residentes en villas o asentamientos precarios vive en hogares que perciben algún tipo de ayuda, mientras que entre las residentes en barrios con trazado urbano, ese porcentaje desciende al 19,8% (ver figura 1.1.3B).

FIGURA 1.1.3B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Percepción de ayudas monetarias y no monetarias según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



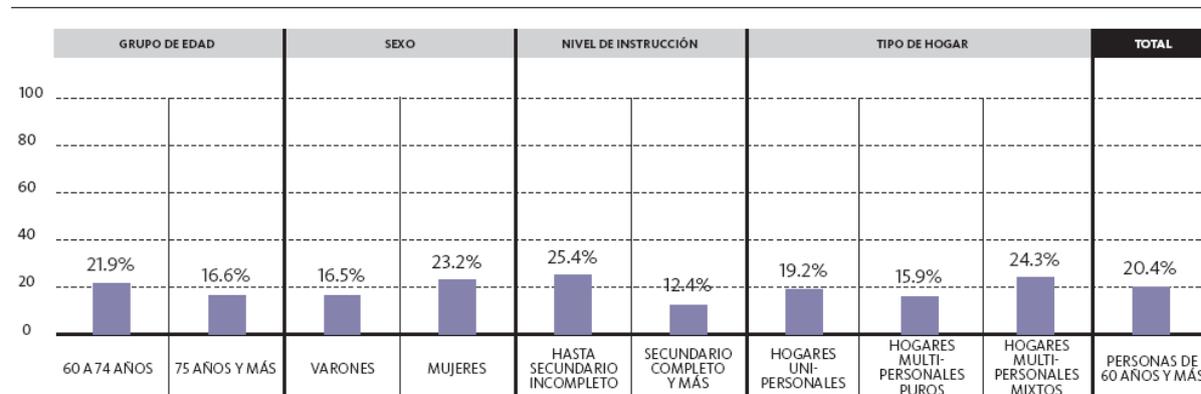
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Es un dato destacable que el 27,4% de las personas mayores de las regiones urbanas del interior reside en hogares que perciben algún tipo de ayuda. Tal porcentaje cae al 20,7% en el Conurbano Bonaerense y al 10,5% en la Ciudad de Buenos Aires (ver figura 1.1.3B).

Por otra parte, debe señalarse que el 21,9% de las personas de 60 a 74 años reside en hogares que perciben ayuda, siendo ese porcentaje de 16,6% en el grupo de 75 años y más. Asimismo, el porcentaje de mujeres mayores que reside en hogares perceptores de ayudas monetarias y/o no monetarias es mayor que el de varones (23,2% vs. 16,5%, respectivamente). También es importante destacar que una de cada 4 personas mayores sin el nivel medio finalizado pertenece a hogares que reciben ayuda económica, mientras que entre las personas que terminaron la secundaria esa proporción se reduce a una de cada 8 (ver figura 1.1.3C).

FIGURA 1.1.3C Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Percepción de ayudas monetarias y no monetarias según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Finalmente, conviene tener en cuenta que una de cada 4 personas mayores residentes en hogares multipersonales mixtos vive en un hogar que percibe ayuda monetaria y/o no monetaria. Entre quienes pertenecen a hogares unipersonales, por su parte, esa proporción se reduce a una de cada 5. Y la percepción de ayudas es aun menor entre las personas mayores que integran hogares multipersonales puros (ver figura 1.1.3C).

En este cuadro de situación se pone de manifiesto que los ingresos provenientes del sistema previsional constituyen la fuente principal de ingresos de las personas mayores, en particular de aquellas de mayor edad. Sin embargo, tal como se ha mostrado, no son la única fuente de ingresos, puesto que en muchos casos es necesario complementarlos con ingresos laborales y, en otros, resultan complementados por ingresos provenientes del trabajo de aquellas personas que retrasan la edad jubilatoria o continúan trabajando aun percibiendo jubilación, lo cual ocurre particularmente en los sectores altos y en los de mayor nivel de instrucción. Al contrario, en los sectores más empobrecidos, las oportunidades laborales se reducen, y en muchos casos los ingresos se complementan mediante ayudas monetarias y/o no monetarias.

Por lo tanto, resulta pertinente indagar en qué medida estos ingresos contribuyen a resolver de manera adecuada las necesidades básicas y las necesidades de consumo y ahorro de las personas mayores.

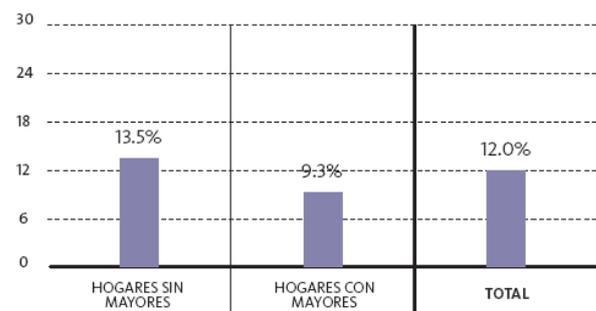
1.2 Inseguridad alimentaria

En todos los hogares, los ingresos disponibles son siempre recursos escasos para satisfacer las necesidades alimentarias y no alimentarias. Entre estas últimas, se encuentran las necesidades vinculadas con la salud. En muchos países y también en la Argentina, las encuestas de gastos de los hogares permiten ver qué proporción de los gastos totales de un hogar se destinan a esferas tales como alimentos y bebidas; indumentaria; vivienda; equipamiento y funcionamiento del hogar; salud; transporte y comunicaciones; esparcimiento; educación, y otros.

Esta composición del gasto varía según el perfil de los hogares: tanto el estrato socioeconómico como el hecho de que haya o no niños o adolescentes en el hogar permiten apreciar con claridad las diferencias. En líneas generales, y lógicamente, cuanto más se eleva el estrato socioeconómico, menor resulta el peso del gasto alimentario. En los hogares de ingresos escasos, por supuesto, el peso del gasto alimentario es muy alto.

FIGURA 1.2A Años 2010 a 2013. En porcentaje de hogares.

Inseguridad alimentaria total según presencia de mayores en el hogar

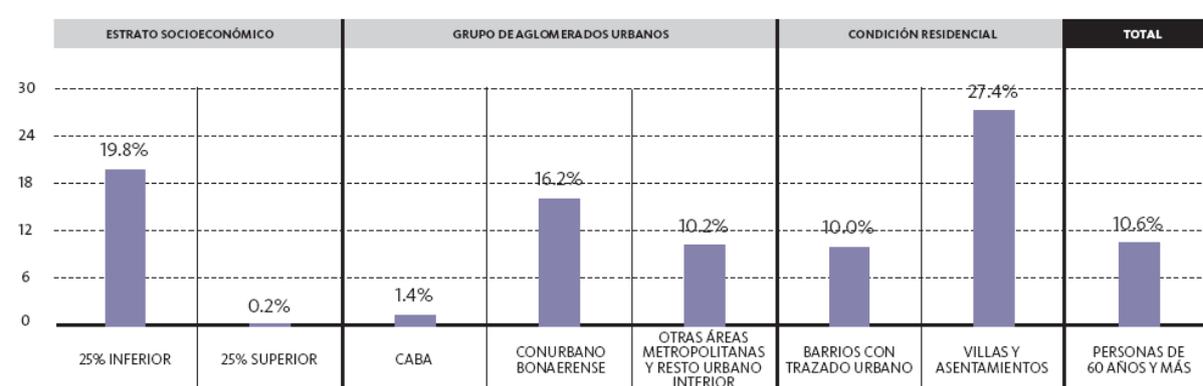


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Una forma indirecta de evaluar si los recursos monetarios son suficientes para cubrir los gastos alimentarios es a través del indicador de inseguridad alimentaria. La FAO define la seguridad alimentaria como una situación que permite asegurar que todas las personas tengan en todo momento acceso físico y económico a los alimentos que necesitan. Desde esta perspectiva la seguridad alimentaria tiene tres componentes: suficiencia, estabilidad y acceso (FAOOMS, 1994). En Salvia, Tuñón y Musante (2012) se explica cómo se construyen los indicadores de inseguridad alimentaria, esto es, si en los hogares hubo situaciones de insuficiencia o riesgo alimentario. En dicha construcción se pone foco en el componente de *acceso* y se define que la inseguridad alimentaria expresa el porcentaje de los hogares donde al menos uno de sus miembros en los últimos 12 meses debió reducir la porción de alimentos y/o experimentó hambre por problemas económicos.

FIGURA 1.2B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

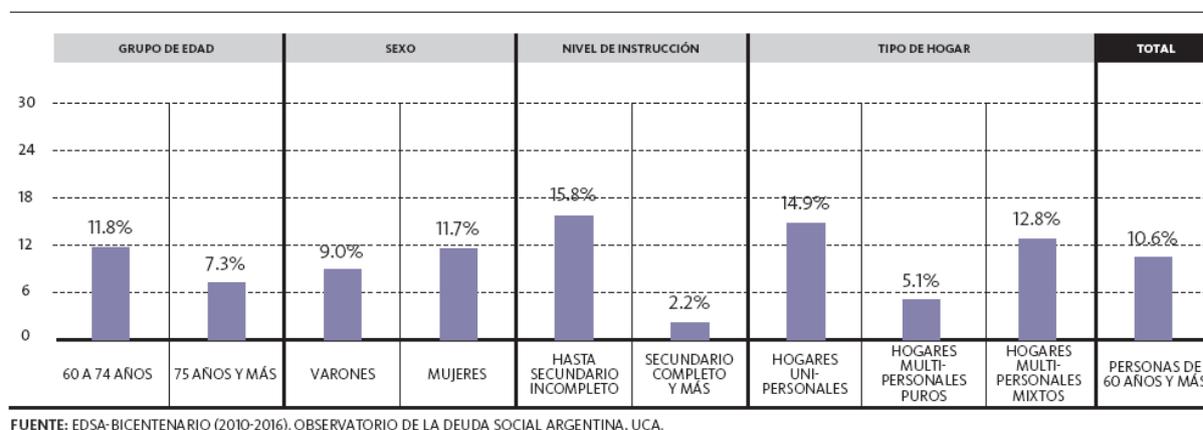
Inseguridad alimentaria según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

FIGURA 1.2C Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Inseguridad alimentaria según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Para presentar los resultados del estudio sobre personas de edad avanzada respecto de la seguridad alimentaria, comparamos los hogares donde viven personas mayores con aquellos donde no hay personas mayores entre sus miembros. En los primeros, la inseguridad alimentaria alcanza al 9,3% de los hogares; en los segundos el porcentaje es mucho mayor: 13,5%. En cuanto a la situación alimentaria –en los umbrales más críticos– las personas mayores (o los hogares donde ellos viven) están en una mejor situación que el resto (ver figura 1.2A).

La inseguridad alimentaria se relaciona estrechamente con el estrato socioeconómico: llega al 19,8% en los hogares del estrato más bajo y prácticamente no existe en el estrato más alto. Que 1 de cada 5 hogares con personas mayores del estrato socioeconómico más bajo exprese inseguridad alimentaria no debe pasarse por alto.

Se advierte asimismo que es en la región del Conurbano Bonaerense donde se presenta mayor inseguridad alimentaria para las personas mayores: 16,2%. Al respecto, el resto de las áreas urbanas del país registra 10,2% y la Ciudad de Buenos Aires 1,4%. En cuanto a la condición residencial, son los hogares con personas mayores en villas y/o asentamientos donde la inseguridad alimentaria alcanza su máxima expresión: 27,4% (ver figura 1.2B).

El análisis por grupo etario de personas mayores arroja los siguientes resultados: una de cada 10 personas de entre 60 y 74 años manifiesta rasgos de inseguridad alimentaria (11,8%), y lo mismo ocurre con el 7,3% de las que tienen 75 años y más. El estudio por sexo indica que las mujeres manifiestan en mayor medida que los varones signos de inseguridad alimentaria: 11,7% para ellas contra 9% para ellos (ver figura 1.1.2C).

Respecto a la educación, las personas mayores que no han tenido oportunidad de finalizar el nivel medio muestran niveles de inseguridad alimentaria más elevados que el de quienes completaron la secundaria.

Dado que existen tipos muy distintos de hogares dentro de los hogares con personas mayores (por eso no se utiliza la expresión “hogares de personas mayo-

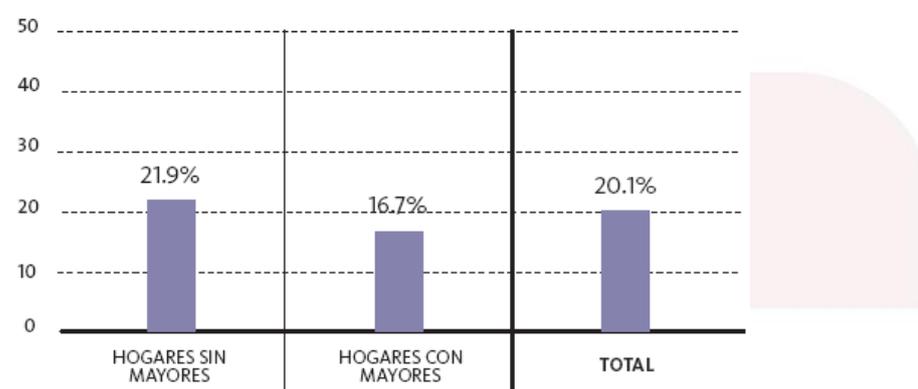
res”), interesa ver cómo afecta la inseguridad alimentaria a cada uno de ellos. Pues bien, los menos afectados son los hogares compuestos exclusivamente por personas mayores (5,1%), y la vulnerabilidad es más aguda en los hogares donde las personas mayores viven solas, con una incidencia del 14,9% (ver figuras 1.3C y 1.3C).

1.3 Recortes en gastos de salud

Como se señaló más arriba, la disponibilidad y organización de los recursos monetarios de los hogares condiciona la satisfacción de las necesidades. En el apartado anterior se trabajó con las necesidades alimentarias. Dentro de las necesidades no alimentarias, las relativas a la salud tienen una criticidad mayor; de allí la importancia de estudiar las estrategias de recortes en los gastos en salud en situaciones de ingresos escasos. A esto se agrega que, en el caso especial de las personas de edad avanzada, con mayores compromisos de salud (como se verá en el capítulo 3), la necesidad de recursos monetarios para atenderse adecuadamente tiende a ser mayor que en la población de menor edad.

FIGURA 1.3.1A Años 2010 a 2013. En porcentaje de hogares.

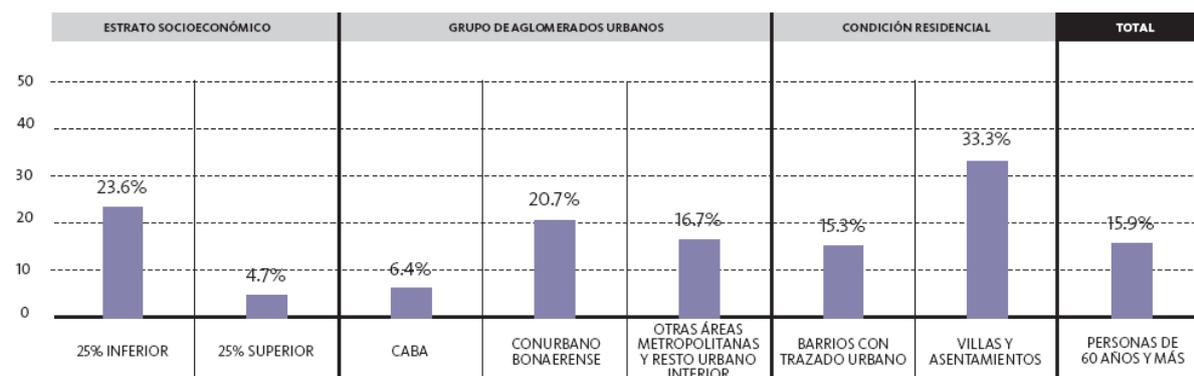
Recortes en consulta a médico u odontólogo según presencia de mayores en el hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

FIGURA 1.3.1B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Recortes en consulta a médico u odontólogo según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En el conjunto de servicios para la salud, uno muy importante es la atención médica propiamente dicha, es decir, la consulta misma a un profesional de la salud, ya sea con propósitos de tratamiento de una enfermedad, de una rutina de control o de un seguimiento profesional. Por eso en la EDSA se incluye una pregunta que mide la disminución o suspensión de visitas médicas u odontológicas por problemas económicos, que pueden ser de muy distinto tipo: el pago de la consulta en el caso de la medicina privada; el copago o pago completo de análisis (estudios) e internaciones, vigente también en el subsistema de obras sociales, y otros gastos más generales como viáticos y pérdida de ingresos (ODSA-UCA, 2012). Todos estos elementos pueden analizarse con la mirada puesta en los hogares (con o sin personas mayores) o con la mirada puesta en las personas mayores.

El primer resultado es que el porcentaje de hogares con personas mayores que tuvieron que recortar gastos en consultas a médicos y/u odontólogos por problemas económicos es menor (16,7%) que el de hogares sin personas mayores (21,9%), (ver figura 1.3.1A). Se aprecia aquí una suerte de ventaja para las personas mayores, lo que insinúa mejores condiciones de vida en este grupo poblacional. El resultado es doblemente importante porque, por un lado, las necesidades de gasto en salud son más elevadas en los hogares con ancianos que en aquellos sin ancianos, por lo dicho más arriba, y por otro lado, la tendencia a los recortes es menor. Ello sugiere o bien ingresos totales disponibles (per cápita) más altos en los hogares con personas mayores, o bien mayor jerarquización de la atención de la salud dada la edad avanzada, es decir, realización de recortes en otros rubros en lugar de en el rubro de la salud.

Excluyendo del análisis a la población menor de 60 años, se verifica que el 15,9% de las personas mayores declara haber tenido que practicar recortes de gastos en consultas a profesionales de la salud (específicamente médicos y/u odontólogos)⁴. Sin embargo, algunas personas mayores resultan más afectadas que otras. La diferencia más notoria es por estrato socioeconómico, casi de 5 a 1: se encuentran recortes en atención médica en el 23,6% de las personas mayores del estrato más bajo y solamente en el 4,7% de las pertenecientes al estrato más alto (estrato medio-alto). Asimismo, una de cada 5 personas mayores que viven en el Conurbano Bonaerense (20,7%) declara haberse visto obligada a realizar recortes de este tipo. Este porcentaje desciende a 16,7% en el resto de las zonas urbanas del interior, y a 6,4% en la Ciudad de Buenos Aires. En las villas y asentamientos precarios, este indicador alcanza su valor más alto (33,3%): manifiesta haber realizado recortes en asistencia al médico u odontólogo una de cada 3 personas mayores (ver figura 1.3.1B).

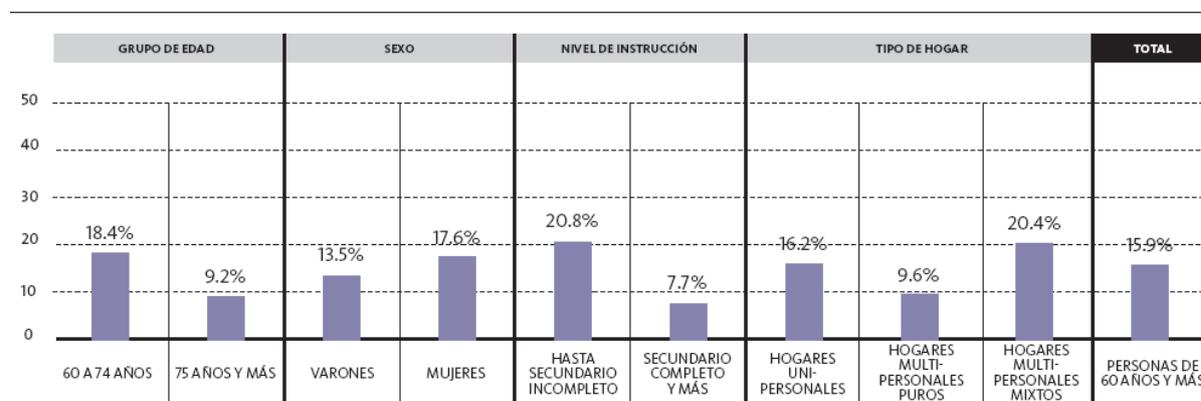
Es muy intensa la relación de este indicador con la edad: los recortes en materia de atención médica son doblemente frecuentes en el grupo de 60 a 74 años (18,4%) cuando se los compara con los del grupo de 75 años y más (9,2%) (ver figura 1.3.1C). Conviene señalar aquí que cuanto mayor es la edad, los recortes en atención médica pueden devenir impracticables, mientras que para las personas mayores del grupo más joven pueden ser una opción. En cuanto al análisis por sexo, se advierte que las mujeres tuvieron que recortar más (17,6%) que los varones

⁴ En la EDSA no se incluyen los gastos en consultas a otros profesionales de la salud como los psicólogos, kinesiólogos, etcétera.

(13,5%), acaso por tener más necesidades de consultas –una sensibilidad más alta a las cuestiones de salud, tal como se trata en el capítulo 3–, acaso por una cuestión de género en las decisiones presupuestarias, en el sentido de que pueden ser las mujeres que integran hogares con personas mayores quienes deciden en qué se recorta y en qué no. Aun más evidente es la diferencia según el nivel educativo alcanzado: quienes no finalizaron la escuela media practican recortes en el 20,8% de los casos, en tanto que esto sólo ocurre entre el 7,7% de los que completaron el secundario. En cuanto al tipo de hogar, las personas de edad avanzada que viven con personas de generaciones más jóvenes recurren en mayor medida a estos recortes (20,4%), seguidas por las que viven solas. Nuevamente, las que viven en hogares compuestos sólo por personas mayores son quienes presentan una mejor situación: 9,6% (ver figura 1.3.1C).

FIGURA 1.3.1C Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Recortes en consulta a médico u odontólogo según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar

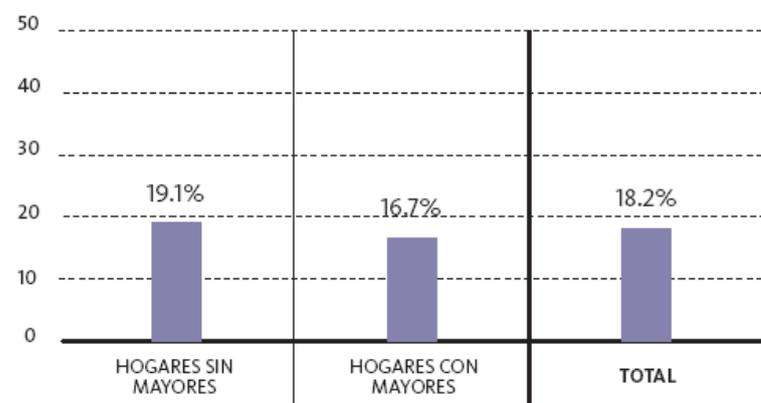


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El otro componente importante dentro de los gastos en atención médica y salud en general son los medicamentos. Ante recursos escasos, el gasto en medicamentos se transforma en una restricción muy importante para el adecuado cuidado de la salud; ello porque en muchos subsistemas de salud la atención médica es gratuita o está incluida en el aporte a la obra social o la cuota de la prepaga, pero no ocurre lo mismo con la compra de medicamentos. Sin embargo, respecto de la población de personas mayores, no puede dejar de mencionarse el aporte de PAMI en este sentido, con su política de grandes descuentos para medicamentos e incluso de provisión gratuita.

FIGURA 1.3.2A Años 2010 a 2013. En porcentaje de hogares.

Recortes en medicamentos según presencia de mayores en el hogar

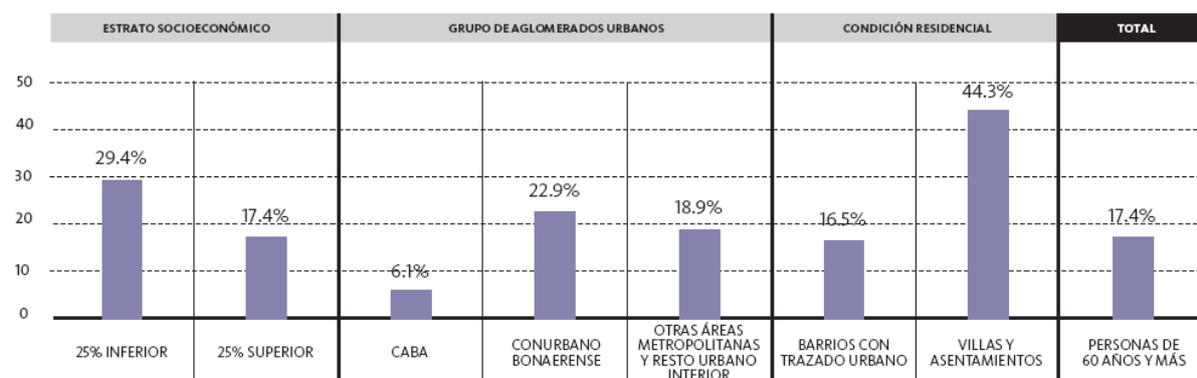


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

En la EDSA se pregunta si las personas mayores tuvieron que disminuir o suspender la compra de medicamentos por problemas económicos (insuficiencia de los ingresos necesarios para afrontar esos gastos).

FIGURA 1.3.2B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

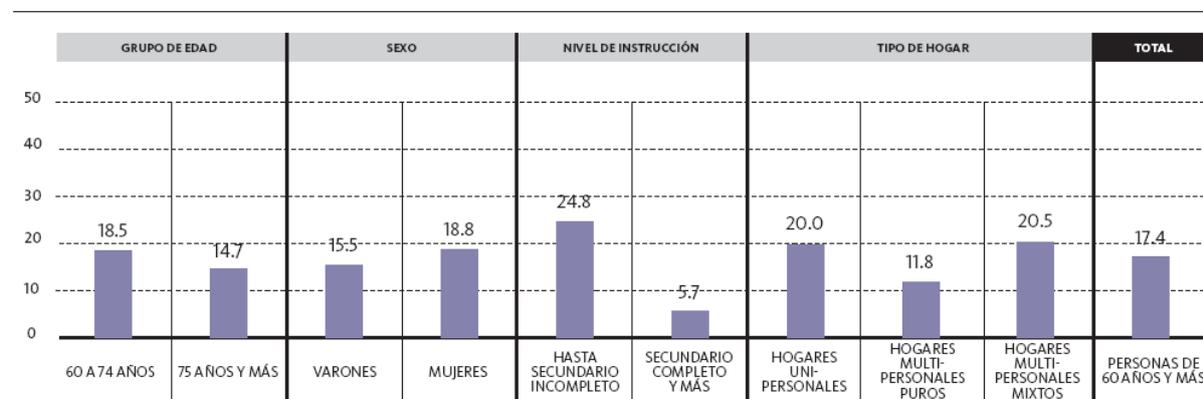
Recortes en medicamentos según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

FIGURA 1.3.2C Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Recortes en medicamentos según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Tal como se hizo al evaluar la atención médica, los recortes en medicamentos pueden ser analizados tanto desde los hogares con personas mayores como desde las personas mayores mismas. Desde los hogares, el resultado es que en el 16,7% de los que cuentan con personas mayores se practicaron recortes en medicamentos, una proporción equivalente a la encontrada en los recortes en atención médica. También aquí la situación resulta mejor que en los hogares sin personas mayores (19,1%) (ver figura 1.3.2A).

Si se considera el problema desde las personas mayores y no desde los hogares, el 17,4% declara que ha tenido que recortar gastos en medicamentos, porcentaje muy similar al de quienes tuvieron que recortar gastos en consultas a médicos y/u odontólogos. Nuevamente, en algunas personas de edad la incidencia del problema es mayor.

El análisis según los estratos arroja que 3 de cada 10 personas mayores del estrato más bajo ha realizado recortes en medicamentos, y también que en el estrato más alto, si bien la incidencia del problema es menor, no deja de ser elevada: 17,4% (ver figura 1.3.2B). Como en casos anteriores, en el Conurbano Bonaerense es donde este valor resulta más alto (22,9%). En cuanto a la condición residencial, en las villas y asentamientos, una proporción muy alta de personas mayores (44,3%) manifiestan haber recurrido a la práctica de recortar gastos en medicamentos, práctica aun más frecuente que la de recortar gastos en consultas a médicos y/u odontólogos (ver figura 1.3.2B). Esto sugiere que en las villas y asentamientos, aun con cierta seguridad en el acceso a la atención médica (hospitales y PAMI), el principal obstáculo del acceso a la salud pasa por las dificultades de compra de medicamentos.

La división por edad indica, además, que los recortes en medicamentos son más frecuentes en el grupo de 60 a 74 años (18,5% frente a 14,7% en los de mayor edad). Y la categorización por sexo, que las mujeres (18,8%) recortan más que los varones (15,5%). Tal como ocurre con la atención médica, son mucho más frecuentes los recortes en medicamentos entre las personas de menor nivel educativo: 24,8%, y especialmente en las del estrato socioeconómico más bajo: 29,4% (ver figura 1.3.2B); si bien en este estrato la práctica de recortes en medicamentos es bastante más frecuente que la de recortes en atención médica. En cuanto al tipo de

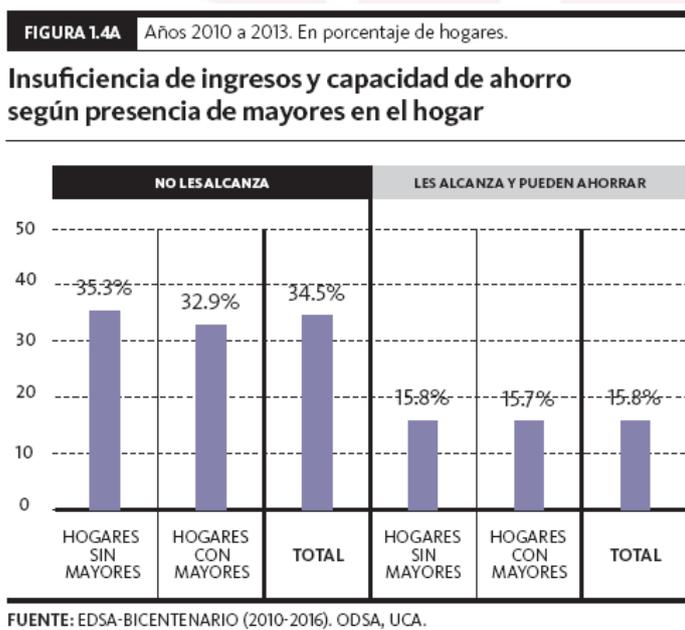
hogar, este indicador vuelve a mostrar a las personas mayores que viven con personas de otras generaciones (hogares “mixtos”) como las más vulnerables (20,5%), seguidas por las que viven solas. Tal como ocurre en otros indicadores, la mejor situación se encuentra entre las personas mayores que conviven exclusivamente con personas mayores.

1.4. Insuficiencia de ingresos y capacidad de ahorro

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

Ahora bien, las personas de edad viven en distintos tipos de hogares: unipersonales (una de cada 5 vive sola) y multipersonales (la mayoría, 4 de cada 5 viven con otras personas, mayores o no). En la EDSA Bicentenario se preguntó 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 capacidad de ahorro o insuficiencia de ingresos de los hogares.

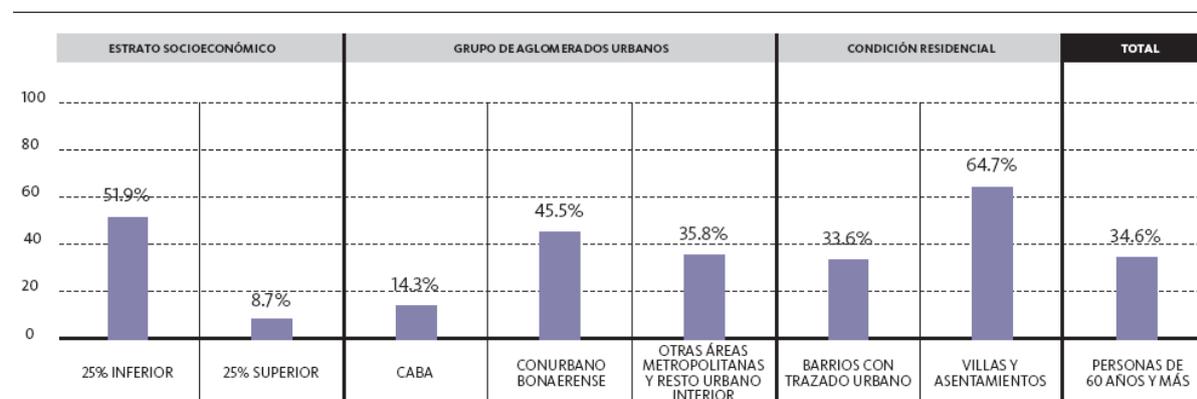
Es un hecho para resaltar que el 34% del total de los hogares declare tener ingresos insuficientes, y que el porcentaje sea muy similar entre hogares con mayores y sin mayores: 35,3% y 32,9%, respectivamente. Asimismo, el 34,6% de las personas mayores declara ingresos insuficientes, aunque hay que mencionar que el 15,6% afirma tener ingresos suficientes y poder ahorrar algo (ver figura 1.4A).



Como es de prever, en el estrato más bajo el problema presenta una incidencia más marcada: mientras al 51,9% de las personas mayores del estrato socioeconómico más bajo “no le alcanza”, esto le ocurre al 8,7% de las que pertenecen al estrato más alto. Una diferencia abismal. Por su parte, el 38% de las personas mayores residentes en el Conurbano Bonaerense declara ingresos insuficientes, porcentaje que se reduce a 33,9% en las zonas urbanas del interior, y desciende a la mitad para las personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires (17%). Además, 6 de cada 10 personas mayores residentes en villas o asentamientos precarios declara ingresos insuficientes, proporción que se reduce a la mitad en los barrios con trazado urbano (ver figura 1.4.1B).

FIGURA 1.4.1B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Insuficiencia de ingresos según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

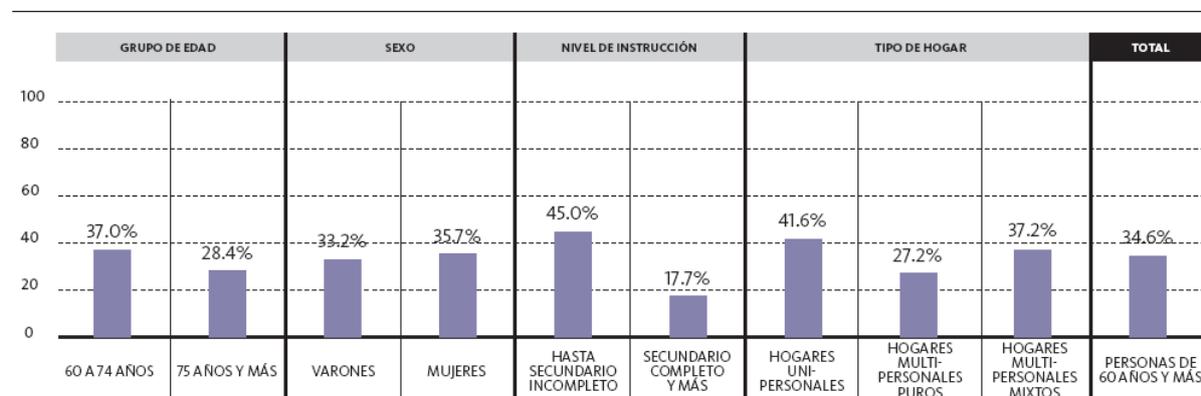


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Según la edad, el déficit de ingresos es mayor en el grupo de 60 a 74 años, tal vez no porque sean menores sus ingresos (o los de los hogares de los cuales forman parte), sino porque en las edades más avanzadas (75 años y más) las necesidades monetarias probablemente sean percibidas como menores o la pobreza de ingresos esté naturalizada. Respecto de este indicador, no hay brechas de género: varones y mujeres mayores señalan la misma insuficiencia. En cambio, el nivel de instrucción sí establece diferencias: entre las personas mayores de menor nivel educativo (secundario incompleto) la insuficiencia de ingresos es mucho más alta (casi 1 de cada 2 de ellas) que entre las de mayor nivel educativo (ver figura 1.4.1C).

FIGURA 1.4.1C Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Insuficiencia de ingresos según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



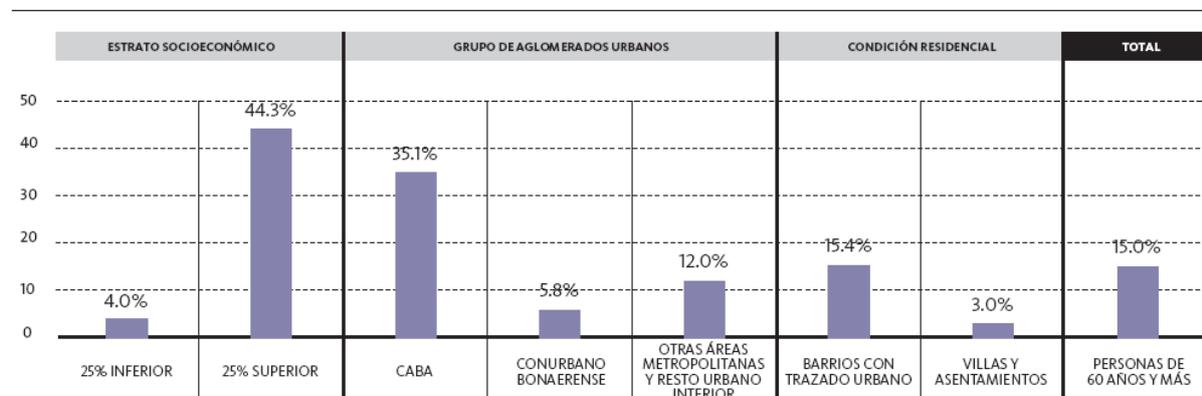
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

La insuficiencia de ingresos, definida como “ingresos que no les alcanzan”, afecta especialmente a las personas mayores que viven solas (41,6%). Las más protegidas contra esta carencia son las que viven exclusivamente con otras personas mayores (por ejemplo, una pareja). De todas maneras, una de cada 4 personas mayores que vive con otra persona mayor carece de ingresos suficientes para sus gastos.

En contrapartida de estas evidencias, se verifica que son los hogares de las personas mayores del estrato más alto los que presentan mayor capacidad de ahorro, vale decir que les alcanza para cubrir sus gastos y pueden ahorrar. Se destaca que mientras el 44% de las personas mayores del estrato superior declara que en el hogar les alcanza y pueden ahorrar, entre las del estrato más bajo ello sólo ocurre en el 4% de los casos. Asimismo también es muy baja la capacidad de ahorro de las personas mayores que residen en el Conurbano Bonaerense, sólo el 5,8% de los casos declara estar en esta situación. En cambio, en la Ciudad de Buenos Aires, el 35,1% de las personas entrevistadas de 60 años y más declara poder ahorrar algo. Para los mayores residentes en los aglomerados urbanos del interior dicho porcentaje es del 12%. Asimismo, la capacidad de ahorro en los entrevistados que residen en barrios con trazado urbano es 5 veces la de los mayores que residen en villas o asentamientos precarios (ver figura 1.4.2B).

FIGURA 1.4.2B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Capacidad de ahorro según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

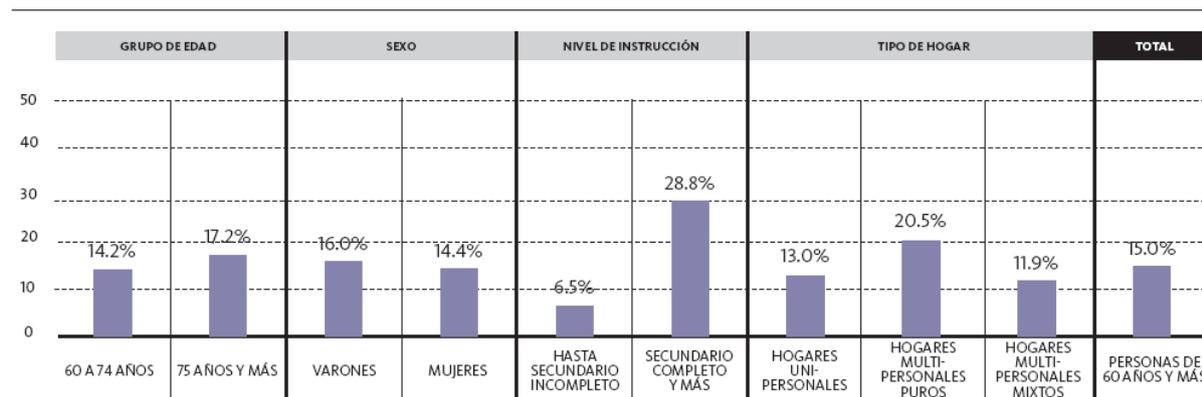


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Por otra parte también se evidencia cierta tendencia a una capacidad de ahorro mayor en el grupo de mayor edad (en relación con el grupo de 60 a 74 años) y en los varones (respecto de la capacidad de ahorro expresada por las mujeres). Las brechas vuelven a ampliarse al considerar la capacidad de ahorro declarada por las personas mayores que han finalizado el nivel medio y aquellas que no han tenido la oportunidad de completar dicho nivel: las posibilidades de ahorrar algo del primer grupo son 4,4 veces las del segundo. Así también los hogares compuestos solamente por personas mayores han declarado tener mayor capacidad de ahorro que las que conviven con personas no mayores: 20,5% para las personas mayores que conviven con otras del mismo grupo etario; 13% para las que viven solas y 11,9% para las que conviven con personas de menor edad (ver figura 1.4.2C).

FIGURA 1.4.2C Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Capacidad de ahorro según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Ahora bien, resulta pertinente indagar respecto de la relación entre las fuentes de ingresos y la suficiencia o insuficiencia de los mismos. Al respecto vale aclarar que tanto los ingresos por empleo como los ingresos por jubilación o pensión pueden proteger a las personas mayores de la inseguridad alimentaria y de la insuficiencia de ingreso.

De manera más precisa encontramos que los niveles de inseguridad alimentaria de las personas mayores que buscan un empleo y no lo encuentran triplican el nivel que presentan las personas ocupadas y duplican los niveles de riesgo de quienes están inactivos. Con la insuficiencia de ingresos sucede algo similar: el 27% de las personas mayores ocupadas responde que los ingresos le resultan insuficientes para cubrir los gastos del mes. Dicho porcentaje se duplica en los mayores desocupados y es del 37,4% entre los mayores inactivos. Del mismo modo, las personas mayores que reciben ingresos por jubilación o pensión presentan menores niveles de inseguridad alimentaria y de insuficiencia de ingresos que quienes no reciben el beneficio previsional. Se evidencia también que los ingresos laborales ejercen una mayor protección que los haberes previsionales (ver tabla 1.4).

TABLA 1.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Inseguridad alimentaria e insuficiencia de ingresos de actividad y percepción de jubilación o pensión

	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD			PERCEPCIÓN DE JUBILACIÓN O PENSIÓN		TOTAL
	OCUPADOS	DESOCUPADOS	INACTIVOS	JUBILADOS	SIN JUBILACIÓN	
INSEGURIDAD ALIMENTARIA	7,4	22	11,6	9,6	16,5	12,0
INSUFICIENCIA DE INGRESOS	27,1	54,9	37,4	33,8	41,2	34,6

*La condición de actividad y la percepción de jubilación o pensión se han trabajado como variables independientes entre sí de modo que entre las personas ocupadas puede haber también personas que perciban jubilación o pensión y viceversa. FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

De modo que fortalecer los derechos laborales y de acceso a la protección y seguridad de las personas mayores resulta condición necesaria, aunque no por ello suficiente, para mejorar su calidad de vida.

Capítulo II

HÁBITAT, VIVIENDA Y DERECHO A LA CIUDAD

Por Cecilia Tinoboras

En las últimas décadas, dos preocupaciones simultáneas han comenzado a ganar lugar en las agendas políticas a nivel nacional, regional y mundial. Por un lado, en consonancia con los procesos de envejecimiento de la población, ha surgido la inquietud por la calidad de vida de las personas mayores. Ello puede verse reflejado en los documentos del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (ONU, 1982); así como también en los Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad (ONU, 1991); o como en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (ONU, 2002). Por otro lado, y conforme a los procesos de urbanización crecientes, ha aumentado la preocupación por los asentamientos humanos, los procesos de urbanización y el hábitat, ello también ha cristalizado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos, HÁBITAT II (ONU, 1996).

Las declaraciones internacionales sobre envejecimiento, cuyas metas tienden a garantizar una adecuada calidad de vida para las personas mayores, han llamado la atención sobre la necesidad y el derecho de estas personas a residir en entornos acordes a sus necesidades no sólo materiales, físicas y biológicas, sino también

emocionales y afectivas. Asimismo, el entorno donde residen los mayores debe garantizar un envejecimiento activo, es decir, que permita aprovechar y desarrollar al máximo sus potencialidades y capacidades (OMS, 2006).

Las declaraciones internacionales sobre asentamientos humanos y hábitat, por su parte, señalan la necesidad de “garantizar a todos los ciudadanos el acceso permanente a los servicios públicos de agua potable, saneamiento, remoción de basura, fuentes de energía y telecomunicaciones, así como a los equipamientos de salud, educación, abasto y recreación” (Foro Social de las Américas; Quito, 2004; Foro Urbano Mundial Urbano; Barcelona, 2004). En el caso de las personas mayores, el problema del hábitat adquiere dimensiones particulares. A partir de las declaraciones sobre asentamientos urbanos y derecho a la ciudad, estas personas son consideradas como grupo vulnerable al cual las políticas deben prestar particular atención:

“Los grupos y personas en situación vulnerable tienen derecho a medidas especiales de protección e integración, a los servicios esenciales y a no-discriminación. Se han considerado grupos vulnerables a personas y grupos en situación de pobreza, de riesgo ambiental (amenazados por desastres naturales), víctimas de violencia, con discapacidad, refugiados y todo otro grupo que, según la realidad de cada ciudad, esté en situación de desventaja respecto al resto de los habitantes. En estos grupos serán objeto de mayor atención las personas mayores, las mujeres, en especial las jefas de hogar, y los niños” (Foro Social de las Américas; Quito, 2004; Foro Urbano Mundial; Barcelona, 2004).

Desde esta perspectiva no se debe perder de vista que las personas mayores pueden padecer doble o triple vulnerabilidad, dado que pueden estar simultáneamente en situación de pobreza y de discapacidad. Si se analiza la situación de las personas mayores en relación con el desarrollo humano, ambas preocupaciones se implican mutuamente.

El hábitat social es el espacio en el que el ser humano transita su cotidianidad y está conformado por todos aquellos elementos del entorno físico que permiten o dificultan el desarrollo de sus capacidades y potencialidades (PNUD, 2000). Para que un hábitat concreto posibilite el desarrollo humano, es preciso que provea condiciones que garanticen el pleno desenvolvimiento de las potencialidades y capacidades de cada sujeto. En este marco, el objetivo de que las personas de edad puedan disfrutar de una vida plena, saludable, satisfactoria, en ejercicio pleno de derechos, en el seno de sus familias y comunidades, y como parte integrante de la sociedad (ONU, 1982), implica necesariamente que puedan acceder a un hábitat saludable. Por otro lado, el objetivo de garantizar el acceso equitativo e igualitario al suelo, la vivienda y los servicios básicos supone que todos los grupos sociales –sin importar la edad– tengan acceso a ellos.

En este contexto, resulta pertinente analizar en qué medida las personas mayores acceden a un hábitat y un entorno que les permitan expandir sus capacidades y potencialidades, y al mismo tiempo analizar el modo en que las ciudades distribuyen las oportunidades de gozar de un hábitat adecuado y un entorno saludable entre las personas mayores⁵.

⁵ Se ha destacado en estudios anteriores que las personas mayores presentan niveles más bajos que las jóvenes en indicadores de pobreza estructural vinculados con la vivienda (ODSA-UCA,

Tal como sucede con otros grupos etarios, hablar de vejez no remite a un colectivo homogéneo, sino que, por el contrario, alude a un grupo poblacional heterogéneo que se ve afectado por características estructurales y coyunturales, del mismo modo en que se ve afectada toda la sociedad.

A lo largo de este capítulo, entonces, intentaremos dar cuenta del modo en que el derecho de las personas mayores a un hábitat saludable se ve respetado o vulnerado de manera diferencial entre quienes pertenecen a distintos estratos sociales, habitan en contextos sociorresidenciales diferentes, viven en distintas áreas metropolitanas, pertenecen a distintos grupos de edad y sexo, o han tenido oportunidades educativas dispares.

Para analizar estas desigualdades, trabajaremos con dos dimensiones de análisis que hacen al hábitat: acceso a una vivienda digna y acceso a infraestructura urbana.

2.1 Vivienda

La vivienda constituye el espacio de residencia de una persona o grupo de personas, donde se llevan a cabo actividades fundamentales para la reproducción biológica y social de los sujetos, como alimentación, aseo y descanso. Asimismo, la vivienda debe dar satisfacción a las necesidades humanas de albergue, refugio, protección ambiental, vida de relación y privacidad (Yujnovsky, 1984). Para satisfacer estas necesidades, la vivienda tiene que cumplir con una serie de atributos que permitan la protección física y el resguardo de intimidad de sus habitantes. Una vivienda adecuada, entonces, debe ofrecer condiciones de salubridad apropiadas, en relación con las características de su infraestructura, su espacio y su equipamiento, incluyendo la provisión de los servicios públicos domiciliarios, una seguridad jurídica de la tenencia y un entorno próximo saludable (ONU, 2009, en ODSA-UCA, 2011).

Asimismo, a lo largo de la vida, la relación del sujeto con la vivienda adquiere un sentido particular: desde la niñez, donde el vínculo viene dado, hasta la vejez, donde la “casa” constituye algo más que un techo, ya que los recuerdos del propio pasado y la historia familiar habitan allí, y pueden actuar como lugar de protección y refugio emocional (Giraudó Esquivó; Dabove, 2012).

De allí que el problema de la vivienda en las personas mayores conlleve preocupaciones de distinta índole. Una primera dimensión está vinculada a la permanencia de los mayores en sus propios hogares: la separación del anciano del hogar familiar puede generar un daño emotivo particular que afecta negativamente su calidad de vida (Giraudó Esquivó; Dabove, 2012)⁶.

2014). Sin embargo, no debe dejar de preocuparnos el hecho de que un sector de la población de personas mayores tiene restringido el acceso a una calidad de vida urbana adecuada y saludable, porque ello dificulta el desarrollo de su vida cotidiana, incluso en mayor medida que para las personas más jóvenes. Por lo tanto, en este capítulo trabajamos solamente con la población de personas mayores y excluimos el grupo de edad de 18 a 59 años.

⁶ Respecto a los efectos del traslado de la vivienda familiar del anciano, puede consultarse, entre otros: Iacub, R. (2011); Fonzoloto, E. (2006), y Dabove I. (2011).

La segunda dimensión se vincula con el modo en que dicha vivienda satisface las necesidades de la vida cotidiana, es decir, cumple efectivamente con las funciones de refugio, abrigo, provisión de servicios, seguridad, etcétera.

Así pues, en este apartado intentamos caracterizar la situación del problema de la vivienda en las personas mayores a partir del segundo eje de preocupaciones: el modo en que la vivienda garantiza o dificulta el desenvolvimiento de la vida cotidiana⁷. Con ello, estamos analizando al mismo tiempo el grado de cumplimiento o vulneración del derecho de las personas mayores a una vivienda digna, y el modo en que las ciudades distribuyen de manera equitativa o bien de manera desigual las oportunidades de acceso a una vivienda adecuada.

Analizamos aquí, entonces, las condiciones habitacionales en torno a dos ejes principales: calidad de la vivienda y acceso a servicios domiciliarios de red, y dejamos el análisis del entorno para el segundo apartado de este capítulo.

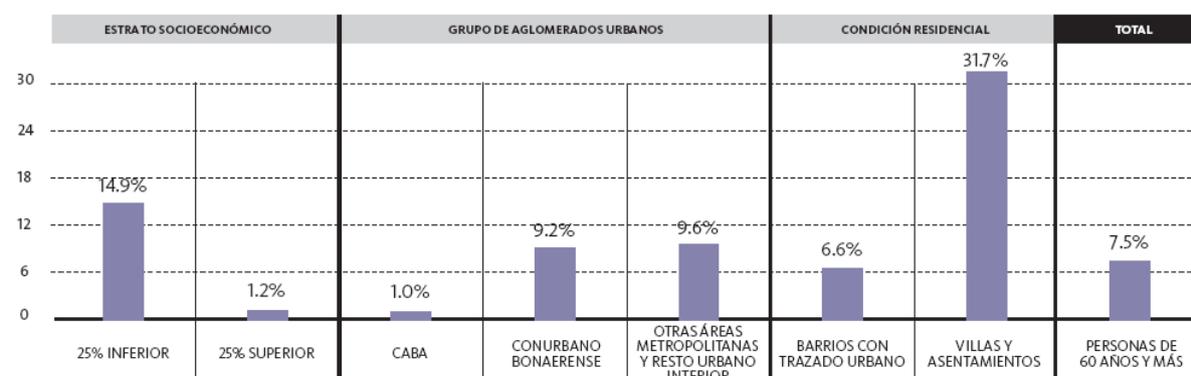
Acceso a una vivienda digna. Como mencionamos más arriba, una de las principales funciones que debe cumplir la vivienda se vincula con la condición de refugio, seguridad y resguardo; para ello debe estar construida con materiales sólidos y seguros que permitan desarrollar una vida cotidiana adecuada. El primer indicador que debe analizarse es, pues, la calidad constructiva de la vivienda. Al hablar de viviendas con déficit en la calidad constructiva nos referimos específicamente a aquellas que por su estructura o materiales de construcción no cumplen con las funciones básicas de aislamiento hidrófugo, resistencia, aislación térmica y protección superior contra las condiciones atmosféricas.

En este marco, y en primer lugar, se verifica que el 7,5% de las personas de 60 años y más presenta déficit en la calidad de la vivienda donde reside. Sin embargo, el derecho de las personas mayores a una vivienda de calidad se ve alterado sobremanera en los estratos sociales más bajos, donde alcanza al 14,9%, y en aquellas personas mayores que residen en villas, donde el porcentaje es superior al 30%. Se destaca, además, que una de cada 10 personas mayores del Conurbano Bonaerense y del resto de las áreas urbanas del país reside en viviendas de tipo inconveniente, porcentaje que es significativamente menor en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ver figura 2.1.1.1A).

⁷ Reconociendo la relevancia que tiene para las personas mayores permanecer en sus propios hogares, nos abocamos en este informe a analizar la segunda dimensión, por cuanto la Encuesta de la Deuda Social Argentina, que constituye la fuente de nuestro análisis, releva solamente viviendas particulares.

FIGURA 2.1.1.A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en la calidad de la vivienda según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

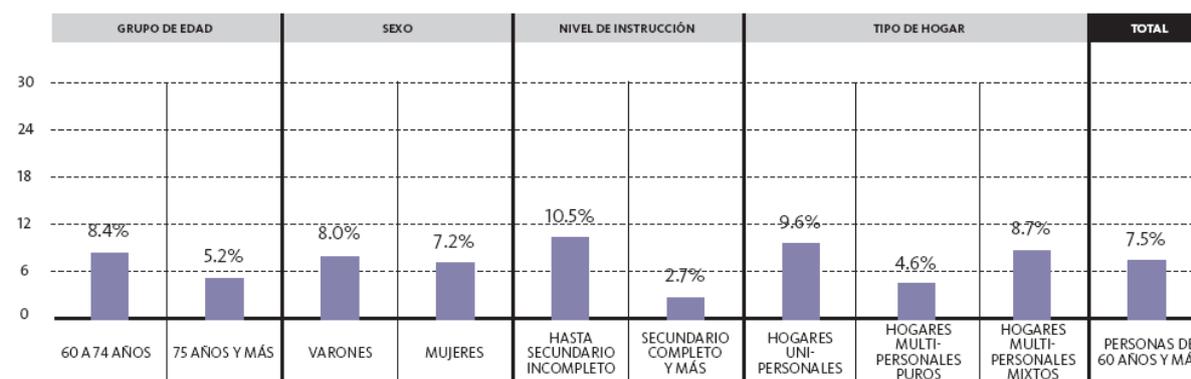


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

También se verifica mayor déficit en la calidad de la vivienda en el grupo de 60 a 74 años; y no se presentan diferencias significativas por sexo. Por otra parte, entre las personas mayores que no han finalizado el nivel medio, se constata que la incidencia del déficit en la calidad de la vivienda es casi 4 veces más que la presentada por los de mayor nivel educativo (10,5% versus 2,7%, respectivamente). Asimismo, como puede verse en la figura 2.1.1.B, las personas mayores que conviven solamente con otras personas mayores son las que presentan menor déficit.

FIGURA 2.1.1.B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en la calidad de la vivienda según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

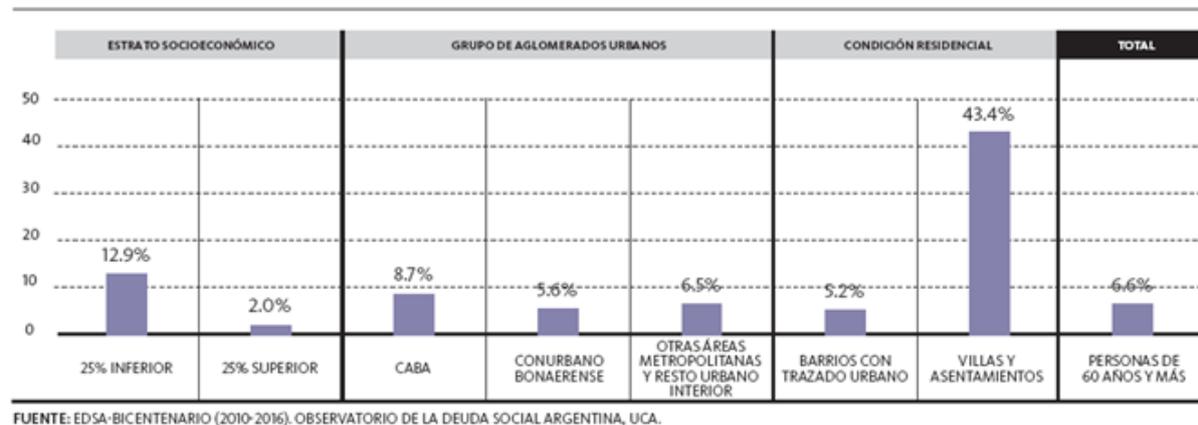
Un segundo indicador acerca de las características de seguridad, protección y resguardo que debe proveer la vivienda se vincula con el régimen de tenencia de la misma. Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, uno de los aspectos de la vivienda que debe tenerse en cuenta en términos de derechos es que todas las personas gocen de cierto grado de seguridad de la tenencia, de modo que les garantice una protección legal contra el desahucio,

el hostigamiento u otras amenazas (ONU, 1991). Por cierto, un régimen de tenencia irregular⁸ no garantiza una vivienda segura.

En este punto se verifica que el 6,6% de las personas de 60 años y más reside en viviendas con tenencia irregular. Nuevamente, el problema afecta de manera desigual a distintos sectores sociales. Efectivamente, en los estratos más bajos, una de cada 10 personas mayores (12,9%) reside en viviendas con régimen de tenencia irregular, mientras que en los estratos más altos la cifra es del 2%. El problema también es más grave en la Ciudad de Buenos Aires (8,7%) que en el Conurbano Bonaerense y en el resto de los aglomerados urbanos del país (5,6% y 6,5%, respectivamente). Como es de esperar, el problema se agrava considerablemente al analizarlo según la condición residencial: el 43,4% de las personas mayores residentes en villas o asentamientos no tiene garantizada la tenencia de la vivienda (ver figura 2.1.1.2A).

FIGURA 2.1.1.2A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Tenencia irregular de la vivienda según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



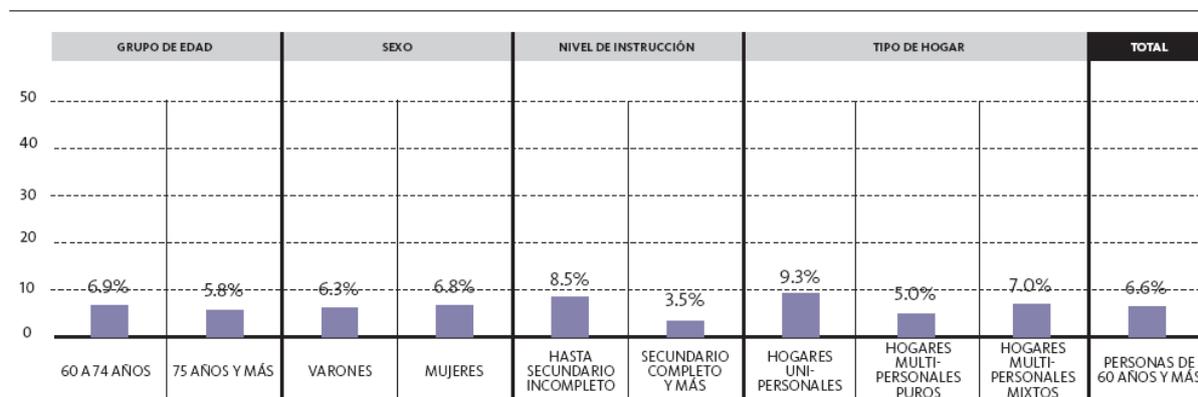
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Ahora bien, si analizamos el modo en que el problema de la tenencia irregular de la vivienda afecta al grupo de 60 a 74 años y al grupo de 75 años y más, o a varones y mujeres, no encontramos diferencias significativas. Al examinar el problema según las oportunidades educativas que han tenido las personas mayores, la desigualdad social vuelve a manifestarse: el nivel de tenencia irregular de la vivienda en quienes no han finalizado el secundario es 2 veces y media el de los que sí han terminado la escuela media (8,5% versus 3,5%, respectivamente). También presentan mayor nivel de irregularidad en el régimen de tenencia quienes viven solos o conviven con personas de otros rangos etarios (ver figura 2.1.1.2B).

⁸ Tenencia irregular de la vivienda identifica todos aquellos casos en los cuales los habitantes son sólo dueños del terreno y no de la vivienda, o habitan en viviendas en lugar de trabajo o prestadas, o son habitantes de hecho.

FIGURA 2.1.1.2B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Tenencia irregular de la vivienda según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



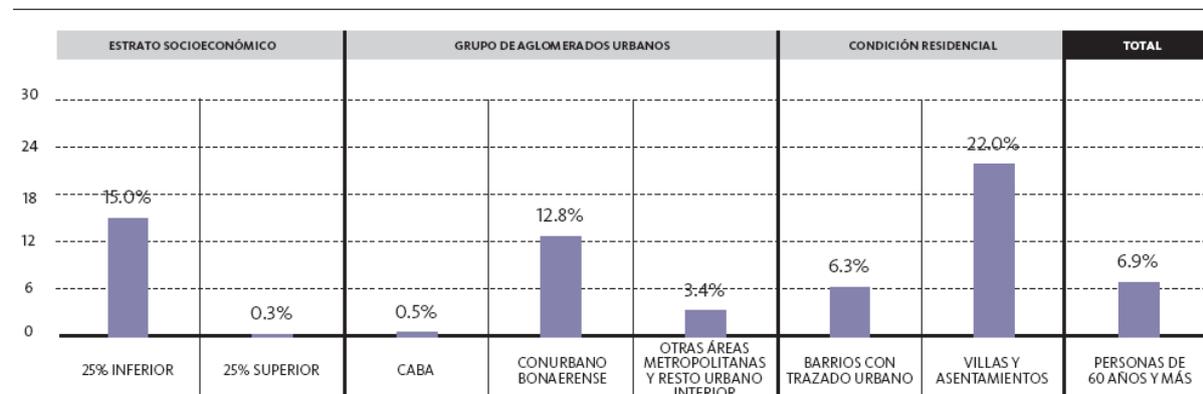
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Previsiblemente, un indicador muy importante de la calidad de la vivienda lo constituyen las condiciones sanitarias. El déficit de servicio sanitario identifica aquellas viviendas que no cuentan con baño ni retrete, o en caso de tenerlo no cuentan con descarga mecánica o arrastre de agua. Las condiciones sanitarias, junto con las de saneamiento (disposición simultánea de agua corriente y red cloacal), resultan factores claves en la salud de la población. En particular para las personas mayores, no contar con buenas condiciones sanitarias dificulta y obstaculiza (tal vez más que a los jóvenes) el adecuado desarrollo de la actividad cotidiana, al tiempo que multiplica la vulnerabilidad a enfermedades derivadas de la falta de saneamiento.

Al respecto, se destaca que el 6,9% de las personas mayores reside en viviendas que presentan déficit en las condiciones sanitarias, es decir, tienen un cuarto de baño inconveniente para garantizar las condiciones mínimas de comodidad e higiene. Tales niveles de déficit se presentan con mayor profundidad en algunos sectores particulares. En efecto, en los estratos más bajos el déficit en las condiciones sanitarias llega al 15%, mientras que en los estratos más altos el déficit es cercano a cero. Por su parte, en el Conurbano Bonaerense, una de cada 10 personas mayores reside en viviendas que no cuentan con condiciones sanitarias adecuadas (12,8%). En el resto de los aglomerados urbanos del país, dicho porcentaje desciende a 3,4%; mientras que en la Ciudad de Buenos Aires el déficit es considerablemente menor, aunque no debe desestimarse que el 1% de la población de adultos mayores sufre este problema. En las villas o asentamientos precarios, 2 de cada 10 adultos de 60 años y más residen en viviendas con déficit en las condiciones sanitarias, en tanto que entre las personas mayores que viven en barrios con trazado urbano el porcentaje es menor: 6,3% (ver figura 2.1.1.3A).

FIGURA 2.1.1.3A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en las condiciones sanitarias según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

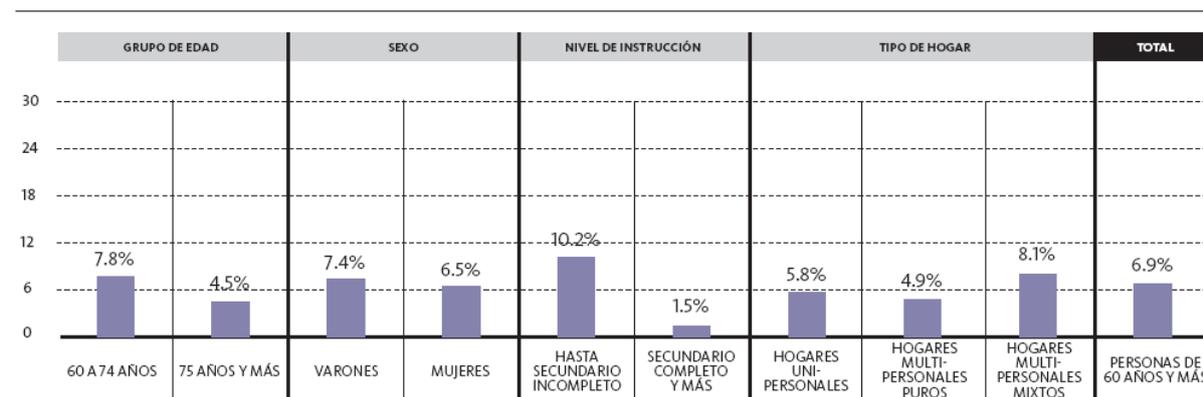


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Quando se analiza el modo en que el déficit en las condiciones sanitarias afecta a los diferentes grupos etarios de adultos mayores, a ambos sexos y a los distintos tipos de hogar, encontramos que el problema tiene mayor incidencia en la población más joven (7,8% de las personas de 60 a 74 años, frente a 4,5% de las personas de 75 años y más) y en los hogares donde las personas mayores conviven con otras de menor edad (8,1%). Por lo demás, no se registran diferencias significativas en los niveles de déficit de varones y mujeres. Las desigualdades reaparecen al evaluarlas según las oportunidades educativas: mientras entre las personas mayores que no han podido finalizar el nivel medio el déficit en las condiciones sanitarias es de 10,2%, entre quienes han finalizado el secundario es de 1,5% (ver figura 2.1.1.3B).

FIGURA 2.1.1.3B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en las condiciones sanitarias según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El cuarto indicador de análisis de la calidad de la vivienda está vinculado con las condiciones de espacio y privacidad que la vivienda debe garantizar. Para ello utilizamos el indicador de hacinamiento medio, que identifica aquellas viviendas en las que el promedio de personas por cuarto es igual o superior a tres. Entre las personas mayores, la falta de disponibilidad de espacio propio o su forma extrema, el hacinamiento, atentan contra el derecho de autonomía y privacidad, mencionado en

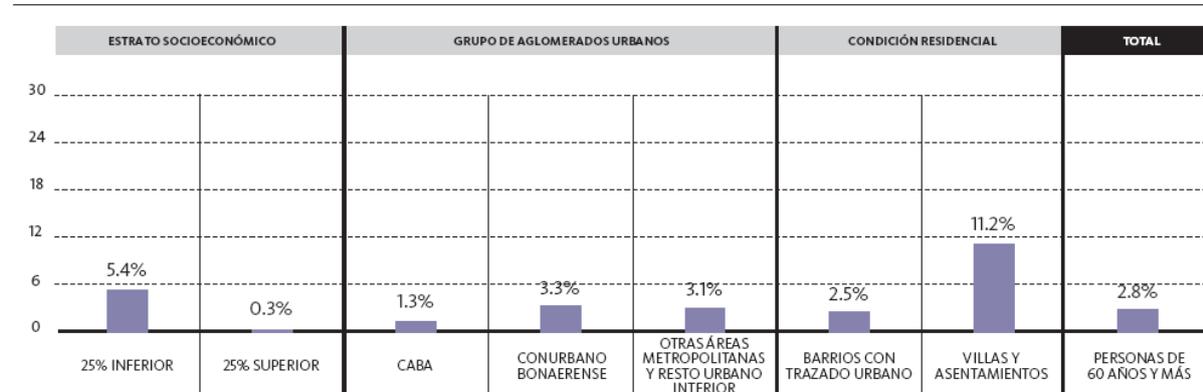
las conferencias internacionales de derechos en la vejez a las que hicimos referencia al principio.

Tal como señalamos en estudios anteriores, los niveles de hacinamiento en la población de menos de 60 años son mucho más elevados que en la población de 60 años y más. De manera más precisa, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, el porcentaje de personas de hasta 59 años en hogares con hacinamiento crítico es 7 veces mayor que el de las personas de edad (ODSA-UCA, 2014).

Según los datos de la EDSA 2010-2013, el 2,8% de las personas de 60 años y más vive en hogares en condiciones de hacinamiento medio. Sin embargo, si observamos más de cerca el grupo de personas mayores, encontramos que en algunos sectores el déficit es considerablemente mayor: mientras que en los estratos sociales más acomodados el nivel de hacinamiento es cercano a cero, en los sectores más desfavorecidos el nivel de hacinamiento quintuplica aquel porcentaje. También resultan más afectados, los mayores residentes en el Conurbano Bonaerense y en el resto de las áreas urbanas del interior que aquellos que viven en la Ciudad de Buenos Aires. Se destacan nuevamente los niveles de déficit en las villas o asentamientos, donde 1 de cada 10 adultos mayores reside en hogares en condiciones de hacinamiento (ver figura 2.1.1.4A).

FIGURA 2.1.1.4A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Hacinamiento medio según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

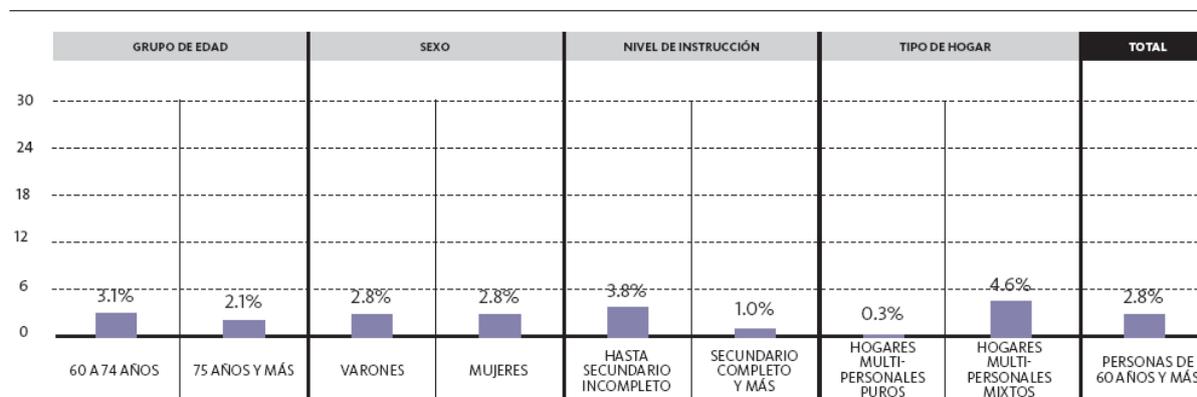


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Es verdad que si se analizan las condiciones de hacinamiento por sexo y grupo de edad no se advierten desigualdades significativas; sin embargo, estas vuelven a aparecer en el análisis por nivel de instrucción y en la conformación de los hogares. Específicamente, en lo que se refiere al nivel de instrucción, se verifica que las personas que no pudieron finalizar la escuela secundaria presentan un nivel de hacinamiento cuatro veces mayor al de las personas que completaron el nivel medio (3,8% y 1%, respectivamente). Por último, y casi por definición, los niveles de personas mayores en hogares con hacinamiento son sustantivamente más altos en aquellos casos donde los hogares están conformados por personas de distintos rangos de edad (ver figura 2.1.1.4B).

FIGURA 2.1.1.4B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Hacinamiento medio según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Hasta aquí, hemos analizado las condiciones habitacionales de la vivienda a partir de cuatro indicadores. Podemos considerar entonces que todas aquellas viviendas que presentan al menos uno de estos problemas pueden ser consideradas como viviendas con déficit habitacional. Si contabilizamos entonces a todas aquellas personas mayores que residen en viviendas con al menos un indicador de déficit en las condiciones habitacionales, encontramos que:

» 2 de cada 10 personas mayores reside en viviendas que presentan al menos un problema habitacional.

» El problema se agrava en los estratos sociales más bajos: el 36,9% de las personas mayores de estos sectores reside en viviendas con deficiencias habitacionales.

» El problema es significativo en las tres áreas urbanas analizadas: en la Ciudad de Buenos Aires una de cada 10 personas mayores reside en viviendas con problemas habitacionales; lo mismo ocurre con una de cada 4 personas mayores del Conurbano Bonaerense y con 2 de cada 10 (17,6%) en el resto de las áreas urbanas del país.

» Como es de esperar, entre las personas mayores que residen en villas o asentamientos precarios el problema habitacional adquiere mayor magnitud: 7 de cada 10 habitan viviendas que presentan déficit habitacional (ver tabla 2.1.1).

» El problema afecta en mayor medida al grupo de 60 a 74 años, y a quienes viven solos o comparten vivienda con integrantes de otros grupos de edad.

» También el problema habitacional afecta en mayor medida a las personas que han tenido menos oportunidades educativas que a quienes han podido finalizar el nivel medio: 8% de los mayores que terminaron el secundario reside en viviendas con déficit, mientras que entre los que no completaron el nivel medio ese porcentaje asciende a 26,1% (ver tabla 2.1.1).

TABLA 2.1.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en las condiciones de habitabilidad de la vivienda según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos, condición residencial, grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar

		DÉFICIT EN LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	□□□ INFERIOR	36,9
	□□□ SUPERIOR	3,8
GRUPO DE AGLOMERADOS URBANOS	CABA	10,2
	CONURBANO BONAERENSE	25,1
	RESTO ÁREAS URBANAS	17,6
CONDICIÓN RESIDENCIAL	BARRIOS CON TRAZADO URBANO	17,4
	VILLAS	69,5
GRUPO DE EDAD	□□ A □□ AÑOS	20,9
	□□ AÑOS Y MÁS	15
SEXO	VARONES	19,9
	MUJERES	18,9
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	HASTA SECUNDARIO INCOMPLETO	26,1
	SECUNDARIO COMPLETO Y MÁS	8,0
TIPO DE HOGAR	UNIPERSONAL	20,4
	MULTIPERSONALES PUROS	13,1
	MULTIPERSONALES MIXTOS	22,2
TOTAL		19,3

FUENTE: EDSA [BICENTENARIO □□□□ □□□ ODSA, UCA.

Acceso a servicios domiciliarios de red. Como hemos señalado, 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 (ONU, 1991). “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” (ONU, 1996).

Es conocido el hecho de que la buena provisión de agua potable tiene efectos positivos sobre la reducción de las tasas de morbilidad. Asimismo, la conexión a la red cloacal conlleva un importante impacto sanitario: interrumpe la transmisión de enfermedades y previene la contaminación del agua (OMS, UNICEF, 2000, en ODSA-UCA, 2011). 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 (ODSA-UCA, 2011). En el caso de las personas mayores, la provisión adecuada de servicios se vuelve un factor fundamental en su calidad de vida.

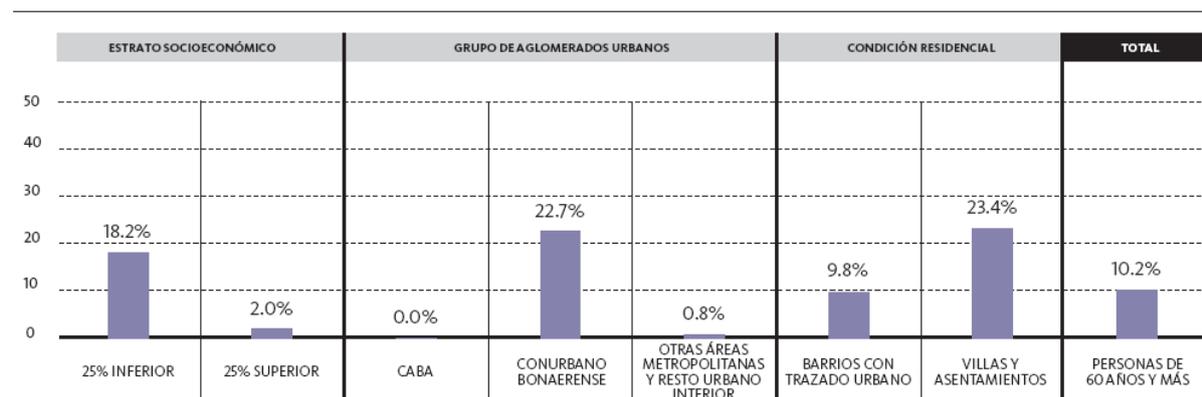
En este apartado, intentaremos dar respuesta al interrogante respecto de en qué medida las personas mayores que habitan en espacios urbanos residen en hogares con una situación deficitaria en cuanto a la conexión a servicios, en particu-

lar a las redes de agua potable y de gas natural y cloacas⁹, y en qué medida, también, las ciudades distribuyen servicios de manera equitativa entre las personas mayores.

En primer lugar, es de destacar que una de cada 10 personas de 60 años y más reside en viviendas sin conexión a la red de agua potable. No obstante ello, el problema se agrava considerablemente en los sectores sociales más desfavorecidos y disminuye en los más acomodados: el nivel de déficit de las personas mayores pertenecientes al estrato más bajo es 9 veces mayor que el de aquellas que pertenecen al estrato superior. Asimismo, las personas mayores que viven en villas o asentamientos precarios tienen más del doble de chances de presentar déficit que aquellas residentes en barrios con trazado urbano (23,4% y 9,8%, respectivamente). En lo que atañe a la región que presenta mayor déficit, esta es sin duda el Conurbano Bonaerense, donde 2 de cada 10 personas mayores residen en hogares sin conexión a la red de agua potable. Tanto en la Ciudad de Buenos Aires como en el resto de las áreas metropolitanas y en el interior, se verifica un nivel de cobertura y acceso cercano al 100% (ver figura 2.1.2.1A).

FIGURA 2.1.2.1A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en la conexión a red de agua corriente según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



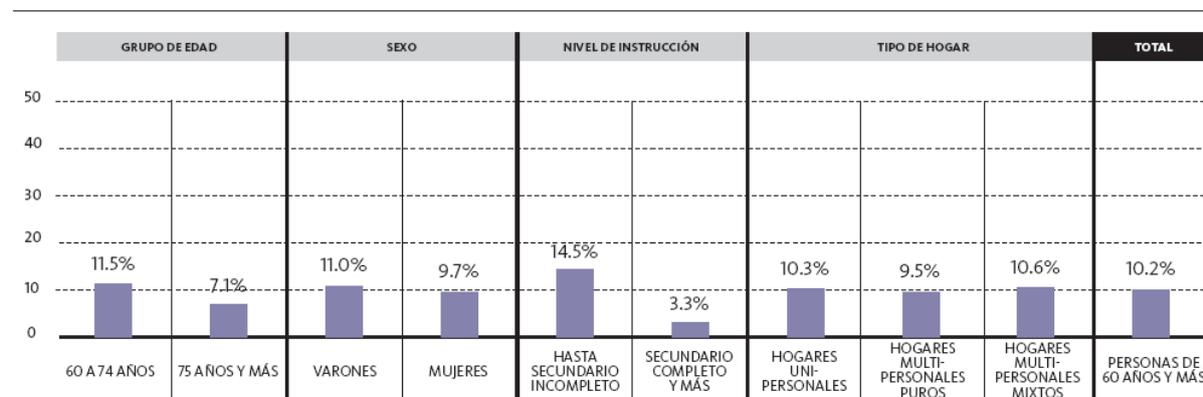
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

A continuación, cabe preguntarse si el déficit de conexión a la red de agua potable afecta de manera diferencial a personas mayores según su grupo de edad, su género o su tipo de hogar. En este sentido, un hallazgo reiterado es que el grupo de menor edad presenta mayor nivel de déficit que el grupo de 75 años y más (11,5% y 7,1%, respectivamente). Entre varones y mujeres, en cambio, la diferencia no resulta estadísticamente significativa; y lo mismo ocurre al analizar el déficit según la conformación de los hogares. Sin embargo, si se analiza el déficit por nivel educativo, reaparecen las brechas sociales: las personas mayores que no finalizaron el nivel medio tienen 4 veces más chances de no contar con conexión a la red de agua potable que quienes han completado el nivel medio (ver figura 2.1.2.1B).

⁹ En este apartado excluimos el análisis de la conexión a red eléctrica ya que la cobertura domiciliaria en espacios urbanos es casi total.

FIGURA 2.1.2.1B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en la conexión a red de agua corriente según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



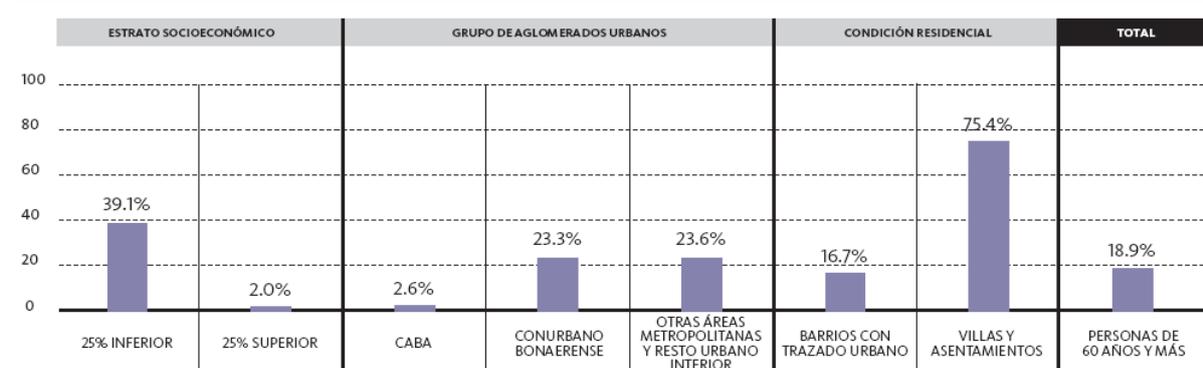
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Es menester notar aquí que las desigualdades evidenciadas en el acceso a la red de agua corriente multiplican la situación de vulnerabilidad en la que ya se encuentran las personas mayores. Porque si la primera situación de vulnerabilidad está configurada por la condición de vejez, la segunda viene dada por la situación de pobreza (vinculada con la condición socioresidencial y con el estrato socioeconómico) y el tercer factor de vulnerabilidad es consecuencia de la carencia de agua potable que incide directamente en el estado de salud.

En cuanto a la conexión a la red de gas natural, se verifica que el 18,9% de las personas de 60 años y más reside en viviendas con déficits de este tipo. Nuevamente, las brechas sociales son muy amplias. En los estratos más bajos, cerca del 40% de la población de personas mayores reside en viviendas sin acceso a gas de red, mientras que en los estratos superiores el déficit es 20 veces menor. Concretamente, 3 de cada 4 personas mayores residentes en villas o asentamientos precarios habita viviendas con déficit de conexión a la red de gas, en tanto en los barrios con trazado urbano el déficit es de 16,7%. Las personas mayores que residen en el Conurbano Bonaerense o en otras áreas metropolitanas también presentan un déficit mayor que las residentes en Ciudad de Buenos Aires: mientras entre las primeras el déficit ronda el 23%, entre las segundas es de 2,6% (ver figura 2.1.2.2A).

FIGURA 2.1.2.2A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en la conexión a red de gas según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

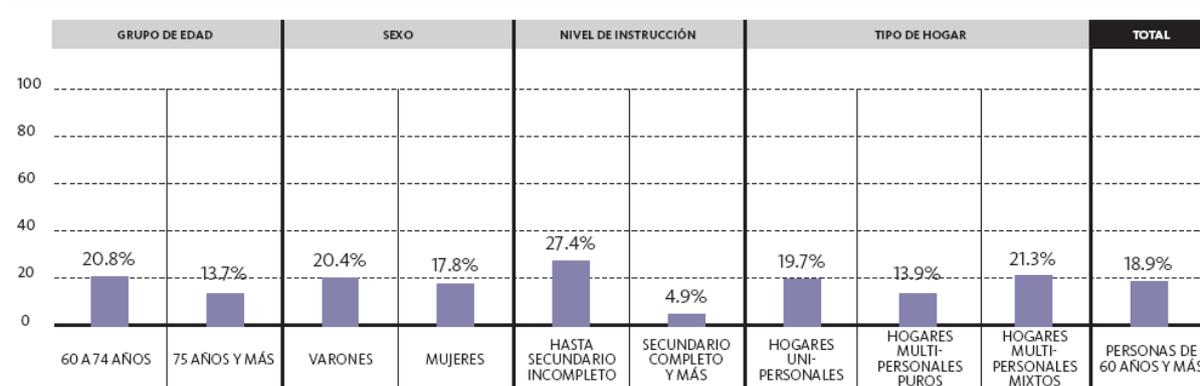


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En este caso, se vuelve a poner en evidencia el mayor déficit de los grupos de menor edad (20,8%, frente a 13,7% del grupo de 75 años y más); en comparación con las mujeres el déficit parece levemente mayor en la población de varones. Por otra parte, las brechas son amplias en función del nivel educativo alcanzado: más del 25% de las personas mayores que no han finalizado el secundario no tienen acceso a la red de gas, mientras que son menos del 5% entre quienes sí han tenido oportunidad de completar el nivel medio. En lo que refiere al tipo de hogar, se verifica que las personas mayores que conviven con personas de menor edad también presentan mayores déficits en la conexión a la red de gas respecto de las que conviven con otras personas mayores (21,3% para las primeras, contra 13,9% para las segundas). Las personas mayores que viven solas, por su parte, presentan niveles de déficit cercanos al 20% (ver figura 2.1.2.2B).

FIGURA 2.1.2.2B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en la conexión a red de gas según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar

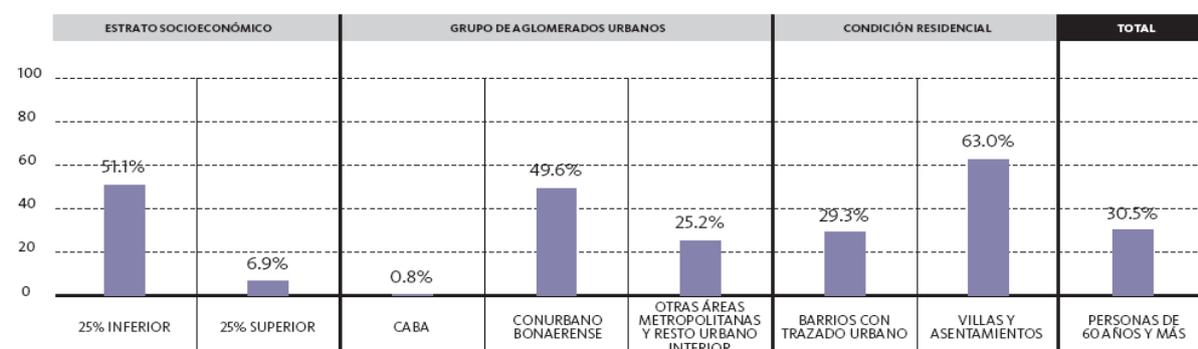


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En lo que atañe a la red de cloacas, las personas mayores registran el déficit más alto: 3 de cada 10 reside en hogares sin conexión a esta red. En el caso de los estratos más bajos, la mitad de las personas mayores vive en hogares con dicho déficit, y entre las que residen en villas o asentamientos precarios, 6 de cada 10 personas mayores no disponen de cloacas, el doble con respecto a las que habitan en los barrios con trazado urbano. Al igual que en el resto de los servicios, las personas mayores residentes en el Conurbano Bonaerense son las que presentan mayor déficit: 1 de cada 2 habita en viviendas sin conexión a la red de cloacas. Y esta proporción se reduce a la mitad en las áreas urbanas del interior, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires el déficit es cercano a cero (ver figura 2.1.2.3A).

FIGURA 2.1.2.3A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en la conexión a red de cloacas según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

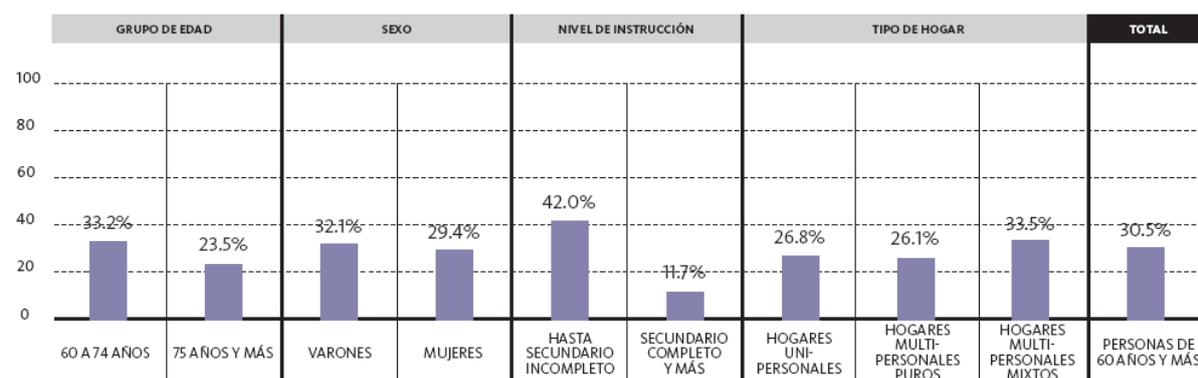


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Tal como venimos mostrando, los niveles de déficit son más altos entre las personas mayores más jóvenes (33,2% en el grupo 60-74 años; 23,5% en el grupo de 75 años y más) y en los hogares donde conviven con personas de menor edad (33,5%), mientras que entre las que viven solas o conviven con otras personas mayores el déficit es del orden del 26%. Entre varones y mujeres, la brecha es pequeña a favor de las mujeres. Las mayores desigualdades vuelven a aparecer cuando se analiza el déficit según el nivel de instrucción: 4 de cada 10 personas mayores que no finalizaron el nivel medio residen en viviendas sin acceso a cloacas, en tanto que esa proporción es de 1 cada 10 para las personas mayores que completaron la escuela media (ver figura 2.1.2.3B).

FIGURA 2.1.2.3B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en la conexión a red de cloacas según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En este caso, debe llamarse especialmente la atención sobre la relevancia de los procesos de saneamiento para la salubridad de la población, y en particular en los grupos poblacionales más vulnerables, como son los niños y las personas mayores.

Ahora bien, resulta adecuado evaluar en qué medida las personas mayores residen en hogares que presentan déficits de acceso a servicios, cualquiera sea el servicio del que carezcan.

En este marco, el porcentaje de personas mayores en hogares con déficit de acceso a servicios domiciliarios de red es, en líneas generales, del 36%, con profundas brechas que es necesario señalar:

» En las personas mayores que residen en villas o asentamientos precarios, el nivel de déficit resulta mayor al 85%.

» En el Conurbano Bonaerense, más del 50% de las personas mayores reside en viviendas donde no hay acceso a todos los servicios domiciliarios de red. Lo mismo ocurre en el 35% de las personas mayores de otras áreas metropolitanas y aglomerados urbanos del interior. En la Ciudad de Buenos Aires, la cobertura de servicios es cercana al 100% (el déficit de acceso a los tres servicios es del 3%).

» Más del 60% de las personas mayores de estratos más bajos reside en hogares con déficit en la conexión a servicios, porcentaje que es siete veces superior que el presentado por las personas mayores de los estratos más altos.

» También en el análisis por nivel de instrucción las brechas de desigualdad son muy amplias: el nivel de déficit de acceso a servicios de quienes no terminaron el nivel medio (49,6%) es 3,5 veces mayor que el de las personas mayores que finalizaron la escuela secundaria (13,8%).

» Al igual que en el déficit en la calidad de la vivienda, se verifica que el problema afecta en mayor medida a los grupos de menor edad. Ello se constata no sólo en el hecho de que las personas de 60 a 74 años residen en viviendas con mayores déficits que las de 75 años y más, sino en el mayor déficit de las personas mayores que conviven con personas de menor edad (ver tabla 2.1.2).

TABLA 2.1.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de acceso a servicios domiciliarios de red según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos, condición residencial, grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar

		DÉFICIT DE ACCESO A SERVICIOS DOMICILIARIOS DE RED
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	III INFERIOR	61,3
	III SUPERIOR	8,3
GRUPO DE AGLOMERADOS URBANOS	CABA	3,0
	CONURBANO BONAERENSE	53,3
	RESTO ÁREAS URBANAS	35,1
CONDICIÓN RESIDENCIAL	BARRIOS CON TRAZADO URBANO	34,2
	VILLAS	85,7
GRUPO DE EDAD	60 A 74 AÑOS	39,0
	75 AÑOS Y MÁS	28,1
SEXO	VARONES	37,9
	MUJERES	34,7
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	HASTA SECUNDARIO INCOMPLETO	49,6
	SECUNDARIO COMPLETO Y MÁS	13,8
TIPO DE HOGAR	UNIPERSONAL	34,1
	MULTIPERSONALES PÚROS	29,1
	MULTIPERSONALES MIXTOS	40,0
TOTAL		36,0

FUENTE: EDSA/BICENTENARIO III III III III ODSA, UCA.

Como se ha puesto de manifiesto en el análisis del acceso a servicios y a una vivienda digna, la vulnerabilidad de las personas mayores, y del resto de los grupos etarios, de los sectores más desfavorecidos se ve multiplicada cada vez que se encuentran con un derecho no cumplido.

2.2 Infraestructura y espacio urbano

Según el art. 84 de la Declaración de Estambul sobre los asentamientos humanos *“la infraestructura y los servicios básicos a nivel comunitario comprenden, entre otros, abastecimiento de agua potable, saneamiento, eliminación de desechos... energía, servicios de salud y de emergencia, escuelas, seguridad ciudadana y la ordenación de los espacios abiertos. La carencia de servicios básicos adecuados, menoscaba gravemente la salud humana, la productividad y la calidad de vida, particularmente en el caso de las personas que viven en condiciones de pobreza”* (Estambul, 1996).

En este marco, la inversión en infraestructura urbana resulta fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas (Pirez, 2000).

Consecuentemente, en este apartado intentaremos responder a dos interrogantes simultáneos: en qué medida las personas mayores acceden a la infraestructura y los servicios urbanos básicos, y de qué modo las ciudades distribuyen las oportunidades de acceder a su infraestructura y a sus servicios de manera equitativa entre las personas mayores. Para ello trabajaremos en dos dimensiones de análisis: a) infraestructura básica; b) entorno saludable y adecuado.

Infraestructura urbana básica. Si bien hasta aquí se ha analizado la provisión de servicios domiciliarios, otro conjunto de servicios no domiciliarios forma parte constitutiva del hábitat urbano y debe ser evaluado en profundidad.

En primer lugar, un componente fundamental de la infraestructura urbana es la inversión en sendas, veredas y calles. Para el caso particular de las personas mayores, la pavimentación de calles resulta fundamental a los fines de facilitar su movilidad. El segundo servicio que conviene analizar es el de la recolección de residuos. La ausencia o falta de regularidad en la recolección, al igual que los déficits de saneamiento, tiene efectos negativos en la salud de la población. El tercer indicador es el alumbrado público que, además de facilitar la movilidad, brinda cierta sensación de protección durante las horas de menor luminosidad natural.

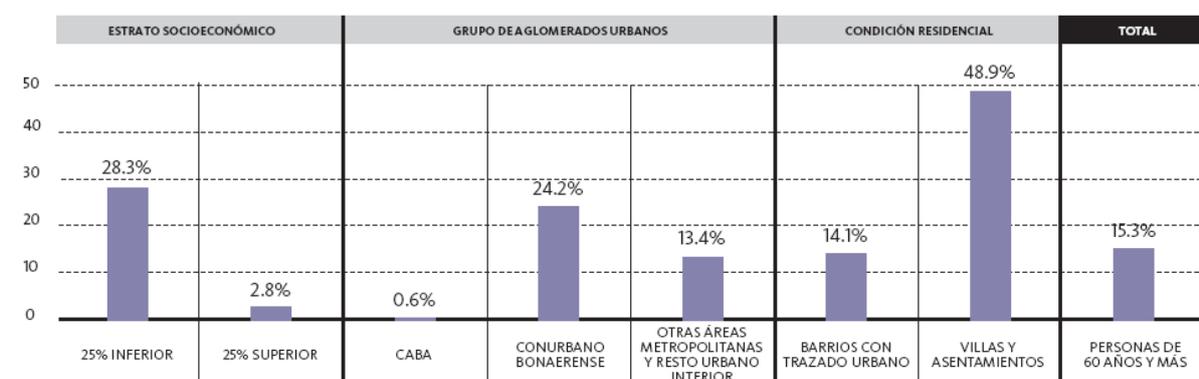
En lo que respecta a la pavimentación de calles, se verifica que el 15,3% de las personas de 60 años y más reside en barrios con calles sin pavimentar. El déficit se presenta de manera diferencial conforme a distintas características socioeconómicas y sociorresidenciales: el porcentaje de personas mayores que reside en entornos con calles sin pavimentar es cercano al 3% en los estratos más altos, pero en los estratos más bajos el déficit es 10 veces mayor. Previsiblemente, las personas mayores que viven en villas o asentamientos precarios presentan una situación desfavorable: el porcentaje de déficit es cercano al 50%. Quienes residen en barrios con trazado urbano, en cambio, muestran un déficit de 14%.

Asimismo, las personas mayores que viven en el Conurbano Bonaerense registran un déficit mayor que quienes residen en otras áreas urbanas del interior (24,2%

para los primeros versus 13,4% para los segundos). En la Ciudad de Buenos Aires, la cobertura en la pavimentación de calles es cercana al 100% (ver figura 2.2.1.1A).

FIGURA 2.2.1.1A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de calles pavimentadas según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

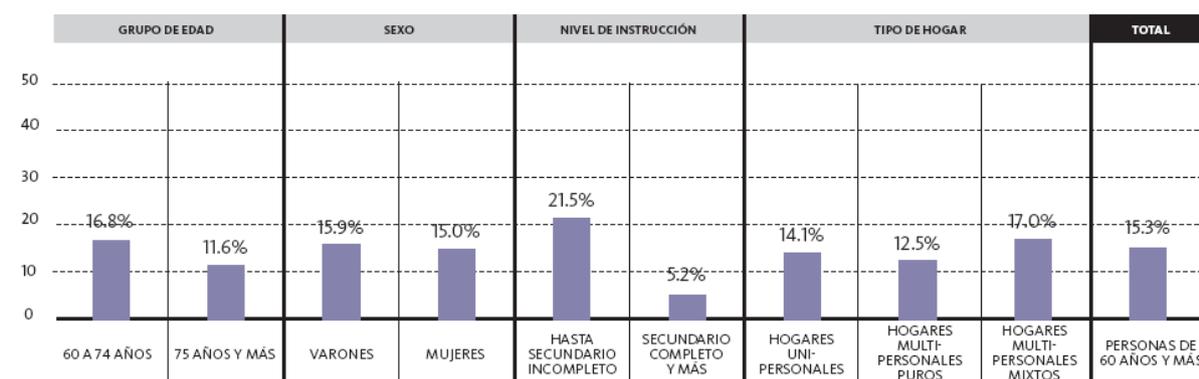


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Como se viene evidenciando a través del análisis por edad y por tipo de hogar, el grupo de mayores más jóvenes (60 a 74 años) y el grupo de mayores que convive con personas de menor edad presentan déficits más altos que los de 75 años y más y que aquellos que viven solos o con otras personas mayores, respectivamente. Se verifica, por último, que entre las personas mayores con menos niveles educativos el déficit es considerablemente mayor respecto de quienes han finalizado el nivel medio: la desventaja para los primeros es de 4 a 1: 21,5% versus 5,2%, respectivamente (ver figura 2.2.1.1B).

FIGURA 2.2.1.1B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de calles pavimentadas según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



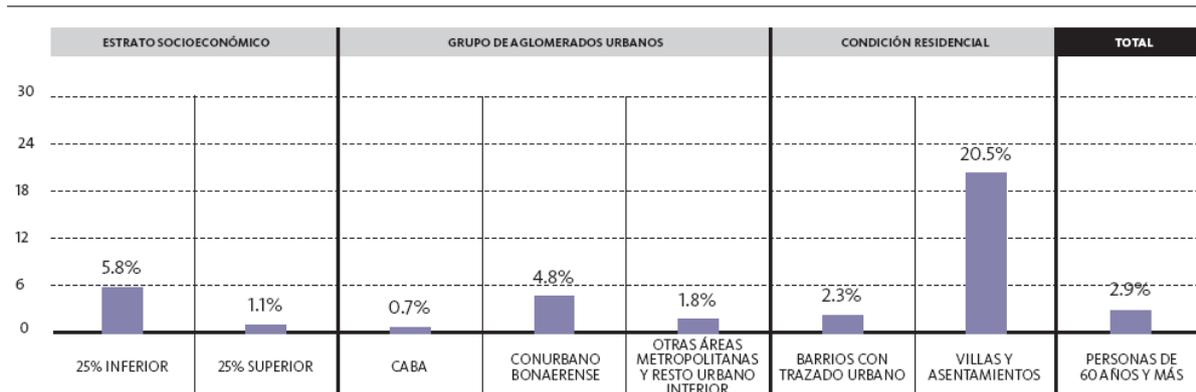
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En cuanto al déficit en la recolección frecuente de residuos, debe reconocerse que los niveles de incidencia en los hogares de las personas mayores de las áreas urbanas relevadas son relativamente bajos y rondan el 3%. Sin embargo, las brechas sociales son significativas: en los estratos más bajos el 5,8% de las personas mayores reside en entornos sin recolección frecuente de residuos, mientras que en los sectores más altos el nivel de déficit es del 1%. También en el Conurbano Bonaerense el problema de la falta de recolección de residuos es del orden del 5%,

mientras que en las áreas urbanas del interior ronda el 2% y en la Ciudad de Buenos Aires resulta menor a 1%. Como es de esperar, el principal factor de desigualdad está dado por la condición socioresidencial: el déficit que presentan las personas mayores que residen en villas o asentamientos es 10 veces mayor al promedio general (ver figura 2.2.1.2A).

FIGURA 2.2.1.2A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de recolección de residuos frecuente según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

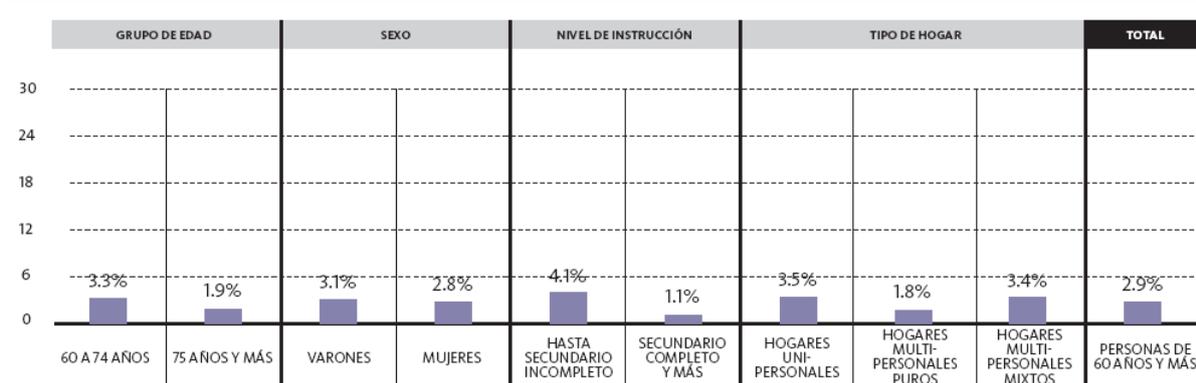


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Por otra parte, en el grupo de 60 a 74 años se evidencia también mayor incidencia del déficit que en el grupo de 75 años y más. Una brecha similar aparece entre las personas mayores que no han finalizado el nivel medio y las que sí lo han hecho: 4,1% versus 1,1%, respectivamente (ver figura 2.2.1.2B).

FIGURA 2.2.1.2B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de recolección de residuos frecuente según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



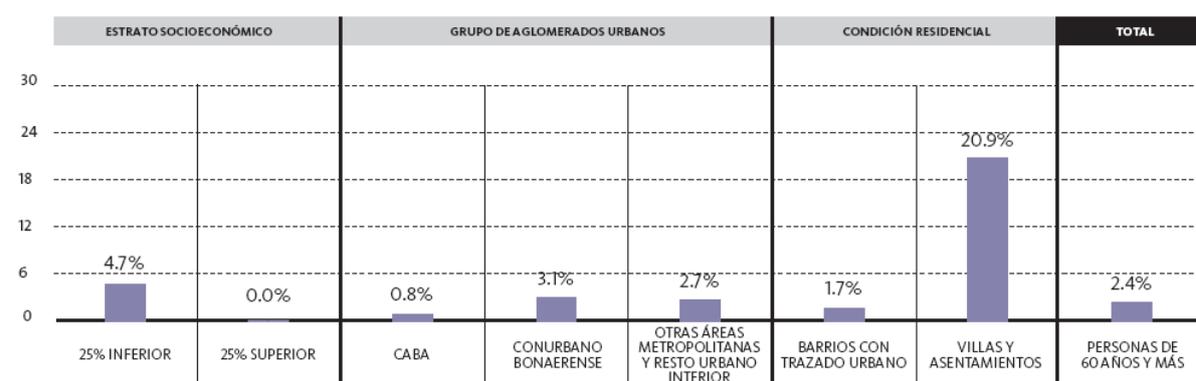
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En tercer lugar, es importante señalar que, para los hogares donde residen personas mayores, tanto la cobertura de red eléctrica domiciliaria como de alumbrado público es cercana al 100% en las áreas urbanas relevadas. De modo que en este caso, el déficit se analiza de manera conjunta (déficit de alumbrado público y déficit de conexión a la red domiciliaria).

En este sentido, es notorio que sólo el 2,4% de las personas mayores de las áreas urbanas relevadas reside en barrios sin alumbrado público y/o no cuenta con conexión a la red eléctrica. El porcentaje asciende a 4,7% en los estratos más bajos y es del orden del 20% en las villas o asentamientos precarios. En cuanto al lugar de residencia, en la Ciudad de Buenos Aires el déficit para las personas mayores es cercano a cero, y ronda el 3% en el Conurbano Bonaerense y en las áreas urbanas del interior (ver figura 2.2.1.3A).

FIGURA 2.2.1.3A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de alumbrado público según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

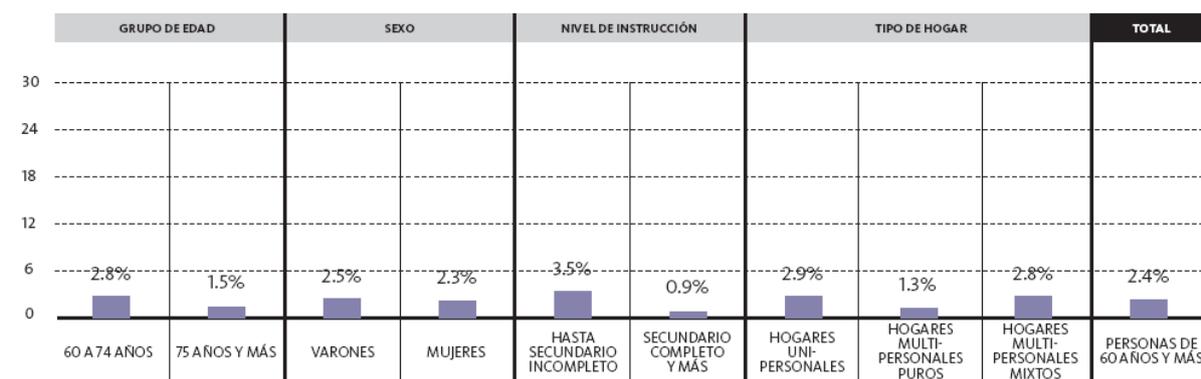


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Finalmente, si bien con niveles generales de déficit bajos, vuelven a resultar más afectados los grupos de menor edad y de menor nivel de instrucción (ver figura 2.2.1.3B).

FIGURA 2.2.1.3B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de alumbrado público según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

De todos modos, en la medida en que la cobertura se acerca al 100%, los problemas de suministro y abastecimiento pasan a ser relevantes: no sólo basta con tener la conexión al servicio de red, sino que es necesario que funcione correctamente para permitir la adecuada reproducción social. En particular, en los hogares con grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad como niños y personas mayores, el adecuado suministro de electricidad y agua potable resulta esencial para una buena calidad de vida. Corresponde entonces analizar la magnitud de estos

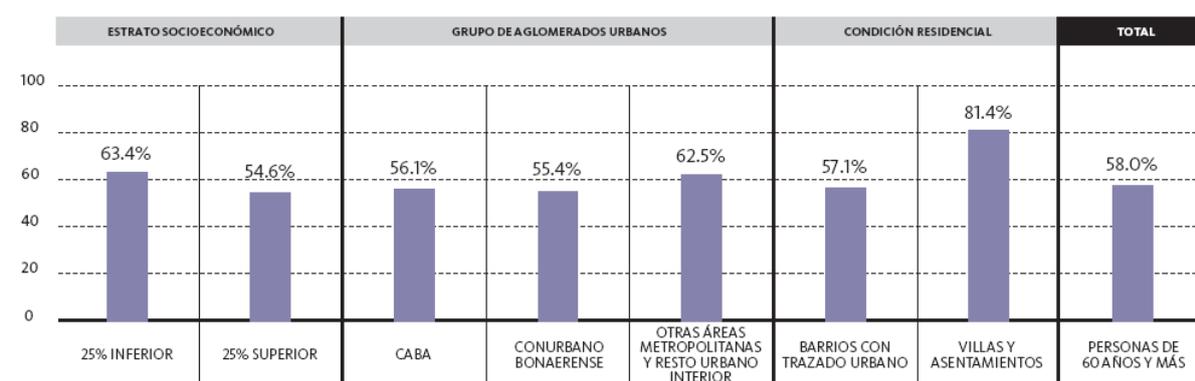
problemas y ciertamente, es en este análisis donde los déficits se vuelven significativos, pues afectan a gran parte de la población de personas mayores.

En lo referido al suministro de electricidad, cerca del 60% de las personas mayores residen en hogares que han sufrido al menos un corte de luz en los últimos 6 meses. Y si bien las brechas sociales existen, el problema es significativo independientemente del estrato social y la condición residencial.

Así pues, en los estratos más bajos, el porcentaje de personas mayores que viven en hogares con problemas de suministro eléctrico es 63,4%; y en los estratos altos, si bien el porcentaje es menor, permanece por encima del 50%. La Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense registran más del 55% de personas mayores residentes en hogares que han sufrido cortes de luz, mientras que en el resto de las áreas urbanas el porcentaje asciende a más del 60%. En este caso, la condición residencial es la que marca las mayores brechas: en las villas o asentamientos precarios, 8 de cada 10 personas mayores vive en hogares que han presentado cortes de luz. Y aun en los barrios con trazado urbano el porcentaje es elevado: 57,1% (ver figura 2.2.1.4A).

FIGURA 2.2.1.4A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Problemas con el suministro de luz según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

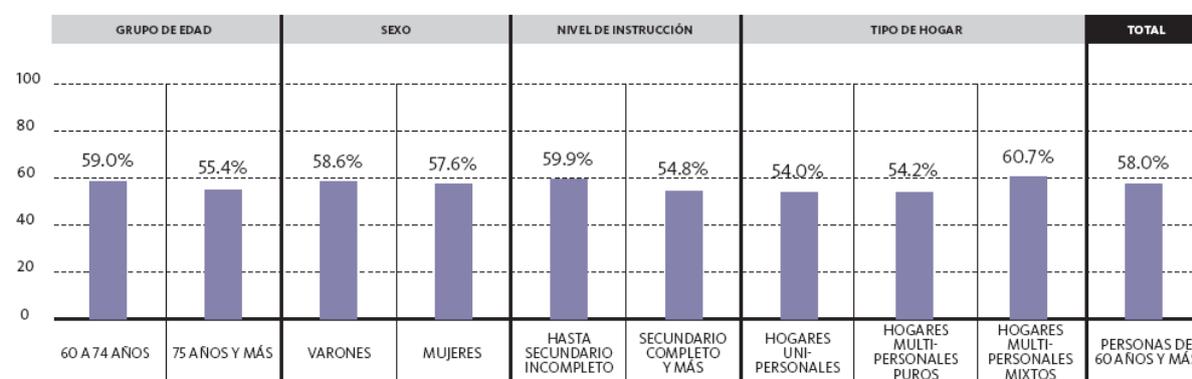


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Si analizamos la incidencia del problema de acuerdo al grupo de edad, el sexo y el tipo de hogar nuevamente encontramos brechas más acotadas; se destaca sin embargo que resultan más afectados los del grupo de menor edad, los que no han finalizado el nivel medio y los que conviven con personas menores de 60 años (ver figura 2.2.1.4B).

FIGURA 2.2.1.4B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Problemas con el suministro de luz según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



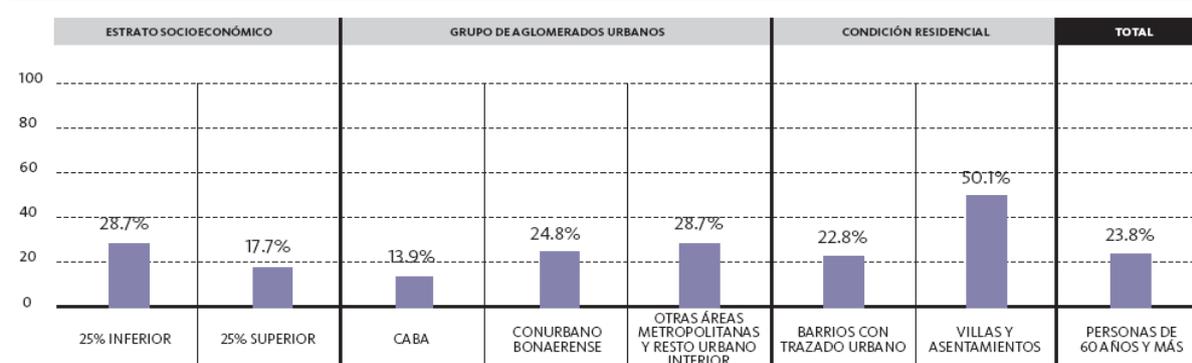
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Otro de los servicios básicos indispensables para una adecuada calidad de vida es el agua. Destacamos nuevamente que no basta con contar con el servicio, sino que es necesario un suministro adecuado, sin interrupciones ni cortes. Al respecto, es preciso destacar que el 23,8% de las personas mayores reside en hogares que manifiestan tener problemas con el suministro de agua. En este caso, si bien la magnitud del problema parece ser menor a la que se ha puesto de manifiesto con los problemas de suministro eléctrico, la desigualdad social es mayor. Efectivamente, en los estratos bajos el 28,7% de las personas mayores reside en hogares que han presentado problemas de suministro de agua, mientras que en los estratos más altos la cifra es 11 puntos porcentuales más baja (17,7%).

En la Ciudad de Buenos Aires, cerca del 14% de las personas mayores vive en hogares que han revelado problemas con el suministro de agua, mientras que en el Conurbano Bonaerense el porcentaje asciende a 24,8%, y en el resto de las áreas urbanas del interior, a 28,7%. Al indagar la situación en villas o asentamientos precarios, se descubre que una de cada 2 personas mayores habita en hogares que han manifestado tener problemas en el suministro de este servicio, mientras que entre las personas mayores residentes en barrios con trazado urbano, la incidencia del problema es más cercana al nivel general: 22,8% (ver figura 2.2.1.5A).

FIGURA 2.2.1.5A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Problemas con el suministro de agua según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

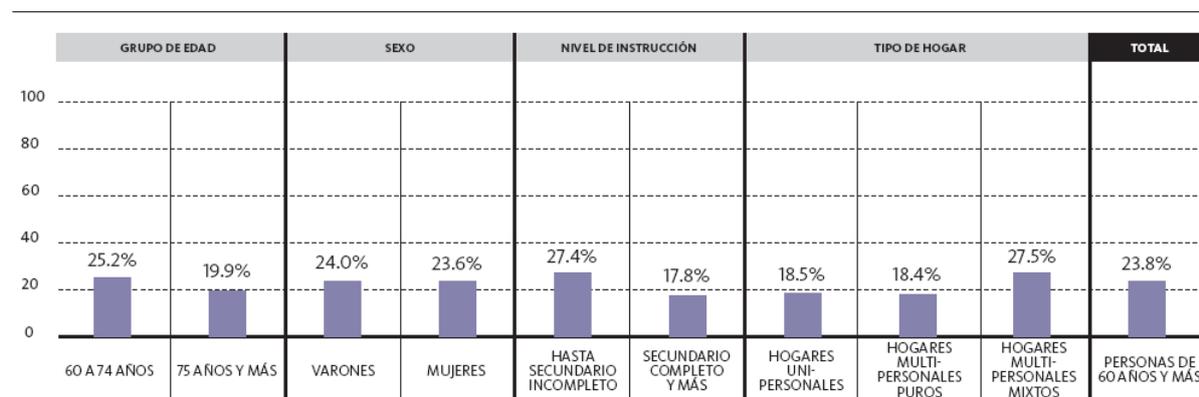


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

También en este caso, las personas mayores del grupo de 60 a 74 años se encuentran más afectadas que las del grupo de mayor edad (25,2% y 19,9%, respectivamente). Asimismo, las que conviven con personas de menor edad presentan mayor nivel de incidencia que las que viven solas o conviven con otras personas mayores (27,5% y 18%, respectivamente). Además, los problemas de suministro de agua aparecen en mayor medida en las personas que no han finalizado el secundario que en quienes lo han completado: la brecha es del orden de los 10 puntos porcentuales (ver figura 2.2.1.5B).

FIGURA 2.2.1.5B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Problemas con el suministro de agua según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Conviene aquí destacar que en ninguna de las variables de déficit de infraestructura urbana se registran desigualdades entre varones y mujeres, lo que equivale a decir que ambos grupos se ven afectados en igual medida (ver figuras 2.2.1B, 2.2.2B, 2.2.3B, 2.2.4B, 2.2.5B).

Hasta aquí hemos presentado el análisis de los distintos indicadores de acceso y déficit de servicios de infraestructura urbana. El análisis por separado resulta fundamental para identificar la especificidad de cada problema y poder intervenir sobre cada uno de ellos. Sin embargo, para tener una dimensión más amplia de la magnitud del déficit de infraestructura que deben de afrontar las personas mayores, hemos construido un indicador agregado que contabiliza a todas aquellas que se encuentran afectadas por alguno de los problemas mencionados: falta de alumbrado público y/o falta de calles pavimentadas y/o falta de recolección de residuos. Por otro lado, a partir de un segundo indicador agregado, hemos evaluado la magnitud de la población de personas mayores que se encuentra afectada por problemas de suministro de servicios (agua y luz). En dichos análisis se verifica que:

» El 16,5% de las personas mayores presenta al menos un problema de acceso a infraestructura urbana básica, y el 63,2% ha sufrido problemas en el suministro de servicios de agua y/o luz.

» En los estratos bajos, 3 de cada 10 personas mayores residen en entornos con algún tipo de déficit de infraestructura básica, y 7 de cada 10 residen en hogares que han tenido problemas en el suministro de agua y/o luz.

» En el Conurbano Bonaerense, 4 de cada 10 personas mayores residen en barrios que presentan alguna carencia en materia de infraestructura, y 6 de cada 10 residen en hogares que han declarado falta de luz y/o agua.

» En la Ciudad de Buenos Aires, el déficit de infraestructura es cercano a cero (1,3%); sin embargo, el porcentaje de personas mayores que reside en hogares con problemas en el suministro de servicios supera el 55%.

» En el resto de las áreas urbanas del país, el déficit de acceso a infraestructura urbana en las personas mayores es cercano al 15%, mientras que el problema en el suministro de servicios asciende a cerca del 70%.

» Previsiblemente, las personas mayores que residen en villas o asentamientos precarios son las que se encuentran en mayor desventaja: el 53,2% presenta déficit de acceso a infraestructura básica y cerca del 90% ha manifestado problemas en el suministro de servicios (agua y/o luz).

» Nuevamente se destaca que el grupo de 60 a 74 años resulta más afectado que el de 75 años y más; las personas mayores que conviven con personas de menor edad sufren este problema más que las que conviven solamente con otras personas mayores o viven solas. Sin embargo, la magnitud que presentan estas brechas es mucho menor a la presentada a partir de los factores socioeconómicos o sociorresidenciales.

» Una evidencia más de la desigualdad social en el acceso a la infraestructura está dada por el hecho de que, mientras que el déficit es de 5,9% en las personas mayores que terminaron el nivel medio, entre quienes poseen menor nivel educativo el problema casi se cuadruplica (23%). Por fin, si bien los problemas de suministro de servicios afectan más al grupo de menor nivel educativo (66%), el porcentaje también es muy elevado entre los que han terminado el secundario (58,5%).

TABLA 2.2.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de acceso a infraestructura urbana básica y déficit en el suministro de servicios según estrato, región, condición residencial, grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar

		DÉFICIT DE ACCESO A INFRAESTRUCTURA URBANA BÁSICA	DÉFICIT EN EL SUMINISTRO DE SERVICIOS
ESTRATO	III INFERIOR	30,1	69,6
	III SUPERIOR	3,4	58,8
REGIÓN	CABA	1,3	56,8
	CONURBANO BONAERENSE	25,5	62,4
	RESTO ÁREAS URBANAS	14,8	68,3
CONDICIÓN RESIDENCIAL	BARRIOS CON TRAZADO URBANO	15,1	62,2
	VILLAS	53,2	89,7
GRUPO DE EDAD	II A III AÑOS	18,0	64,5
	III AÑOS Y MÁS	12,6	59,7
SEXO	VARONES	17,3	63,9
	MUJERES	16,0	62,7
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	HASTA SECUNDARIO INCOMPLETO	23,0	66
	SECUNDARIO COMPLETO Y MÁS	5,9	58,5
TIPO DE HOGAR	UNIPERSONAL	15,5	57,5
	MULTIPERSONALES PUROS	13,1	58,7
	MULTIPERSONALES MIXTOS	18,5	66,5
TOTAL		16,5	63,2

FUENTE: ED SA BICENTENARIO III III III III ODSA, UCA.

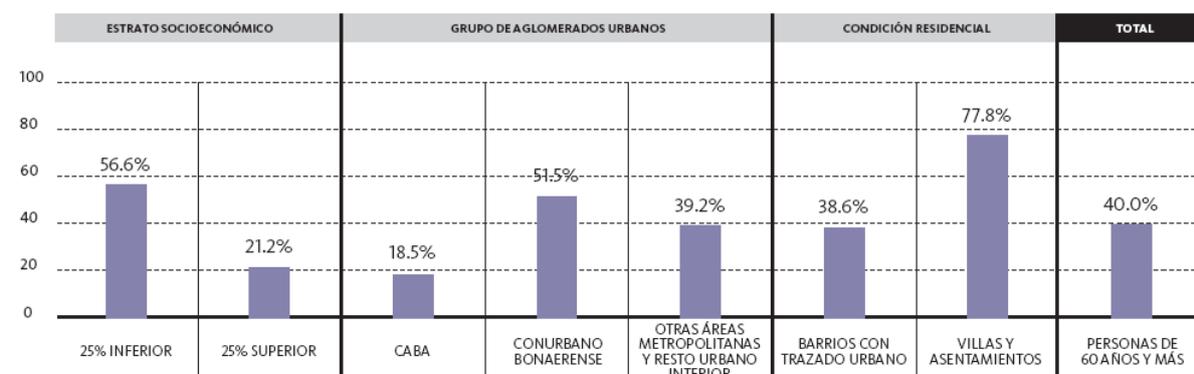
Entorno saludable. Analizaremos a continuación un conjunto de tres indicadores, vinculados con la inversión en infraestructura urbana, que inciden directamente en la calidad del entorno en el cual residen las personas mayores.

El primer indicador es el déficit de desagües pluviales y/o la presencia de calles inundables, ambos factores que no sólo dificultan la movilidad sino que también, por sus efectos, pueden afectar el estado de la vivienda.

En líneas generales, se destaca que 4 de cada 10 personas mayores residen en barrios con problemas de desagües y/o inundaciones. Las personas mayores de los estratos más bajos se ven más afectadas que las de estratos más altos; el porcentaje del primer grupo duplica sobradamente el del segundo (56,6 % y 21%, respectivamente). Resultan más desfavorecidas las personas del Conurbano Bonaerense y las de las áreas urbanas del interior (51% y 39%, respectivamente), aunque en la Ciudad de Buenos Aires el déficit es también elevado (18%). Es de resaltar, también, que 3 de cada 4 personas residentes en villas o asentamientos precarios presentan problemas de calles inundables y/o falta de desagües pluviales (ver figura 2.2.2.1A).

FIGURA 2.2.2.1A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de desagües pluviales y/o presencia de terrenos y calles inundables según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

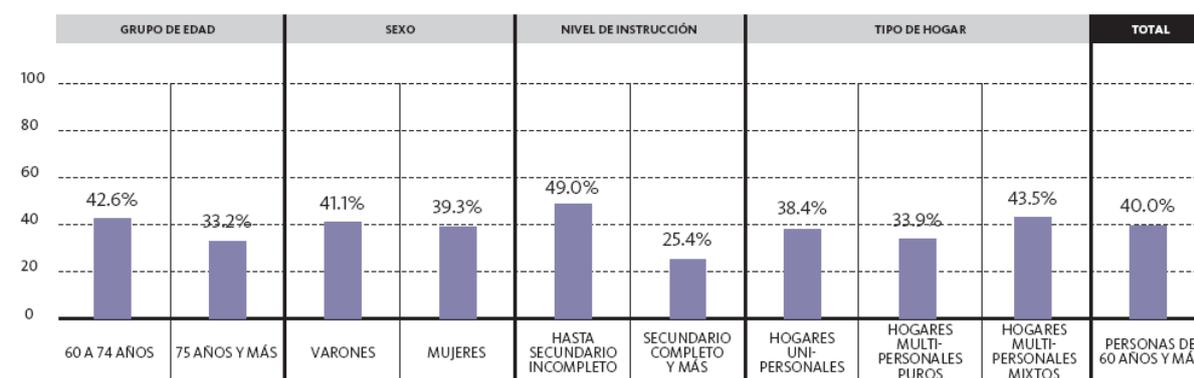


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Si se analiza la incidencia del problema por el segundo conjunto de variables sociodemográficas, se vuelve a poner en evidencia que resulta más afectado el grupo de menor edad (42% para el grupo de 60 a 74 años, 33% para los de 75 años y más). Lo mismo ocurre con las personas mayores que conviven con personas de menor edad: para ellos la incidencia del problema ronda el 43%, mientras que para los que conviven con otras personas mayores es de 33% y para los que viven solos, de 38%. La brecha resulta más significativa cuando se analiza la incidencia del problema según las credenciales educativas obtenidas. Así, una de cada 2 personas mayores que no finalizaron la escuela media reside en entornos con problemas de desagües y calles inundables, mientras que para los que finalizaron el nivel medio esa proporción se reduce a una de cada 4 (ver figura 2.2.2.1B).

FIGURA 2.2.2.1B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de desagües pluviales y/o presencia de terrenos y calles inundables según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

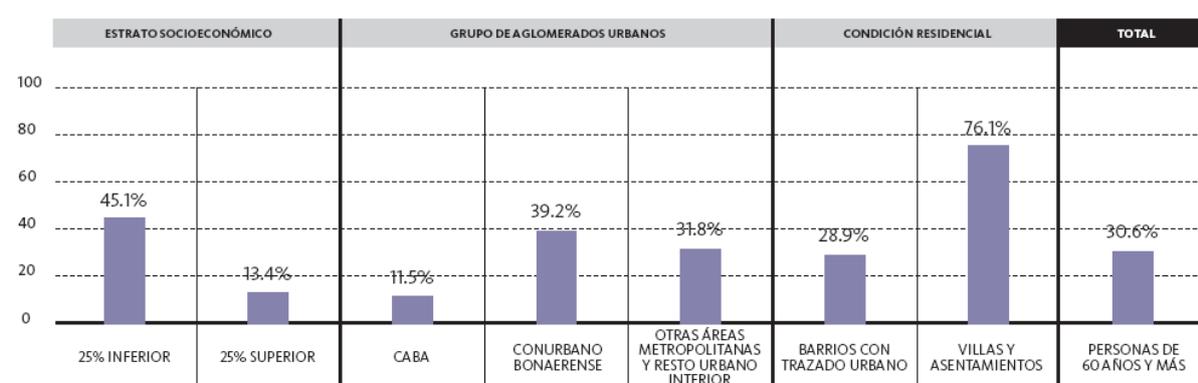
El segundo indicador a analizar es la calidad medioambiental del entorno. Se consideran entornos con déficit medioambiental aquellos que se encuentran cerca de basurales, cerca de quemas, cerca de fábricas contaminantes o de espejos de agua contaminados y/o presentan prevalencia de plagas urbanas.

Al respecto, se destaca que 3 de cada 10 personas mayores residen en entornos que presentan al menos uno de estos problemas. El problema muestra también

una alta incidencia aun en los sectores más acomodados. El 45% de las personas mayores pertenecientes a estratos bajos reside en hogares situados en entornos con problemas medioambientales; el porcentaje es del 13,4% en los estratos más altos. En el Conurbano Bonaerense, 4 de cada 10 personas mayores viven en entornos con déficits de este tipo; la proporción se reduce a 3 de cada 10 en las ciudades del interior y a una de cada 10 en la Ciudad de Buenos Aires. Entre las personas mayores residentes en villas o asentamientos precarios, 3 de cada 4 sufren estos problemas, mientras que en los barrios con trazado urbano la proporción se reduce a 3 de cada 10.

FIGURA 2.2.2.A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Problemas de contaminación en el barrio según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

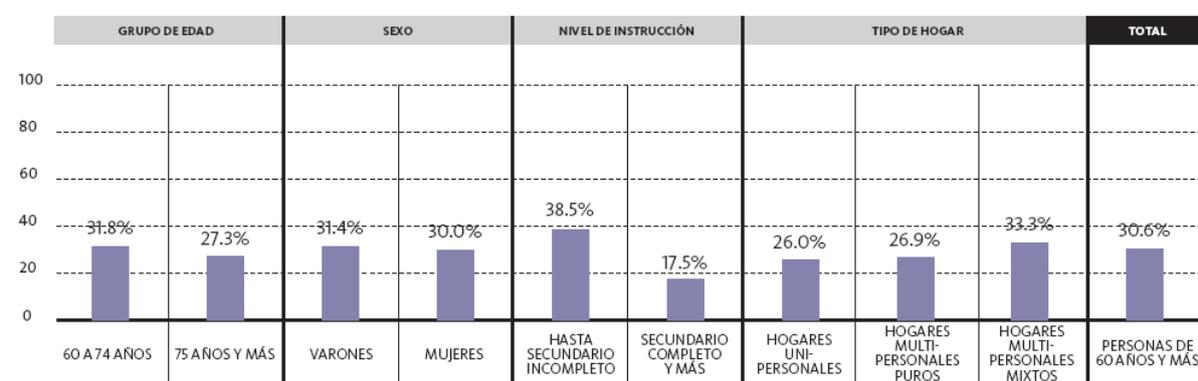


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Asimismo, resultan más afectados los del grupo de menor edad (31,8% versus 27,3%), los de menor nivel de instrucción (38,7% frente a 17,5%) y los que conviven con personas no mayores (ver figura 2.2.2.B).

FIGURA 2.2.2.B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Problemas de contaminación en el barrio según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



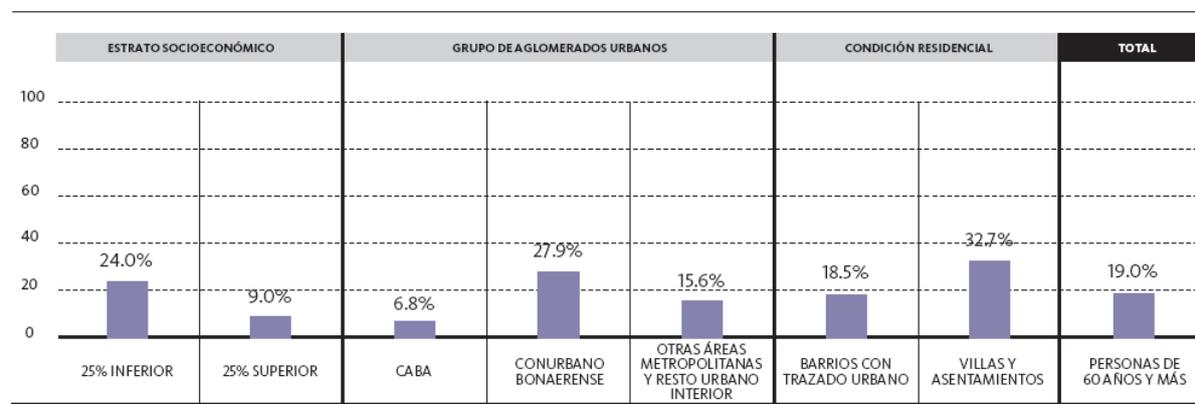
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El siguiente indicador que analizaremos es el déficit en la presencia de espacios verdes (parques, plazas) en buen estado, elemento indispensable no sólo como pulmón de los espacios urbanos, sino porque también permiten el esparcimiento, la recreación y muchas veces la realización de actividades físicas.

Pues bien, el 20% de las personas mayores reside en entornos que no cuentan con espacios verdes en buen estado próximos a su hogar (distancia menor a 10 cuadras). Proporcionalmente, se ven más afectadas las personas mayores de los estratos inferiores (una de cada 4) que las de estratos más altos (una de cada 10). Asimismo, en el Conurbano Bonaerense la incidencia del problema es mayor (27,9%) que en las ciudades del interior (15,6%) y que en la Ciudad de Buenos Aires (6,8%). Y se verifica mayor déficit entre las personas mayores que residen en villas o asentamientos precarios (32,7%) que entre quienes viven en barrios con trazado urbano (18,5%) (ver figura 2.2.2.3A).

FIGURA 2.2.2.3A Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de espacios verdes de recreación y esparcimiento en el barrio según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial

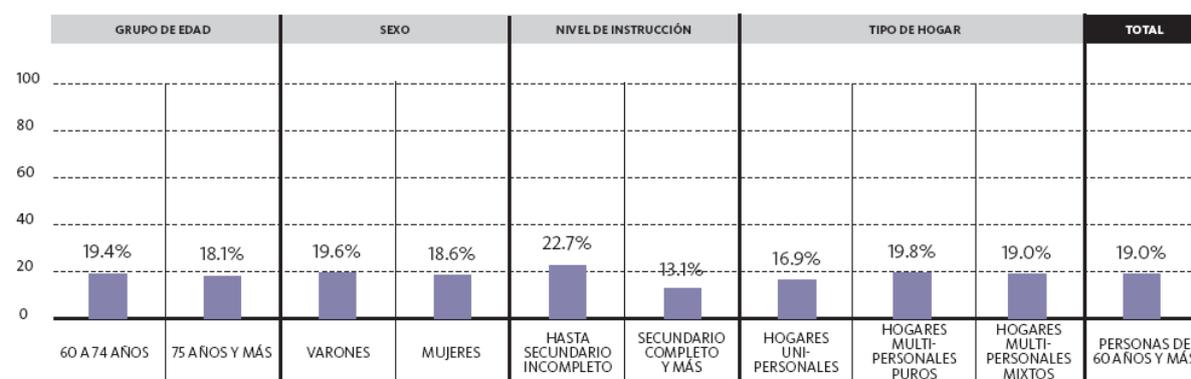


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El problema afecta de manera similar a ambos grupos de edad, a varones y a mujeres, y a quienes viven solos, quienes conviven con otras personas mayores, o con personas de menor edad. En cambio, se vuelven a observar diferencias entre las personas mayores que han completado la secundaria y las que no lo han hecho. Como venimos señalando, las oportunidades educativas resultan también un indicador de la situación socioeconómica de los hogares, y en este sentido se comprende que las personas de edad que han tenido mayores oportunidades accedan también a entornos con mayor disponibilidad de espacios verdes en comparación con aquellas que han tenido menos chances de finalizar sus estudios (ver figura 2.2.2.3B).

FIGURA 2.2.2.3B Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de espacios verdes de recreación y esparcimiento en el barrio según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Del mismo modo que hemos operado con el resto de los indicadores, creemos necesario evaluar la magnitud de la incidencia de problemas del entorno en la población de personas mayores. En este caso, hemos construido un indicador que permite identificar a todas aquellas personas que residen en entornos que presentan o problemas medioambientales, o bien calles inundables o ausencia de desagües pluviales¹⁰. A partir de este análisis verificamos que:

» Una de cada 2 personas mayores reside en entornos inconvenientes, con problemas medioambientales, entre los cuales se incluye la presencia de terrenos inundables.

» Al analizar las brechas sociales, encontramos que este problema se presenta en 7 de cada 10 personas mayores de los estratos más bajos, y en 3 de cada 10 de los estratos más altos.

» La dificultad se presenta también en 4 de cada 10 personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires, 6 de cada 10 del Conurbano Bonaerense y 5 de cada 10 del resto de las áreas urbanas del país.

» En el caso de las personas mayores que residen en villas o asentamientos precarios, la incidencia del problema es mayor al 90%.

» La brecha también es amplia al evaluar el problema según el nivel de instrucción: se encuentra mucho más afectado el grupo que no ha finalizado el nivel medio (60%) que el grupo de mayor nivel educativo (34,2%).

» Aunque con menor amplitud que todas las brechas anteriores, el problema afecta en mayor medida al grupo de personas mayores más jóvenes y a quienes residen con personas de menor edad.

¹⁰ En este caso, optamos por no sumar el indicador de presencia de espacios verdes ya que pertenece a una dimensión de análisis diferente que ha sido analizada en forma individual.

TABLA 2.2.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit en las condiciones del entorno según estrato, región, condición residencial, grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar

		DÉFICIT EN LAS CONDICIONES DEL ENTORNO
ESTRATO	□□□ INFERIOR	67,7
	□□□ SUPERIOR	28,1
REGIÓN	CABA	25,2
	CON URBANO BONAERENSE	62,7
	RESTO ÁREAS URBANAS	50,3
CONDICIÓN RESIDENCIAL	BARRIOS CON TRAZADO URBANO	48,6
	VILLAS	91,9
GRUPO DE EDAD	□□ A □□ AÑOS	52,6
	□□ AÑOS Y MÁS	43,8
SEXO	VARONES	51,5
	MUJERES	49,3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	HASTA SECUNDARIO INCOMPLETO	60,0
	SECUNDARIO COMPLETO Y MÁS	34,2
TIPO DE HOGAR	UNIPERSONAL	47,5
	MULTIPERSONALES PUROS	43,5
	MULTIPERSONALES MIXTOS	54,1
TOTAL		50,2

FUENTE: EDSA [BICENTENARIO □□□□□□] ODSA, UCA.

Capítulo III

ESTADO, ATENCIÓN Y NECESIDADES DE SALUD

Por Enrique Amadasi

En el período 1947-2010, la población total de la Argentina se multiplicó 2,5 veces, mientras que la población de personas mayores casi se sextuplicó. Por lo tanto, ha habido un mejoramiento de las condiciones de salud, traducido en el aumento de la esperanza de vida: hoy los habitantes viven más que hace 60 o 70 años.

Ese proceso de mejoramiento de las condiciones de salud se expresa más directamente en el hecho de que, en tanto la población de personas de entre 60 y 74 años se multiplicó por 4,5 a lo largo del período 1947-2010, la de 75 años y más se multiplicó por más de 10. No es una novedad que muchas enfermedades, que hasta ayer eran causa de muerte (especialmente para la población más envejecida), en la actualidad se tratan exitosamente y no provocan el deceso del paciente.

A pesar de que constituye una gran mejora para la población, resulta necesario observar que ese mismo proceso configura un aumento importantísimo de personas de edad avanzada, y por lo tanto de la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas y de problemas asociados al envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud (1948) define la salud no sólo como la ausencia de enfermedades o padecimientos, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Es válido preguntarse si envejecer significa enfermar. Una respuesta es que el proceso de envejecer no resulta suficiente para producir enfermedades. Más allá de las teorías que tratan de explicar este proceso, el envejecimiento podría ser definido

como el declinar, asociado a la edad, de la capacidad de un órgano o sistema somático para adaptarse al medio.

El concepto de calidad de vida incluye la salud, tanto en el modo en que se ha vivido como en la forma de envejecer. Si bien es cierto que frecuentemente no se puede impedir que progresen ciertas enfermedades o manifestaciones propias de la edad, la aparición de algunas de ellas bien puede ser disminuida o retrasada. En caso de que el objetivo sea ampliar la expectativa de vida activa para las personas mayores, es decir, maximizar el período de vida con salud e independencia en la vejez, el concepto de *autovalidez* es central, definido como la capacidad de realizar en forma autónoma las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana. Condiciones de salud deficientes comprometen, sin duda, esa autovalidez.

¿Cómo prevenir la dependencia? Un punto es reconocer que en la vejez las manifestaciones de las enfermedades difieren bastante de las del resto de la población. Porque a una edad avanzada el organismo no responde de igual forma ante las patologías que lo amenazan.

Entre los cambios que se producen con la edad y que no pueden dejar de considerarse, se destacan: a) disminución de las defensas; b) disminución de la capacidad de recuperación ante una enfermedad, lo que prolonga los tratamientos; c) aumento de los efectos secundarios de los medicamentos.

Entre las personas mayores no sólo es importante *estar* objetivamente bien de salud, sino *sentirse* bien.

Las variables subjetivas son tan importantes como las objetivas, y a determinada edad la percepción del estado de salud puede pesar aun más que la opinión profesional. En el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) se reconoce la necesidad de que las personas, a medida que envejecen, disfruten de una vida plena, con salud (entre otras dimensiones). Así figura en el art. 5 de la Declaración Política de dicho informe.

En el presente capítulo, se presentan resultados respecto de cinco dimensiones de las condiciones de salud: a) el estado de salud percibido; b) el malestar psicológico; c) la atención de la salud; d) la última atención médica en el sistema de salud pública, y e) hábitos de salud: el déficit en la práctica de ejercicio físico.

3.1. El 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 tanto físicos como psicológicos.

La EDSA Bicentenario indaga sobre el estado de salud en general, y prevé cuatro categorías de respuestas: a) no tener problemas de salud; b) tener algunos pocos problemas de salud; c) tener bastantes problemas de salud; d) padecer de alguna enfermedad crónica o grave. La tabla 3.1 muestra los resultados para esas cuatro categorías de respuestas (ver tabla 3.1).

TABLA 3.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Estado de salud percibido según grupo de edad

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	
NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD	32,2
TIENE ALGUNOS POCOS PROBLEMAS DE SALUD	41,7
TIENE BASTANTES PROBLEMAS DE SALUD	12,2
PADECE ENFERMEDADES CRÓNICAS O GRAVES	13,9
TOTAL	100%

FUENTE: EDSA BICENTENARIO ODSA, UCA.

De estos resultados, sobresalen dos percepciones. Por un lado, una de cada tres personas mayores (32,2%) declara no tener problemas de salud; por otro lado, una de cada cuatro (26,1%) percibe que sus condiciones de salud son críticas (tienen bastantes problemas de salud, o padecen de alguna enfermedad crónica o grave). Se observa, pues, una gran heterogeneidad de situaciones de salud.

El hecho de que el 32,2% de las personas mayores declare no tener problemas de salud adquiere especial significado cuando se las compara con el total de la población a partir de los 18 años de edad, y especialmente con la población de 18 a 59 años, excluyendo a las personas mayores. Quienes declaran no tener problemas de salud son el 64,2% del total de la población y el 73,4% del grupo etario 18-59 años. Por consiguiente, aunque la cifra de personas mayores sin percepción de problemas de salud es bastante alta, resulta mucho más baja (menos de la mitad) que entre las personas que no han llegado aún a los 60 años (ver figura 3.1.1). Asimismo, un estudio anterior (Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, 2001)¹¹ dio como resultado que el 33,7% manifestó no tener problemas de salud; también un porcentaje elevado.

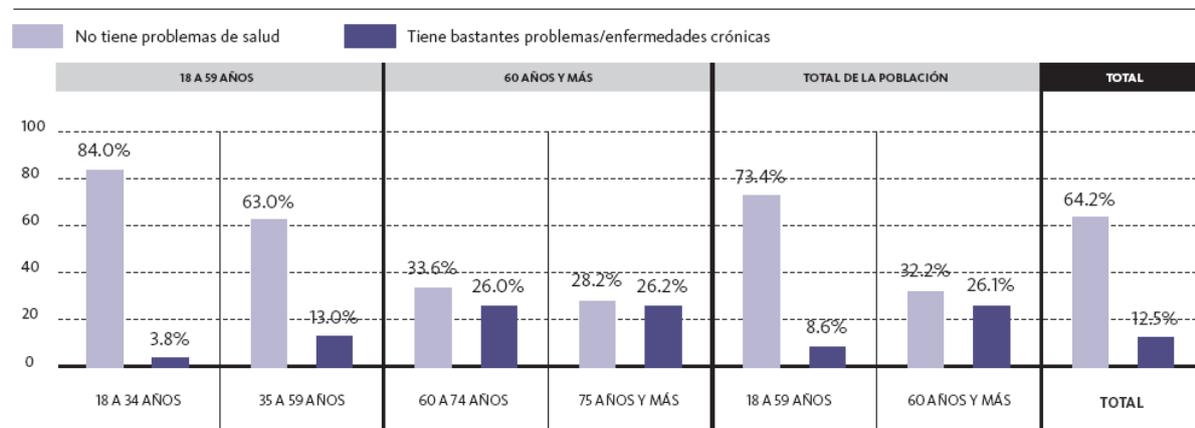
Por su parte, en la categoría más crítica (bastantes problemas de salud o enfermedad crónica o grave), el 26,1% registrado en las personas de edad avanzada contrasta con el 12,5% del total de la población desde 18 años, y más específicamente con el 8,5% del grupo 18-59 años. De este modo, una condición de salud tal se triplica entre las personas mayores.

¿Cómo afecta la edad en la percepción del estado de salud? Entre los de mayor edad dentro de las personas mayores –los de 75 años y más– el déficit de estado de salud percibido (dos últimas categorías agrupadas) es similar al del grupo 60-74 años: 26,2% frente a 26%, respectivamente. Podría inferirse que la percepción sobre el estado de salud no empeora a medida que aumenta la edad, siempre dentro del grupo de personas mayores y respecto de los estados más críticos. Lo que sí cambia entre los habitantes de mayor edad es que disminuyen las personas que declaran no tener problemas de salud y aumentan las que dicen tener “algunos pocos problemas de salud” (ver figura 3.1.1).

¹¹ La Encuesta sobre adultos mayores es un estudio que se llevó a cabo en 2000 mediante la entrevista a 1506 personas mayores, en distintas ciudades del país. El diseño de la encuesta, el análisis, la elaboración de los datos y el informe final estuvieron a cargo de María Julieta Oddone, a quien agradecemos habernos facilitado el material.

FIGURA 3.1.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de estado de salud percibido según grupo de edad



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

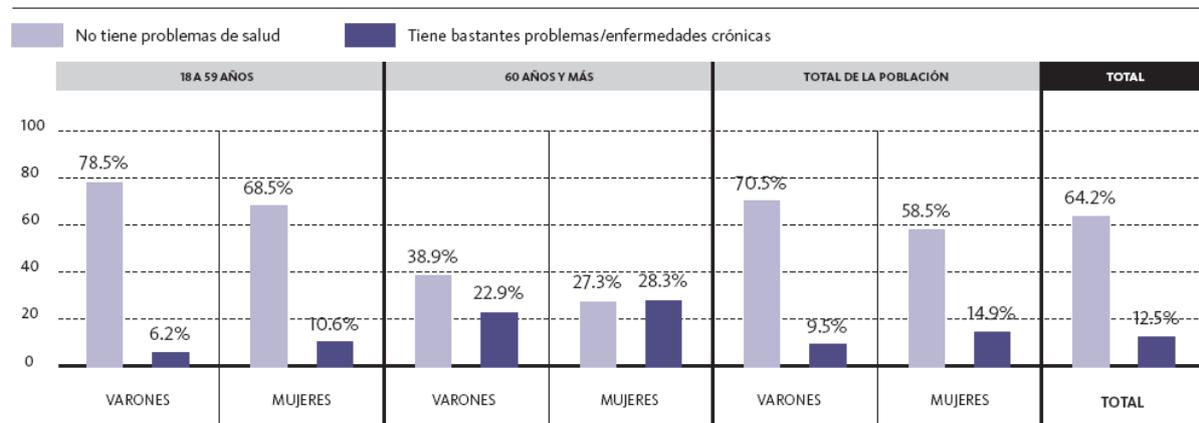
Puesto que se trata de una pregunta sobre autopercepción del estado de salud, esta semejanza entre los grupos de edad puede sugerir también que los estándares subjetivos varían con la edad. Por ejemplo, lo que se entiende como “pocos problemas de salud” quizá no tenga el mismo significado para una persona de 67 años que para otra de 82 años.

Tal como ocurre en la población general, también entre las personas mayores las mujeres tienden a registrar un déficit más alto en cuanto a la percepción de su estado de salud, lo cual puede estar relacionado con su mayor longevidad (en el estrato etario de 75 años y más, por cada 2 mujeres hay 1 varón) y con la mayor sensibilidad de las mujeres en relación con las cuestiones de salud (ellas suelen percibir problemas de salud donde los varones no los perciben o no lo hacen en el mismo grado). La brecha de género se ve sobre todo entre quienes declaran no tener problemas de salud: son el 38,9% de los varones y el 27,3% de las mujeres mayores.

Los resultados del estudio difundido en 2001, mencionado anteriormente, son similares: 40,7% de los varones y 28,4% de las mujeres. Por lo tanto, queda sugerido que las mujeres son más propensas a percibir afecciones o a tenerlas realmente. Las condiciones de salud más críticas (las dos últimas categorías agrupadas) caracterizan al 22,9% de los varones y al 28,3% de las mujeres mayores. ¿Cómo es la brecha de género entre las personas mayores en comparación con la población general? En la población general, los que declaran no tener problemas de salud son el 70,5% de los varones y el 58,5% de las mujeres. Esta diferencia en el orden de los 10 puntos porcentuales también aparece entre las personas mayores, pero, al tratarse de valores porcentuales más pequeños (alrededor de la mitad), la brecha entre varones y mujeres mayores se vuelve más significativa (ver figura 3.1.2).

FIGURA 3.1.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de estado de salud percibido según sexo

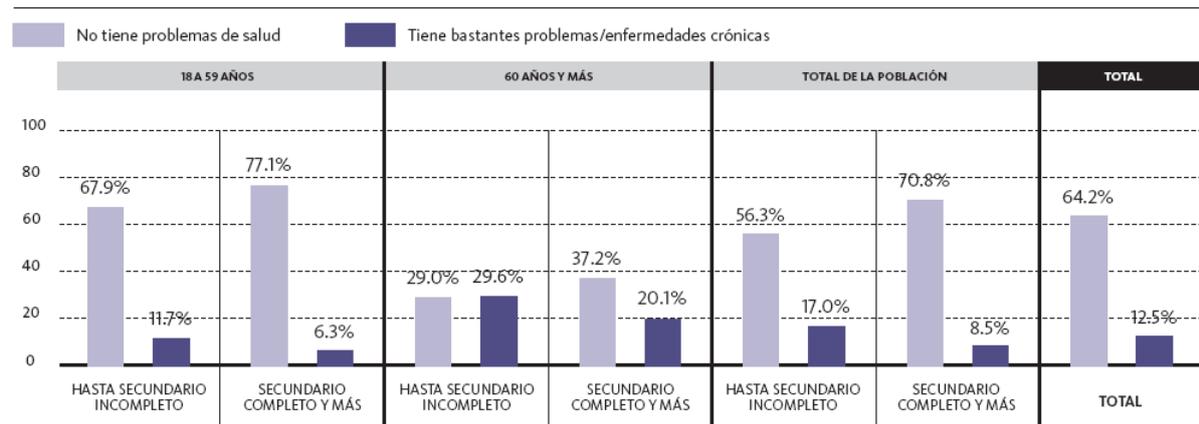


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Al considerar el nivel educativo, las personas de edad avanzada con secundario completo y más presentan menos déficits en la percepción de su estado de salud que las de menor nivel educativo (hasta secundario incompleto). Esto también es así en la población general y la brecha tiende a aumentar entre las personas de edad avanzada. Hay que recordar aquí que las generaciones que hoy conforman la población de personas mayores tuvieron menos oportunidades educativas que la población más joven. En cuanto a la categoría “tener bastantes problemas de salud o padecer de alguna enfermedad crónica o grave”, las diferencias por nivel educativo son importantes: 29,6% de los de menor nivel educativo frente a 20,1% de los de mayor nivel educativo (ver figura 3.1.3).

FIGURA 3.1.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de estado de salud percibido según nivel de instrucción



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

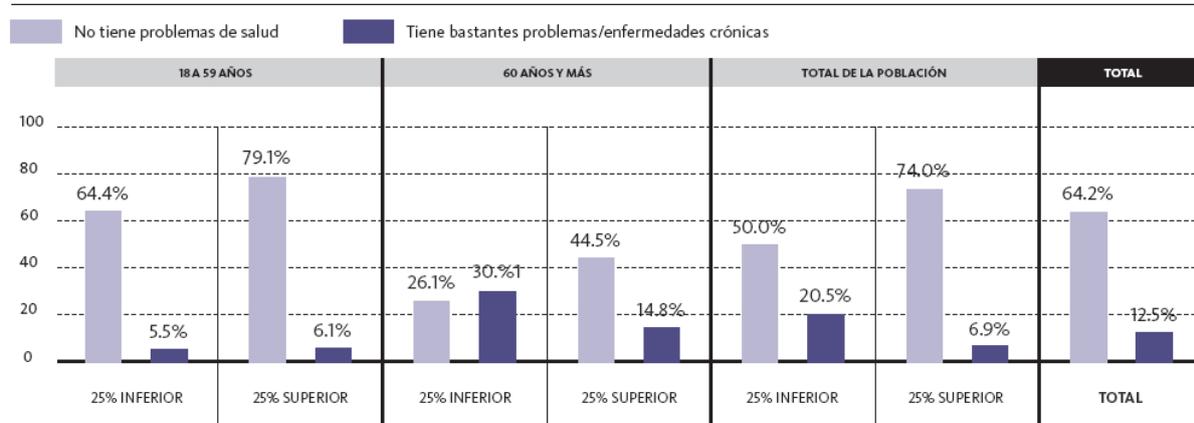
Donde más diferencia se verifica en cuanto a la percepción del estado de salud de las personas mayores es en la comparación entre las que pertenecen al estrato socioeconómico más alto y las del más bajo. Aquí no se toma en consideración a toda la población de adultos mayores, como en los criterios anteriores, sino sólo al 50%: el 25% de mejor condición socioeconómica y el 25% de peor condición, siem-

pre en términos relativos. De este modo se pone en evidencia la desigualdad en el acceso a recursos de salud.

También en el total de la población se ve claramente esta diferencia: mientras que el 74% del estrato medioalto declara carecer de problemas de salud, esta condición cae al 50% cuando se trata del estrato muy bajo. Sin embargo, entre las personas mayores la brecha tiende a aumentar (44,5%, y 26,1% respectivamente). A su vez, en el estrato muy bajo el peso de quienes declaran que tienen bastantes problemas de salud o padecen de alguna enfermedad crónica o grave es el doble que en el estrato medio-alto (ver figura 3.1.4).

FIGURA 3.1.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de estado de salud percibido según nivel socioeconómico

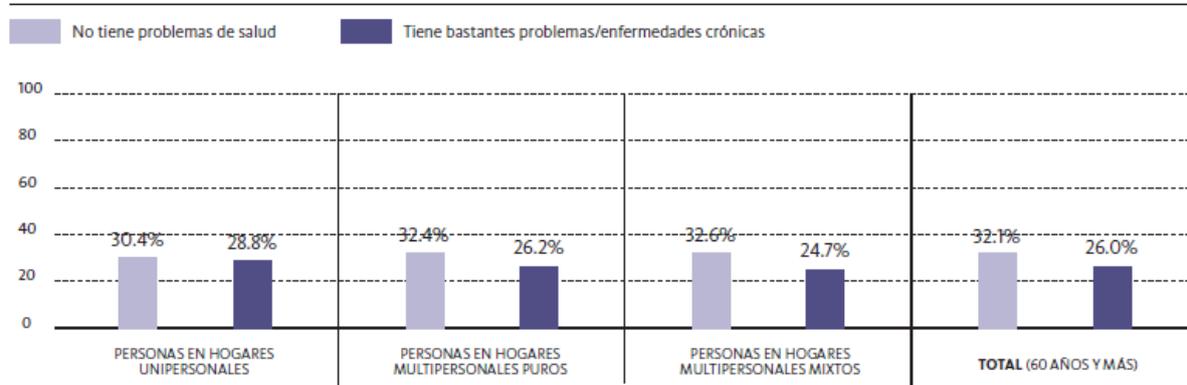


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

A diferencia de lo anterior, el tipo de hogar de las personas mayores no tiene relación con el estado de salud percibido. Ni los que viven solos se diferencian de los que conviven con otros, ni los que viven en hogares donde sólo hay personas mayores se diferencian de los hogares “mixtos” en cuanto a la percepción sobre su propia salud (ver figura 3.1.5).

FIGURA 3.1.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Déficit de estado de salud percibido según tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

3.2. El malestar psicológico

En el Barómetro 2013 (ODSA, 2014), Solange Rodríguez Espínola define que “en sentido amplio, el concepto de malestar psicológico se entiende como un déficit en 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 los otros, concluyendo en la disminución de la capacidad de salud”.

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

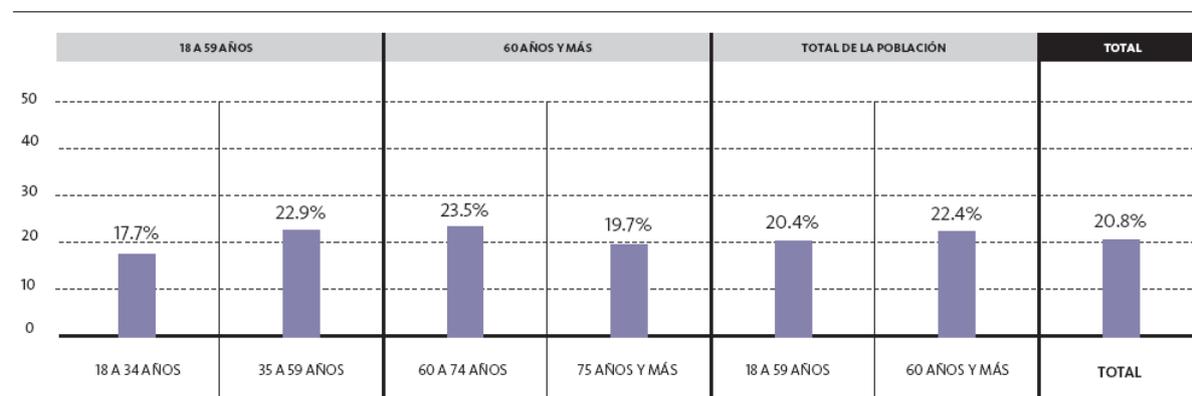
Como bien aclara la autora, se trata de “una escala que evalúa el estado de salud mental general e inespecífico, conocida como KPDS-10 (en inglés: Kessler Psychological Distress Scale), e indaga acerca de un conjunto de síntomas vinculados con la depresión y la ansiedad, tales como inquietud, agitación,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

El 22,4% de las personas mayores registran malestar psicológico, una proporción similar a la encontrada entre la población de hasta 59 años de edad. No es, por lo tanto, una especificidad de las personas mayores; sin embargo, tampoco debe pasarse por alto que 1 de cada 5 personas mayores registra este déficit.

Dentro de las personas mayores, el malestar psicológico no aumenta con la edad. Al contrario, es mayor en el grupo de 60 a 74 años que en el de 75 años y más. El pasaje a la inactividad (en el sentido laboral) y/o nuevos roles familiares (devenir abuelos) pueden estar asociados a este aumento en las edades más tempranas de las personas mayores y su posterior disminución. Lo contrario ocurre entre la población de hasta 59 años, donde el malestar psicológico es menor en el grupo de 18-34 años para después aumentar en el tramo 35-59 años. ¿Quiénes muestran menor malestar psicológico? Los más jóvenes (hasta 34 años) y los más viejos (desde los 75 años). Lo inverso ocurre en las edades centrales (ver figura 3.2.1).

FIGURA 3.2.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Malestar psicológico según grupo de edad

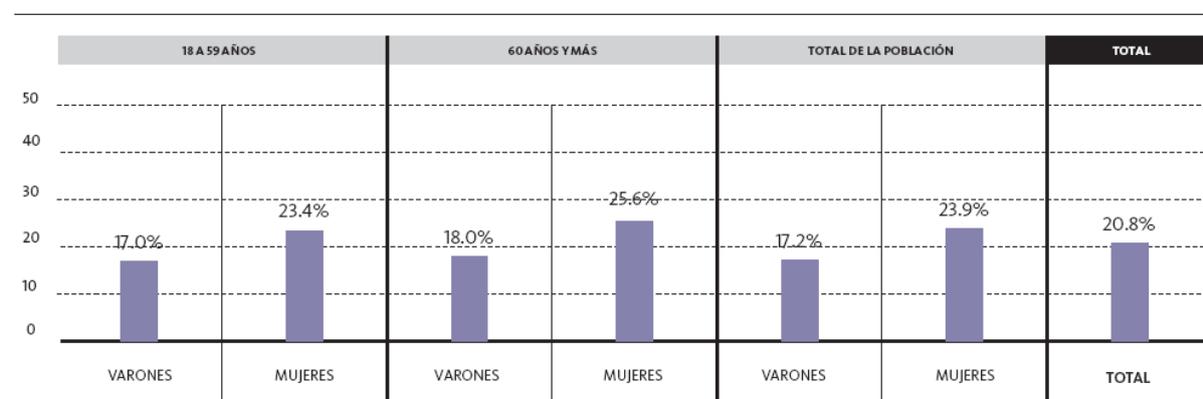


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Las mujeres mayores registran malestar psicológico en una medida más elevada (25,6%) que los varones mayores (18,0%). Esta brecha de género no es exclusiva de las personas mayores. También ocurre en la población de hasta 59 años, donde este déficit de salud afecta más a las mujeres (ver figura 3.2.2).

FIGURA 3.2.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Malestar psicológico según sexo

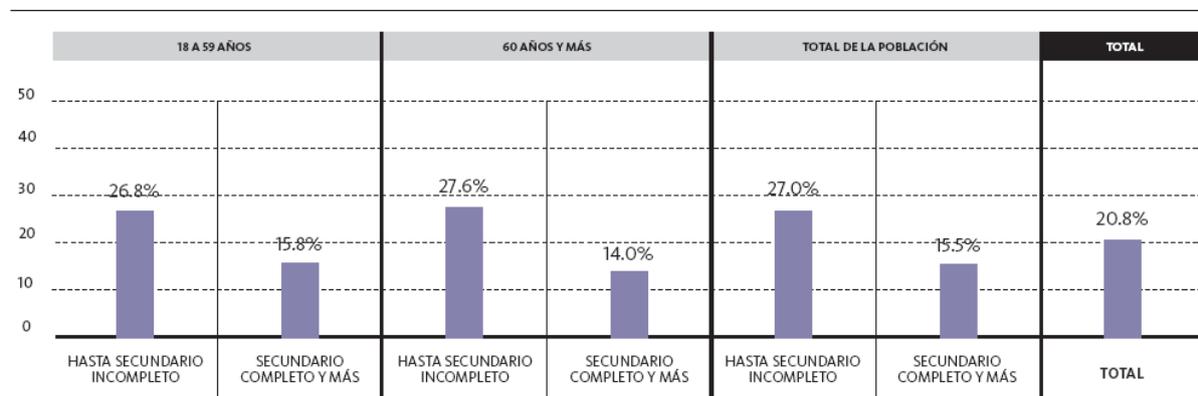


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Las diferencias señaladas por edad y por sexo son menores cuando se las compara con la que surge del nivel educativo. Cuando el nivel educativo es más bajo (secundario incompleto), ese déficit se potencia (27,6%), y disminuye a la mitad cuando el nivel educativo es más alto (secundario completo, 14,0%). La educación más avanzada es claramente un factor preventivo del malestar psicológico, pero tampoco es exclusivo de las personas mayores. El mismo fenómeno se encuentra en la población de hasta 59 años, donde también las personas con menor nivel de educación presentan un mayor malestar psicológico. El nivel de instrucción, entonces, es una primera dimensión para medir la desigualdad (ver figura 3.2.3).

FIGURA 3.2.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Malestar psicológico según nivel de instrucción

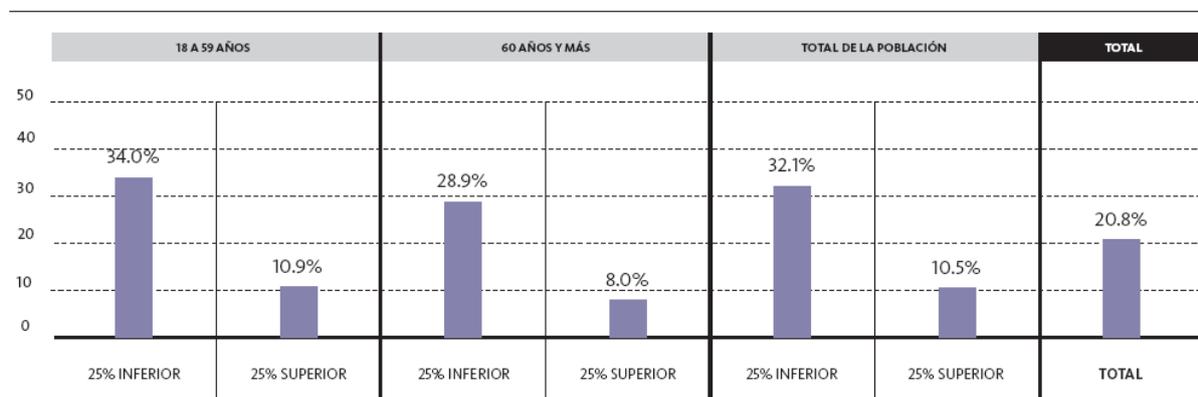


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

La segunda dimensión es el nivel socioeconómico, donde las diferencias entre los dos estratos extremos son abismales: mientras que el malestar psicológico afecta al 28,9% de las personas mayores del estrato más bajo, se encuentra sólo en el 8% del estrato más alto. El malestar psicológico se suma así a las muchas otras carencias. Tampoco esta enorme brecha es exclusiva de las personas mayores. En la población de hasta 59 años, los valores respectivos son muy diferentes: 34 y 10,9% (ver figura 3.2.4).

FIGURA 3.2.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Malestar psicológico según nivel socioeconómico

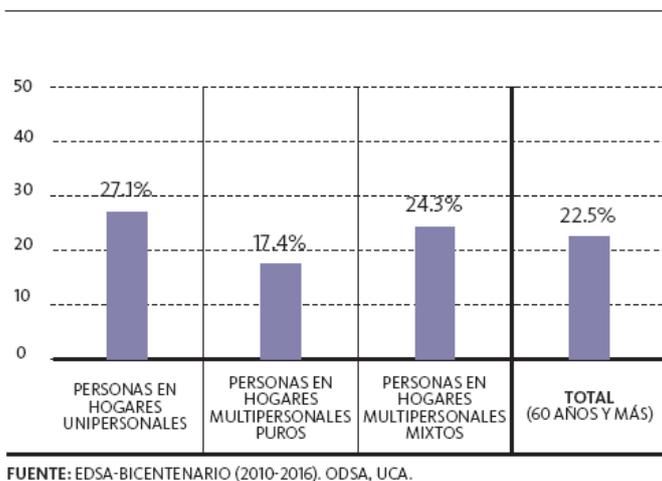


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El tipo de hogar donde viven las personas mayores también está asociado con este aspecto de la salud. El malestar psicológico es más frecuente entre quienes viven solos (27,1%), información que se relaciona con varias de las dimensiones presentadas en el capítulo 4. El tipo de hogar donde se encuentra menor malestar psicológico (17,4%) es aquel en el cual las personas mayores conviven exclusivamente con otras personas mayores. Convivir con personas de menos edad (hogares mixtos) no reduce el malestar psicológico, pero siempre es más beneficioso, desde este punto de vista, que vivir en soledad (ver figura 3.2.5).

FIGURA 3.2.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Malestar psicológico según tipo de hogar

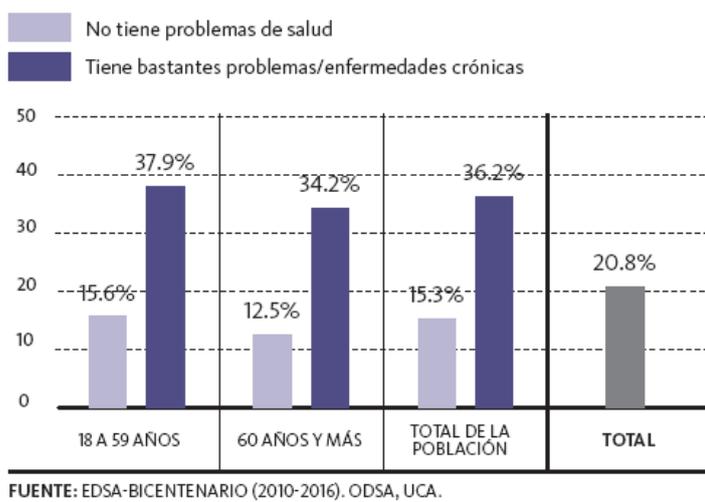


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Por último, el malestar psicológico está asociado estrechamente a la autopercepción del estado de salud. Disminuye de manera notoria entre quienes declaran que no tienen problemas de salud (12,5%), para casi triplicarse entre quienes declaran tener muchos problemas de salud o padecer enfermedades graves o crónicas (34,2%). En la población de hasta 59 años, el malestar psicológico también disminuye notoriamente entre quienes declaran no tener problemas de salud (ver figura 3.2.6).

FIGURA 3.2.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

Malestar psicológico según percepción de estado de salud



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

¿Cuáles son, entonces, los tipos de personas mayores para quienes es más frecuente el malestar psicológico? En primer lugar, las que pertenecen al estrato socioeconómico más bajo; le sigue muy de cerca el grupo de quienes cuentan con menor nivel educativo, casi al mismo nivel de los que viven solos, y le siguen, finalmente, las mujeres.

3.3. La atención de la salud

Tal como se dijo en oportunidad de la difusión de los resultados del Barómetro 2013 (Agustín Salvia, 2014), la visita a un profesional médico, ya sea por control, prevención o tratamiento, es un indicador de cuidado sobre la propia salud. La finalidad de una evaluación médica periódica radica en la detección precoz de enfermedades, la evaluación de los factores de riesgo, la prevención, el tratamiento y el consiguiente alcance de niveles de vida satisfactorios. Un chequeo consiste en un examen integral e individualizado del estado de salud que, de ser completo, incluye aspectos físicos y psíquicos.

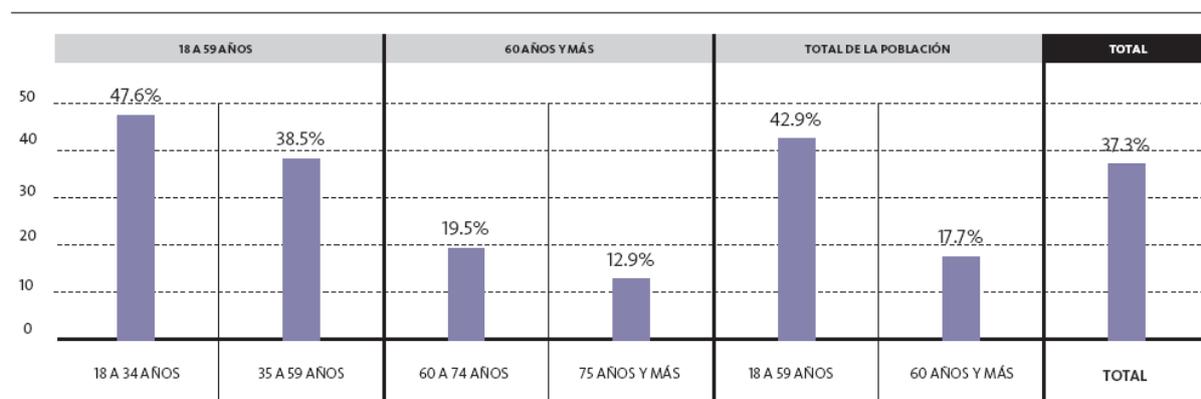
Se espera que las personas mayores cuiden más su propia salud y que, como consecuencia, hagan más consultas médicas que el resto de la población. La información disponible no permite estimar el número de consultas anuales, pero indaga sobre si en los últimos 12 meses se realizó alguna consulta médica. Los resultados indican que el 17,7% no realizó ninguna consulta médica en el último año.

Estos resultados configuran una especificidad de las personas mayores porque son mucho más bajos que en el total de la población de 18 años y más (37,3%). El contraste es más marcado si se considera que, entre la población de 18 a 59 años, los que no realizaron consulta médica alguna son el 42,9%. Entre las personas mayores, a partir de lo que muestra este indicador, el cuidado de la salud duplica al registrado por la población general (excluidos los niños).

En un estudio anterior del Barómetro (2013), con referencia a la población general, se señaló que a medida que aumentaba la edad, disminuía la proporción de los que no habían realizado consultas. Entre los 18 y los 34 años, oscilaba en el orden del 47,6%; disminuía para los de 35 a 59 años (38,5%), y a partir de los 60 años, el porcentaje volvía a decrecer de manera significativa. En la figura 3.3.1 se puede apreciar mejor que el proceso de envejecimiento comienza antes de los 60 años. Si se clasifica a la población de adultos mayores en dos grupos de edad, por un lado el de 60-74 años y por otro el de 75 años y más, también puede verse cómo el cuidado de la salud, a partir de este indicador, aumenta bastante entre quienes tienen 75 años y más (sólo el 12,9% no hizo ninguna consulta médica anual).

FIGURA 3.3.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No realizó consulta en el último año según grupo de edad



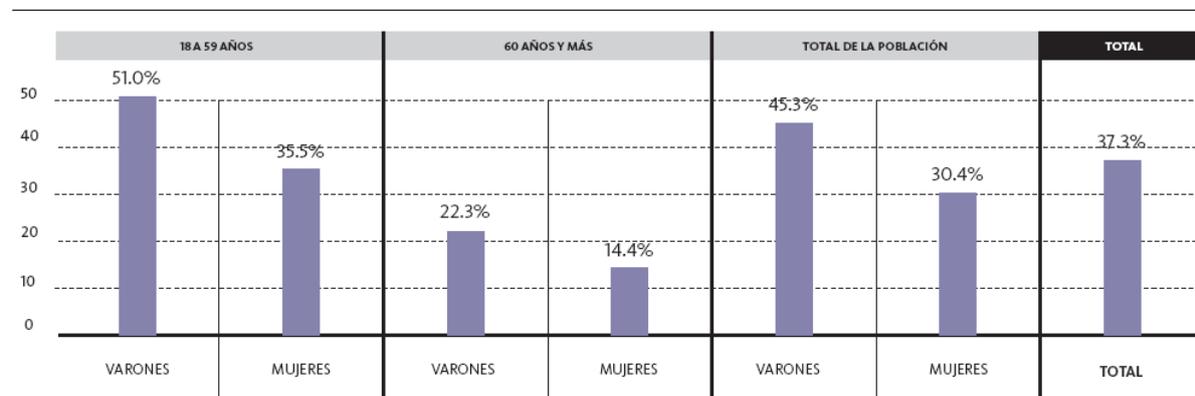
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Indudablemente, no es una buena noticia que una de cada 10 personas pertenecientes a las edades más avanzadas no haga al menos una consulta médica anual. También aquí se abre un campo para las políticas de salud de las personas mayores, que incluiría a 180.000 habitantes.

Por dos razones sugeridas anteriormente, mayor longevidad y sensibilidad ante las cuestiones de salud, existe una brecha entre mujeres y varones: mientras que el 14,4% de las mujeres mayores no asistió a consulta alguna en el último año, lo mismo ocurrió con el 22,3% de los varones mayores. Siempre en comparación con la población general, la brecha de género tiende a disminuir entre las personas de edad avanzada. Entre la población general (18 años y más) las conductas respecto a la realización de al menos una consulta médica anual difieren considerablemente entre mujeres y varones (ver figura 3.3.2).

FIGURA 3.3.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No realizó consulta en el último año según sexo



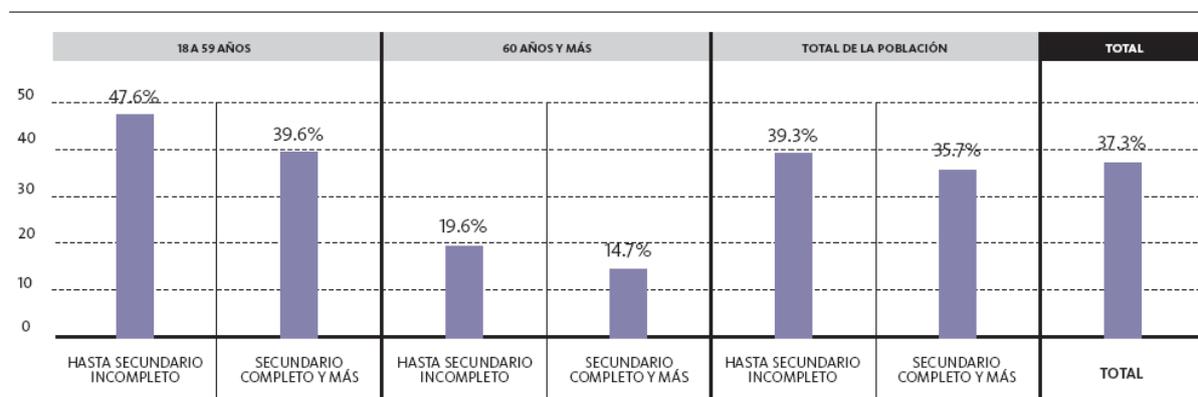
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El nivel educativo también está asociado con el cuidado de la salud: la proporción de los que no hicieron ninguna consulta médica en el último año es de 19,6% entre quienes no finalizaron el nivel secundario y disminuye a 14,7% entre los que cuentan con al menos estudios secundarios completos. Esta brecha, aunque significativa, resulta menor a la de género y a la de grupo de edad.

En cambio, en la población general, la asociación entre el nivel educativo y este indicador de cuidado de salud es más débil. No hicieron consultas durante el último año el 39,3% de las personas de menos nivel educativo y el 35,7% de las que declaran tener un nivel educativo más elevado (ver figura 3.3.3).

FIGURA 3.3.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No realizó consulta en el último año según nivel de instrucción



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

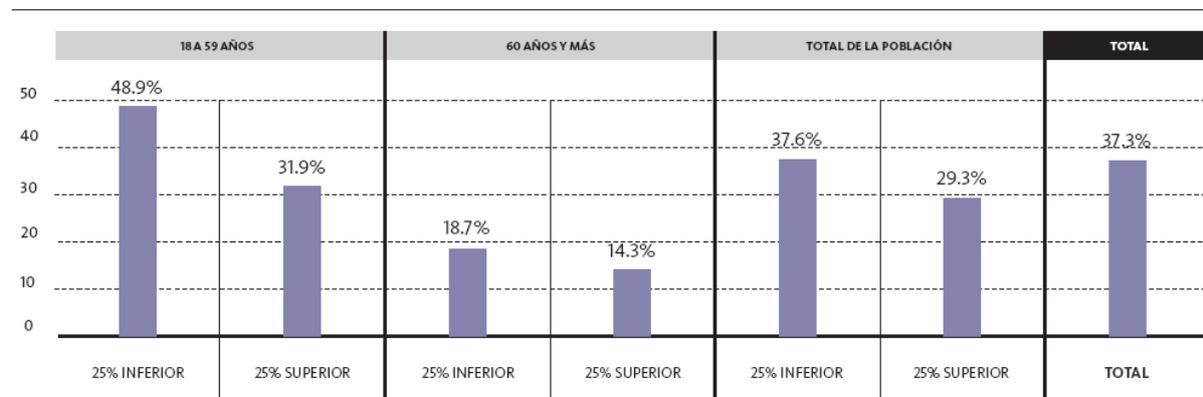
Como es de esperar, también el cuidado de la salud está asociado con el estrato socioeconómico. Si se compara respecto de este indicador a las personas mayores pertenecientes al 25% de mejores condiciones socioeconómicas con las del 25% en peores condiciones socioeconómicas, se advierte que entre las primeras hay 14,3% que no hizo consultas médicas en el último año, mientras que entre las personas del estrato más bajo el porcentaje asciende a 18,7%.

Esta diferencia en cuanto al estrato es algo menor que la encontrada respecto del nivel educativo, muy por debajo de los grandes diferenciales en este indicador: el género y el grupo de edad. La tendencia al cuidado de la salud entre las personas mayores del estrato socioeconómico más alto es reflejo de un fenómeno más general que también se verifica en el total de la población, donde los que no hicieron consultas durante el último año son el 29,3% en el estrato socioeconómico medioalto y el 37,6% en el muy bajo.

Aquí se observa que las brechas por edad son más importantes que las brechas por condición socioeconómica. En primer lugar, analicemos el estrato del 25% de mejor condición socioeconómica: cuando se trata de la población general, el 29,3% no hizo consultas y, cuando se trata de personas mayores, es el 14,3% el que no consultó; una relación de 2 a 1. En segundo lugar, analicemos el estrato del 25% de peor condición socioeconómica: cuando se trata de la población general, el 37,6% no hizo consultas y, cuando se trata de personas mayores, es el 18,7% el porcentaje que no las realizó; también una relación de 2 a 1. La brecha entre estos dos estratos (que incluye al 50% de la población en condiciones extremas), aunque importante, es siempre menor que 2 a 1 (ver figura 3.3.4).

FIGURA 3.3.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No realizó consulta en el último año según nivel socioeconómico

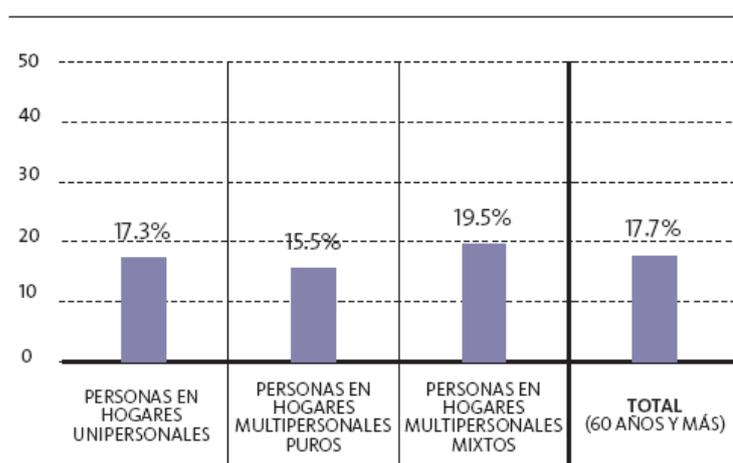


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El tipo de hogar no tiene una relación significativa con este indicador de cuidado de la salud. Los que cuentan con la mayor proporción de falta de consultas médicas durante el último año (19,5%) son las personas mayores que conviven con personas no mayores (de hasta 59 años). Les siguen los que viven solos (17,3%) y los que conviven únicamente con otras personas también mayores. Estos últimos son los que muestran mayor nivel de cuidado de su salud. En la población total, quienes viven en hogares donde no hay personas mayores son las que tienen la proporción más alta de ausencia de consultas durante el último año: 43,2% (ver figura 3.3.5).

FIGURA 3.3.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

No realizó consulta en el último año según tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

3.4. Última atención médica en sistema de salud pública

En otra pregunta de la EDSA Bicentenario se indagó sobre si la última consulta médica, en caso de haber sido realizada en los últimos 12 meses, se había concretado en un hospital público. Como indica la figura 3.4.1, el 14,1% de las personas mayores respondió que se había atendido en un hospital público. Las otras modali-

dades utilizadas habían sido PAMI, una obra social o mutual, una prepaga o un médico particular pagado por quien hacía la consulta.

Cuando se compara con el total de la población, se ve que entre las personas mayores el recurso del hospital público es mucho menos frecuente: 28,9% del total de la población se atendió en el hospital público. La diferencia es muy importante y se debe a que entre las personas mayores PAMI es un servicio utilizado por el 37,6% para las consultas médicas.

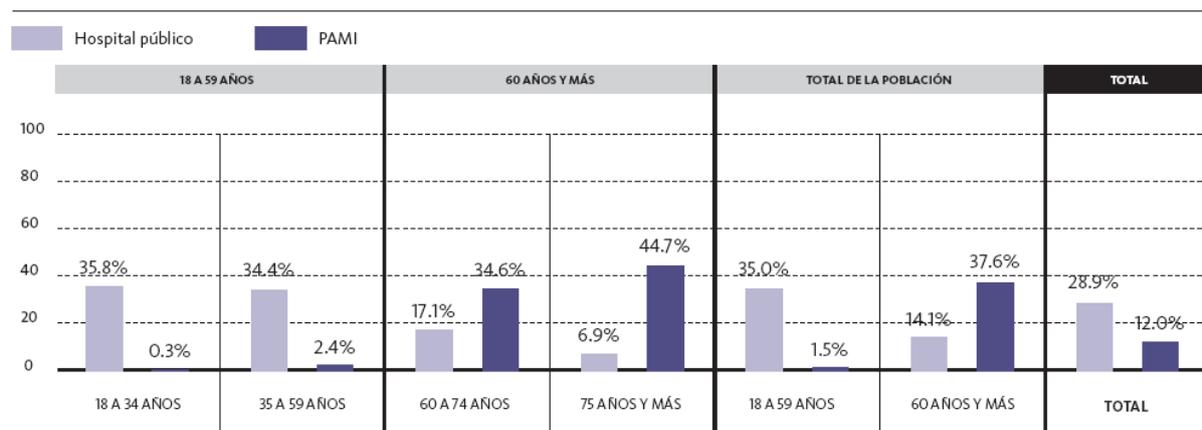
Dentro de la población de personas mayores hay una diferencia importante según cuál sea el grupo de edad: cuanto mayor es la edad, menor es la utilización del hospital público. Las personas mayores de hasta 74 años concurren al hospital público en el 17,1% de los casos. En cambio, desde los 75 años en adelante, esta costumbre disminuye drásticamente a menos de la mitad, el 6,9%.

La menor utilización del hospital público entre las personas mayores de edad más avanzada puede relacionarse con dificultades en la oferta hospitalaria para atender consultas más específicas de esas edades. Concretamente, con la necesidad de que en el ámbito hospitalario se creen o funcionen adecuadamente servicios y unidades de geriatría y gerontología, especialmente en los consultorios externos.

Esta menor asistencia al hospital público del grupo de edad de 75 años y más es compensada por una mayor concurrencia a PAMI: mientras PAMI es utilizado para las consultas médicas por el 34,6% de las personas de entre 60 y 74 años, su uso sube al 44,7% cuando se trata de adultos de 75 años y más. Debe tenerse presente que en el grupo de 60 a 74 años hay un peso importante de quienes aún no tienen la edad jubilatoria (varones de 60 a 64 años) o de quienes aún con la edad mínima requerida continúan por propia voluntad como activos y postergan su jubilación (mujeres de 60 a 64 años). No puede dejar de señalarse que, aproximadamente, una de cada 2 personas de 75 años y más utiliza las consultas médicas de PAMI (ver figura 3.4.1).

FIGURA 3.4.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Tipo de prestador de la última consulta según grupo de edad



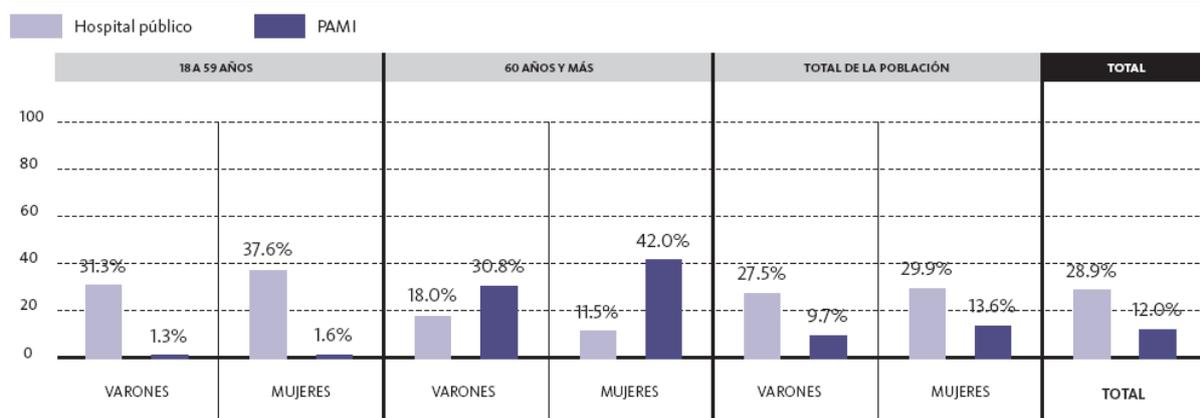
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Los varones mayores tienden a utilizar más el hospital público (18%) que las mujeres mayores (11,5%). A la inversa, las mujeres mayores recurren a PAMI para sus consultas médicas (42%) más que los varones mayores (30,8%). En el total de

la población, la utilización del hospital público es similar entre varones y mujeres. La brecha de género sólo aparece cuando se trata de personas mayores (ver figura 3.4.2).

FIGURA 3.4.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Tipo de prestador de la última consulta según sexo



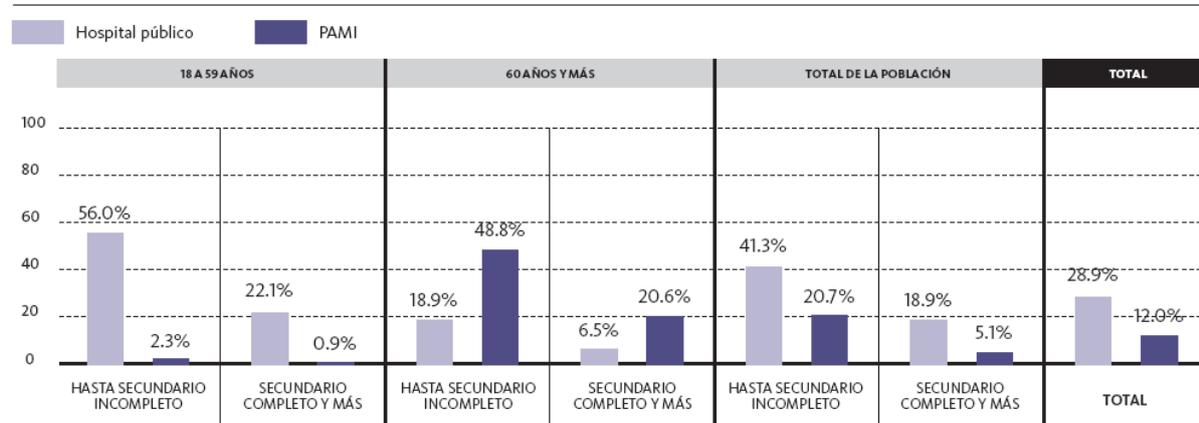
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Como es esperable, cuanto mayor es el nivel educativo, menor es la utilización del hospital público, ya que es visto como un último recurso para atenderse entre las personas que tienen más y mejores recursos para la salud (el subsistema privado, las obras sociales). La disparidad es grande: en tanto el 18,9% de las personas mayores de menor nivel educativo (secundario incompleto o menos) utilizan el hospital público, sólo lo hace el 6,5% de los de mejor nivel educativo (secundario completo como mínimo). Esta brecha en relación con el nivel educativo también existe en el total de la población: el hospital público es utilizado para consultas por el 41,3% de los de menor nivel educativo y por el 18,9% de los de mayor nivel educativo.

Una de cada 2 personas mayores de menor nivel educativo utiliza PAMI para sus consultas. En cambio, entre los de mayor nivel educativo, hay una clara preferencia (72,9%) por obras sociales, mutuales, prepagas o consulta privada con médico particular (ver figura 3.4.3).

FIGURA 3.4.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Tipo de prestador de la última consulta según nivel de instrucción



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Estos diferenciales por nivel educativo se agudizan aún más cuando se trata del estrato socioeconómico. Cuanto menor es el estrato, mayor resulta la utilización del hospital público y de PAMI. Cuanto mayor es el estrato, mayor resulta la utilización de los recursos ajenos a PAMI y al hospital (obras sociales, prepagas, etcétera).

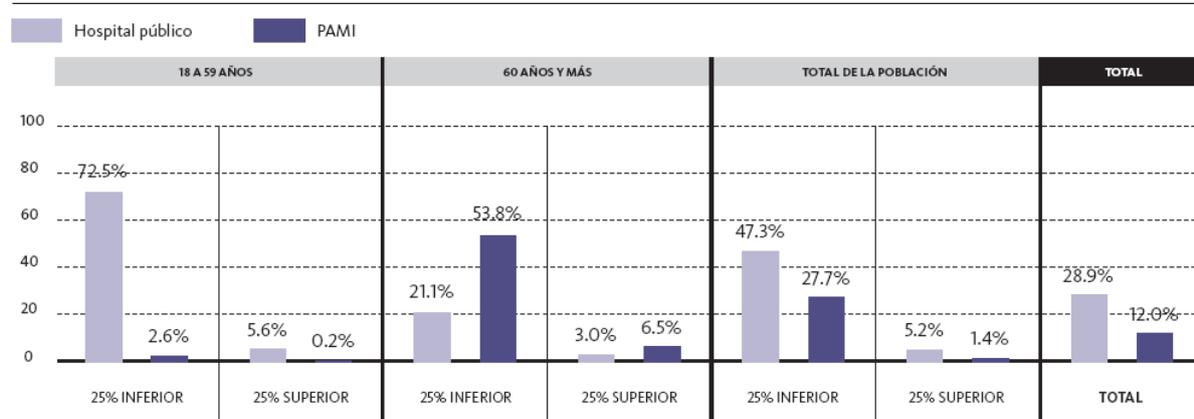
Al igual que en el caso de otros indicadores de salud presentados en este capítulo, comparemos el sistema de salud utilizado para las consultas médicas entre el estrato más alto (medio-alto) y el más bajo (muy bajo). Son los dos extremos de la estratificación utilizada: el 25% en mejores condiciones socioeconómicas y el 25% en peor posición.

Mientras en la población total el 47,3% del estrato muy bajo utiliza el hospital público (mucho más que PAMI, 27,7%), en el medio-alto lo hace sólo el 5,2% (y prácticamente PAMI no es utilizado). Más allá de estas tendencias, siempre debe remarcarse la heterogeneidad de situaciones al interior de la población de personas mayores. En este indicador se expresa que una de cada 4 personas mayores del estrato muy bajo utiliza recursos ajenos al hospital público y a PAMI, como las obras sociales. Y también que en el estrato medio-alto, casi todos (93,5%) utilizan recursos ajenos a PAMI y al hospital público.

De todos modos, la brecha por estrato socioeconómico en las personas mayores, que es muy importante, no resulta tan grande como en el total de la población, donde la utilización del hospital público caracteriza al 47,3% del estrato más bajo y al 5,2% del estrato más alto (ver figura 3.4.4).

FIGURA 3.4.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Tipo de prestador de la última consulta según nivel socioeconómico

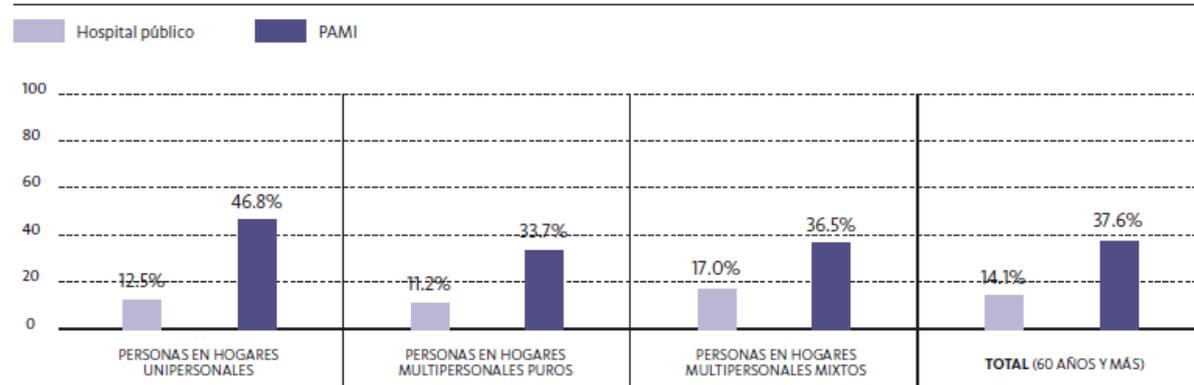


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En cuanto al tipo de hogar, las personas mayores que viven solas no difieren de las que viven en hogares exclusivamente para personas mayores respecto de la utilización del hospital público. Sí hay una mayor tendencia a utilizarlo entre las personas mayores que conviven con personas de menor edad (ver figura 3.4.5).

FIGURA 3.4.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 60 años y más.

Tipo de prestador de la última consulta según tipo de hogar

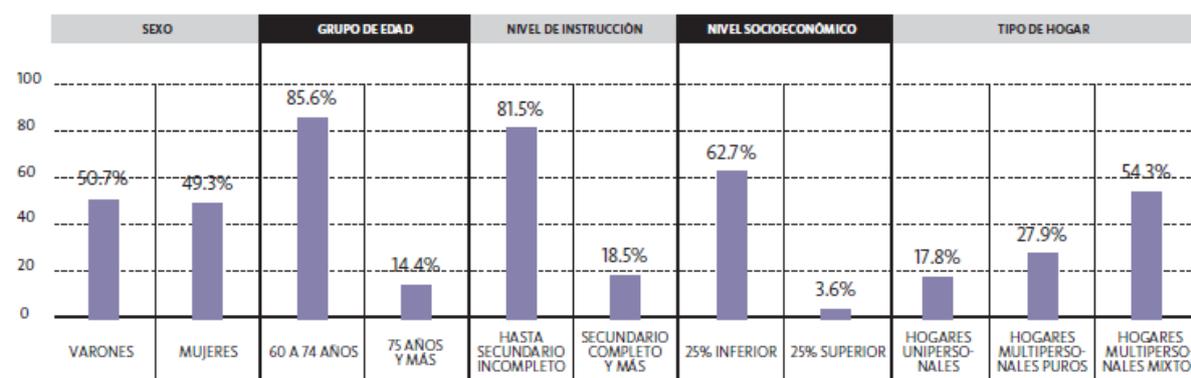


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En síntesis, ¿cómo está compuesta la población de personas mayores que se atienden en el hospital público? Por 50,7% de varones y 49,3% de mujeres. En cuanto a los grupos de edad, por 86% de entre 60 y 74 años y 14% de 75 años y más. En cuanto al nivel educativo, por 82% que no finalizó la secundaria y 18% que como mínimo tiene el secundario completo. En cuanto al estrato socioeconómico, por 63% perteneciente al más bajo y 4% al más alto. Y en cuanto al tipo de hogar, por 54% de personas mayores que conviven con personas de menor edad, 28% que conviven sólo con personas mayores y 18% de aquellas que viven solas (ver figura 3.4.6).

FIGURA 3.4.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más

Perfiles de la población de 60 años y más que realizó consulta en hospitales públicos



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

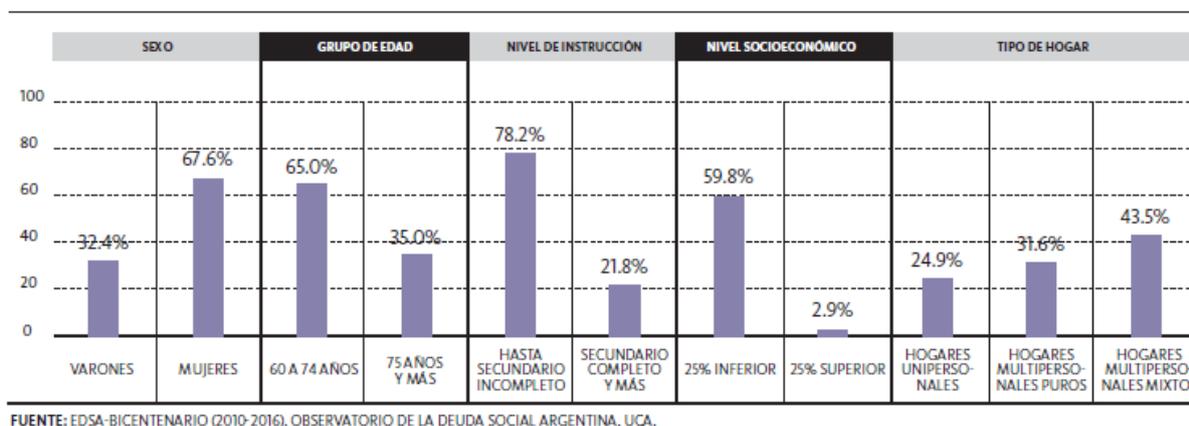
¿Y la población de personas mayores que se atienden en PAMI? No nos referimos a la estructura de los afiliados a PAMI, obtenible a partir de datos de registro para algunas de estas variables, sino a la estructura de los que efectivamente utilizan PAMI para sus consultas médicas. Como se infiere de la información analizada, hay una gran población de personas mayores afiliadas a PAMI que utilizan otros recursos para sus consultas médicas.

Es habitual la práctica de la doble consulta: primero en un sistema ajeno a PAMI (obra social o prepaga) y después en PAMI para obtener una receta de medicamentos con mejores descuentos. Cabe aclarar que en la encuesta se registra que la consulta no fue realizada por PAMI porque la consulta propiamente dicha (la orientación, la orden del estudio, el tratamiento) fue realizada a un profesional ajeno a PAMI.

La población de personas mayores que se atiende en PAMI está compuesta por 67,6% de mujeres y 32,4% de varones. En cuanto a los grupos de edad, por 65% de entre 60 y 74 años y 35% de 75 años y más. En cuanto al nivel educativo, por 78,2% que no finalizó el nivel secundario y 21,8% que, como mínimo, ha completado la escuela media. En cuanto al nivel socioeconómico, el 59,8% de las consultas ha sido realizado por los mayores pertenecientes al estrato más bajo y el 2,9% por aquellos que pertenecen al estrato más alto. Por último, en lo referente al tipo de hogar, el 43,5% de las consultas ha sido realizado por personas mayores que conviven con personas de menor edad; el 31,6% por personas que conviven con otras personas mayores; y el 24,9% restante por personas mayores que viven solas (ver figura 3.4.7).

FIGURA 3.4.7 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más

Perfiles de la población de 60 años y más que realizó consulta en PAMI



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

3.5. Hábitos de salud: el déficit en la práctica de ejercicio físico

En el capítulo 6 del *Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo* (IMSERO, 2011) se trata la cuestión de la actividad física dentro del concepto de “envejecimiento activo”. Ya desde 2002, la OMS indica como pauta necesaria para potenciar ese envejecimiento activo el tener un buen funcionamiento físico y mantener la actividad física y realizar ejercicio físico. Hay suficientes estudios que demuestran que el sedentarismo es el séptimo factor de riesgo en los países más desarrollados. La falta de actividad física se ha convertido en uno de los principales problemas para la salud pública en los países más desarrollados, porque aumenta el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras.

En esa publicación se cita que en la reciente *Physical Activity Guidelines for Americans* (2008) se difunden varios problemas de salud en los que hay fuerte evidencia de su vinculación con la falta de una práctica habitual de ejercicio físico, incluyendo la prevención de caídas y el mejoramiento de la función cognitiva en ancianos. Por todo eso los expertos coinciden en que la práctica de una actividad física debería promoverse como un derecho de ciudadanía.

La actividad física es, sin lugar a dudas, una condición necesaria para mantener la salud física y psíquica de las personas, independientemente de su edad. Las personas mayores no sólo no son una excepción; está probado que el ejercicio tiene consecuencias biológicas que contribuyen a prevenir la depresión y ayuda en la prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos frecuentes en las personas mayores, como varios tipos de artrosis y dolores musculares (Programa de Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile).

En las presentaciones anteriores del Barómetro se argumenta que un desarrollo saludable es un valor compartido por toda la población y que ciertas conductas en la rutina diaria, como el ejercicio físico, favorecen ese desarrollo saludable. El ejercicio físico es definido como “el conjunto de acciones motoras musculares y esqueléticas –es decir, cualquier actividad física– que mejoran y mantienen la mejor aptitud física, la salud y el bienestar de la persona”.

Las razones del ejercicio físico pueden ser muy variadas: lograr el fortalecimiento muscular o mejorar el sistema cardiovascular, entre otras; pero también realizar prácticas deportivas, reducir la grasa, mantenerse en forma o simplemente realizar una actividad recreativa. Es también un indicador de un estilo de vida activo en la vejez, del disfrute del bienestar y la calidad de vida. Lo importante es que las actividades de ejercicio físico estén adaptadas a la capacidad funcional de cada persona mayor, sus necesidades y limitaciones.

La Organización Mundial de la Salud ha definido la actividad física dentro de una *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud* para el conjunto de la población. Allí “se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”.

También allí se aclara que *actividad física* no debe confundirse con *ejercicio*. El ejercicio es una actividad física planificada, estructurada, repetitiva y relacionada con un objetivo vinculado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. En cambio, la actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, de trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (OMS). Una persona mayor, económicamente inactiva, que como rutina diaria se ocupa de las tareas domésticas, sin duda hace actividad física aunque no sería lo que se define como “ejercicio”.

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

El resultado es que el 69% de las personas mayores tiene déficit en este indicador de salud. Sólo una de cada 3 personas mayores no tiene déficit respecto de este tipo de conductas.

Sin embargo, también entre las personas no mayores el déficit es alto: el 66,1% no hace ejercicios al menos una vez a la semana. En el total de la población, mayores incluidos, la cifra es de 66,7%. El déficit, por lo tanto, aumenta entre las personas mayores pero de modo muy poco significativo. Esto contrasta con lo ya señalado respecto a otros dos indicadores de salud –el estado de salud percibido y las consultas médicas–, donde se advertían especificidades propias de la mayor edad.

Si bien se asumió más arriba que el ejercicio físico es importante para todas las edades en cuanto a la salud, puede sugerirse que es más necesaria en las edades avanzadas o que sus efectos saludables pesan más en estas edades. Por lo tanto, un déficit equivalente al de la población total debe ser interpretado como un déficit más crítico, de mayores consecuencias para una vida con adecuada salud.

Desde las políticas públicas la tarea pendiente es inmensa: promover que alrededor de 4,2 millones de personas mayores incorporen ejercicios físicos dentro de su rutina semanal.

La información disponible para Chile muestra menor déficit al respecto que en la Argentina: en Chile, el 39% de las personas mayores realiza ejercicios físicos por lo menos una vez a la semana.

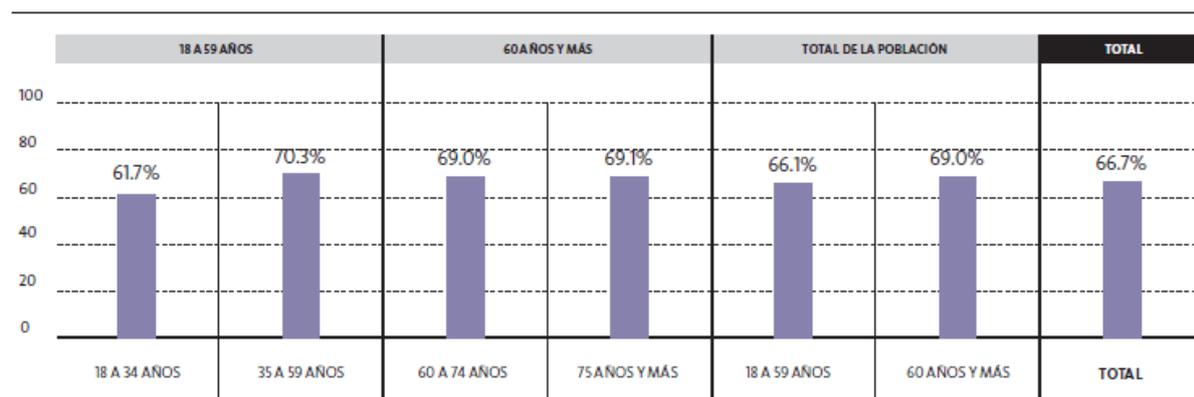
Veamos a continuación de qué modo el sedentarismo (la falta de ejercicio físico) se relaciona con la edad, el sexo, el nivel educativo, el estrato socioeconómico y el tipo de hogar de las personas mayores.

Curiosamente, la edad más avanzada dentro de las personas mayores no se condice con una disminución en la práctica del ejercicio físico: las personas mayores del grupo 60 a 74 años presentan la misma proporción de sedentarismo que los de 75 años y más (69%).

En cambio, en el total de la población de 18 años y más (ODSA-UCA, 2014), dentro de un panorama de sedentarismo generalizado hay alguna tendencia a que aumente a la par de la edad: en el grupo de 18-34 años el sedentarismo caracteriza al 61,7%, mientras que esa situación crece al 70,3% cuando se trata de personas de entre 35 y 59 años (ver figura 3.5.1).

FIGURA 3.5.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No realizó ejercicio según grupo de edad



FUENTE: ODSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

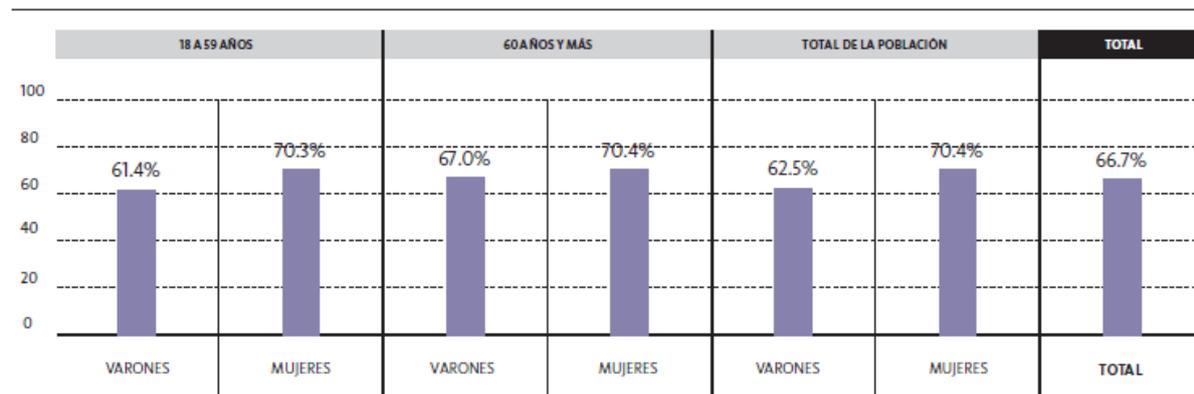
Esta homogeneización de las personas mayores frente al ejercicio físico vuelve a llamar la atención sobre en qué grupo etario de las personas mayores es más crítica la falta de ejercicio físico. Por un lado, por su carácter preventivo de problemas de salud, pareciera que el sedentarismo entre los 60 y los 74 años es más crítico porque allí es cuando se desaprovechan recursos para envejecer mejor. Un nivel adecuado de actividad física regular ayuda a reducir el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, depresión y caídas. Pero por otro lado, también es cierto que cuanto mayor es la edad (por ejemplo, desde los 75 años), más son las complicaciones de salud y, por lo tanto, mayor es la necesidad de recursos para cuidarla. Uno de ellos es el ejercicio físico.

Tal como informa el Barómetro, en el total de la población el déficit de ejercicio físico es mayor entre las mujeres (70,4%) que entre los varones (62,5%), aunque es muy significativo en ambos sexos. Esta tendencia se mantiene entre las personas mayores, aunque con bastante menor diferencia: mientras el 70,4% de las mujeres mayores no realizan ejercicios físicos al menos una vez por semana, esta misma

situación se presenta en el 67% de los varones mayores. La mayor edad tiende a homogeneizar este aspecto de la salud entre mujeres y varones (ver figura 3.5.2).

FIGURA 3.5.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No realizó ejercicio según sexo



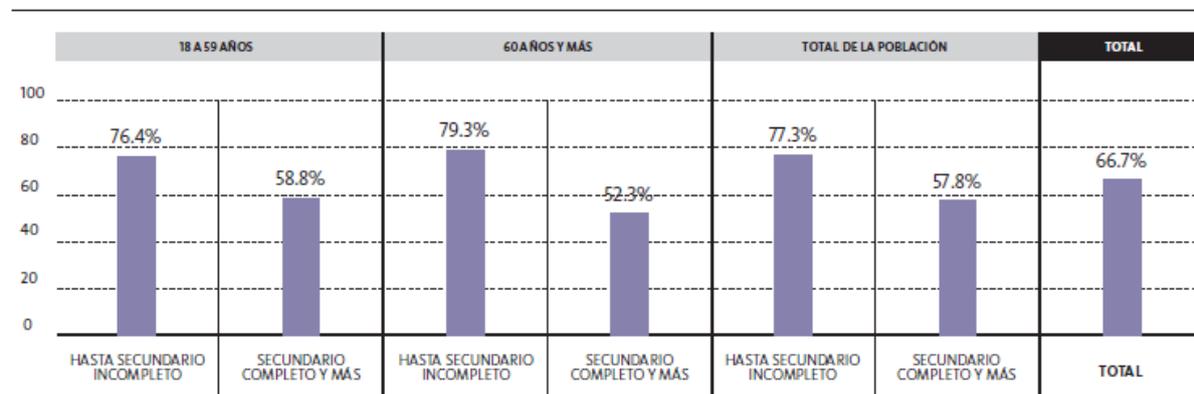
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Los ya citados estudios en Chile sugieren, sobre la base de bibliografía especializada, que habría razones culturales que explican esa diferencia, mayor en Chile que en la Argentina. Habría estereotipos de género que hacen que algunas actividades físicas, especialmente deportivas, sean consideradas más masculinas. También una imagen estereotipada a partir de sus diferencias biológicas, por la cual las mujeres serían “más delicadas y frágiles”. Todo indica que estas razones culturales estarían desapareciendo, sobre todo entre las personas mayores de menor edad, como los sexagenarios.

Así como edad y sexo no parecen tan determinantes a la hora del ejercicio físico, sí lo es el nivel educativo. Una mayor educación está asociada con una menor tendencia a no hacer ejercicios físicos al menos una vez a la semana: mientras el 79,3% de los que tienen el secundario incompleto (como máximo) no hacen ejercicios físicos en forma regular, esta condición caracteriza al 52,3% de las personas mayores de mayor nivel educativo (ver figura 3.5.3).

FIGURA 3.5.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No realizó ejercicio según nivel de instrucción



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

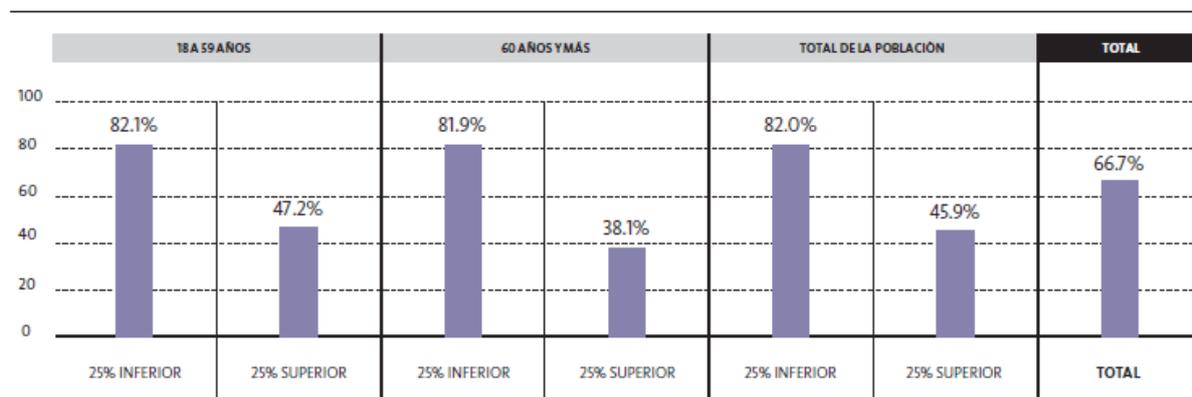
Sin proponer que una mayor familiarización con los contenidos de la educación secundaria –tanto la educación física como la biología, y más específicamente la educación para la salud– sea definitiva a la hora de un mayor cuidado de la salud, al menos en lo que hace a la realización de ejercicios físicos sí hay evidencia de que una mejor y completa educación mejora los estándares de este indicador. No es posible inferir de estos resultados que una mejor y más completa práctica de la educación física durante la escuela secundaria cree hábitos que, adecuadamente conservados en la vida adulta, continúen en las edades avanzadas. De todos modos, mirando hacia adelante, una mejor calidad educativa en el área de la educación física puede ayudar a un proceso de envejecimiento más activo. Como se observa en la figura 3.5.3 estas diferencias por nivel educativo también existen en el total de la población: 77,3% de la población con secundario incompleto y 57,8% con secundario completo no realiza ejercicios físicos en forma habitual (al menos una vez por semana).

El nivel educativo es una de las dimensiones de la condición socioeconómica de las personas, pero su clasificación en cuartiles permite ver mejor los diferenciales entre distintos estratos socioeconómicos. Tal como se hizo con los anteriores indicadores de salud, comparemos el déficit de ejercicio físico entre las personas mayores del estrato socioeconómico medio-alto y las del muy bajo. La diferencia es notable: el déficit es del 38,1% entre los primeros y del 81,9% entre los segundos. Siempre recordemos que estamos comparando al 50% de la estratificación, el extremo más alto y el más bajo.

Ya en los estudios anteriores del Barómetro se venía advirtiendo sobre esta medida de la desigualdad en el total de la población: el déficit de ejercicio físico caracteriza al 45,9% de las personas del estrato medio-alto y al 82% de las personas del muy bajo. El déficit en este indicador de salud es el doble entre uno y otro estrato (ver figura 3.5.4).

FIGURA 3.5.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No realizó ejercicio según nivel socioeconómico

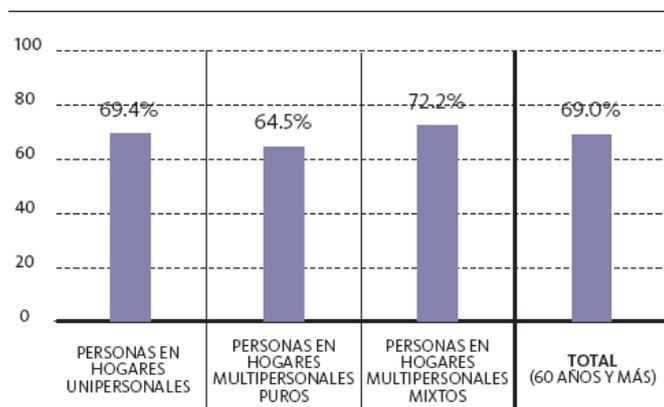


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En cambio, el tipo de hogar (con quiénes conviven las personas mayores) no tiene incidencia alguna en el déficit de ejercicio físico: tanto los que viven solos (66,1%) como los que viven en hogares compuestos sólo por personas mayores (66,3%) y los que viven en hogares con miembros de otras edades (68,7%) presentan resultados similares (ver figura 3.5.5).

FIGURA 3.5.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

No realizó ejercicio según tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Capítulo IV

RECURSOS PSICOLÓGICOS PARA EL BIENESTAR SUBJETIVO Y CAPACIDADES SOCIALES

Por Enrique Amadasi con la colaboración de Emilse Rivero

Una mirada integral acerca del bienestar de las personas debe incluir aspectos físicos y subjetivos, la participación social, el potencial del individuo, y su capacidad de adaptación al medio (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011). En referencia específica a las personas mayores, el enfoque de las Naciones Unidas (1982) menciona que el bienestar social remite no sólo a las condiciones materiales de vida sino también a la sociabilidad (los niveles de independencia y autonomía), que se expresa en la sensación de bienestar y satisfacción con la vida (ODSAUCA, 2014b). En este sentido, el enfoque contempla tanto la dimensión objetiva, vinculada a las condiciones materiales de existencia, como la dimensión subjetiva, vinculada a las percepciones, valoraciones y sentimientos respecto a la propia vida.

Partiendo de la idea de que el bienestar subjetivo constituye un derecho fundamental de las personas que abarca cuestiones tales como la salud, las relaciones interpersonales y los recursos psicológicos, “una óptima condición de salud, un mayor bienestar psicológico; la posibilidad de tener proyectos de vida, de sentir emociones positivas y presentar modos adecuados para afrontar la adversidad gracias a la recepción de apoyo social, son factores que crean un soporte de relevancia para estudiar la agencia y el bienestar de las personas” (ODSA-UCA, 2014a).

Siguiendo este lineamiento, el presente capítulo centra su análisis en el aspecto subjetivo del bienestar a través del abordaje, en primer lugar, de las estrategias de afrontamiento, la incapacidad de tener proyectos personales y la carencia de control externo; en segundo lugar, de los sentimientos de infelicidad, soledad y la falta de

paz espiritual; en tercer lugar, de las capacidades sociales de agencia de las personas mayores.

4.1. Estrategias de afrontamiento, incapacidad de tener proyectos personales y carencia de control externo

En consonancia con el enfoque desarrollado por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) respecto a la comprensión de los recursos cognitivos y emocionales de los que disponen las personas para enfrentar sus dificultades, el presente subcapítulo analiza las estrategias de afrontamiento, la incapacidad de tener proyectos personales y la carencia de control externo de las personas mayores.

En el Barómetro de la ODSA-UCA (2012), Solange Rodríguez Espínola publica una nota de investigación titulada “Las maneras de afrontar la adversidad según el entorno social y económico”, que ha servido como referencia principal. Allí se define el *afrontamiento* como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”, siguiendo a Lazarus y Folkman (1986).

En cuanto a la incapacidad de poseer proyectos personales, se menciona en diversos informes (2013 y 2014) que esta dimensión remite a la percepción de incompetencia que tiene el individuo para proponerse metas y objetivos en procura de su bienestar personal, y respecto de la conceptualización de las creencias de control, al grado en que la propia conducta es o no eficaz para modificar positivamente el entorno. Específicamente, el carácter de déficit de esta última alude a los individuos que “se sienten a merced del destino... se caracterizan por desestimar la eficacia del propio accionar para cambiar el entorno, ser más influenciables a la coerción social, tener escasa motivación al logro y bajas expectativas al futuro” (ODSA-UCA, 2011).

Estrategias de afrontamiento: el afrontamiento negativo. En las edades avanzadas, tal como ocurre en todas las edades, las personas enfrentan hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin. La noción de afrontamiento negativo, que se analizará en este apartado, se refiere a un tipo específico de afrontamiento de las adversidades: el de carácter *evitativo* o *pasivo*, en el que predominan conductas destinadas a evitar pensar en una situación problemática, sin realizar intentos activos por afrontar o tratar de resolver tales situaciones (ODSA-UCA, 2013).

De acuerdo con ello, la EDSA recoge información respecto de distintos modos en que una persona mayor puede actuar ante un problema. Para ello solicita a los respondentes que señalen cuál es su forma de actuar o de reaccionar ante un problema, consignando algunas frases y preguntando con qué frecuencia lo hacen. Las tres frases que analizaremos en este subcapítulo son:

- » Ante un problema, se pone tan mal que no puede hacer nada.
- » Ante un problema, deja que el destino o Dios se ocupen de su problema.
- » Ante un problema, busca alguna manera de olvidar sus dificultades.

Específicamente para cada frase, se registra una de estas categorías:

- » Casi siempre.
- » Muchas veces.
- » Pocas veces.
- » Casi nunca.

Con estas cuatro categorías y las tres preguntas, se construyó un índice que varía entre 3 (“Casi nunca” en las tres frases) y 12 (“Casi siempre” en las tres frases).

Para indagar sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante situaciones de estrés, “se incluyó dentro de la EDSA-Bicentenario una versión reducida de 14 ítems del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986). La versión reducida se hizo a partir de la selección de aquellos ítems que definían mejor las estrategias incluidas en las tres dimensiones de afrontamiento propuestas por Moos y Billings (1982)”.

Una de estas dimensiones es el afrontamiento evitativo. En el capítulo 5, “Componentes psicosociales del bienestar subjetivo”, de la publicación del Observatorio 2011, Solange Rodríguez Espínola y Agustín Salvia señalan que este estilo de afrontamiento se caracteriza por la tendencia a minimizar la situación de estrés, ya sea ignorando su existencia, escapando de la misma o evitando tomar la responsabilidad de resolverla.

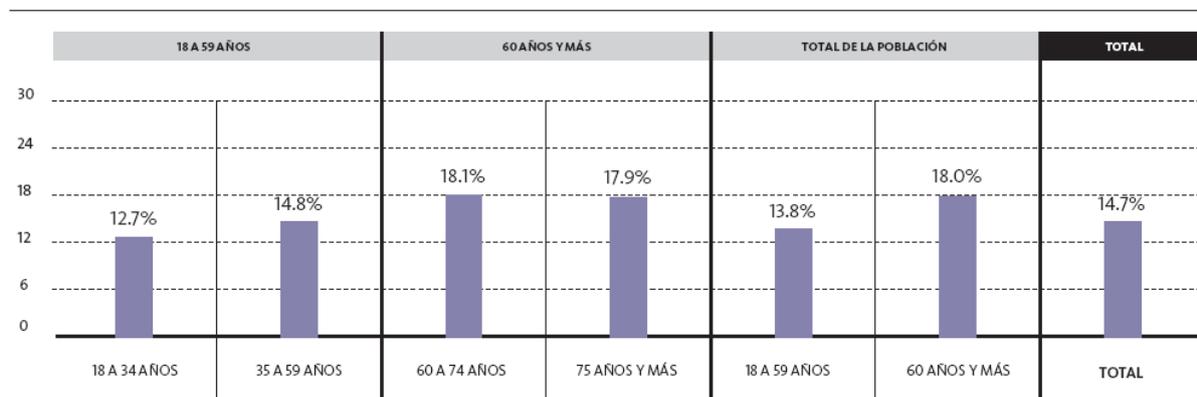
Los resultados indican que el 18% de las personas mayores tienen un puntaje alto en este índice de afrontamiento negativo, bastante mayor que el encontrado en la población con edades entre 18 y 59 años (13,8%).

Esta especificidad propia de la población de personas mayores no debe ocultar que 4 de cada 5 de ellas afrontan sus problemas con otros mecanismos, o por lo menos utilizan en menor medida los ejemplificados con las tres frases seleccionadas.

La importancia de este recurso psicológico no varía dentro de las personas mayores al aumentar la edad: es del 18,1% en el grupo de 60 a 74 años y de 17,9% a partir de los 75 años (ver figura 4.1.1.1).

FIGURA 4.1.1.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Afrontamiento negativo según grupo de edad

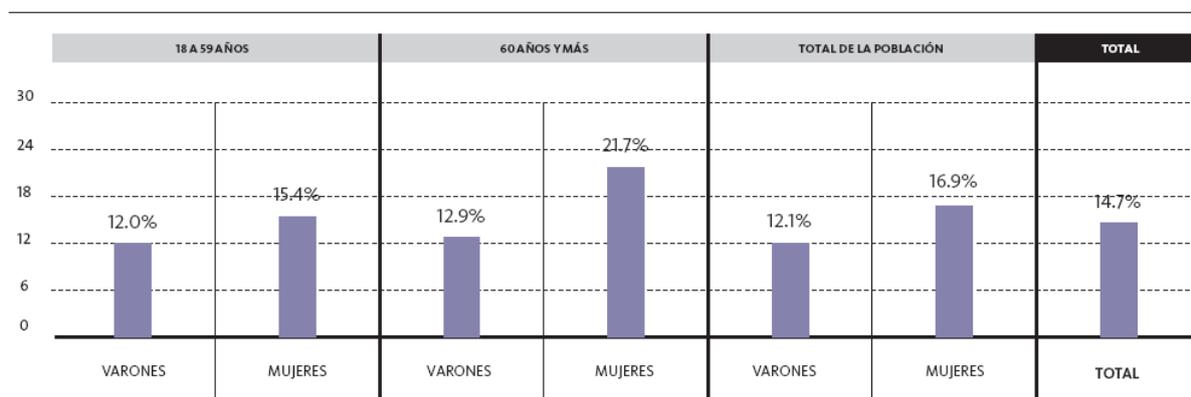


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Si la mayor edad dentro de las personas de edades avanzadas no significa mayor utilización de estos recursos, ¿qué otros factores los potencian? Uno, sin duda, es la brecha de género: entre las mujeres mayores el afrontamiento negativo sube a 21,7% y entre los varones disminuye hasta 12,9%. También entre la población de personas no mayores, las mujeres (15,4%) tienden más a este recurso que los varones (12%), pero la diferencia no es tan significativa (ver figura 4.1.1.2). Realmente, en este punto, hay modos diversos de envejecer entre mujeres y varones.

FIGURA 4.1.1.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Afrontamiento negativo según sexo

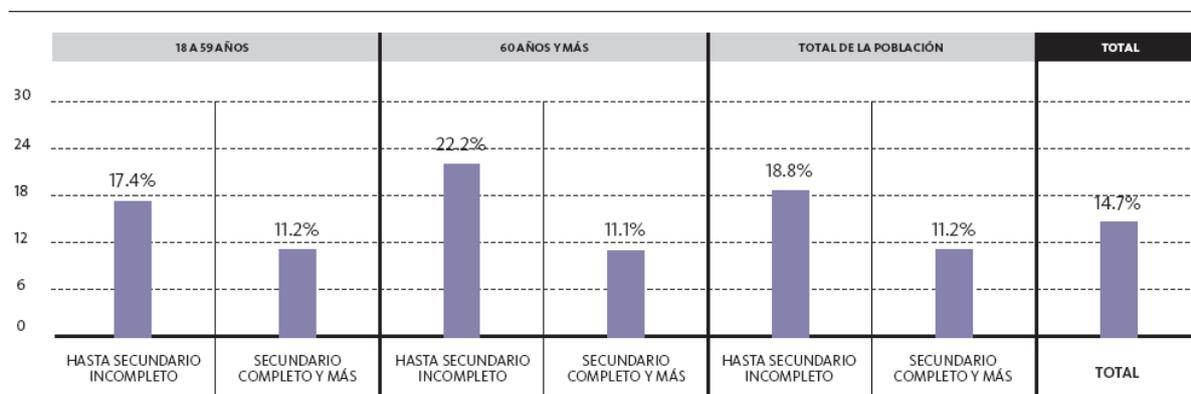


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El mayor afrontamiento negativo vuelve a encontrarse en quienes tienen menor nivel educativo (sin secundario completo): 22,2%, el doble respecto al porcentaje encontrado en los de mayor nivel educativo (quienes, como mínimo, completaron el secundario), que es del 11,1%. También en la población de hasta 59 años hay una mayor utilización de estos recursos entre los de menor nivel educativo, pero la brecha no es tan marcada como entre las personas mayores (ver figura 4.1.1.3). También en este punto hay modos diversos de envejecer entre los de menor y mayor nivel educativo.

FIGURA 4.1.1.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Afrontamiento negativo según nivel de instrucción



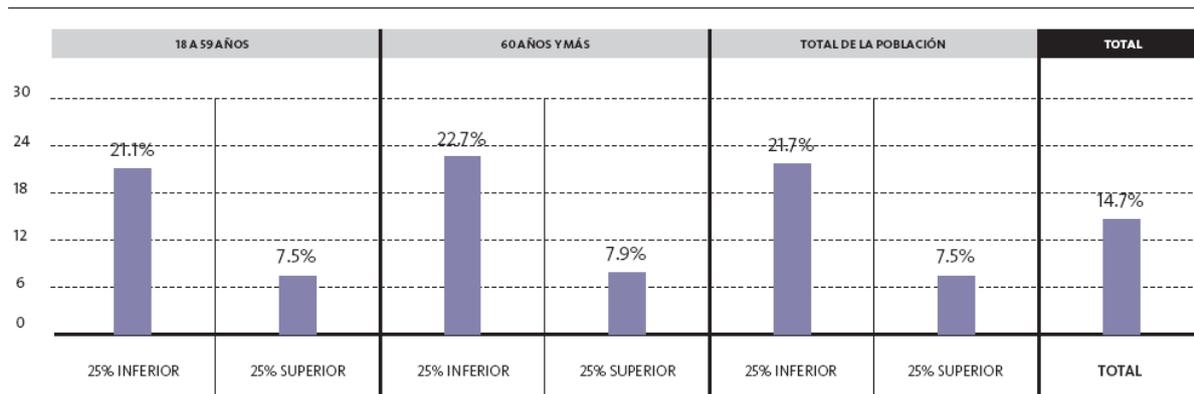
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Las diferencias se amplían cuando se considera el estrato socioeconómico. Este tipo de recursos psicológicos es frecuente en el 22,7% de las personas mayores

del estrato más bajo y sólo en el 7,9% de las que están en el estrato más alto (medio-alto). Es una medida de desigualdad muy significativa. Lo encontrado entre las personas mayores no difiere de la población de hasta 59 años; allí también las diferencias son de tal magnitud (ver figura 4.1.1.4).

FIGURA 4.1.1.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Afrontamiento negativo según nivel socioeconómico

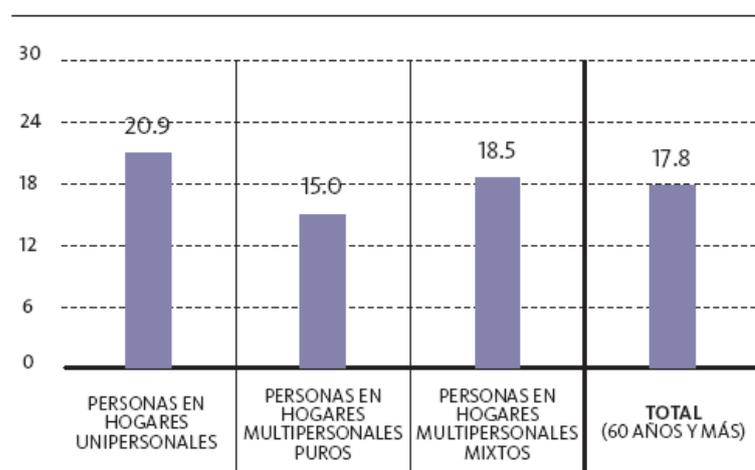


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En cuanto al tipo de hogar, los que viven solos son los que presentan más déficit en relación con estrategias de afrontamiento, es decir que más frecuentemente utilizan el afrontamiento negativo (20,9%). En cambio, los que viven en hogares compuestos sólo por personas mayores son los que presentan menor afrontamiento negativo (ver figura 4.1.1.5).

FIGURA 4.1.1.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Afrontamiento negativo según tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

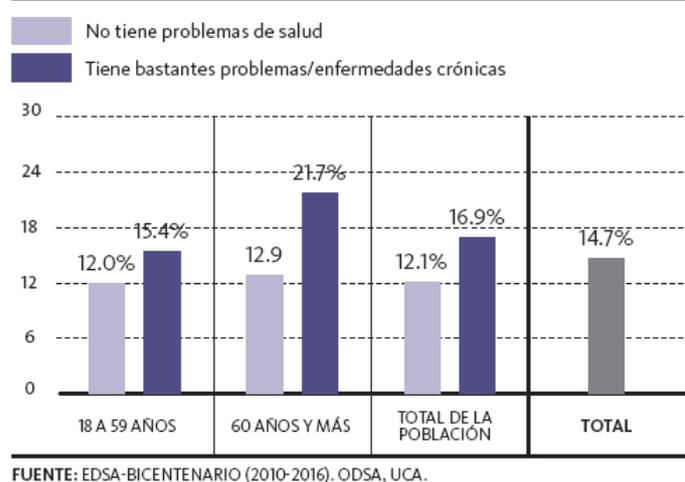
Apartándonos del conjunto de variables de corte seleccionadas para analizar todas las variables estudiadas en las personas mayores (grupo de edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico y tipo de hogar), nos preguntamos si la autopercepción del estado de salud, ya presentada en el capítulo 3, tiene alguna relación

con la utilización de determinados recursos psicológicos. La respuesta es afirmativa. El mayor afrontamiento negativo se encuentra entre las personas mayores que declaran tener muchos problemas de salud o padecer enfermedades graves. Es mucho menos frecuente entre quienes declaran que no tienen problemas de salud: 24,3% y 13,7%, respectivamente; una diferencia muy importante.

Sin embargo, no parece ser una especificidad de las personas mayores. En la población de hasta 59 años, también se encuentra mayor afrontamiento negativo entre los que tienen una autopercepción más crítica de su estado de salud, siempre en comparación con los que declaran que no tienen problemas de salud (ver figura 4.1.1.6).

FIGURA 4.1.1.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

Afrontamiento negativo según percepción de estado de salud



Déficit de proyectos personales. El sentido vital se define “como el conocimiento de un orden que otorga coherencia y propósito a la propia existencia, persiguiendo objetivos y metas, que brinden una sensación de valor o utilidad personal y promuevan una mayor satisfacción vital y autoestima” (Iacub, 2012:97). La importancia de formular proyectos radica en que, a través de estos, las personas mayores dan cuenta de su sentido vital, de sus deseos, expectativas y aspiraciones. Por tanto, la medición del déficit de proyectos personales en las personas mayores intenta reflejar la percepción de incompetencia para proponerse metas y objetivos en procura de su bienestar personal (ODSA-UCA, 2013).

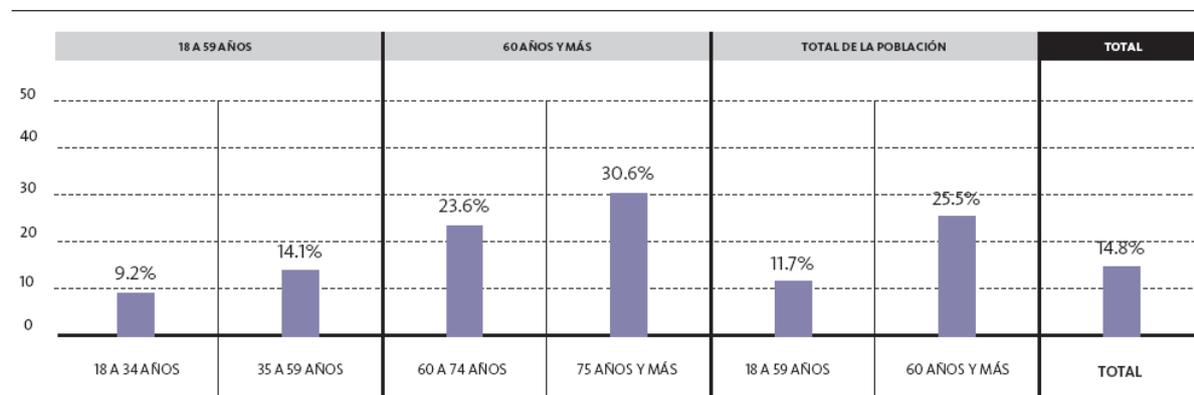
En la EDSA, dentro de un conjunto amplio y variado de preguntas que expresan opiniones ante la vida, se incluyó una que dice: “Usted, ¿puede pensar proyectos más allá del día a día?”. Las categorías de respuesta son dos: “Sí” o “No”. El indicador de déficit de proyectos personales es la respuesta “No”.

Una de cada cuatro personas mayores (25,5%) respondió que no puede pensar proyectos más allá del día a día, proporción mucho más alta que la encontrada en la población de hasta 59 años (11,7%). Estamos ante una especificidad de las personas mayores. Dentro de una clara tendencia al incremento del déficit de proyectos personales a medida que aumenta la edad, hay una discontinuidad marcada al interior de las personas mayores: en el grupo de 60 a 74 años es de 23,6% y crece hasta

30,6% en el grupo de 75 años y más. Esta discontinuidad, aunque importante, es sin embargo menor que la encontrada al interior de la población de hasta 59 años. En efecto, mientras entre los de 18-34 años (los más jóvenes) este déficit es de sólo 9,2%, en el grupo 35-59 años aumenta a 14,1%. A fin de lograr una mejor comprensión de los aspectos psicológicos de las personas mayores, conviene comparar los dos extremos de los grupos de edad: en tanto que el 9,2% de los más jóvenes (18-34 años) presenta déficit de proyectos personales, esta carencia caracteriza al 30,6% del grupo de 75 años y más (ver figura 4.1.2.1).

FIGURA 4.1.2.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de proyectos según grupo de edad

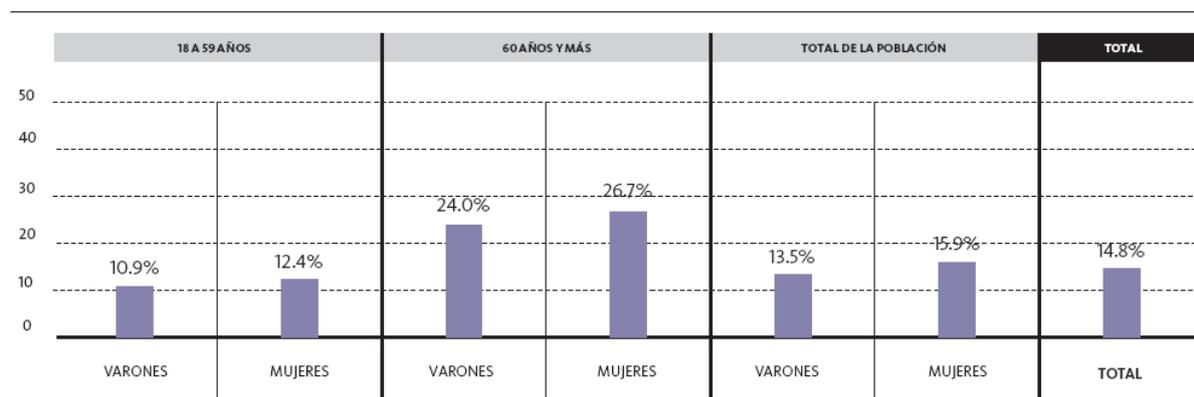


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En esta dimensión no hay brechas de género: 26,7% entre las mujeres mayores y 24% entre los varones mayores; como tampoco la hay entre la población de hasta 59 años (ver figura 4.1.2.2).

FIGURA 4.1.2.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de proyectos según sexo



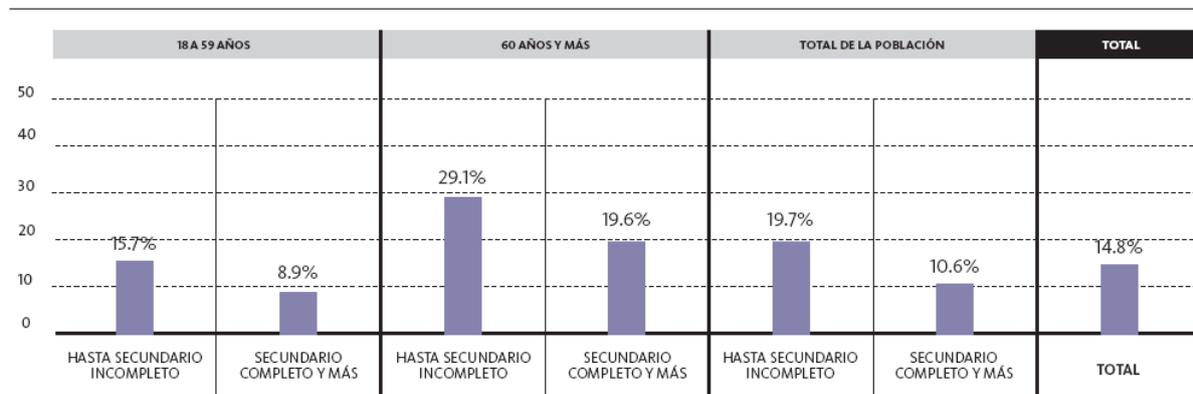
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El nivel de instrucción de las personas mayores tiene mucha relación con este tipo de déficit, pues es mucho mayor entre quienes tienen menor nivel educativo (secundario incompleto). La diferencia es importante: mientras el 29,1% de las personas mayores con menor nivel educativo respondieron que no pueden pensar proyectos más allá del día a día, esto ocurrió con el 19,6% de las personas mayores de mayor nivel educativo (secundario completo como mínimo). De todas maneras, la

brecha educativa tiene mayores efectos entre la población de hasta 59 años, donde la diferencia es casi de 2 a 1. En este caso, la edad avanzada modera las diferencias educativas (ver figura 4.1.2.3).

FIGURA 4.1.2.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de proyectos según nivel de instrucción

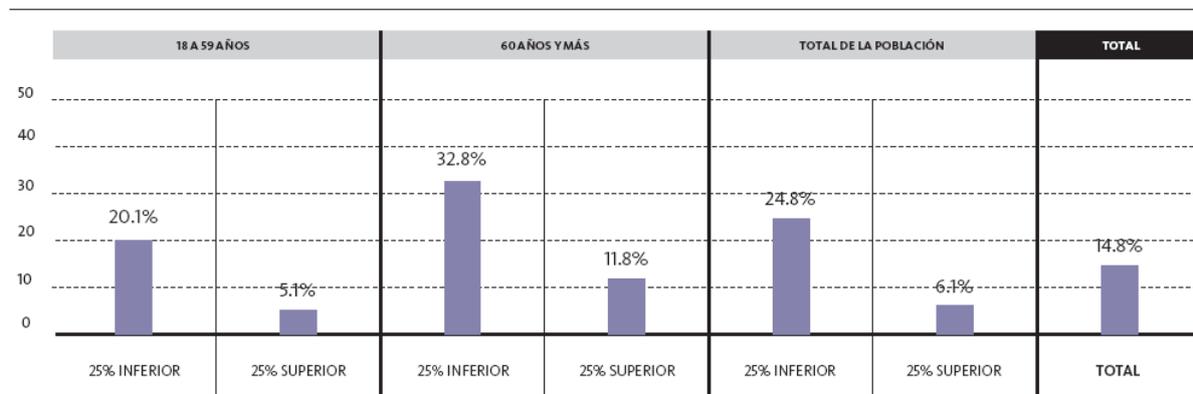


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Como ocurre con casi todos los indicadores, el factor que mejor explica las diferencias es el estrato socioeconómico, en particular si se comparan los dos estratos extremos: la relación es de 3 a 1. En efecto, 1 de cada 3 personas mayores (32,8%) del estrato más bajo manifiesta déficit de proyectos personales. Este déficit disminuye a 11,8% cuando se trata de personas mayores del estrato más alto. La falta de proyectos personales se suma a todas las otras carencias que caracterizan al estrato más bajo. También es necesario decir que la edad atempera en cierta medida las diferencias por estrato en cuanto a este indicador, que son más marcadas cuando se trata de la población de hasta 59 años (ver figura 4.1.2.4).

FIGURA 4.1.2.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de proyectos según nivel socioeconómico

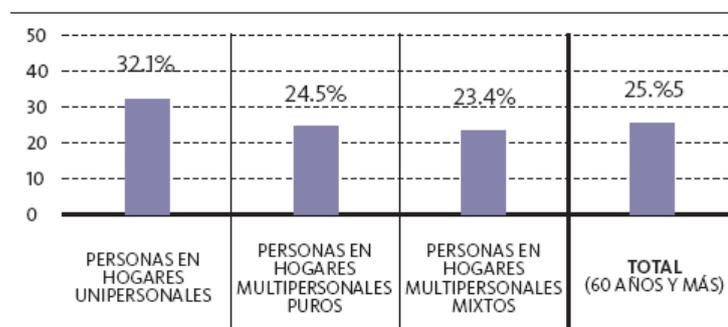


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

De cada 3 personas mayores (32,1%) que viven solas, 1 afirma que no puede pensar proyectos más allá del día a día, proporción bastante superior a la de quienes viven acompañados. No hay diferencias significativas en este aspecto entre quienes viven acompañados solamente por personas también mayores y quienes viven en hogares con personas no mayores (ver figura 4.1.2.5).

FIGURA 4.1.2.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Déficit de proyectos según tipo de hogar

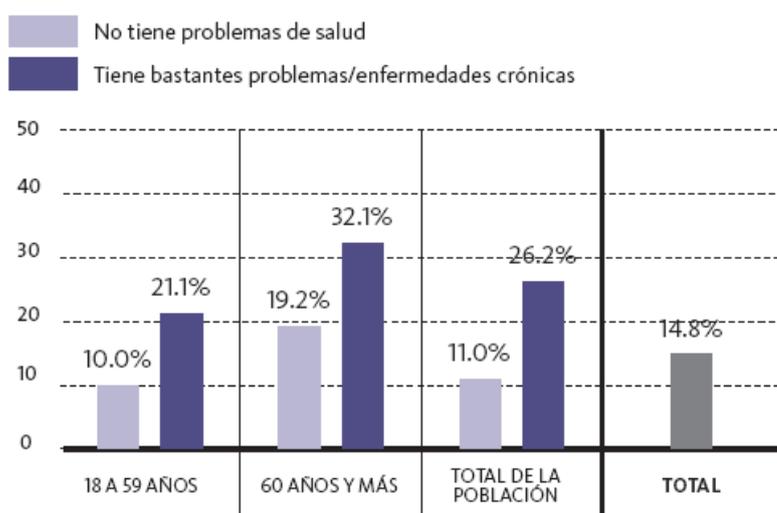


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Un mayor déficit en la percepción del estado de salud va acompañado de mayor déficit de proyectos personales: mientras entre las personas mayores que declaran que tienen muchos problemas de salud y/o padecen de enfermedades graves este déficit alcanza el 32,1%, es del 19,2% entre quienes declaran no tener problemas de salud. Lo mismo sucede en la población de hasta 59 años, aunque con más intensidad. Tal como se señaló en el capítulo 3, un estado de salud muy crítico es menos frecuente en la población de hasta 59 años, por lo que entre las personas mayores el factor de la percepción de salud tiene un peso considerable respecto de los proyectos personales (ver figura 4.1.2.6).

FIGURA 4.1.2.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

Déficit de proyectos según percepción de estado de salud



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

¿Cuáles son las personas mayores más afectadas por el déficit de proyectos personales? En primer lugar, las del estrato socioeconómico más bajo, las que viven solas y las que perciben que tienen muchos problemas de salud. Les siguen los del grupo de edad de 75 años y más.

Creencia de control externo. Según Iacub (2012), la teoría del control se refiere a la idea de que las personas pueden tener diferentes reacciones en iguales circunstancias de acuerdo con su percepción de las situaciones en aspectos tales como la motivación, la comprensión de la situación y las emociones que genere; la combinación de estas tres cuestiones es la que forja la sensación de control o de carencia.

Las personas, no sólo las mayores, difieren respecto de sus convicciones acerca del grado en que sus propias conductas son o no eficaces para modificar positivamente el entorno. Hay individuos que se sienten a merced del destino y consideran que sus conductas están dirigidas exteriormente, desestimando la eficacia de su propio accionar para cambiar el entorno; son más influenciables a la coerción social, tienen menos motivación que otras para obtener logros y también menos expectativas hacia el futuro (Rodríguez Espínola, en Salvia, 2012).

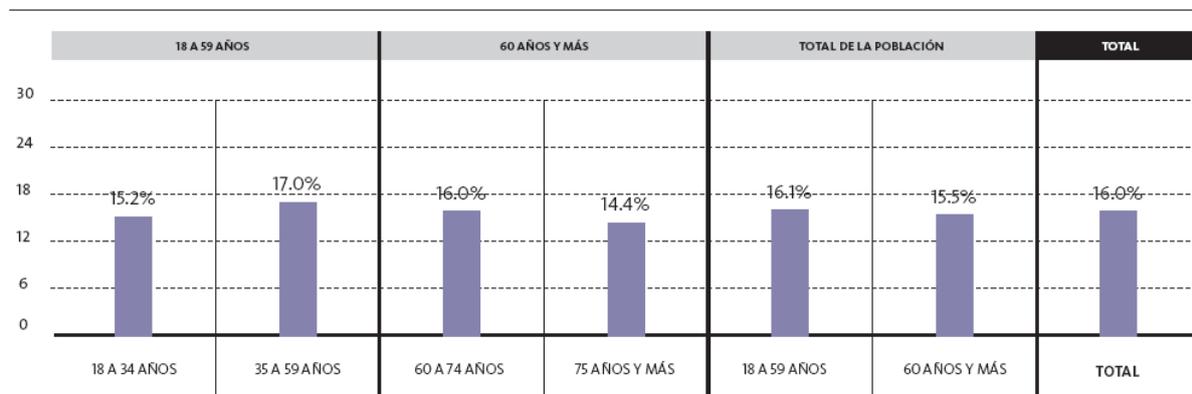
Triadó y Villar (2007) definen al *control* percibido como “el grado en que la persona advierte que existe una relación funcional entre sus acciones y los eventos que siguen a tales acciones” y que puede tener una gran influencia sobre el bienestar físico y emocional de las personas mayores. La adaptación a enfermedades crónicas, las conductas de autocuidado, la búsqueda de información, el mantenimiento de las habilidades de la vida diaria, el bienestar y la satisfacción con la vida, entre otras, tienen que ver con el control percibido.

En la EDSA se incluyen algunas preguntas que expresan distintas opiniones ante la vida, seis de las cuales se refieren a esta dimensión. Las preguntas son: a) “Conseguir lo que uno quiera de la vida ¿depende de tener suerte?”; b) “Usted cree que: Con el voto no se cambia nada”; c) “Usted cree que: En la vida, las cosas son como son y no hay forma de cambiarlas”; d) “Usted cree que: Hacer planes no tiene sentido porque muchas cosas son cuestión de suerte”; e) “Usted cree que: Muchas veces las decisiones las toman otros por usted (no controla su vida)”, y f) “Usted cree que: Como el mundo está manejado por algunas personas con poder, los demás no podemos hacer mucho para cambiar las cosas”. Cada una de estas preguntas debía responderse por “Sí” o por “No”.

El resultado es que el 15,5% de las personas mayores manifiesta creencias de control externo, un porcentaje que no difiere significativamente del encontrado en la población de hasta 59 años. El hecho de que los cambios en la edad no tengan relación con este indicador se aprecia más claramente cuando se analizan sus valores al interior de los dos grupos de edad de las personas mayores. En el grupo de 60-74 años, la creencia en el control externo es de 16%, y en el de 75 años y más, de 14,4%. Las diferencias, como puede observarse, no son significativas. Algo similar ocurre en la población de hasta 59 años: entre los que tienen entre 18 y 34 años es de 15,2%, y entre 35 y 59 años, 17% (ver figura 4.1.3.1).

FIGURA 4.1.3.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de control externo según grupo de edad

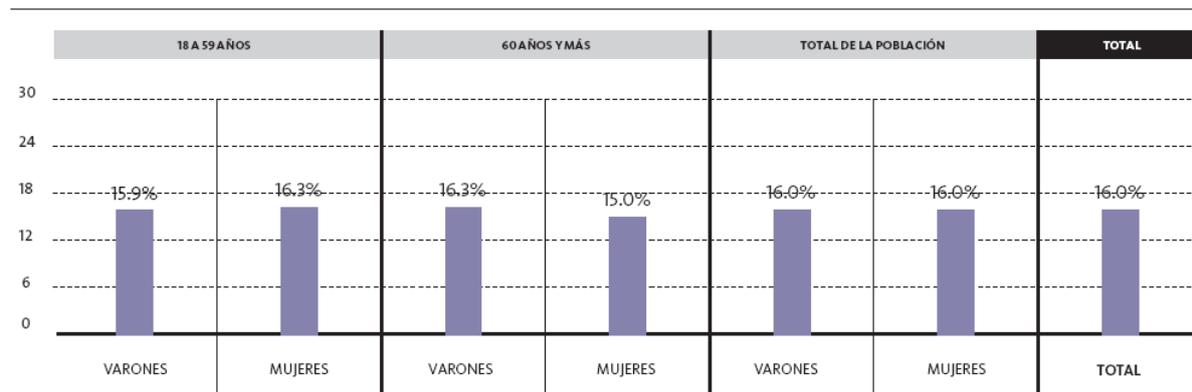


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

No se registra una brecha de género respecto de esta dimensión: 16,3% entre los varones y 15% entre las mujeres: valores muy similares. Tampoco se registra tal brecha en la población de hasta 59 años (ver figura 4.1.3.2).

FIGURA 4.1.3.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de control externo según sexo

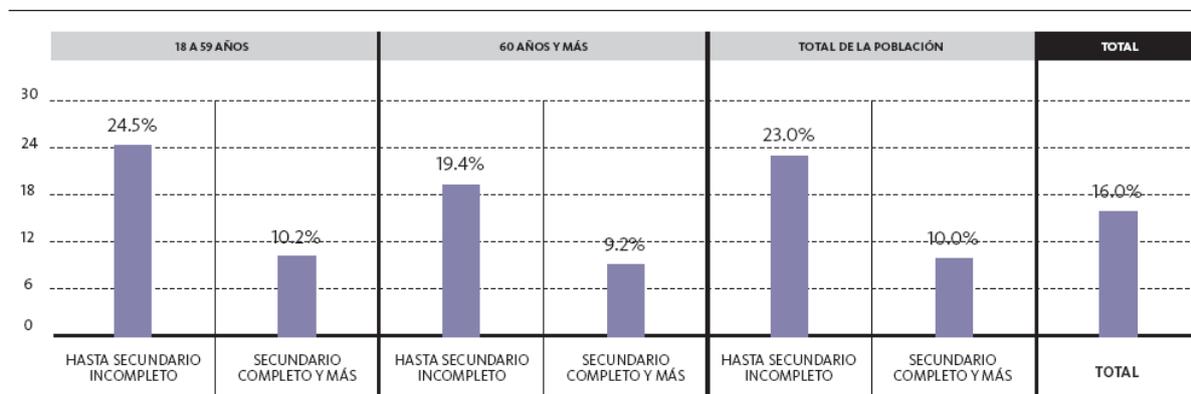


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Edad y sexo no tienen relación con este indicador, pero sí lo tiene el nivel educativo: quienes cuentan con menor nivel educativo (secundario incompleto) creen más en el control externo (19,4%). En cambio, entre quienes como mínimo han finalizado su educación secundaria se sostiene que la realidad depende más de circunstancias que dependen de uno mismo. Esto no es una especificidad de las personas mayores, dado que se observa lo mismo en la población de hasta 59 años: se cree más en el control externo cuando es menor el nivel educativo (ver figura 4.1.3.3).

FIGURA 4.1.3.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de control externo según nivel de instrucción

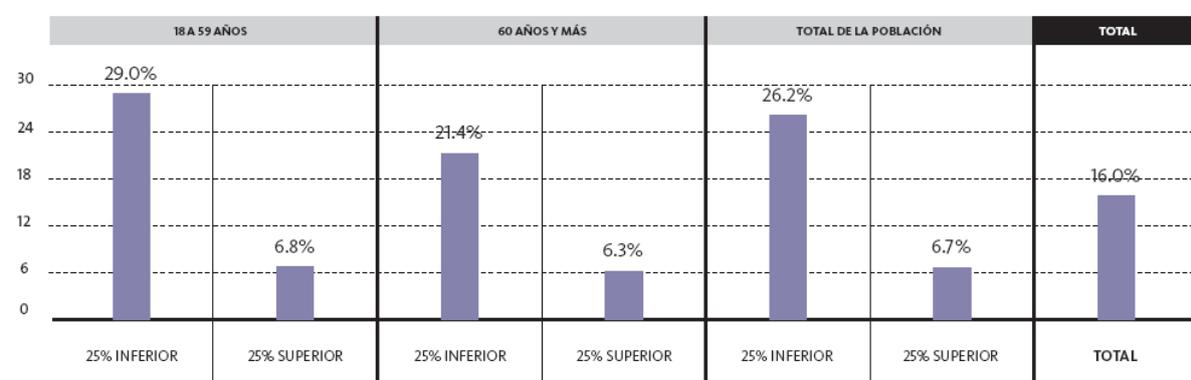


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Lo recién señalado para el nivel educativo prenuncia lo encontrado respecto del estrato socioeconómico: son las personas mayores del estrato más bajo las que muestran mayor nivel de creencia en el control externo, el triple con respecto a las del estrato más alto. Esto tampoco es específico de las personas mayores; lo mismo ocurre con la población de hasta 59 años (ver figura 4.1.3.4).

FIGURA 4.1.3.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de control externo según nivel socioeconómico

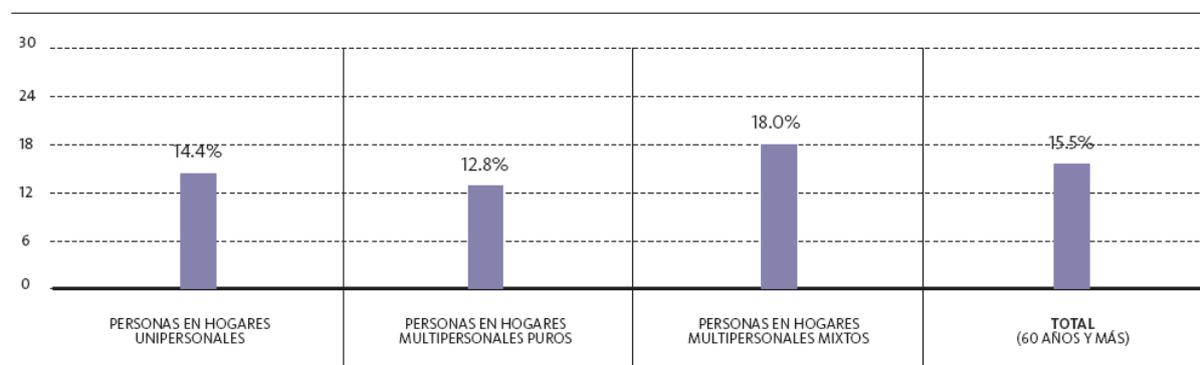


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En cuanto al tipo de hogar, las personas mayores que conviven con otras no mayores creen más en el control externo. Por el contrario, las que conviven sólo con otras personas mayores son los que más sostienen que la realidad depende de circunstancias que dependen de uno mismo (ver figura 4.1.3.5).

FIGURA 4.1.3.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Déficit de control externo según tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

La creencia en el control externo es bastante más frecuente entre quienes declaran que tienen muchos problemas de salud o padecen de enfermedades graves, si se trata tanto de personas mayores como del resto de la población. En cambio, entre los que declaran no tener problemas de salud, es menor tal creencia.

Dentro de la población comprendida por las personas mayores, ¿cuáles son las que creen más en el control externo? En primer lugar, las del estrato socioeconómico más bajo, seguidas por las del nivel educativo menor y por aquellas con estados de salud más críticos. También las que conviven con personas de menos edad que ellas. Para todos estos individuos, la suerte, las cosas tal como son, las decisiones tomadas por otros y/o las personas con poder tienen mucho peso a la hora de conseguir lo que se quiere de la vida, así se trate de hacer planes, de tomar decisiones o de cambiar el estado de las cosas.

4.2. Sentimientos de infelicidad, soledad y falta de paz espiritual

Tal como se menciona en informes anteriores de la ODSA-UCA, alcanzar sentimientos de felicidad, sentirse en paz consigo mismo y la percepción de no sentir soledad son emociones personales que constituyen aspectos subjetivos del desarrollo humano. Estos estados trascienden el ámbito privado cuando tales sentimientos se ven obstaculizados por un contexto desfavorable; de modo que es esperable que las situaciones de vulnerabilidad resulten un impedimento para alcanzar el bienestar de la persona (ODSA-UCA, 2013 y 2014a).

Los tratados internacionales señalan que las personas mayores se encuentran dentro de los grupos que padecen una mayor situación de vulnerabilidad social. Así pues, a ciertas situaciones problemáticas que devienen de la edad, se suman otras vinculadas con las características del entorno sociocultural, potenciadas por contextos socioeconómicos desfavorables. En este sentido, Iacub (2012) señala que las personas mayores enfrentan contextos culturales cargados de prejuicios y estereotipos sociales negativos hacia la vejez, al tiempo que transitan situaciones vitales (más habituales en esta etapa de la vida, como el retiro de la actividad económica, cambios físicos, cambios en las relaciones familiares) que promueven diversos niveles de padecimiento psíquico.

De acuerdo con ello, en el presente apartado se analizan distintas dimensiones de padecimiento psicosocial que afectan el bienestar de las personas mayores, como son los sentimientos de infelicidad, la soledad y la falta de paz espiritual. La primera parte remite a la percepción negativa del estado de ánimo que produce en la persona la sensación de insatisfacción o tristeza; la segunda se refiere a la sensación de sentirse solo, de sentir que no se tiene a nadie a quien acudir, y la tercera, a la percepción de no encontrar paz en su interior (ODSA-UCA, 2013).

Sentirse poco o nada feliz. 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 n° 66/281 “la pertinencia de la felicidad y del bienestar como objetivos y aspiraciones universales en la vida de los seres humanos de todo el mundo y la importancia de que se reconozcan en los objetivos de las políticas públicas”, y la necesidad de que se aplique a las nociones de crecimiento económico “un enfoque más inclusivo, equitativo y equilibrado, que promueva el desarrollo sostenible, la erradicación de la pobreza, la felicidad y el bienestar de todos los pueblos” (ONU, 2012).

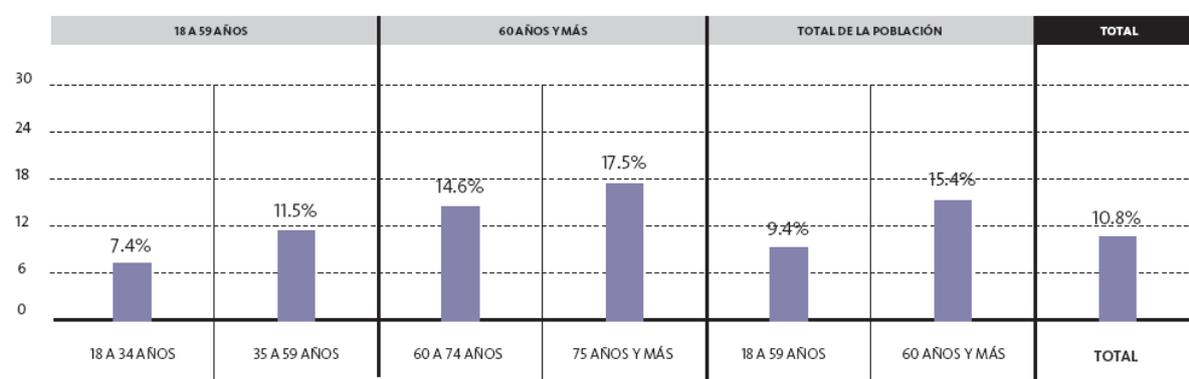
En el presente apartado, la sensación de insatisfacción y tristeza en la vida se analizará a través de la dimensión denominada “Sentirse poco o nada feliz”. En la EDSA se incluye una pregunta en forma de escala con cuatro categorías: “se considera muy feliz”, “feliz”, “poco feliz” o “nada feliz”. Con 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”).

El resultado general es que el 15,4% de las personas mayores expresa sentimientos de infelicidad, cifra que adquiere relieve cuando se la compara con el 9,4% de la población de hasta 59 años. La mayor frecuencia de la infelicidad entre las personas mayores no debe opacar el hecho de que para el grueso de las personas mayores la felicidad no sea un problema.

El aumento de la edad incrementa la infelicidad. Esto se aprecia mejor si se introducen los grupos de edad, tanto dentro del conjunto de las personas mayores como dentro de la población de hasta 59 años. La infelicidad es bastante más frecuente entre los sujetos de edad avanzada (75 años y más, 17,5%) que entre los de 60 a 74 años (14,6%). Este diferencial es mucho menor al encontrado al interior de la población de hasta 59 años: en el grupo de los más jóvenes (18 a 34 años) la infelicidad alcanza al 7,4%, mientras que entre los de 35 a 59 años, al 11,5% (ver figura 4.2.1.1). Indudablemente, la infelicidad aumenta durante el proceso de envejecimiento, si bien una gran mayoría se considera feliz o muy feliz.

FIGURA 4.2.1.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Sentirse poco o nada feliz según grupo de edad

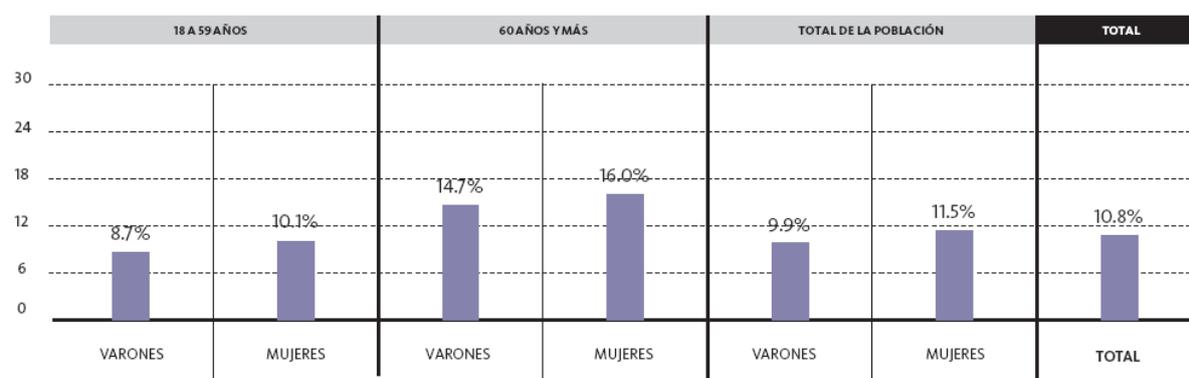


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

La diferencia en cuanto a esta dimensión entre varones y mujeres es mínima, pero siempre a favor de los varones, quienes acusan un poco menos de infelicidad que las mujeres. En comparación con otros indicadores psicológicos, la brecha de género es casi inexistente. Aunque un poco mayor, tampoco es significativa cuando se analiza la población de entre 18 y 59 años. No obstante, siempre, cualquiera sea la edad, es posible encontrar mayor infelicidad entre las mujeres que entre los varones (ver figura 4.2.1.2).

FIGURA 4.2.1.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Sentirse poco o nada feliz según sexo

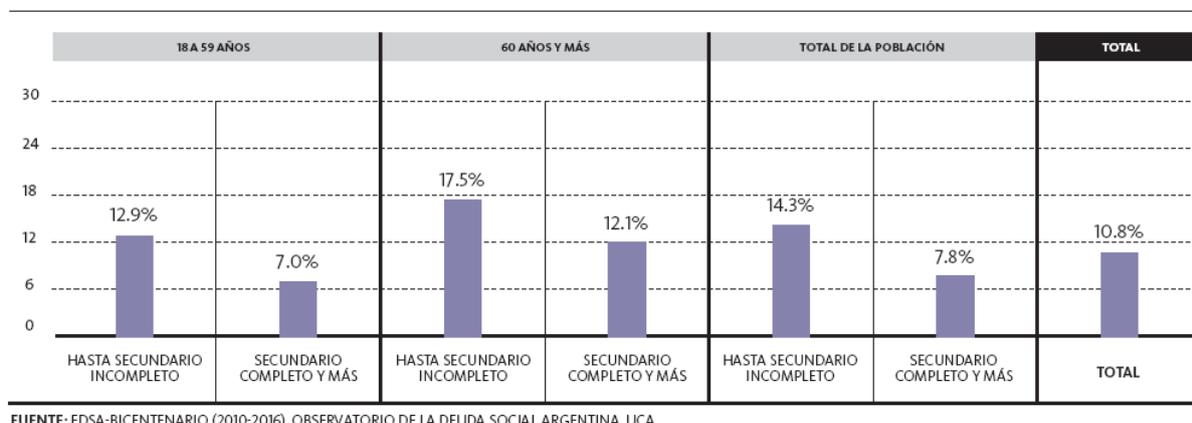


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Si la brecha de género no es importante, sí lo es el nivel educativo. La menor educación (secundario incompleto) va acompañada de mayor infelicidad (17,5%), mucho mayor que la encontrada entre los que como mínimo han finalizado el nivel secundario (12,1%). De todas maneras, la brecha referida a la educación es menor entre las personas mayores que en la población de hasta 59 años, donde la diferencia en lo que respecta a la infelicidad es muy marcada entre quienes tienen distintos niveles educativos. En algunos aspectos, como este, la mayor edad atempera las diferencias (ver figura 4.2.1.3).

FIGURA 4.2.1.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

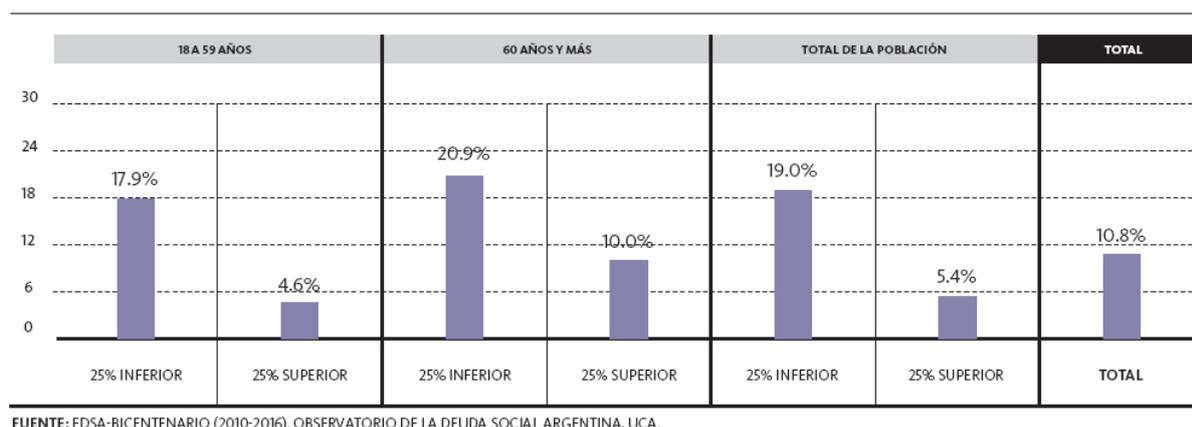
Sentirse poco o nada feliz según nivel de instrucción



La infelicidad se presenta como una carencia en mayor medida en el estrato más bajo: mientras que caracteriza al 10% de las personas mayores del estrato más alto, es del 20,9% (el doble) en las personas mayores del estrato más bajo. Si bien estamos acentuando la infelicidad en el análisis, no puede dejar de señalarse que 1 de cada 2 personas mayores del estrato más bajo han respondido que se considera “muy feliz”. Este diferencial por estrato es todavía mayor en la población de hasta 59 años; allí es poco frecuente encontrar infelicidad entre personas del estrato más alto. En la misma línea de lo sugerido al final del párrafo anterior, en este caso la mayor edad ayuda a moderar las diferencias por estrato (ver figura 4.2.1.4).

FIGURA 4.2.1.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

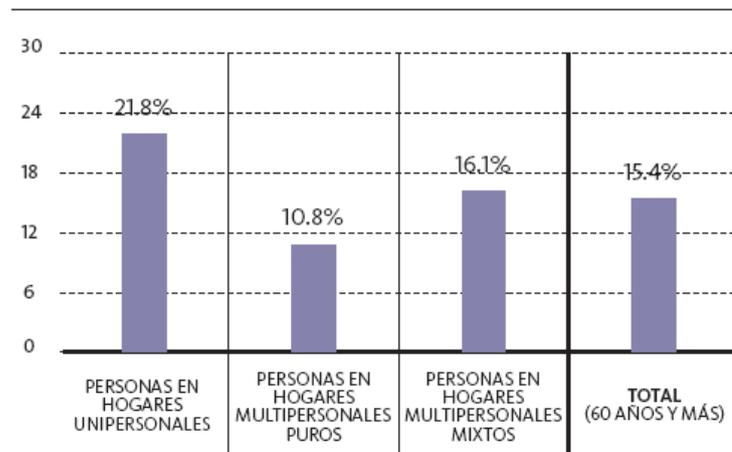
Sentirse poco o nada feliz según nivel socioeconómico



Como se puede ver en la figura 4.2.1.5, en lo que atañe al tipo de hogar, el grado mayor de infelicidad se encuentra entre las personas que viven solas (21,8%). Es el factor que más condiciona la infelicidad, incluso algo más que el estrato. Vale aclarar que las diferencias entre estratos son abismales, pero la infelicidad entre los que viven solos supera a la encontrada en las personas mayores del estrato más bajo.

FIGURA 4.2.15 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Sentirse poco o nada feliz según tipo de hogar



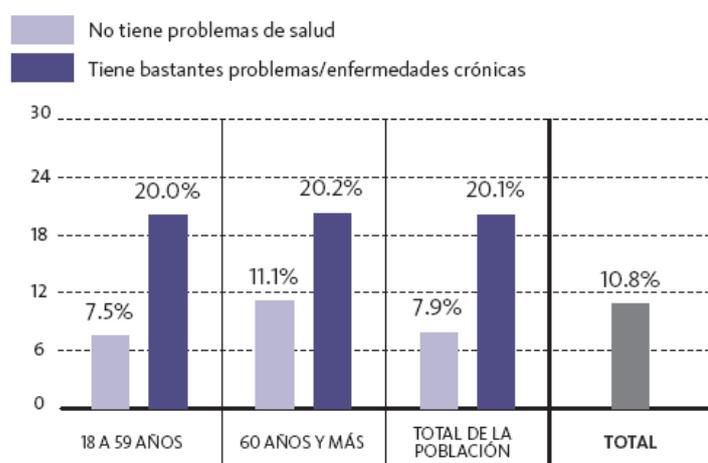
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Por así decirlo, el tipo de hogar que más ayuda contra la infelicidad es aquel donde conviven sólo personas mayores, básicamente parejas de edad. Eso sugiere que, cuando uno de los dos queda solo, principalmente por viudez, y pasa a vivir solo, la infelicidad se duplica.

La percepción del estado de salud también condiciona el grado en que aparece la infelicidad. La diferencia entre quienes declaran tener muchos problemas de salud o padecer enfermedades graves o crónicas y quienes declaran no tener problemas de salud es enorme: 20,2 y 11,1%, respectivamente (ver figura 4.2.1.6). Pese a ello, de cada dos personas mayores, incluso con estados de salud críticos, una responde que se considera “muy feliz”.

FIGURA 4.2.16 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

Sentirse poco o nada feliz según percepción de estado de salud



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

¿Dónde se encuentran más frecuentemente las personas mayores que se consideran “muy felices”? En primer lugar, entre las del estrato socioeconómico más alto. En segundo, entre las que no tienen problemas de salud por un lado, y las que viven en hogares sólo con personas mayores por el otro.

Sentirse solo. *Sentirse solo* –el sentimiento de soledad– no es lo mismo que *estar solo*. Solange Rodríguez Espínola (ODSA-UCA, 2014a) 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 subjetiva mucho más compleja, que tiene su origen en el modo en que el individuo percibe la calidad de sus relaciones.

En un muy reciente trabajo, J. Buz Delgado (2013) sostiene que la definición de soledad en el proceso de envejecimiento es multidimensional e incluye tanto las relaciones sociales como la subjetividad, en la medida en que depende de las expectativas y percepciones de la persona mayor (en su contexto y cultura). Postula que es una sensación desagradable y que por lo tanto motiva la búsqueda de una forma de aliviarla.

La EDSA, dentro de un conjunto de preguntas que tienen que ver con la relación con los otros, incluye una que dice: “Durante el último tiempo ¿con qué frecuencia usted se sintió solo y no tuvo a nadie a quién acudir?”.

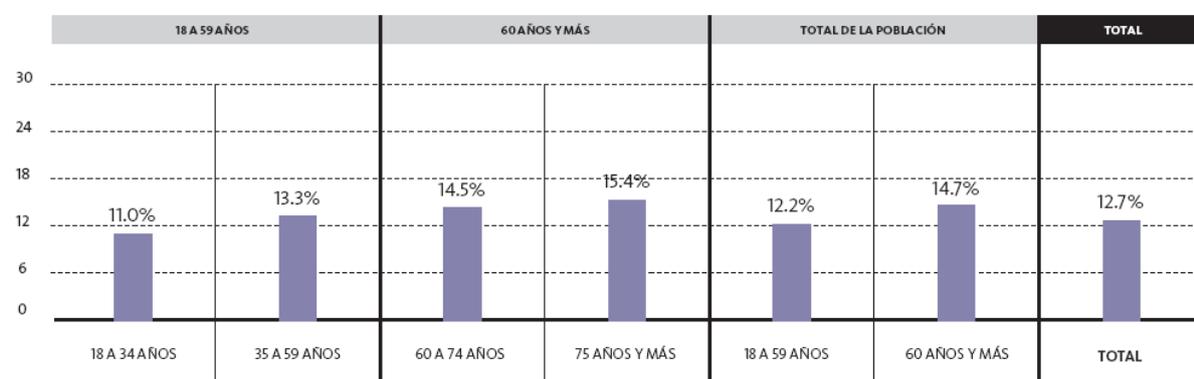
Las alternativas de respuesta son cuatro: “Todo el tiempo”, “Muchas veces”, “Pocas veces” y “Nunca”. A fin de construir este indicador de déficit, se agruparon las dos primeras categorías (“Todo el tiempo” y “Muchas veces”).

El resultado es que el 14,7% de las personas mayores se percibe en soledad y aislamiento, algo más que lo encontrado entre las personas de 18 a 59 años (12,2%). No deja de ser una cifra preocupante en sí misma en las personas mayores, pero no se trataría de un fenómeno propio de la edad avanzada.

La tendencia se observa con más claridad cuando se consideran los grupos de edad, tanto en el conjunto de las personas mayores como en el resto de la población. El sentimiento de soledad es de 14,5% entre los individuos que tienen de 60 a 74 años; y de 15,4% entre los que tienen 75 años o más. Aunque hay una tendencia al aumento con la edad, la diferencia es mínima. Lo mismo ocurre dentro de los grupos de edad de la población de hasta 59 años. El 11% de los que tienen de 18 a 34 años expresa este sentimiento de soledad, que también aumenta hasta 13,3% entre quienes tienen de 35 a 59 años. Los resultados para los cuatro grupos etarios muestran claramente una tendencia al aumento del sentimiento de soledad con el paso de los años, en especial si se compara a los más jóvenes de entre 18 y 34 años con el grupo de 75 años y más (ver figura 4.2.2.1).

FIGURA 4.2.2.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Sentirse solo según grupo de edad

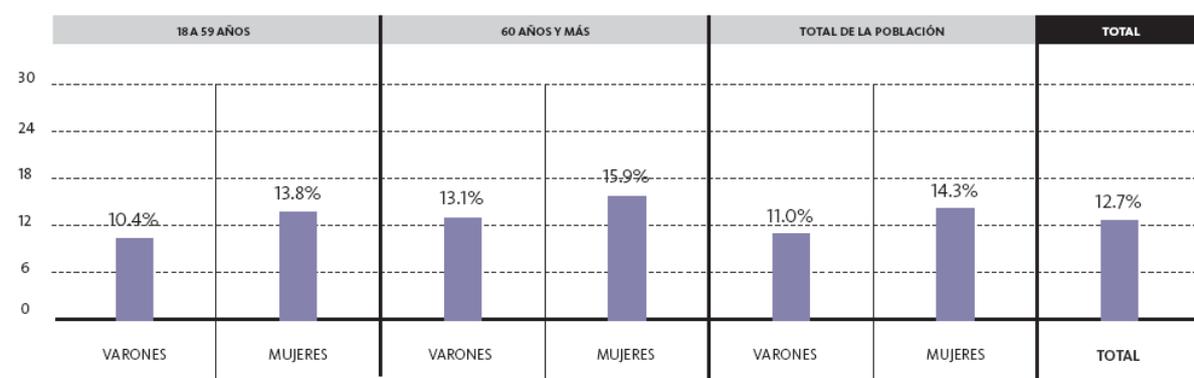


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Dentro del conjunto de las personas mayores, las mujeres expresan algo más (15,9%) ese sentimiento de soledad que los varones (13,1%). Esto también ocurre entre personas de hasta 59 años: las mujeres (13,8%) se sienten más solas que los varones (10,4%). La comparación respecto de esta dimensión entre personas mayores y el resto sugiere más bien que la brecha de género se hace menos significativa con la mayor edad (ver figura 4.2.2.2).

FIGURA 4.2.2.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Sentirse solo según sexo

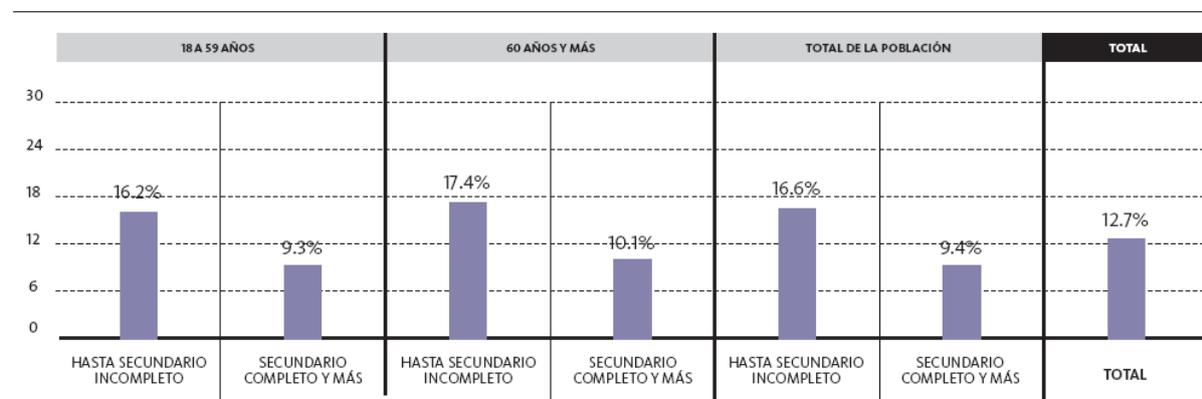


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Más importantes que la edad y el sexo son los diferenciales por nivel educativo: el sentimiento de soledad aumenta al 17,4% en las personas mayores de menor nivel educativo (sin secundario completo) y disminuye al 10,1% cuando se trata de personas mayores de más alto nivel educativo (con secundario completo). Es una diferencia muy significativa, que habla de la inequidad social y sus consecuencias en los modos de envejecer. Sin embargo, tampoco es exclusiva de las personas mayores: en la población de hasta 59 años, la diferencia también es enorme y el sentimiento de soledad aumenta al 16,2% cuando se trata de personas con menor nivel educativo y disminuye al 9,3% para los de nivel educativo más alto (ver figura 4.2.2.3).

FIGURA 4.2.2.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Sentirse solo según nivel de instrucción

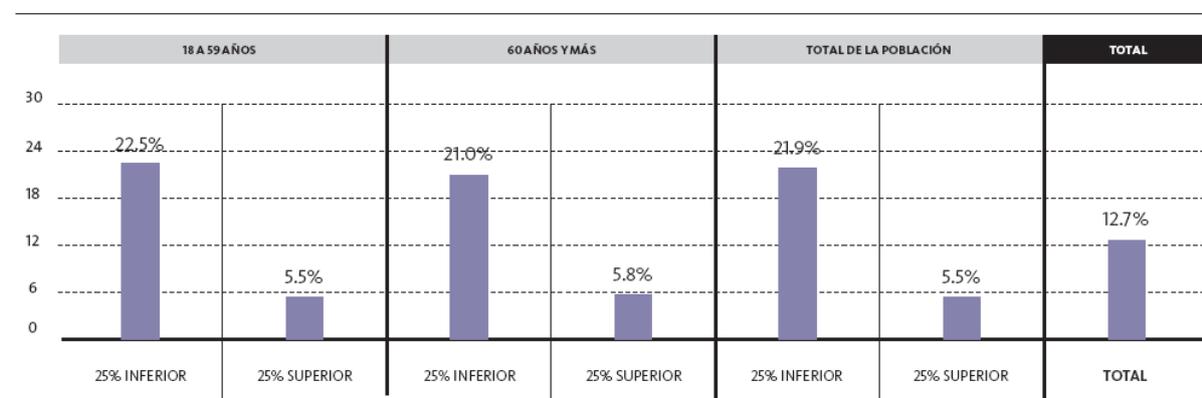


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Insinuado entonces cuál es el tipo de factores que más se asocian con el sentimiento de soledad, los diferenciales se hacen máximos cuando se introduce el estrato socioeconómico. Como se hizo respecto de otras dimensiones, comparemos los resultados encontrados para las personas mayores del 25% del estrato socioeconómico superior (medio-alto) y para las del 25% del estrato inferior (muy bajo). Como puede verse en la figura 4.2.2.4, la diferencia es muy profunda: 5,8% en el primero y 21% en el segundo. De cada 5 personas mayores del estrato muy bajo, 1 se siente sola. La percepción de soledad disminuye drásticamente cuando mejora el estrato. Es evidente que existen modos diversos de envejecer, pero en gran parte esos modos dependen del lugar que se ocupa en la estratificación social. Si se acuerda que es deseable un envejecimiento sin sentimientos de soledad, se advierte que esto es mucho más difícil de lograr para, por ejemplo, el 25% de los estratos más bajos. Por consiguiente, este déficit se suma a todas las otras carencias que se expresan a través del estrato socioeconómico.

FIGURA 4.2.2.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Sentirse solo según nivel socioeconómico



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Tampoco estos diferenciales por estrato son exclusivos de las personas mayores. En realidad, entre las personas de hasta 59 años son incluso más amplios. Con la edad más avanzada, podría pensarse, hay una menor diferenciación social entre

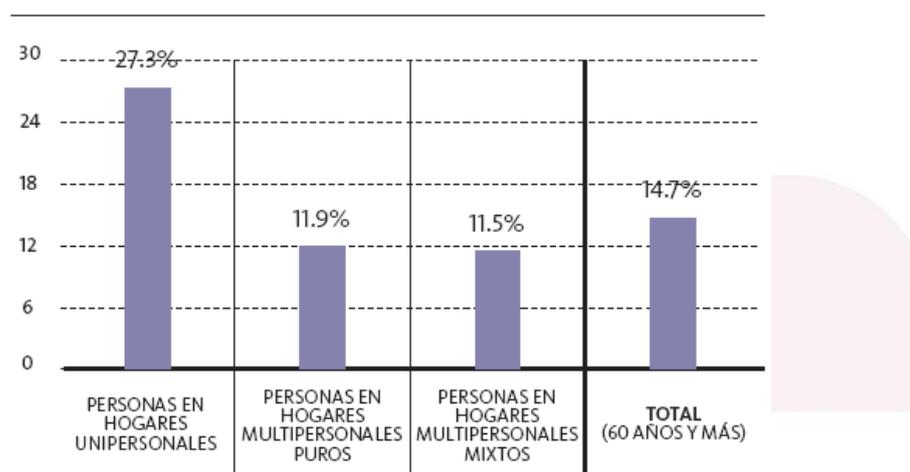
estratos en cuanto al sentimiento de soledad. La vejez, en este caso, suaviza los efectos de las diferencias sociales.

En más de un punto de este capítulo sobre recursos psicológicos, y también en otros capítulos, se ha señalado que el tipo de hogar (convivir o no, y en caso de hacerlo, con quiénes) no tiene demasiada incidencia en los resultados. Cuando se trata de sentirse solo, la incidencia se hace visible. Los más afectados por esta carencia psicológica son los que viven solos (27,3%). Es que viven solos y al mismo tiempo se sienten solos, aunque la mayoría de los que viven solos no expresan sentimientos de soledad, lo cual refuerza lo que se dijo al principio: la soledad social y la soledad emocional son cosas diferentes.

El mayor sentimiento de soledad entre los que viven solos (27,3%) supera incluso al 21% registrado entre las personas mayores del estrato más bajo (ver figura 4.2.2.5).

FIGURA 4.2.2.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Sentirse solo según tipo de hogar

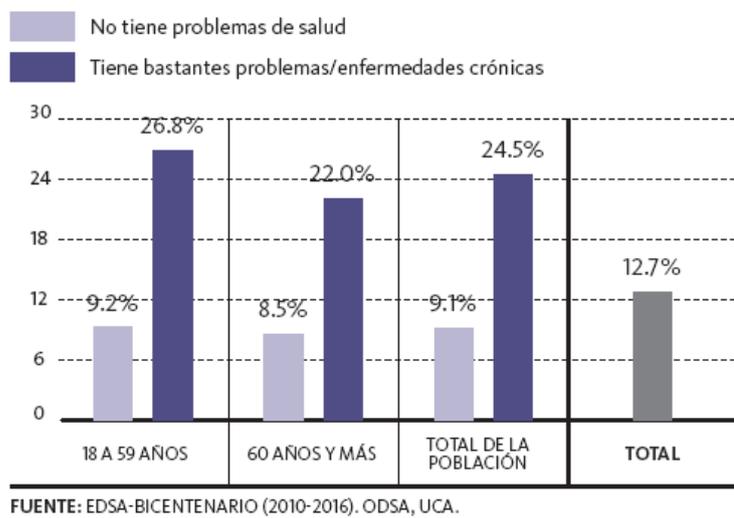


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Siempre las condiciones de salud (analizadas en el capítulo 3) aparecen relacionadas con los recursos psicológicos. Respecto del sentimiento de soledad, es muy grande la diferencia entre quienes declaran no tener problemas de salud y los que tienen muchos problemas de salud o padecen enfermedades graves o crónicas. Un estado de salud crítico va asociado a mayores sentimientos de soledad; y la ausencia de problemas de salud se manifiesta vinculada con menores sentimientos de soledad. También es cierto que un estado de salud más comprometido necesita de más cuidados por parte de los otros, y que, al resultar insuficientes, se refuerza el sentimiento de soledad. A la inversa, ante un estado de salud sin problemas, podría haber menos necesidad de los otros y, más allá de que otros sujetos estén o no presentes, el sentimiento de soledad tiende a permanecer bajo (ver figura 4.2.2.6).

FIGURA 4.2.2.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

Sentirse solo según percepción de estado de salud



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

No sentir paz espiritual. Desde hace por lo menos 30 años¹² que la dimensión espiritual es tomada en cuenta a la hora de formular estrategias de salud para todos. Tal como se menciona en anteriores informes del Barómetro de la deuda social argentina, “los individuos tienen la habilidad de utilizar los recursos espirituales que permiten afrontar las dificultades de la vida desde un sentido existencial, para obtener una mayor capacidad de aprovechamiento de los recursos psicológicos y sociales” (ODSA-UCA, 2013).

En la EDSA, dentro de un conjunto de preguntas que expresan distintas opiniones ante la vida, se incluye la pregunta: “Usted, aun cuando tiene problemas, ¿puede encontrar paz espiritual dentro de usted mismo?”.

El 16,4% de las personas mayores respondieron que no: una proporción significativamente más baja que la encontrada en la población de entre 18 y 59 años (23,4%). Entre las personas mayores, por el motivo que fuese, se encuentra más paz espiritual. El hecho de que el 83,6% de las personas mayores declaren que sí encuentran paz espiritual dentro de sí mismos, buena noticia en sí misma, no debe pasarse por alto.

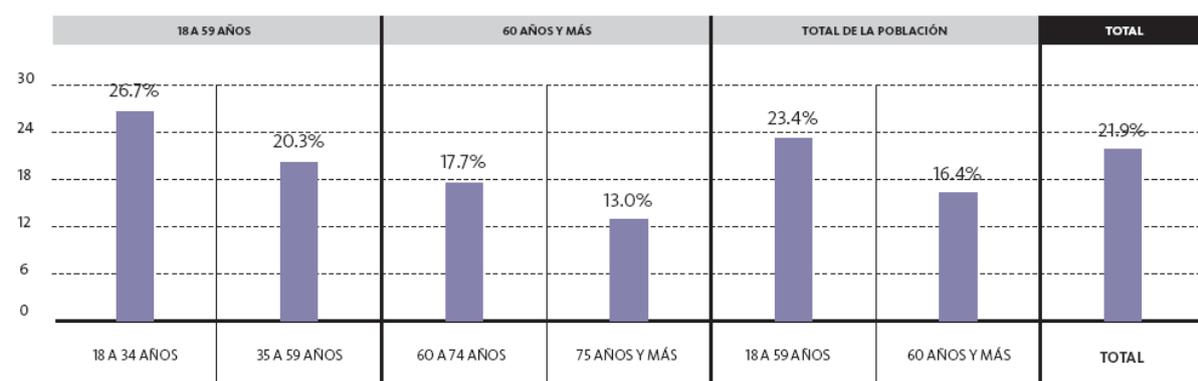
¿A qué factores está asociada la carencia de paz espiritual? Cuando se mira más en detalle cada grupo etario, tanto dentro de las personas mayores como dentro de la población de entre 18 y 59 años, se ve que la paz espiritual aumenta con la edad, como si se tratara de una especie de *bonus* que se consigue con el tiempo vivido. La carencia de paz espiritual, que debería ser leída como otra necesidad básica insatisfecha, caracteriza sólo al 13% de los de 75 años y más, bastante menos que al grupo de entre 60 y 74 años (17,7%). Esto no ocurre sólo entre las personas mayores, sino también en las edades anteriores: mientras el 26,7% del grupo

¹² En 1984, en la 37ª Asamblea Mundial de la Salud, se reconoció “que la dimensión espiritual contribuye en gran medida a motivar a las poblaciones en la búsqueda de su propia realización en todos los aspectos de la vida”.

de 18 a 34 años (jóvenes) declara su carencia de paz espiritual, la misma baja a 20,3% para el grupo de entre 35 y 59 años: una heterogeneidad tan significativa como la encontrada al interior de las personas mayores. El primer factor de déficit, entonces, es la menor edad, es decir, la juventud (ver figura 4.2.3.1).

FIGURA 4.2.3.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No sentir paz espiritual según grupo de edad

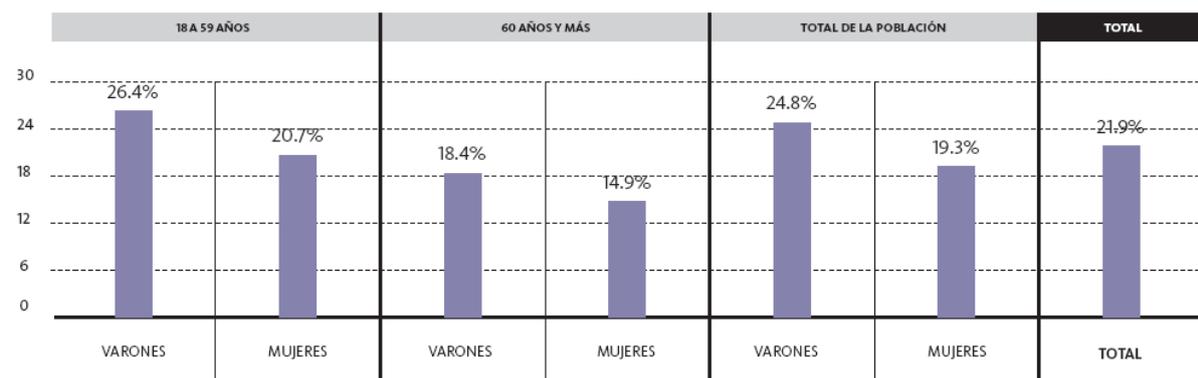


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Entre las personas mayores, los varones (18,4%) encuentran menor paz espiritual que las mujeres (14,9%). Este es el segundo factor: es un *bonus* del que se benefician más las mujeres. Su mayor longevidad, su mayor viudez y su menor trayectoria como personas económicamente activas pueden sugerir una explicación para esta brecha de género, favorable a las mujeres (ver figura 4.2.3.2).

FIGURA 4.2.3.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No sentir paz espiritual según sexo

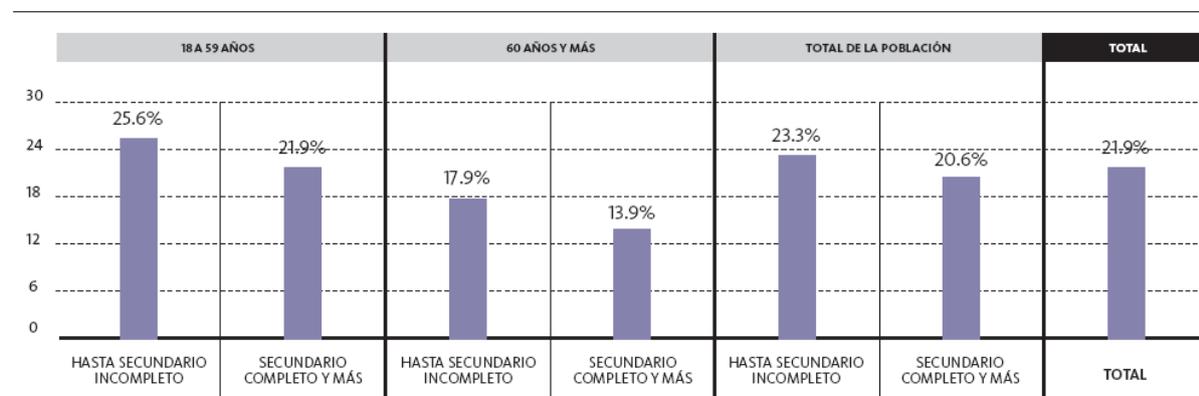


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

También el nivel educativo elevado favorece la paz espiritual. Entre las personas mayores con menor nivel educativo (sin secundario completo) esta carencia caracteriza al 17,9%, en tanto que entre los que al menos finalizaron el nivel secundario el déficit es menor (13,9%). De este *bonus* se benefician más los de mayor nivel educativo. Lo mismo ocurre entre las personas de hasta 59 años: esta carencia caracteriza al 25,6% (tan alto como entre los jóvenes) de los de menor nivel educativo y al 21,9% de los de mayor nivel educativo (ver figura 4.2.3.3).

FIGURA 4.2.3.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No sentir paz espiritual según nivel de instrucción



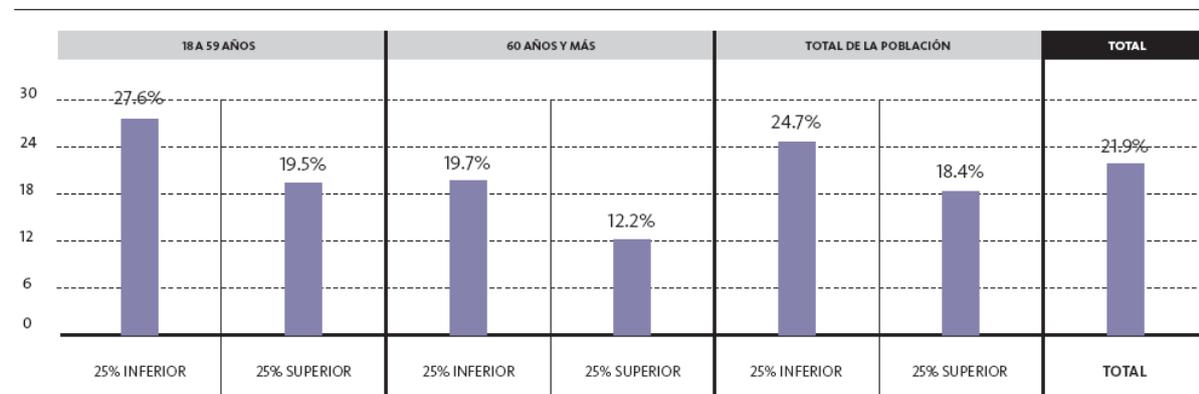
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Aunque la tendencia es la misma, la brecha es más pronunciada entre las personas mayores, quienes, cabe recordar, tuvieron menos oportunidades educativas que las generaciones siguientes.

La desigualdad aparece con toda su fuerza cuando se analiza el factor del estrato socioeconómico. La carencia de paz espiritual se suma a todas las carencias propias del estrato muy bajo: 32,8%. Esto confirma que la pobreza no es sólo material. En cambio, apenas el 11,8% de las personas mayores del estrato medio-alto (25% superior) declaran esta carencia. La diferencia es enorme: 3 a 1. También la pertenencia a un estrato marca diferenciales en este aspecto en la población de entre 18 y 59 años, pero la brecha, también muy importante (2 a 1), es menor que entre las personas mayores. Con la mayor edad, las consecuencias de las diferencias socioeconómicas se amplían en relación con la paz espiritual. Este *bonus* beneficia especialmente a los estratos más altos de la población de personas mayores (ver figura 4.2.3.4).

FIGURA 4.2.3.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

No sentir paz espiritual según nivel socioeconómico



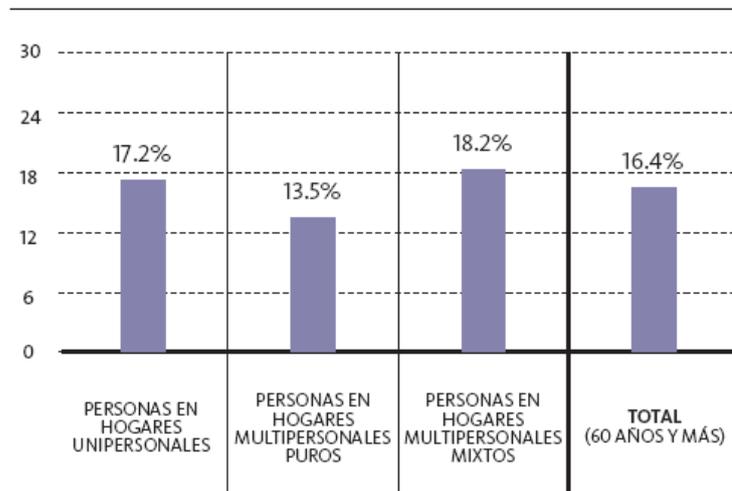
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

En varios otros puntos se señaló que el tipo de hogar no tenía demasiada incidencia. En cambio, en cuanto a la carencia de paz espiritual, son las personas de edad avanzada que viven solas las que muestran un déficit mayor (32,1%). Es signi-

ficativo que 1 de cada 3 personas mayores que viven solas señale falta de paz espiritual. Vivir con otros, al parecer, minimiza esta carencia (ver figura 4.2.3.5).

FIGURA 4.2.3.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

No sentir paz espiritual según tipo de hogar

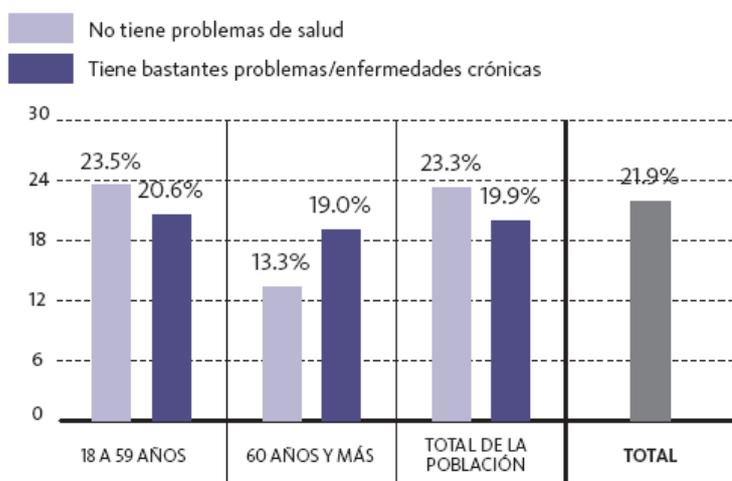


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Por último, el factor que remite al estado de salud está muy asociado con la paz espiritual. En efecto, una de cada 3 personas mayores con muchos problemas de salud o que padecen enfermedades crónicas o graves declara su carencia de paz espiritual. Una proporción bastante más alta que la encontrada entre quienes dicen no tener problemas de salud (ver figura 4.2.3.6). De todas maneras, aun entre los que tienen un estado de salud más crítico, hay dos tercios que declaran encontrar paz espiritual aun en momentos difíciles.

FIGURA 4.2.3.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

No sentir paz espiritual según percepción de estado de salud



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

4.3. Las capacidades sociales

Según el informe del ODSA 2011, las capacidades sociales comprenden los sistemas de apoyo social e integración a la comunidad. Tal como allí se enuncia, el apoyo social es una expresión de la calidad de las interacciones, pero es también un concepto relacionado con la salud en general, dado que amortigua el impacto del estrés sobre el bienestar integral (ODSAUCA, 2011).

La edad avanzada implica, entre otras cosas, pérdidas y cambios en el plano de las relaciones con los otros, producto de varios factores como: la jubilación o el retiro laboral; la reconfiguración familiar asociada con la salida de los hijos del hogar para constituir uno propio; la aparición de nuevas relaciones familiares (abuelos-nietos en particular) y de las familias “políticas”, esto es, las redes familiares de los cónyuges de los hijos; el fallecimiento de familiares o amigos debido a la edad.

Triadó y Villar (2007) introducen al *apoyo social* al considerar las relaciones entre salud, conducta y vejez y postulando que el apoyo social es uno de los factores que “favorece la salud física y psicológica y la adaptación a la enfermedad, favoreciendo el mantenimiento de pautas de salud”. Pinazo (2005), en un trabajo específico sobre el apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores, considera que es tan importante el apoyo recibido (formal o informal) como el apoyo percibido por la persona mayor.

En el presente apartado se analiza, en primer lugar, el déficit de apoyo social afectivo, que remite a la percepción de no contar con alguien que le demuestre amor y cariño; en segundo lugar, el déficit de apoyo social instrumental, que apunta a la percepción de no contar con otras personas cuando se necesita ayuda en tareas cotidianas y domésticas; y en tercer lugar, el déficit de apoyo social informacional, que describe la percepción de no contar con alguien que aconseje, ayude o informe en temas personales (ODSA-UCA, 2014a).

Déficit de apoyo social afectivo. En el cuestionario de la EDSA, hay un conjunto de preguntas que se refieren a la relación con los otros, un aspecto importante para todas las personas pero especialmente para las mayores. Dos de esas preguntas aluden a los apoyos sociales afectivos e indagan sobre la frecuencia con que la persona dispone de “alguien que le demuestre amor y afecto” y de “alguien que lo abraza” cuando lo necesita. Las categorías utilizadas son cuatro: “Todo el tiempo”, “Muchas veces”, “Pocas veces” o “Nunca”. El indicador de déficit de apoyo social afectivo se construyó agrupando estas dos últimas categorías.

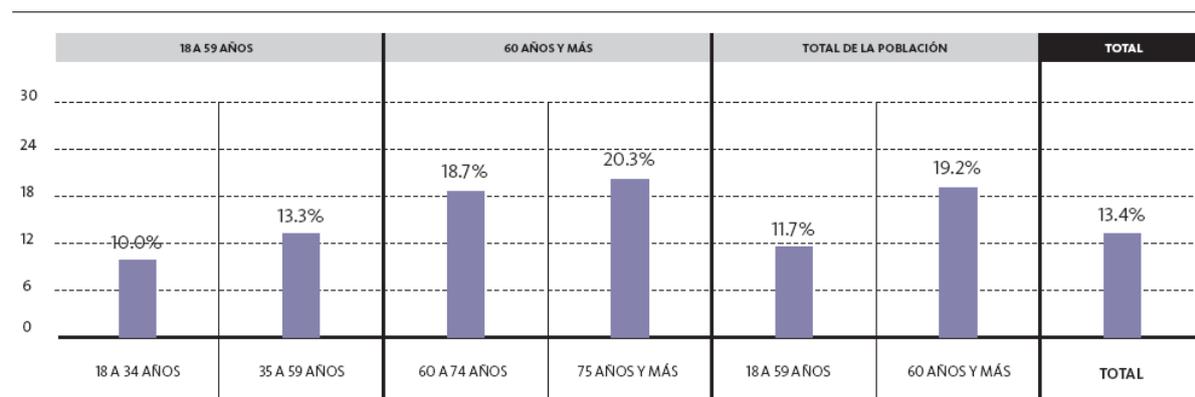
Así, una de cada 5 personas mayores (19,2%) acusa este déficit, el cual es mucho más frecuente entre las personas de edad avanzada que entre el resto de la población (11,7%), sea porque han “perdido” a seres que les demuestren amor y afecto y/o los abracen cuando lo necesitan, sea porque, debido a la edad, necesitan más de estas demostraciones de afecto y no las tienen en el grado suficiente o bien no las tienen en absoluto.

Como se dice siempre respecto de cada variable analizada, esta situación crítica de tantas personas de edad avanzada (en términos absolutos serían cerca de 1,2 millones) no debe opacar que 4 de cada 5 personas mayores han respondido que cuentan con estos apoyos afectivos (“Muchas veces” o “Todo el tiempo”).

Aunque entre las personas mayores hay una leve tendencia a que este déficit aumente con la mayor edad (60 a 74 años: 18,7%; 75 años y más: 20,3%), la diferencia nunca llega a ser significativa ni tan marcada como entre las personas mayores y el resto. En cambio, sí hay diferencias al interior de las personas de hasta 59 años, donde con la edad aumenta el índice de déficit de apoyo social afectivo: 10% entre 18 y 34 años; 13,3% entre 35 y 59 años. Los más jóvenes (18 a 34 años) y los más viejos (75 años y más) representan los dos polos en cuanto al apoyo social afectivo (ver figura 4.3.1.1).

FIGURA 4.3.1.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social afectivo según grupo de edad

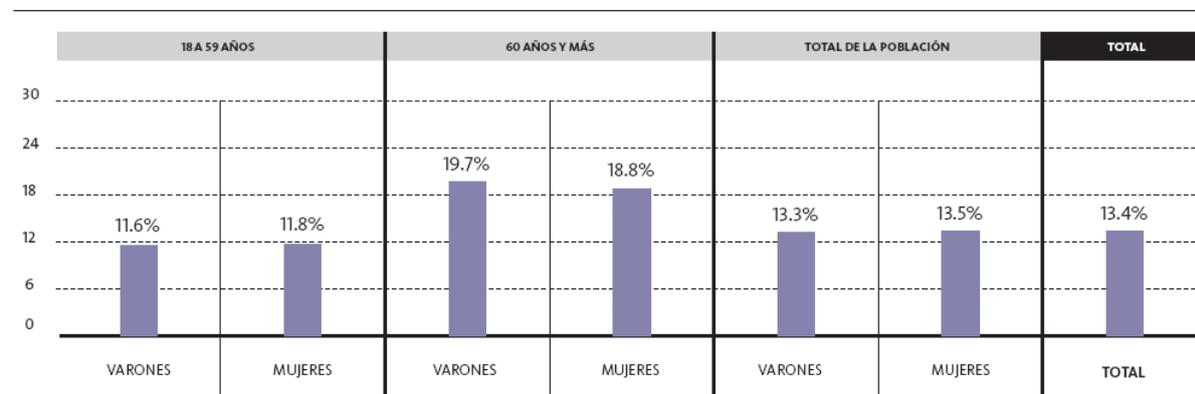


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

No existe brecha de género en este aspecto entre las personas mayores, como tampoco en el resto de la población. Tampoco aparecen indicios de que las mujeres tengan mayor necesidad de relaciones afectivas con los otros, de abrazos, amor y cariño. Si la tuvieran, se correspondería con una mayor presencia de relaciones afectivas, ya que el balance es similar al de los varones (ver figura 4.3.1.2).

FIGURA 4.3.1.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social afectivo según sexo



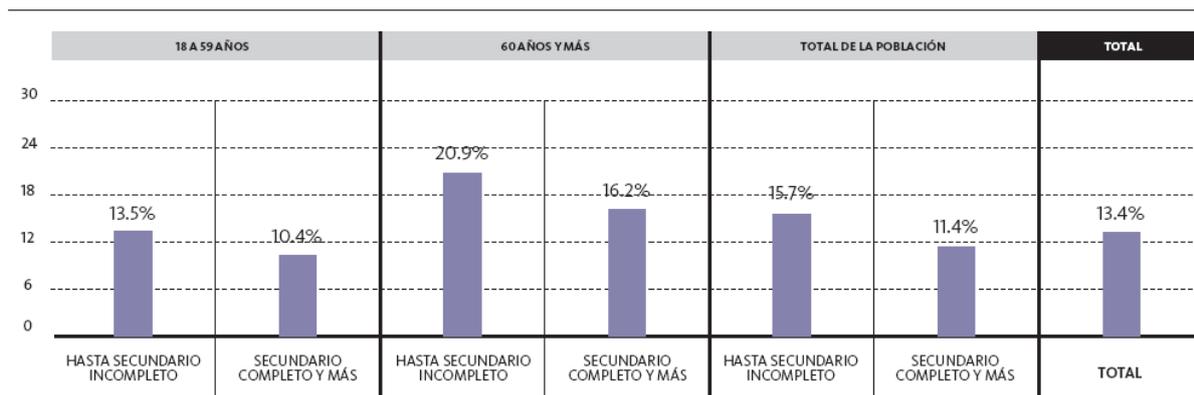
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Las brechas aparecen cuando se tienen en cuenta dimensiones de la estratificación social de las personas mayores, como el nivel de instrucción: cuanto mayor es la educación, menor resulta el déficit de apoyo social afectivo (20,9% entre los de menor educación –sin secundario completo– y 16,2% entre los de mayor educación

—con secundario completo—). No es una especificidad de las personas mayores, dado que también en las personas de hasta 59 años los de menor nivel de instrucción tienen un déficit de relaciones afectivas mayor. Entre las personas mayores, al déficit educativo (que caracteriza al 72,3%) se suma, pues, el déficit en las relaciones sociales que tienen que ver con afectos (ver figura 4.3.1.3).

FIGURA 4.3.1.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social afectivo según nivel de instrucción



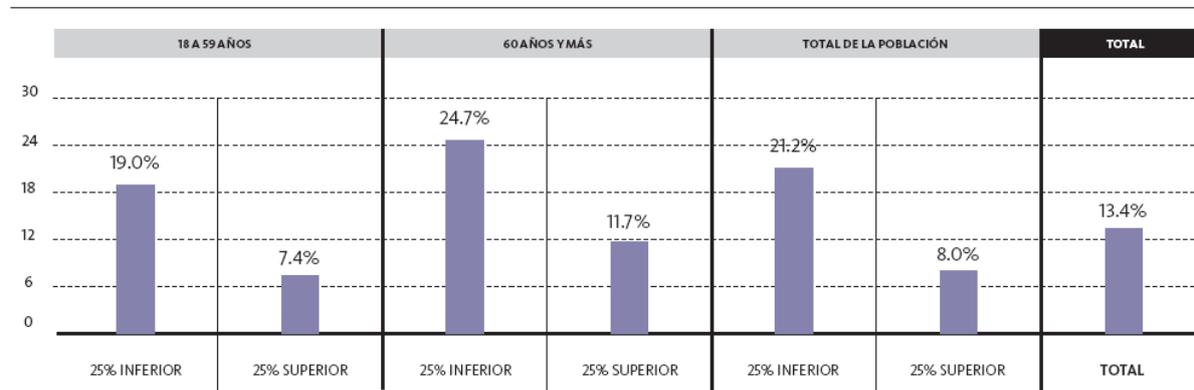
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Si se asume que lo deseable es que las personas mayores sientan que “Muchas veces” o “Siempre” disponen de apoyos y relaciones ligadas con el afecto, el amor y los abrazos cuando lo necesitan, quienes están más lejos de acceder a ello son los pertenecientes al estrato socioeconómico más bajo (el 24,7% de ellos, 1 de cada 4, manifiesta este déficit).

En cambio, el apoyo social afectivo es mucho más frecuente y menor el déficit entre las personas mayores del estrato más alto. También en este aspecto, el estrato socioeconómico permite explicar mejor el déficit en las capacidades sociales. En la población de hasta 59 años las diferencias por estrato se vuelven más profundas, incluso más importantes que entre las personas mayores (ver figura 4.3.1.4).

FIGURA 4.3.1.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social afectivo según nivel socioeconómico

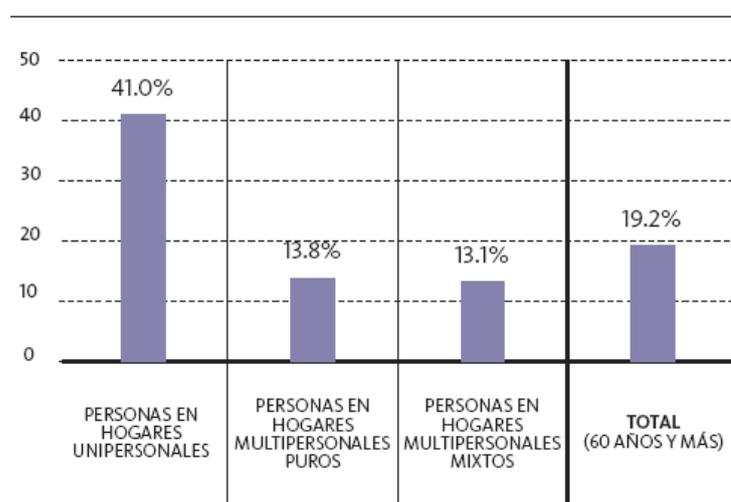


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Sin duda, la condición que más afecta el déficit de apoyo social afectivo es el hecho de vivir solo: el 41% carece de relaciones adecuadas para sus necesidades afectivas. Esto constituye un alerta para el tipo de hogar unipersonal, que caracteriza a una de cada 5 personas y aumenta tanto con la viudez como con la edad. En cambio, entre quienes viven en hogares multipersonales (2 o más personas) no hay diferencias en cuanto a déficit de apoyo social afectivo, vivan en hogares sólo compuestos por personas mayores o en hogares “mixtos”. El convivir con personas más jóvenes (hasta 59 años) no disminuye el déficit de relaciones sociales relacionadas con lo afectivo (ver figura 4.3.1.5).

FIGURA 4.3.1.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Déficit de apoyo social afectivo según tipo de hogar

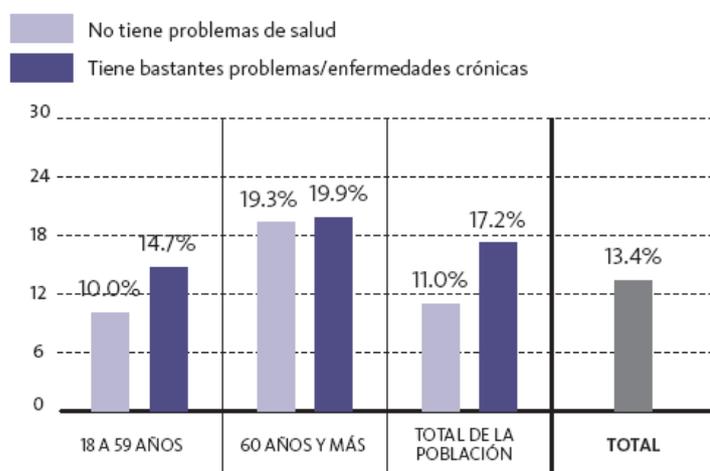


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Tampoco el déficit de apoyo social afectivo tiene que ver con la autopercepción del estado de salud: quienes declaran no tener problemas de salud y quienes declaran que tienen muchos problemas de salud o padecen enfermedades graves presentan valores similares en este indicador. Esto sólo ocurre entre las personas de edad. Entre los más jóvenes (hasta 59 años), en cambio, sí se revela un mayor déficit de este tipo cuando la percepción del estado de salud no es buena (ver figura 4.3.1.6).

FIGURA 4.3.1.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

Déficit de apoyo social afectivo según percepción de estado de salud



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

En síntesis, si 1 de cada 5 personas mayores presenta déficits que tienen que ver con los necesarios apoyos sociales en lo afectivo, ¿cuáles serán los tipos de personas mayores para quienes esta carencia se hace más frecuente? En primer lugar, los que viven solos (41%). No hay otra condición tan asociada con este déficit. Le sigue el estrato socioeconómico más bajo (24,7%). Como ya se dijo, los diferenciales por nivel de instrucción también son importantes, pero son tantas las personas mayores con nivel educativo bajo (72,3%) que su déficit en este tipo de apoyos sociales casi se asemeja al del total de las personas mayores.

Déficit de apoyo social instrumental. Las personas mayores no sólo tienen necesidad de relaciones con los otros en el plano afectivo, sino también para resolver cuestiones de la vida diaria, como la alimentación o las tareas domésticas. La EDSA, dentro del mencionado conjunto de preguntas sobre la relación con los otros, incluyó dos que se refieren específicamente a las necesidades de apoyo social de tipo instrumental. Se indaga sobre la frecuencia con que el encuestado dispone de: a) alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo; b) alguien que lo ayude en sus tareas domésticas si está enfermo. Las categorías de respuesta son las mismas que en todas las preguntas sobre la relación con los otros: “Todo el tiempo”, “Muchas veces”, “Pocas veces” y “Nunca”. El indicador de déficit de apoyo social instrumental se construyó agrupando las dos últimas categorías.

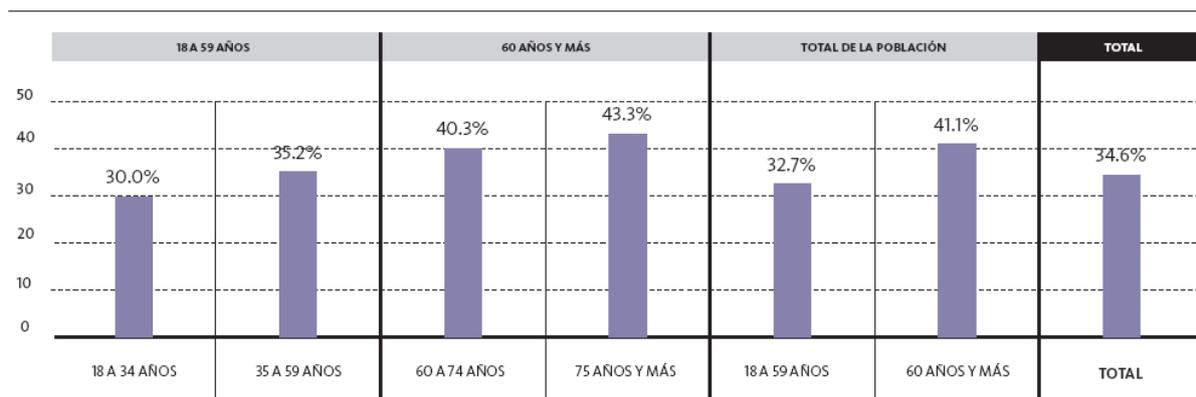
El resultado es que el 41,1% de las personas mayores registra déficit en esta dimensión de los apoyos sociales. Salta a la vista que se trata de un fenómeno mucho más frecuente que el presentado anteriormente sobre las necesidades de apoyos en el campo afectivo. De la comparación con la población de hasta 59 años surgen dos conclusiones. La primera es que este déficit es bastante más frecuente entre las personas mayores (41,1% frente a 32,7%). La segunda es que también entre la población de hasta 59 años este tipo de déficit es mucho más frecuente que el afectivo. Conviene señalar aquí que las condiciones que aparecen en la formulación de las preguntas (“cuando lo necesita”, “si no puede hacerlo”, “si está enfermo”) muy probablemente aparezcan más frecuentemente entre las personas mayores que

en el resto de los sujetos, de lo cual se deduce que el déficit de apoyo social instrumental es más crítico cuando se presenta entre personas mayores.

Al observar los cuatro grupos de edad en que se ha dividido a la población bajo estudio, dos dentro de las personas mayores (con el corte a los 75 años) y dos dentro del resto (con el corte a los 35 años), se aprecia una tendencia suave a que este tipo de déficit aumente con la edad. Pero la diferencia entre los dos grupos dentro de las personas mayores (60 a 74 años; 75 años y más) no es significativa respecto al indicador (ver figura 4.3.2.1).

FIGURA 4.3.2.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social instrumental según grupo de edad

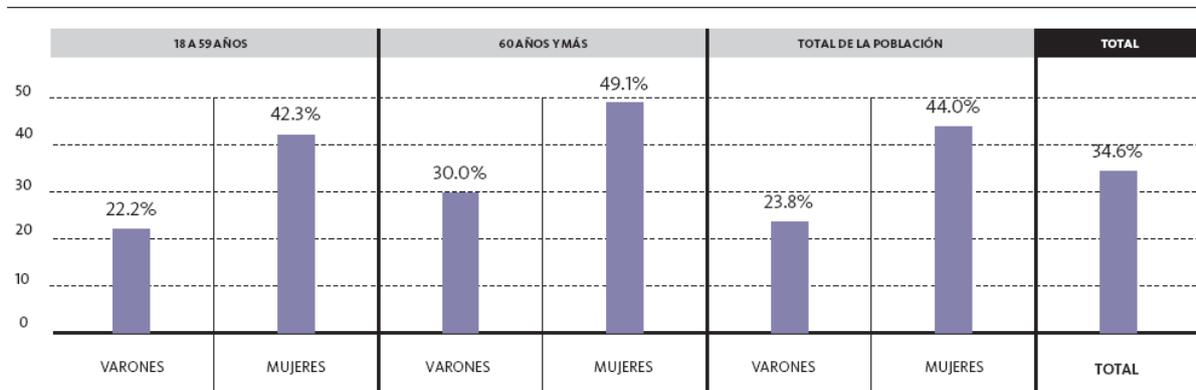


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Existe una brecha importante entre varones y mujeres, asociada con que las dos actividades mencionadas en las preguntas (preparación de la comida y tareas domésticas) tienen un fuerte componente de género. No es que los varones no acusen déficit instrumental (30%), pero lo hacen en menor medida que las mujeres (49,1%). Llama la atención que una de cada 2 mujeres mayores registre déficit en esta dimensión. En la población de hasta 59 años, el déficit de los varones también es marcadamente menor al de las mujeres (ver figura 4.3.2.2).

FIGURA 4.3.2.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social instrumental según sexo

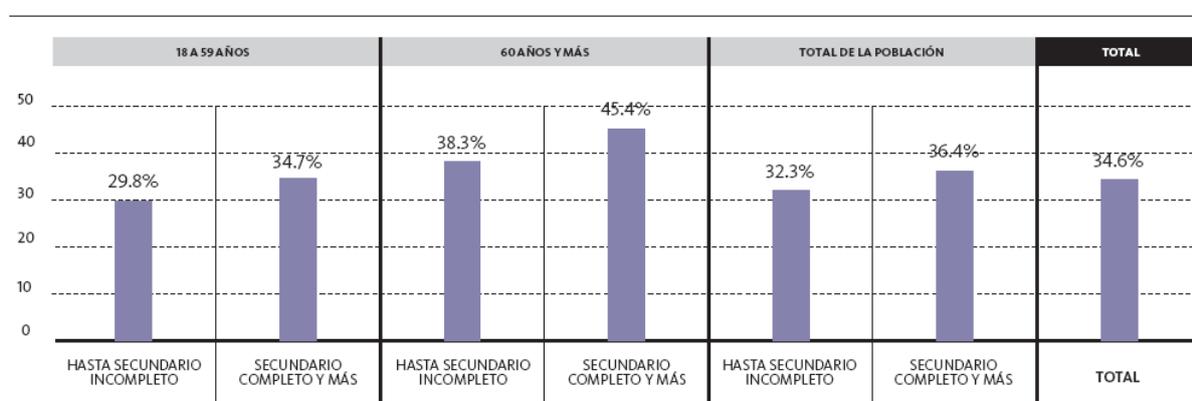


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Respecto de muchos y variados indicadores de este capítulo y de otros, se ha visto cómo las personas mayores con mejor nivel de instrucción presentan menores déficits que aquellas que cuentan con el secundario incompleto, lo cual también está en la línea de los resultados según estrato socioeconómico. Sin embargo, respecto a este indicador de apoyos sociales instrumentales, quienes han recibido más educación manifiestan menos recursos en materia de relaciones sociales para la cuestión doméstica (45,4% frente a 38,3% de las personas mayores con menor educación). Esto no es privativo de las personas de edad avanzada, ya que en la población de hasta 59 años este déficit es más alto entre los de mejor nivel educativo (ver figura 4.3.2.3).

FIGURA 4.3.2.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social instrumental según nivel de instrucción

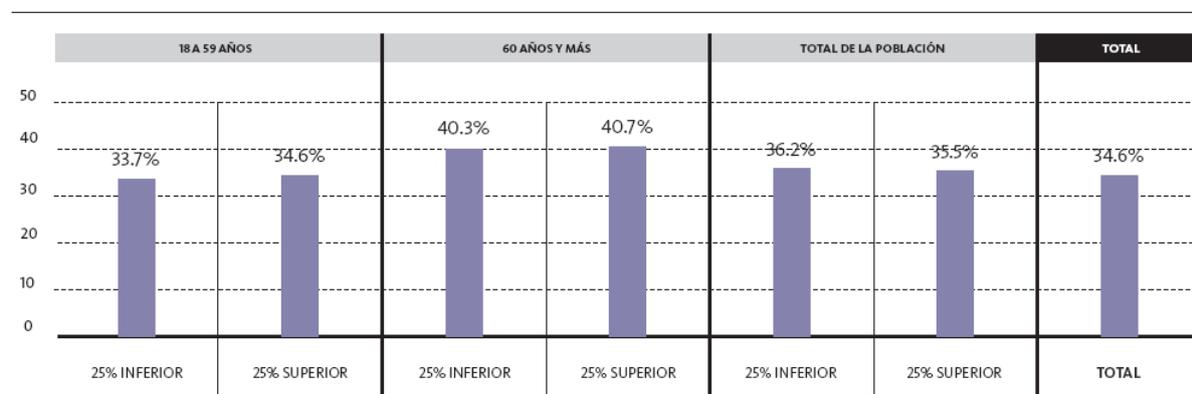


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El estrato socioeconómico no está asociado a este tipo de déficit: tanto las personas mayores del estrato más bajo (40,3%) como las del más alto (40,7%) presentan carencias similares en esta dimensión (ver figura 4.3.2.4).

FIGURA 4.3.2.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social instrumental según nivel socioeconómico



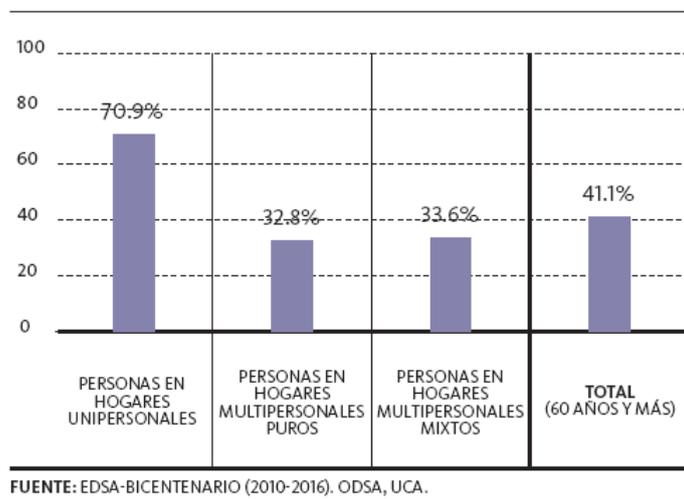
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

La condición que determina de forma más ostensible este tipo de déficit es la de vivir solo. En efecto, el 70,9% de quienes viven solos dicen que no tienen las relaciones sociales necesarias para estas cuestiones domésticas esenciales (ver figura 4.3.2.5). Es la segunda vez que señalamos la condición de vulnerabilidad de las

personas mayores que viven solas. Porque no sólo viven solas, sino que carecen en gran medida de las relaciones sociales necesarias.

FIGURA 4.3.2.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Déficit de apoyo social instrumental según tipo de hogar

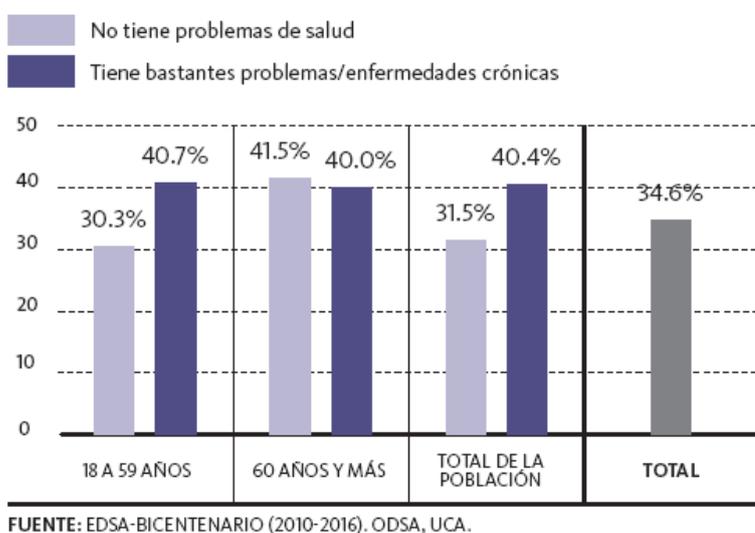


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Las preguntas realizadas se referían a apoyos sociales en caso de necesidad (“si no puede hacerlo”, “si está enfermo”), por eso resulta interesante ver los déficits a la luz de situaciones bien distintas de estado de salud. Las personas mayores que declaran que no tienen problemas de salud y las que declaran que tienen muchos problemas de salud y/o padecen enfermedades graves presentan déficits semejantes en ese indicador (ver figura 4.3.2.6). De ello se infiere que el déficit de apoyo social en lo instrumental para este grupo etario es independiente de la autopercepción del estado de salud.

FIGURA 4.3.2.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

Déficit de apoyo social instrumental según percepción de estado de salud



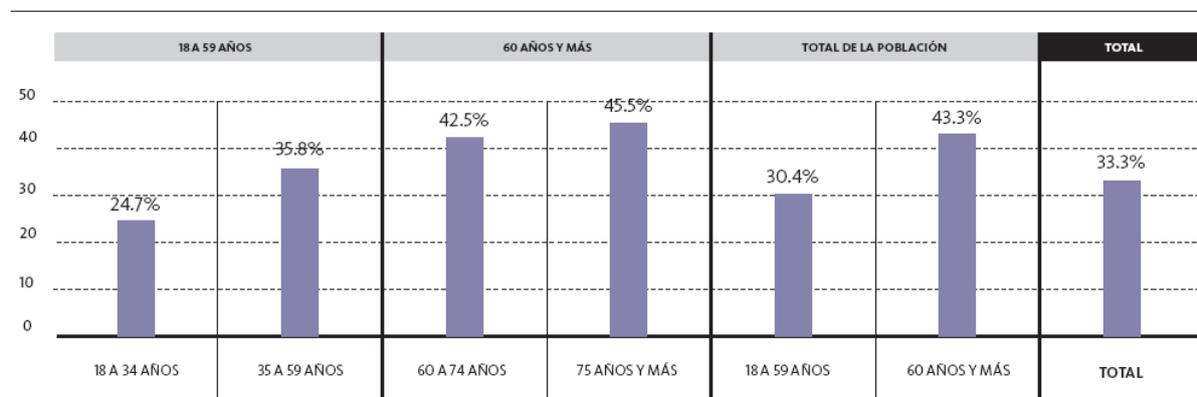
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Déficit de apoyo social informacional. La tercera dimensión de la relación con los otros es el apoyo social para lo informacional. Tal como se hizo respecto de las dos dimensiones anteriores, en la EDSA se incluyeron dos preguntas que indagaban sobre la frecuencia con que una persona dispone de alguien que: a) le aconseje cómo resolver sus problemas personales; b) lo informe y lo ayude a entender una situación. También en estas dos preguntas se utilizaron cuatro categorías de respuesta: “Todo el tiempo”, “Muchas veces”, “Pocas veces” o “Nunca”. El indicador de déficit de apoyo social en lo informacional se construyó agrupando las dos últimas categorías (“Pocas veces” y “Nunca”).

El 43,3% de las personas mayores registra este tipo de déficit de apoyo social, tan alto como el déficit en materia instrumental y mucho más alto que el que se encuentra en las personas de hasta 59 años (30,4%). Si bien hay una tendencia clara a que este déficit aumente con la edad, la diferencia no es significativa al interior de los dos grupos de edad de las personas mayores: de 60 a 74 años (42,5%) y de 75 años y más (45,5%). En cambio, sí la hay al interior de la población de hasta 59 años, porque es del 24,7% entre los jóvenes (18-34 años) y aumenta al 35,8% entre las personas de 35 a 59 años (ver figura 4.3.3.1). En aspectos como este, que tienen que ver con la relación con los otros, se pone de manifiesto que el proceso de envejecimiento comienza desde más temprano.

FIGURA 4.3.3.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social informacional según grupo de edad

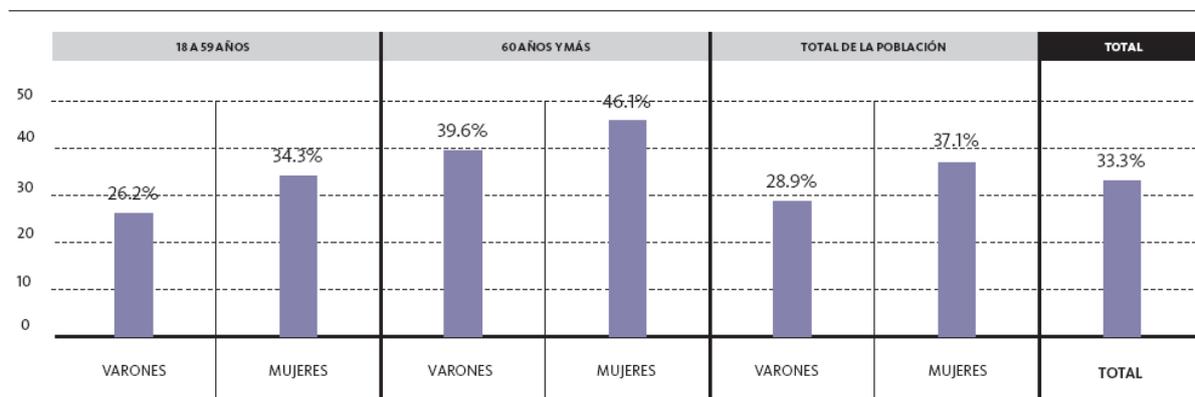


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Si bien el déficit es más agudo entre las mujeres mayores (46,1%), no es tan marcado como el señalado respecto del déficit de apoyo social en lo instrumental. En cuanto al déficit de apoyo social en lo afectivo, recordemos que tal brecha no existe. La brecha de género es importante en el déficit de apoyo social informacional hasta los 59 años pero disminuye bastante cuando se trata de personas mayores. De todos modos, no deja de ser preocupante que una de cada 2 mujeres mayores declare que no tiene a nadie que la aconseje sobre cómo resolver problemas personales y/o la ayude o le proporcione información para resolver un problema (ver figura 4.3.3.2).

FIGURA 4.3.3.2 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social informacional según sexo

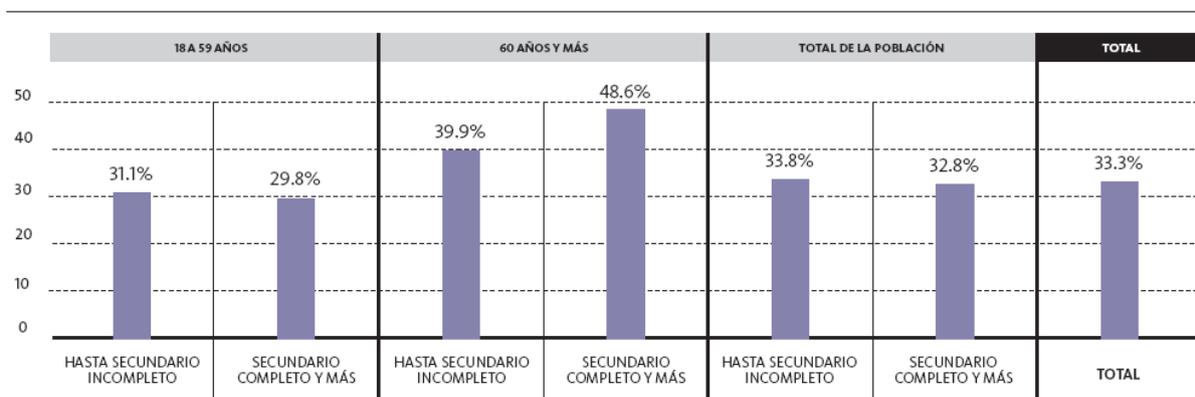


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Tal como ocurre con el déficit de apoyo social en lo instrumental, son las personas mayores de nivel educativo más elevado las que registran el déficit más pronunciado de apoyo social en lo informacional. Las personas mayores de nivel educativo inferior –la gran mayoría– están en mejor situación en cuanto a este tipo de déficit. En cambio, en la población de hasta 59 años no hay diferenciales por nivel educativo (ver figura 4.3.3.3).

FIGURA 4.3.3.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social informacional según nivel de instrucción

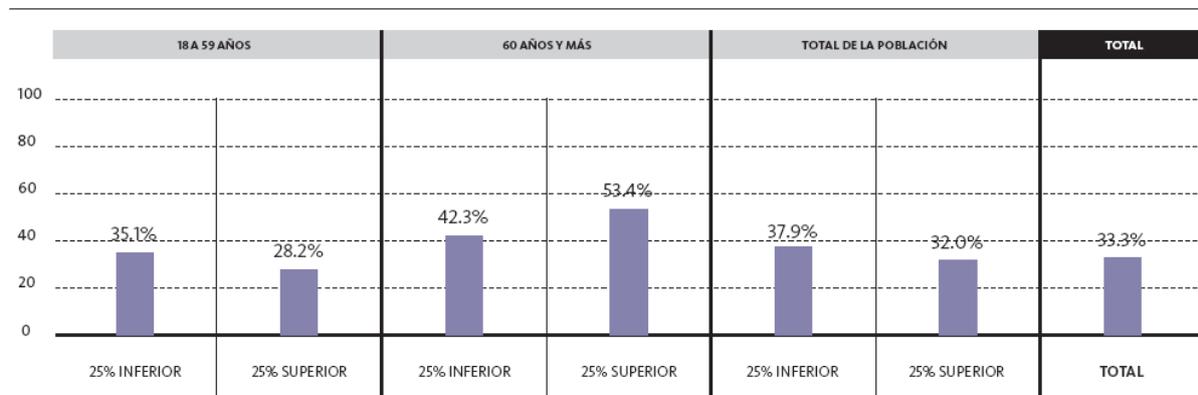


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

El déficit más grande en la relación con los otros entre quienes tienen mejores condiciones de vida vuelve a aparecer en la comparación entre estratos socioeconómicos. En lo que atañe a lo informacional, en el estrato más alto el déficit es de 53,4% y en el más bajo de 42,3%. Parece ser una cuestión propia de la mayor edad, aquí sí, porque en la población de hasta 59 años este tipo de déficit es más frecuente en el estrato más bajo (ver figura 4.3.3.4).

FIGURA 4.3.3.4 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

Déficit de apoyo social informacional según nivel socioeconómico

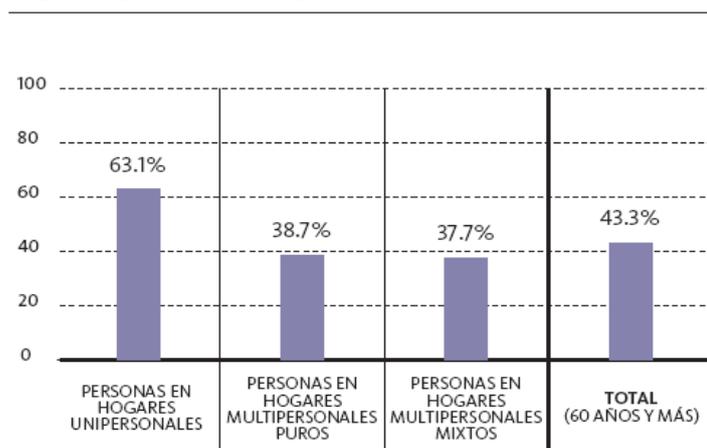


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Nuevamente, entre las personas mayores que viven solas se encuentran los valores más altos de este tipo de déficit (63,1%). Como dijimos más arriba, no sólo viven solas, también carecen en gran medida de las relaciones sociales necesarias. Piénsese en la complejidad de una intervención pública respecto a este déficit en la relación con los otros que afecta a cerca de 800.000 personas mayores. En cambio, la diferencia entre convivir exclusivamente con otras personas mayores o en hogares “mixtos” no se relaciona con este tipo de déficit (ver figura 4.3.3.5).

FIGURA 4.3.3.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

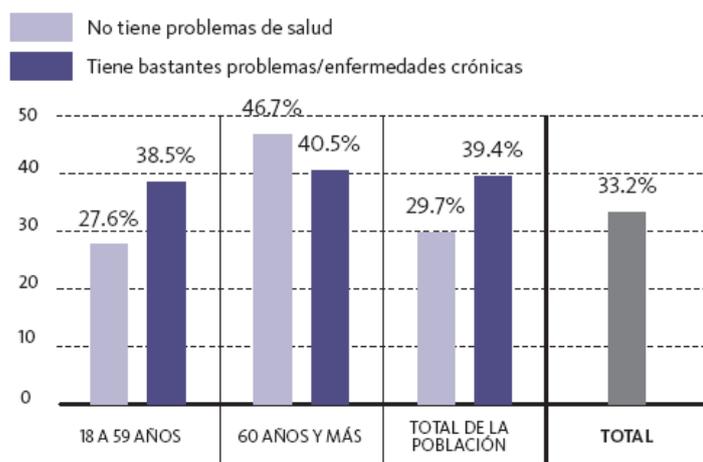
Déficit de apoyo social informacional según tipo de hogar



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

FIGURA 4.3.3.6 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 18 años y más.

Déficit de apoyo social informacional según percepción de estado de salud



FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

Anexo metodológico

Metodología aplicada. La Encuesta de la Deuda Social Argentina, EDSA-Bicentenario (2010-2016) releva hogares y personas de 18 aglomerados urbanos de 80.000 habitantes y más. Este conjunto de aglomerados está conformado por: Capital Federal, Conurbano Bonaerense, Gran Rosario, Gran Córdoba, Gran San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, Gran Mendoza, Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plotier-Cipoletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia y Ushuaia y Río Grande.

Asimismo la EDSA-Bicentenario (2010-2016) aborda el estudio de las privaciones y realizaciones en materia de desarrollo humano de la sociedad argentina a través de una muestra multipropósito, probabilística, conglomerada y estratificada no proporcional de hogares particulares urbanos¹³. En 2014 se crea la línea de investigación en materia de desarrollo humano de las personas mayores. Vale decir que para la elaboración del presente informe se contó con los datos obtenidos por las encuestas anteriores. Esto implicó una serie de pruebas y decisiones metodológicas sobre el modo de trabajar con los datos. Esas decisiones se apoyaron en la representación que las personas mayores tenían en la muestra correspondiente a cada año del relevamiento.

La primera opción explorada fue la realización de un informe evolutivo 2010-2013. Los resultados obtenidos para cada variable en cada año de análisis fueron estadísticamente significativos en la mayoría de los casos (p valor < 0,05). Sin embargo, al evaluar la significatividad de los cambios de un año a otro para cada uno de los grupos de variables de clasificación, la diferencia entre uno y otro año no re-

¹³ Para mayor detalle sobre la muestra ver anexo metodológico Barómetro de la deuda social argentina (ODSA-UCA, 2011, 2012, 2013, 2014).

sultaba significativa. Por tal motivo se optó por una mirada más estructural que analizará la situación de las personas mayores en el período completo 2010-2013.

TABLA AM1

Representación de la población de 60 años y más en la muestra de la EDSA (2010 - 2013)

AÑO	NÚMERO DE CASOS POR AÑO	
	TOTAL DE ENCUESTADOS DE 60 AÑOS Y MÁS	TOTAL DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS RESIDENTES EN HOGARES ENCUESTADOS
2010	1.119	2.651
2011	1.242	2.874
2012	1.259	2.866
2013	1.183	2.639
TOTAL	4.803	11.030

FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

La segunda decisión a tomar estuvo vinculada a la unidad y el universo de análisis objeto de estudio. En otras palabras, se evaluó la conveniencia de trabajar con toda la población y comparar las desigualdades entre personas mayores y otros grupos de edad, o bien trabajar sólo con personas mayores, o incluso predicar sobre hogares con personas mayores o personas mayores en hogares con tales o cuales características.

En este caso la decisión estuvo dada por dos principios: *a)* lograr análisis lo más robustos posibles (en términos de validez y confiabilidad) minimizando los márgenes de error y *b)* presentar información relevante en las cuestiones vinculadas a las personas de edad. De allí que en cada capítulo se haya optado por unidades y universos de análisis diferentes en virtud de los interrogantes planteados para cada uno.

Dimensiones, variables e indicadores. A continuación se presentan cada una de las dimensiones que son objeto de análisis en cada capítulo. Al final de este apartado se presentan las variables independientes.

TABLA AM2

Unidad de análisis y tamaño de la muestra para cada capítulo

CAPÍTULO	UNIDAD DE ANÁLISIS	NÚMERO TOTAL DE CASOS	NÚMERO DE CASOS DE PERSONAS/ HOGARES DE 60 AÑOS Y MÁS
CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA DE LOS HOGARES Y LAS PERSONAS MAYORES	HOGARES	22.824	7.909
	ENCUESTADOS DE 60 AÑOS Y MÁS	4.803	4.803
HÁBITAT, VIVIENDA Y DERECHO A LA CIUDAD	POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS RESIDENTE EN HOGARES CON CARACTERÍSTICAS DETERMINADAS	11.030	11.030
ESTADO, ATENCIÓN Y NECESIDADES DE SALUD	ENCUESTADOS DE 18 AÑOS Y MÁS	22.824	4.803 (ENCUESTADOS DE 60 AÑOS Y MÁS)
RECURSOS PSICOLÓGICOS PARA EL BIENESTAR SUBJETIVO Y CAPACIDADES SOCIALES	ENCUESTADOS DE 18 AÑOS Y MÁS	22.824	4.803 (ENCUESTADOS DE 60 AÑOS Y MÁS)

FUENTE: EDSA- BICENTENARIO (2010-2016). CDSA, UCA.

1- CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA DE LOS HOGARES Y LAS PERSONAS MAYORES

1.1 ESTRATEGIAS DE LOS HOGARES: FUENTES DE RECURSOS MONETARIOS		
PERCEPCIÓN DE JUBILACIÓN Y/O PENSIÓN	Identifica a aquellos hogares que en el último mes han recibido ingresos por jubilación o pensión	Porcentaje de hogares con ingresos por jubilación o pensión
	Entrevistados de 60 años y más que declaran recibir jubilación o pensión	Porcentaje de entrevistados de 60 años y más que declaran estar jubilados y/o pensionados
TASA DE EMPLEO	Tasa de empleo del hogar: relación entre la cantidad de ocupados y la cantidad total de integrantes del hogar	Promedio de la tasa de empleo del hogar
	Entrevistados de 60 años y más que se encuentran ocupados	Porcentaje de entrevistados de 60 años y más que se encuentran ocupados (respecto del total de la población de 60 años y más)
PERCEPCIÓN DE AYUDAS MONETARIAS Y NO MONETARIAS	Identifica los hogares que durante el último año han recibido algún tipo de ayuda monetaria o no monetaria a partir de organizaciones gubernamentales y/o no gubernamentales	Porcentaje de hogares que percibieron algún tipo de ayuda monetaria o no monetaria en el último año
		Porcentaje de entrevistados de 60 años y más en hogares que percibieron algún tipo de ayuda monetaria o no monetaria en el último año

1.2 INSEGURIDAD ALIMENTARIA		
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 expresaron tener inseguridad alimentaria
		Porcentaje de entrevistados de 60 años y más que expresaron tener inseguridad alimentaria
1.3 RECORTES EN GASTOS DE SALUD		
RECORTES EN CONSULTAS MÉDICAS	Disminución o suspensión de visitas médicas u odontológicas por problemas económicos durante el último año	Porcentaje de hogares en los que en el último año se ha dejado de consultar un médico u odontólogo por problemas económicos
		Porcentaje de personas de 60 años y más que en el último año han dejado de consultar un médico u odontólogo por problemas económicos
RECORTES EN MEDICAMENTOS	Disminución o suspensión en la compra de medicamentos por problemas económicos durante el último año	Porcentaje de hogares en los que en el último año se ha dejado de comprar algún medicamento por problemas económicos
		Porcentaje de personas de 60 años y más que en el último año han dejado de comprar algún medicamento por problemas económicos
1.4 CAPACIDADES DE AHORRO E INSUFICIENCIA DE INGRESOS		
INSUFICIENCIA DE INGRESOS Y CAPACIDAD DE AHORRO	Evaluación subjetiva sobre la capacidad de los ingresos totales del hogar para cubrir consumos básicos mensuales, sostener patrones de consumo y poder ahorrar	Porcentaje de hogares que evalúan que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades básicas de consumo
		Porcentaje de entrevistados de 60 años y más que evalúa que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades básicas de consumo
		Porcentaje de hogares que evalúan que sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas de consumo y además resultan suficientes para poder ahorrar
		Porcentaje de entrevistados de 60 años y más que evalúa que sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas de consumo y además resultan suficientes para poder ahorrar

2.2.1 ACCESO A INFRAESTRUCTURA URBANA BÁSICA Y SERVICIOS PÚBLICOS		
DÉFICIT DE CALLES PAVIMENTADAS	Carencia de infraestructura vial que facilita el transporte y la movilidad urbana	Porcentaje de personas de 60 años y más que residen en viviendas sin pavimento en las calles perimetrales
DÉFICIT EN LA RECOLECCIÓN MUNICIPAL DE RESIDUOS	Falta de recolección municipal de residuos de manera periódica, lo que constituye un problema de salubridad pública	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que no tienen recolección municipal de residuos al menos día por medio
DÉFICIT DE ALUMBRADO PÚBLICO Y/O FALTA DE CONEXIÓN A RED ELÉCTRICA DOMICILIARIA	Carencia de alumbrado público y/o falta de conexión a red eléctrica en la vivienda	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares sin alumbrado público en las calles perimetrales y/o sin conexión a red eléctrica domiciliaria
PROBLEMAS CON EL SUMINISTRO DE AGUA	Percepción de que la zona/barrio de residencia presenta problemas de falta de agua	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que manifiestan que en la zona/barrio de residencia existen problemas de falta de agua
PROBLEMAS CON EL SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD	Hogares que han sufrido al menos un corte de luz en los 6 meses previos a la encuesta	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que han sufrido al menos un corte de luz en los 6 meses previos a la encuesta
DÉFICIT DE ACCESO A INFRAESTRUCTURA URBANA BÁSICA	Viviendas que presentan uno o más indicadores de déficit (carencia de calles pavimentadas, carencia de alumbrado público y/o falta de conexión domiciliaria a red eléctrica, falta de recolección de residuos periódica)	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que presentan uno o más indicadores de déficit de acceso a infraestructura básica
PROBLEMAS CON EL SUMINISTRO DE SERVICIOS	Viviendas que presentan uno o más indicadores de déficit en el suministro de servicios (luz y agua)	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que presentan uno o más indicadores de déficit en el suministro de servicios
2.2.2 ACCESO A CONDICIONES AMBIENTALES SALUDABLES		
PREVALENCIA DE PROBLEMAS MEDIOAMBIENTALES	Presencia en las inmediaciones del hogar de fábricas e industrias contaminantes o basurales, quema de basura, espejos de agua contaminados, lo que afecta la salubridad pública	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares en cuyas inmediaciones se registra presencia de fábricas contaminantes o basurales o quema de basura o espejos de agua contaminados
PREVALENCIA DE TERRENOS Y CALLES INUNDABLES Y/O FALTA DE DESAGÜES PLUVIALES	Presencia en las inmediaciones del hogar de calles inundables y/o falta de desagües pluviales en las calles perimetrales, lo que afecta la movilidad urbana	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares con presencia en las inmediaciones del hogar de calles inundables y/o falta de desagües pluviales en las calles perimetrales

2.2.2 ACCESO A CONDICIONES AMBIENTALES SALUDABLES		
DÉFICIT DE ESPACIOS VERDES DE RECREACIÓN Y ESPARCIMIENTO	Carencia de espacios verdes (plazas, parques) en buen estado en las inmediaciones próximas al hogar (hasta 10 cuadras)	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares en cuyas inmediaciones próximas no hay espacios verdes en buen estado
DÉFICIT EN LAS CONDICIONES DEL ENTORNO	Hogares que presentan uno o más indicadores de déficit del entorno (problemas medioambientales que afectan la salubridad de la población, problemas de inundaciones que afectan la movilidad)	Porcentaje de personas mayores en hogares que presentan uno o más indicadores de déficit en las condiciones del entorno

3- ESTADO, ATENCIÓN Y NECESIDADES DE SALUD

DÉFICIT DE ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	Estado general de salud percibido por las personas desde una noción que integra las dimensiones física, biológica y psicológica	Porcentaje de personas de 18 años y más que dicen tener bastantes problemas de salud, padecer enfermedades crónicas o graves
MALESTAR PSICOLÓGICO	Mide el déficit de las capacidades emocionales a través de sintomatología ansiosa y depresiva de las personas. El malestar psicológico dificulta responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, desenvolverse socialmente y tener relaciones satisfactorias con los otros	Porcentaje de personas de 18 años y más que mencionaron síntomas de ansiedad y depresión integradas en una puntuación que indican riesgo moderado o alto de malestar psicológico en la escala KPDS-10
NO REALIZAR UNA CONSULTA MÉDICA	Mide la falta de asistencia a una visita profesional médica para realizar control, prevención o tratamiento	Porcentaje de personas de 18 años y más que afirman no haber realizado una consulta médica durante el último año
PRESTADOR UTILIZADO PARA LA ÚLTIMA CONSULTA	Indica el prestador al que recurrió para la última consulta independientemente de la cobertura social que tenga	Porcentaje de personas de 18 años y más que recurrieron en la última consulta a servicios de salud pública o a PAMI
DÉFICIT EN LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO	Se considera ejercicio físico el conjunto de acciones motoras, musculares y esqueléticas. Habitualmente se asocia a cualquier actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar del individuo	Porcentaje de personas de 18 años y más que afirmaron no realizar ejercicio físico por lo menos una vez por semana

4- RECURSOS PSICOLÓGICOS Y CAPACIDADES SOCIALES PARA EL BIENESTAR SUBJETIVO

4.1 RECURSOS COGNITIVOS Y EMOCIONALES		
AFRONTAMIENTO NEGATIVO	Afrontamiento evitativo o pasivo, en el que predominan conductas destinadas a evadir pensar en la situación problemática, sin realizar intentos activos por afrontar o tratar de resolver la situación	Porcentaje de personas de 18 años y más que presenta un predominio de estrategias de afrontamiento evitativo o pasivo
CREENCIA DE CONTROL EXTERNO	Creencia acerca del grado en que la propia conducta es o no eficaz para modificar positivamente el entorno. Sensación de estar a merced del destino y considerar que sus conductas están exteriormente dirigidas	Porcentaje de personas de 18 años y más que presenta un predominio de creencia de control externo
DÉFICIT DE PROYECTOS PERSONALES	Percepción de incompetencia para proponerse metas y objetivos en procura de su bienestar personal	Porcentaje de personas de 18 años y más que indica no tener proyectos personales
SENTIRSE POCO O NADA FELIZ	Percepción negativa del estado de ánimo que produce en la persona una sensación de insatisfacción y tristeza en su vida	Porcentaje de personas de 18 años y más que dice sentirse poco o nada feliz en su vida
NO ENCONTRAR PAZ ESPIRITUAL	Percepción de no encontrar paz espiritual en su interior	Porcentaje de personas de 18 años y más que afirman no sentir paz espiritual en su interior
SENTIRSE SOLO	Percepción de soledad, de sentir que no se tiene a nadie a quien acudir	Porcentaje de personas de 18 años y más que dijo sentirse solo "Todo el tiempo" o "Muchas veces"
4.2 CAPACIDADES SOCIALES		
DÉFICIT DE APOYO SOCIAL AFECTIVO	Percepción de no tener a alguien que le demuestre amor y cariño	Porcentaje de personas de 18 años y más que declara no tener a alguien que lo abraza y/o le muestre amor y afecto
DÉFICIT DE APOYO SOCIAL INSTRUMENTAL	Percepción de no contar con otras personas cuando necesita ayuda en tareas cotidianas o domésticas	Porcentaje de personas de 18 años y más que indica no contar con alguien que le prepare la comida y/o lo ayude en tareas domésticas, si lo necesita
DÉFICIT DE APOYO SOCIAL INFORMACIONAL	Percepción de no contar con alguien que le aconseje, lo ayude o informe en temas personales	Porcentaje de personas de 18 años y más que menciona no contar con alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales y/o le informe o ayude a entender una situación

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍAS
PRESENCIA DE MAYORES EN EL HOGAR	Identifica a los hogares con al menos un integrante de 60 años o más y aquellos en que no hay integrantes mayores	-Hogares con mayores -Hogares sin mayores
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Constituye un índice factorial calculado a través del método de componentes principales categóricos (CAPTCA). Para ello se utilizan variables basales como el nivel educativo del jefe de hogar, el acceso a bienes y servicios de consumo durable del hogar y la condición residencial de la vivienda. El resultado de esta operación es un índice que a los fines del análisis se agrupa en cuatro niveles socioeconómicos: nivel medio alto, nivel medio bajo, nivel bajo y nivel muy bajo.	-25% Superior (medio alto) -25% Inferior (muy bajo)
GRUPO DE AGLOMERADOS URBANOS	Reconoce de manera nominal tres modalidades de concentración urbana, las cuales son representadas en la muestra y presentan un valor geoeconómico y geopolítico destacado	-Ciudad Autónoma de Buenos Aires -Conurbano Bonaerense -Otras áreas metropolitanas y resto urbano del interior
CONDICIÓN RESIDENCIAL	Permite clasificar a los hogares urbanos según su emplazamiento en espacios residenciales (barrios o vecindarios) diferentes	-Barrios con trazado urbano formal -Villas o asentamientos precarios
TIPO DE HOGAR	Permite clasificar a los hogares en los que residen personas mayores según la conformación generacional de los mismos. Se identifican tres tipos	-Hogares unipersonales: sólo vive una persona de 60 años o más -Hogares multipersonales puros: son hogares unigeneracionales, es decir solo viven personas de 60 años o más. -Hogares multipersonales mixtos: son hogares multigeneracionales, es decir con personas de 60 años o más y personas de otros grupos de menor edad
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Variable dicotómica construida a partir del máximo nivel educativo alcanzado	-Hasta secundario incompleto -Secundario completo y más

Margen de error de las principales variables independientes. A continuación se presenta un detalle de los errores muestrales para cada una de las variables independientes calculados en función de los valores efectivamente encontrados en la muestra. Es decir, sin expandir ni ponderar.

El cálculo se realizó sobre la base de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95% (ver tabla AM3).

TABLA AM3

Márgenes de error para la muestra de la EDSA Bicentenario (2010 - 2016)

	CANTIDAD DE POBLACIÓN SEGÚN CENSO 2010	TAMAÑO MUESTRA	PROPORCIONES				
			10%	20%	30%	40%	50%
TOTALES	5.725.838	4.803	0,8	1,1	1,3	1,4	1,4
ESTIMACIÓN DE CANTIDAD DE POBLACIÓN SEGÚN CENSO 2010							
GRUPO DE EDAD							
PERSONAS DE 60 A 74 AÑOS	4.134.583	3.527	1,0	1,3	1,5	1,6	1,7
PERSONAS DE 75 AÑOS Y MÁS	1.591.255	1.276	1,6	2,2	2,5	2,7	2,7
SEXO							
VARÓN	2.398.404	2.065	1,3	1,7	2,0	2,1	2,2
MUJER	3.327.434	2.738	1,1	1,5	1,7	1,8	1,9
NIVEL DE INSTRUCCIÓN							
HASTA SECUNDARIO INCOMPLETO	4.134.583	3.007	1,1	1,4	1,6	1,8	1,8
SECUNDARIO COMPLETO Y MÁS	1.591.255	1.792	1,4	1,9	2,1	2,3	2,3
TIPO DE HOGAR							
UNIPERSONAL	1.141.321	989	1,9	2,5	2,9	3,1	3,1
MULTIPERSONALES PUROS	1.961.524	1.559	1,5	2,0	2,3	2,4	2,5
MULTIPERSONALES MIXTOS	2.622.993	2.255	1,2	1,7	1,9	2,0	2,1
ESTRATO SOCIOECONÓMICO							
MEDIO ALTO	912.824	602	2,4	3,2	3,7	3,9	4,0
MEDIO BAJO	1.083.729	1.022	1,8	2,5	2,8	3,0	3,1
BAJO	1.310.500	1.235	1,7	2,2	2,6	2,7	2,8
MUY BAJO	2.418.785	1.912	1,3	1,8	2,1	2,2	2,2
CONDICIÓN RESIDENCIAL							
TRAZADO URBANO	5.536.222	4.639	0,9	1,2	1,3	1,4	1,4
VILLA O ASENTAMIENTO PRECARIO	189.616	163	4,6	6,1	7,0	7,5	7,7
TIPO DE AGLOMERADO							
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	1.408.206	534	2,5	3,4	3,9	4,2	4,2
CONURBANO BONAERENSE	2.427.015	1.031	1,8	2,4	2,8	3,0	3,1
OTRAS ÁREAS METROPOLITANAS Y RESTO URBANO	1.890.617	3.238	1,0	1,4	1,6	1,7	1,7

FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

Bibliografía

- Adaszko, Dan (2010), *Hábitat, salud y situación económica de los hogares*, en Salvia, “Barómetro de la deuda social argentina”, n° 6, La deuda social argentina frente al Bicentenario. Progresos destacados y desigualdades estructurales del desarrollo humano y social en la argentina urbana 2004-2009, Bs. As., Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA), UCA, p. 53 a 134.
- (2011), *Las condiciones habitacionales y de acceso a bienes y servicios urbanos en la argentina 2010. Urbanización y desigualdad estructural*, en Salvia, “Barómetro de la deuda social argentina del Bicentenario”, serie del Bicentenario (2010-2016), año I, Bs. As., Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA, p. 37 a 87.

- (2012), *Condiciones de vida en el hábitat urbano*, en Salvia, “Barómetro de la deuda social argentina del Bicentenario”, serie del Bicentenario (2010-2016), año II, Bs. As., ODSA, UCA, p. 85 a 131.
- Alborch, Carmen (2014), *Los placeres de la edad*, Barcelona, Espasa Libros.
- Alfano, Adriana - Andrés, Haydée - Rodríguez Elénico, Liliana - Vitelli, María (2007), *Desafíos éticos en la práctica de la atención de adultos mayores*, trabajo presentado en el IV Congreso Panamericano de Gerontología y Geriatria, Puebla, México.
- Antequera Jurado, Rosario - Blanco Picabia, Adolfo (2013), *Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano*, en Salvarezza, Leopoldo (comp.), “La vejez. Una mirada gerontológica”, Bs. As., Paidós, p. 95 a 124.
- Araya Gutiérrez, Alejandra (2012), *Autocuidado de la salud*, Cartillas Educativas Calidad de Vida en la Vejez, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Arlegui, María A. (2009), *Situación de los adultos mayores en la Argentina. Activos y capacidad de respuesta frente a la vejez en contextos vulnerables*, ponencia presentada en el XXVII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Bs. As., disponible en www.gerontologia.org.
- Barros Lezaeta, Carmen (2005), *Calidad de vida en el adulto mayor*, “Revista Cuestiones Sociales y Económicas”, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, UCA, año 3, n° 4, p. 18 a 42.
- Bazo Royo, María T. - García Sanz, Benjamín (2006), *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*, Madrid, Panamericana.
- Blaistein, Nora - Salvia, Agustín (comps.) (2011), *Derechos sociales para todos y entre todos. Hacia una ciudadanía plena*, Bs. As., AMIA.
- Botella, José (2005), *La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores*, en S. Pinazo, Hernandis - Sánchez Martínez, Mariano (eds.), “Gerontología. Actualización, innovación y propuestas”, Madrid, Pearson Prentice-Hall, p. 93 a 114.
- Bueno, Belén - Navarro, Ana B. (2004), *Afrontamiento y calidad de vida*, “Revista Española de Geriatria y Gerontología”, n° 39, supl. 3, p. 31 a 37.
- Buz Delgado, José (2013), *Envejecimiento y soledad: la importancia de los factores sociales*, en Cubillo, Marco - Quintanar, Fernando (comps.), “Por una cultura del envejecimiento”, Puebla-México, CMUCH.
- Caro, Francis - Sánchez Martínez, Mariano (2005), *Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos*, en S. Pinazo, Hernandis - Sánchez Martínez, Mariano (eds.), “Gerontología. Actualización, innovación y propuestas”, Madrid, Pearson Prentice-Hall, p. 457 a 488.
- Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad (2005), Foro Social de las Américas, Quito, julio 2004; Foro Mundial Urbano, Barcelona, octubre 2004; Foro Social Mundial, Porto Alegre, enero 2005, Revisión previa a Barcelona, septiembre, disponible en www.cafedelasciudades.com.ar.

- Casas, Ferrán - Aymerich, María (2005), *Calidad de vida de las personas mayores*, en S. Pinazo, Hernandis - Sánchez Martínez, Mariano (eds.), "Gerontología. Actualización, innovación y propuestas", Madrid, Pearson Prentice-Hall, p. 117 a 144.
- CELADE-CEPAL (2003), *América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050*, Boletín Demográfico n° 72, Santiago de Chile, CEPAL, disponible en www.cepal.org.
- (2005), *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CEPAL, disponible en www.cepal.org.
- (2009), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CEPAL, disponible en www.cepal.org.
- (2011), *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación*, Santiago de Chile, CEPAL, disponible en www.cepal.org.
- CEPAL (2007, dic.), Declaración de Brasilia, II Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, Brasilia, ONU, disponible en www.cepal.org.
- Constitución Nacional de la República Argentina (2004), disponible en www.senado.gov.ar.
- Dirección Nacional de la Tercera Edad (2001), *Actitudes, percepciones y expectativas de las personas de mayor edad*, Encuesta sobre Adultos Mayores. Informes n° I, II, III, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.
- FAO-OMS (1994), *Situación de la seguridad alimentaria en América Latina*, disponible en www.fao.org.
- Fernández Ballesteros, Rocío y otros (1999), *¿Qué es la psicología de la vejez?*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Fernández Ballesteros, Rocío (1996), *Psicología del envejecimiento*, Lección Inaugural del Curso Académico 1996-1997, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.
- (2009a), *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*, Madrid, Pirámide.
- (2009b), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*, Madrid, Pirámide.
- Galvanovskis, Agris - Villar, E. (2000), *Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el período de jubilación*, "Geriatría", n° 16, p. 40 a 47.
- Gragnotati, Michele - Rofman, Rafael - Apella, Ignacio - Troiano, Sara (2014), *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*, Bs. As., Banco Mundial.
- Gastrón, Liliana (coord.) (2013), *Dimensiones de la representación social de la vejez*, Mar del Plata, EUDEM.

- Gastrón, Liliana - Lacasa, Débora (2009), *La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según edad*, "Población y Sociedad", n° 16, p. 3 a 28, disponible en www.ceviar.unlu.edu.ar.
- Hermida, Paula - Stefani, Dorina (2011), *La jubilación como un factor de estrés psicossocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas*, "Perspectivas en Psicología", vol. 8, nov. 2011, p. 101 a 107.
- Hurtis, Sonia (comp.) (2007), *Ver y vivir la ancianidad. Hacia el cambio cultural*, Bs. As., Fundación Navarro Viola.
- Iacub, Ricardo (2006), *Erótica y vejez: perspectivas de Occidente*, Bs. As., Paidós.
- (2011), *Identidad y envejecimiento*, Bs. As., Paidós.
- (2012), *El poder en la vejez: entre el empoderamiento y desempoderamiento*, Bs. As., INSSJP.
- IMSERSO (2004), *Las personas mayores en España*, Informe 2004, Madrid, IMSERSO.
- (2011), *Libro blanco del envejecimiento activo*, Madrid, IMSERSO.
- INDEC (2013), *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012: principales resultados*, Serie Estudios INDEC n° 46, Bs. As., Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- (2014a), *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares ENGHo 2012/13*, disponible en www.indec.mecon.ar.
- (2014b), *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares ENGHo 2012. Aspectos metodológicos*, disponible en www.indec.mecon.ar.
- Instituto de Política Familiar-IPF (2010), *Los mayores en España*, Boletín Demográfico on line, n° 7, dic. 2009 - ene. 2010.
- Kalache, Alexandre - Kickbusch, Ilona (1997), *A global strategy for healthy ageing*, World Health, jul-aug. 50(4), p. 4 y 5.
- Krzemien, Deisy - Monchietti, Alicia - Urquijo, Sebastián (2005), *Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la Ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción*, "Revista Interdisciplinaria de Psicología y Ciencias Afines", 22 (2), p. 183 a 210, disponible en www.scielo.org.ar.
- LARNA-SENAMA (2013), *Nuevos paradigmas del envejecimiento en América Latina*, IV Conferencia Internacional Oxford Institute of Ageing, Santiago de Chile, CIEDESS.
- León, Diana - Rojas, Macarena - Campos, Francisca (2011), *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Mariluz, Gustavo R. (2009), *Estado, política y vejez. La política social para la tercera edad en Argentina desde el Virreynato del Río de La Plata hasta el año 2000*, Bs. As., Centro de Documentación en Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social (GCBA).

- Mazzeo, Victoria (2013), *Los adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires. Sus características socioeconómicas y sus condiciones de vida*, trabajo presentado en las X Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, disponible en www.aacademica.com.
- Mella, Rafael y otros (2004), *Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor*, "Revista Psykhe", vol. 13, n° 1, Santiago de Chile.
- Moos, Rudolf H. - Billings, A. G. (1982), *Conceptualizing and measuring coping resources and processes*, en Goldberger, Leo - Breznitz, Shlomo (eds.), "Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects", New York, The Free Press, A Division of Macmillan Inc., p. 212 a 230.
- Navarro, Ana y otros (2007), *Jubilación y tiempo libre*, en Triadó, Carme - Villar, Feliciano (coords.), "Psicología de la vejez", Madrid, Alianza.
- Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) (2005), Salvia, Agustín - Tami, Felipe (coords.), *Barómetro de la deuda social argentina.1 Las grandes desigualdades*, Bs. As., Universidad Católica Argentina.
- (2006), Salvia, Agustín (coord.), *Barómetro de la deuda social argentina.2 Las desigualdades persistentes*, Bs. As., Universidad Católica.
- (2007), Salvia, Agustín - Lépre, Silvia (coord.), *Barómetro de la deuda social argentina. 3 Progresos sociales 2004-2006. Avances y retrocesos de una sociedad polarizada*, Bs. As., UCA.
- (2008), Salvia, Agustín (coord.), *Barómetro de la deuda social argentina.4 Índices de desarrollo humano y social: 2004-2007*, Bs. As., Bouquet Editores.
- (2009), Salvia, Agustín (coord.), *Barómetro de la deuda social argentina.5 La deuda social argentina: 2004-2008*, Bs. As., Bouquet Editores.
- (2010), *Barómetro de la deuda social argentina.6. La deuda social argentina frente al Bicentenario. Progresos destacados y desigualdades estructurales del desarrollo humano y social en la Argentina urbana 2004-2009*, Bs. As., UCA.
- (2011a.), Salvia, Agustín (ed.), *Barómetro de la deuda social argentina.7 Asimetrías en el desarrollo humano y social (2007/2010-2011). Progresos económicos en un contexto de vulnerabilidad persistente*, Bs. As., UCA.
- (2011b.), Salvia, Agustín (ed.), *Barómetro de la deuda social argentina. Estado de situación del desarrollo humano y social. Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en el primer año del Bicentenario*, Bs. As., UCA.
- (2013), *Estimaciones de tasas de indigencia y pobreza (2010-2012). Totales urbanos*, Bs. As., UCA.
- (2014a.), *Un régimen consolidado de bienestar con desigualdades sociales persistente: claroscuros en el desarrollo humano y la integración social*, Bs. As., UCA.
- (2014b.), *Barómetro de la deuda social con las personas mayores. Hacia una Argentina para todas las edades: las personas mayores en la sociedad*, Bs. As., UCA.

- OCDE (2006), *Live longer, work longer*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Oddone, María J. - Aguirre, Mónica (2005), *Impacto de la diversidad en el envejecimiento*, Psicólogos, "Revista de Psicología", número extraordinario La vejez II. XV (15), Universidad Nacional de Tucumán.
- Oddone, María J. - Lynch, Gloria (2008), *Las memorias de los hechos socio-históricos en el curso de la vida*, "Revista Argentina de Sociología", año 6, n° 10, disponible en www.scielo.org.ar.
- Oddone, María J. - Salvarezza, Leopoldo (2010), *Una mirada gerontológica sobre la vejez*, en Roisinblit, Ricardo (comp.), "Odontología para las personas mayores", Bs. As., E-Book, p. 3 a 17.
- Oddone, María J. (2012a.), *Estrategias de supervivencia, vida cotidiana e impacto de las redes de apoyo social para los trabajadores de mayor edad desocupados*, "Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle", vol. 10, n° 38, jul.-dic. 2012, México, p. 117 a 139.
- (2012b.), *Envejecimiento y familia en un contexto de cambio*, "Revista de Ciencias Sociales", n° 81, ago. 2012, Facultad de Ciencias Sociales, Bs. As., UBA.
- (2012c.), *Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión*, "Revista Población", año 5, vol. 9, sept. 2012, Ministerio del Interior y Transporte.
- (2013a), *Antecedentes teóricos del envejecimiento activo*, "Informes del Envejecimiento en Red", n° 4, Madrid.
- (2013b), *La vejez en los textos de lectura de la escuela primaria: un recorrido entre fines del siglo XIX y los inicios del siglo XXI en Argentina*, "Salud Colectiva", vol. 1, n° 9, Bs. As., disponible en www.scielo.org.ar.
- (2014a.), *El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina*, "Revista Voces en el Fénix", año 5, n° 36, jul. 2014, Bs. As., p. 82 a 90.
- (2014b.), *Ancianas y cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales*, "Cadernos de Pesquisa", vol. 44, n° 152, Sao Paulo, p. 354 a 377.
- OMS (2002), *Envejecimiento activo: un marco político*, "Revista Española de Geriatria y Gerontología", n° 37 (S2), p. 74 a 105.
- (1948), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, disponible en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
- *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, disponible en www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/.
- ONU (1982), *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*, Viena, Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento, disponible en www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf.
- (1991), *Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad* (AG anexo res. 46/91).

- (2002), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (Madrid), Nueva York, Naciones Unidas.
 - (2007), *Previsiones demográficas mundiales revisión 2006*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.
 - (2012), *Día Internacional de la Felicidad*, res. 66/281 de la Asamblea General, disponible en www.un.org/es/events/happinessday/.
 - (2013a), *Seguimiento del año internacional de las personas de edad*, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
 - (2013b), *Ulterior aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002*, Consejo Económico y Social, disponible en www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/N1323349.pdf.
 - (2014), *Tendencias demográficas en el mundo*, Consejo Económico y Social, Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas.
- Pérez, Lourdes (2005), *Envejecimiento y género*, en S. Pinazo, Hernandis - Sánchez Martínez, Mariano (eds.), "Gerontología. Actualización, innovación y propuestas", Madrid, Pearson Prentice-Hall, p. 71 a 92.
- Pérez Díaz, Julio (2004), *La feminización de la vejez*, Madrid, IMSERSO.
- Pinazo, Hernandis (2005), *El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores*, en S. Pinazo, Hernandis - Sánchez Martínez, Mariano (eds.), "Gerontología. Actualización, innovación y propuestas", Madrid, Pearson Prentice-Hall, p. 219 a 256.
- Pérez, Pedro (2000), *Servicios urbanos y equidad en América Latina. Un panorama con base en algunos casos*, CEPAL/ECLAC, Serie Medio Ambiente y Desarrollo, n° 26, sep., Santiago de Chile.
- Repetto, Fabián - Potenza, Fernanda - Marazzi, Vanesa - Fernández, Juan P. (2011), *Políticas y acciones orientadas a los adultos mayores*, documento de trabajo n° 75, Bs. As., CIPPEC, disponible en www.cippec.org.
- Rodríguez Espínola, Solange (2012), *Las maneras de afrontar la adversidad según el entorno social y económico*, en Salvia, Agustín (ed.), "Asimetrías en el desarrollo humano y social (2007/2010-2011): progresos económicos en un contexto de vulnerabilidad persistente", Bs. As., UCA, p. 205 a 207.
- Rojas, Macarena - Campos, Francisca - Herrera, Soledad - Fernández, Beatriz (2010), *Chile y sus mayores*, resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes.
- (2014) *Chile y sus mayores*, resultados de la Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes.
- Salvareza, Leopoldo (comp.) (2013), *La vejez. Una mirada gerontológica actual*, Bs. As., Paidós.

- Salvia, Agustín - Tuñón, Ianina - Musante, Bianca (2012), *La inseguridad alimentaria en la Argentina. Hogares urbanos, 2011*, documento de trabajo del Observatorio de la Deuda Social Argentina, Bs. As., ODSA, UCA.
- San Juan Pablo II (1999), *Carta a los ancianos*, Bs. As., Ediciones Paulinas.
- Santrok, John (2006), *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*, 10ª ed., Madrid, Mc Graw Hill.
- Stafford, James - Rylko, Stanislaw (1998), *La dignidad del anciano y su misión en la Iglesia y en el mundo*, documento del Pontificio Consejo para Laicos en el año dedicado a la tercera edad, Vaticano, octubre de 1998, disponible en: www.redadultosmayores.com.ar.
- Stefani, Dorina - Feldberg, Carolina (2006), *Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados*, "Anales de Psicología", vol. 22, n° 2, dic., España, Universidad Nacional de Murcia, p. 276 a 272.
- Triadó, Carme - Villar, Feliciano (coords.) (2007), *Psicología de la vejez*, Madrid, Alianza.
- Villar Posada, Feliciano (2005), *El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento*, en S. Pinazo, Hernandis - Sánchez Martínez, Mariano (eds.), "Gerontología. Actualización, innovación y propuestas", Madrid, Pearson Prentice-Hall, p. 147 a 181.
- Yujnosvky, Oscar (1984), *Claves políticas del problema habitacional argentino 1955-1981*, Bs. As., Grupo Editor Latinoamericano.
- Zapata Farías, Hernán (2001), *Adulto mayor: participación e identidad*, "Revista de Psicología de la Universidad de Chile", vol. X, n°1, Santiago de Chile.

© Editorial Astrea, 2015. Todos los derechos reservados.