

**BARÓMETRO DE LA DEUDA SOCIAL
CON LAS PERSONAS MAYORES**

Observatorio de la Deuda Social Argentina
Pontificia Universidad Católica Argentina

Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores
Hacia una Argentina para todas las edades
Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año I

**CONDICIONES DE VIDA E INTEGRACIÓN SOCIAL DE
LAS PERSONAS MAYORES ¿DIFERENTES FORMAS
DE ENVEJECER O DESIGUALES OPORTUNIDADES DE
LOGRAR UNA VEJEZ DIGNA?**

Amadasi, Enrique

Condiciones de vida e integración social de las personas mayores : ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? / Enrique Amadasi y Cecilia Tinoboras. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Educa, 2015.
172 p. ; 21x27 cm.

ISBN 978-987-620-278-7

1. Personas Mayores. 2. Inclusión Social. 3. Envejecimiento
4. Desarrollo Social.
CDD 305.26

1ª edición: Febrero de 2015

Tirada: 1000 ejemplares.

Diseño gráfico:

SADG | Santiago Ascaso

www.sadg.com.ar

Impreso en AGI

Libro editado y hecho en la Argentina

Printed in Argentina

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© Fundación Universidad Católica Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1300.

Buenos Aires, Argentina.

Los autores de la presente publicación ceden sus derechos a la Universidad, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de la misma al Repositorio Institucional de la Universidad Católica Argentina como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica. Asimismo, la Universidad Católica Argentina autoriza a la Fundación Navarro Viola a la difusión de la misma.

Lo publicado en esta obra es responsabilidad de sus autores y no compromete la opinión de la Pontificia Universidad Católica Argentina o de Fundación Navarro Viola.

© 2015, Derechos reservados por Fundación Universidad Católica Argentina.

AUTORIDADES

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

ARZOBISPO RECTOR

Mons. Víctor Manuel Fernández

VICERRECTOR DE ASUNTOS ACADÉMICOS E INSTITUCIONALES

Gabriel Limodio

VICERRECTOR DE ASUNTOS ECONÓMICOS

Horacio Rodríguez Penelas

VICERRECTORA DE INVESTIGACIÓN

Beatriz Balian de Tagtachian

OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

DIRECTORA GENERAL DEL PROGRAMA

Alicia Casermeiro de Pereson

COORDINADOR GENERAL DEL PROGRAMA

Agustín Salvia

SOCIO DEL BAROMETRO DE LA DEUDA SOCIAL CON LAS PERSONAS MAYORES

Fundación Navarro Viola

PRESIDENTE

Enrique Valiente Noailles

DIRECTORA EJECUTIVA

Inés Castro Almeyra

BAROMETRO DE LA DEUDA SOCIAL CON LAS PERSONAS MAYORES

COORDINADOR DEL ESTUDIO

Enrique Amadasi

INVESTIGADORA

Cecilia Tinoboras

ASISTENTE DE INVESTIGACION

Emilse Rivero

DISEÑO

Dirección de arte y diseño: Santiago Ascaso

Diseño y diagramación: Isis Camino

FOTOGRAFÍAS

Marta Ferré

Diego Epstein

Emilse Rivero

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	15
PRÓLOGO	17
RESUMEN EJECUTIVO	21
INTRODUCCIÓN	29
CAPÍTULO 1.	
LA CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA DE LOS HOGARES Y LAS PERSONAS MAYORES	41
1.1 ESTRATEGIAS DE LOS HOGARES: FUENTES DE RECURSOS MONETARIOS	41
1.2 INSEGURIDAD ALIMENTARIA	47
1.3 RECORTES EN GASTOS DE SALUD	49
1.4 INSUFICIENCIA DE INGRESOS Y CAPACIDAD DE AHORRO	53
Comentario de María Julieta Oddone.....	57
Comentario de Mariano Cascallares	59
CAPÍTULO 2.	
HÁBITAT, VIVIENDA Y DERECHO A LA CIUDAD	63
2.1 VIVIENDA	64
2.2 INFRAESTRUCTURA Y ESPACIO URBANO	76
Comentario de Daniel Chain	88

CAPÍTULO 3.	
ESTADO, ATENCIÓN Y NECESIDADES DE SALUD	91
3.1 EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	92
3.2 EL MALESTAR PSICOLÓGICO	95
3.3 LA ATENCIÓN DE LA SALUD	98
3.4 ÚLTIMA ATENCIÓN MÉDICA EN SISTEMA DE SALUD PÚBLICA	101
3.5 HÁBITOS DE SALUD: EL DÉFICIT EN LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO	106
Comentario de Adriana María A. Alfano.....	111
Comentario de Mercedes M. Acuña.....	113
CAPÍTULO 4.	
RECURSOS PSICOLÓGICOS PARA EL BIENESTAR SUBJETIVO Y CAPACIDADES SOCIALES	117
4.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, INCAPACIDAD DE TENER PROYECTOS PERSONALES Y CARENCIA DE CONTROL EXTERNO	117
4.2 SENTIMIENTOS DE INFELICIDAD, SOLEDAD Y FALTA DE PAZ ESPIRITUAL	127
4.3 LAS CAPACIDADES SOCIALES	136
Comentario de Haydée Andrés.....	146
Comentario de Ricardo Iacub.....	150
Comentario de María Inés Passanante.....	153
ANEXO METODOLÓGICO	157
BIBLIOGRAFÍA	167

PRESENTACIÓN

LAS PERSONAS MAYORES: NUEVA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DEL OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA DE LA UCA

Hay algunos temas en los que el Papa Francisco insiste constantemente, debido a su firme sensibilidad social. Uno de ellos es el de la “cultura del descarte”. Le preocupa que la tendencia al individualismo y a la comodidad personal se vuelva enfermiza y lleve a tratar a los demás como objetos que se descartan, que se arrojan al ámbito de lo invisible, que no molestan. Son los “descartables”, lanzados al volquete del olvido.

Entre esos descartables están las personas mayores, a quienes el Papa se refiere con mucha frecuencia, porque los percibe como un símbolo de una sociedad egoísta y superficialmente pragmática, que ya no recuerda el valor infinito que tiene cada persona humana por ser infinitamente amada por su Padre Dios.

Esta Universidad ha querido otorgar a los adultos mayores un espacio destacado. Lo hace en el marco del Programa *Bicentenario 2010-2016* del Observatorio de la Deuda Social Argentina y de la importancia que otorga la Fundación Navarro Viola a su compromiso estratégico de generar acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 60 años. Por ello, este año se suma a nuestro Programa una nueva línea de investigación denominada “Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores”.

La disponibilidad de información fiable es indispensable para identificar nuevos problemas. En este caso, nuestro objetivo fue monitorear de manera sistemática los cambios que operan sobre los problemas de desarrollo humano y social que afectan a gran parte de la población de personas mayores del país.

Para ello se desarrollaron un conjunto de indicadores directos e indirectos de los hogares donde habitan estos grupos etáreos de las áreas urbanas. Al mismo tiempo, se comenzó a trabajar en la publicación y difusión de información sobre el tema de los adultos mayores a fin de dar visibilidad a algunos de los problemas que permanecían relativamente ocultos. Para ello se elaboró la publicación de un Boletín denominado “Hacia una Argentina para todas las edades. Las personas mayores en la sociedad” (Educa, 2014), con datos aportados por fuentes censales.

El segundo paso fue el estudio de estos temas aprovechando los datos que aporta anualmente la Encuesta del Bicentenario de la Deuda Social de la UCA, la cual alcanza a 5.700 hogares de ciudades de más de 80.000 habitantes.

La presente publicación busca tres objetivos claves: 1) desarrollar un saber específico de carácter científico e interdisciplinario con una perspectiva integral, humanista y cristiana; 2) promover una mayor toma de conciencia y la definición de acciones frente a la problemática del envejecimiento; 3) apoyar el fortalecimiento de aquellas organizaciones

de la sociedad que desarrollan acciones tendientes al respeto por los derechos de las personas mayores y a su activa participación en la vida social.

Ojalá que esto nos ayude a lograr un reencuentro con la sabiduría y la memoria de las personas mayores, porque, como dice el Papa Francisco, “si no se recupera el encuentro, si no se logra un nuevo equilibrio fecundo entre las generaciones, se llega a un grave empobrecimiento del pueblo, y la libertad que prevalece en la sociedad es una falsa libertad, que casi siempre se convierte en autoritarismo”.

*Mons. Dr. Víctor Manuel Fernández
Rector de la Pontificia Universidad Católica Argentina*



PRÓLOGO

Los cambios en la pirámide poblacional argentina en los últimos tiempos incluyen un envejecimiento demográfico: según datos del Censo 2010, el 10,2% de su población es mayor de 65 años, dato que sitúa a la Argentina dentro de los países de América Latina con mayor porcentaje de esta población. A la vez, se estima que dicha cifra ascenderá al 12,7% para el 2025 y al 19% para el año 2050. Para ese entonces, la población de personas mayores de 65 años, sobrepasará en proporción a la población de niños y adolescentes de menos de 15 años. Se trata de un fenómeno que se registra a escala global en Occidente: estamos en un mundo que envejece. Necesitamos, por lo tanto, construir nuevas significaciones para una vida que se torna cada vez más longeva.

Si bien muchas familias y organizaciones sociales se ocupan de los adultos mayores, este segmento de la población no es en general prioritario para las políticas públicas y resulta segregado, a menudo, de sus propias comunidades. Tal vez sea un problema epocal: los mayores no son respetados ni apreciados por su autoridad, ni por su sabiduría, como ocurrió en otras organizaciones humanas que nos precedieron, y su presencia es percibida como una carga, a veces no sólo económica, para quienes permanecen activos. Nuestra civilización no les reconoce un rol específico ni el valor de transmisión que proviene de haber vivido más que sus semejantes.

Es probable que el despojo económico y social al que se ven sometidas las personas mayores provenga de una corriente mucho más profunda, que es el despojo de su valor simbólico. Las sociedades contemporáneas han entronizado a la producción como valor primario de la vida, y ello genera, como consecuencia, un disvalor profundo para quienes se encuentran al margen de ella. En este sentido, resulta tan grave que los adultos mayores no reciban lo suficiente como para llevar una vida digna, como que no se valore su capacidad de dar y contribuir a la sociedad de la que son parte. Porque a quien no se le permite dar en su comunidad se lo condena a una exclusión simbólica que es tanto o más profunda que la social.

Necesitamos, por lo tanto, un profundo cambio colectivo de representación en la significación de los adultos mayores en nuestras comunidades. Por ello resulta imperioso que se vuelva a reflexionar acerca de la vejez a la luz de una integración intergeneracional y de un nuevo sentido. Se necesita un cambio de actitud por parte de la sociedad para que los mayores participen individual y colectivamente en la vida económica, social y cultural del país. De hecho, según la Primera Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores realizada por el INDEC con la participación de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, en Argentina existe una brecha entre la concepción que asocia a la vejez con el aislamiento y la pasividad y la realidad de

las personas mayores que conforman un grupo diverso, activo, participativo y solidario. En efecto, se trata de un grupo que tiene mucho para dar.

La sociedad civil tiene también una responsabilidad en la construcción de un nuevo sentido para la vejez, y es por ello que el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA y la Fundación Navarro Viola han asumido un compromiso estratégico de dar visibilidad, instalar en agenda y desarrollar acciones que atiendan a la situación que atraviesan las personas mayores en nuestra sociedad, así como a su integración comunitaria. Necesitamos generar espacios de reflexión y trabajar para promover políticas orientadas al reconocimiento y protección del

derecho al desarrollo humano integral, y a la plena integración social por parte de las personas mayores.

Es posible pensar que cada etapa de la vida tiene su propia perfección, o su propia *areté*, para decirlo en términos griegos, con una palabra que será luego traducida al latín como virtud. En efecto, existe una excelencia propia de cada cosa, que se extiende también a los momentos de la existencia. La última fase de la vida no es una excepción a ello. Nuestro desafío colectivo es pensar y conquistar esa *areté* para la vejez, una etapa que, a esta altura, puede ocupar el tercio de una vida. Con ello, habremos logrado hacer de la experiencia y de la vida humana algo más pleno, por incluir un sentido comunitario para su final.

*Lic. Enrique Valiente Noailles
Presidente de la Fundación Navarro Viola*



RESUMEN EJECUTIVO

CAPÍTULO 1: LA CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA DE LOS HOGARES Y LAS PERSONAS MAYORES

Estrategias de los hogares: fuentes de recursos monetarios. Existe consenso en señalar que la etapa de envejecimiento está vinculada al retiro del mercado de trabajo. Este hecho no sólo representa un cambio en la percepción de recursos monetarios, sino también en la posibilidad de formar redes sociales y ocupar lugares determinados en la estructura social (Jahoda, 1979, en Hermida y Stefani, 2011). Sin soslayar el segundo aspecto, el capítulo 1 se ocupa de evaluar cuáles son las fuentes de ingreso de los hogares con personas mayores y en qué medida estos resultan suficientes para hacer frente a las necesidades específicas de esta fase vital que es el envejecimiento.

Los hallazgos del estudio muestran que 9 de cada 10 personas de 60 años y más reside en hogares que perciben ingresos por jubilación o pensión. Si bien la cobertura del sistema previsional es casi total y no se presentan heterogeneidades significativas en el alcance, se destaca que es mayor en los hogares del estrato más bajo.

Asimismo, 3 de cada 10 personas mayores se encuentran ocupadas y en este caso sí se presentan desigualdades: las tasas de empleo resultan más altas entre las personas mayores del estrato más alto, en las personas que residen en barrios con trazado urbano, en la Ciudad de Buenos Aires, y en las personas de mayor nivel de instrucción, vale decir, en los sectores

más acomodados y en las regiones económicamente más dinámicas. Como es de esperar también la tasa de empleo es mayor en el grupo de menor edad y en los varones y también en las personas mayores que conviven con otras de menor edad.

Por su parte 2 de cada 10 personas mayores residen en hogares que perciben ayudas monetarias y/o no monetarias. En este caso la presencia de ayudas monetarias en el hogar resulta más frecuente entre las personas mayores del estrato más bajo, entre las que residen en los aglomerados urbanos del interior, entre las que residen en villas o asentamientos y entre las de nivel educativo más bajo, vale decir, en los sectores sociales más desfavorecidos y en las regiones económicamente menos dinámicas. También es mayor en el grupo de 60 a 74 años, entre las mujeres y entre las personas mayores que residen con otras de menor edad.

De modo que si bien la cobertura del sistema previsional es muy alta y el acceso al beneficio se distribuye en forma equitativa, ello no niega las disparidades que pueden generarse en los montos de los haberes percibidos. Ello guarda estrecha relación con la necesidad de continuar trabajando y/o con la necesidad de recurrir a ayudas económicas monetarias y/o no monetarias. En este sentido las personas mayores de los hogares más pobres (estrato más bajo, residentes en villas y/o asentamientos precarios, con menores niveles de instrucción) perciben ayudas económicas en mayor medida que sus congéneres de hogares más acomodados. En contrapartida, las personas mayores de los sectores más altos presentan no sólo

menor percepción de ayudas sino también menor nivel de jubilación y mayor nivel de empleo lo cual nos permite inferir que se trata de un sector social que extiende la vida activa y posterga la jubilación.

Inseguridad alimentaria. Una forma indirecta de evaluar si los recursos monetarios son suficientes para cubrir los gastos alimentarios es a través del indicador de inseguridad alimentaria. En este sentido se destaca que 2 de cada 10 personas de 60 años y más residen en hogares que presentan rasgos de inseguridad alimentaria. El problema es considerablemente más grave en el estrato más bajo -donde 1 de cada 5 hogares expresa inseguridad alimentaria-, en la región del Conurbano Bonaerense y las regiones urbanas del interior -donde al menos 1 de cada 10 mayores reside en hogares con este problema-. También el problema adquiere relevancia en las villas o asentamientos precarios donde cerca de 3 de cada 10 mayores se encuentran en hogares que presentan inseguridad alimentaria y lo mismo ocurre con 1 de cada 4 personas que no han finalizado el nivel secundario.

Recortes en gastos de salud. En el caso especial de las personas de edad avanzada, la necesidad de recursos monetarios para atenderse adecuadamente tiende a ser mayor que en la población de menor edad. En el conjunto de servicios para la salud, uno muy importante es la atención médica y la posibilidad de acceso a los medicamentos. En este aspecto se destaca que el 15,9% de las personas de 60 años y más respondió haber tenido que dejar de ir al médico u odontólogo y el 17,4% mencionó que había tenido que suspender la compra de algún medicamento. Ambos problemas resultaron de mayor magnitud en el estrato más bajo, en la población del Conurbano Bonaerense, en las personas mayores que residen en villas o asentamientos, y en los de menor nivel de instrucción. También resultan más afectados por la necesidad de este tipo de recortes el grupo de 60 a 74 años, las mujeres y los que viven con otras personas de menor edad.

Insuficiencia de ingresos y capacidad de ahorro. Otra forma de aproximarnos a la capacidad de compra de los ingresos es a partir de la percepción subjetiva sobre el alcance de los mismos. En este sentido se observa que al menos 3 de cada 10 personas de 60 años y más indicó que los ingresos del hogar no resultaban suficientes para la reproducción de la vida cotidiana, mientras que 1 de cada 10 respondió que los ingresos del hogar resultaban suficientes y que

además podían ahorrar algo. Por su parte la percepción de insuficiencia de ingresos alcanza a una de cada 2 personas mayores del estrato inferior, a cerca de 4 de cada 10 personas mayores del Conurbano Bonaerense y a 3 de cada 10 de las áreas urbanas del interior, y al menos 6 de cada 10 personas residentes en villas. Asimismo, el problema es importante entre las personas de menor nivel educativo, en el grupo de menor edad y en los adultos mayores que viven solos.

En relación a las fuentes de ingresos y a la capacidad de estos de cubrir necesidades alimentarias y no alimentarias se observa que los niveles de inseguridad alimentaria y de insuficiencia de ingresos percibida son mayores en los desocupados y los inactivos y resultan menores en las personas de edad ocupadas. Asimismo las personas 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. De modo que garantizar una cobertura previsional y/o mejorar las oportunidades de empleo para las personas mayores resulta un desafío fundamental en el objetivo de mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO 2: HÁBITAT, VIVIENDA Y DERECHO A LA CIUDAD

Vivienda. En relación a este tema se analizan las condiciones habitacionales en torno a dos ejes principales: la calidad de la vivienda y el acceso a servicios domiciliarios de red.

En torno a la primera cuestión se analiza el *acceso a una vivienda digna*. Al respecto se observa que si contabilizamos todas aquellas personas mayores que residen en viviendas con al menos un indicador de déficit en las condiciones habitacionales (calidad constructiva de la vivienda; características de seguridad, protección y resguardo; condiciones sanitarias; condiciones de espacio, privacidad y tenencia irregular de la vivienda) encontramos que 2 de cada 10 personas mayores reside en viviendas que presentan al menos un problema habitacional. El problema se agrava en el estrato social más bajo: el 36,9% de las personas mayores de este sector reside en viviendas con deficiencias habitacionales. Se observa que en la Ciudad de Buenos Aires 1 de cada 10 personas mayores reside en viviendas con problemas habita-

cionales, lo mismo ocurre con 1 de cada 4 personas mayores del Conurbano Bonaerense y con 2 de cada 10 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. 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. Se observa que el problema habitacional afecta en mayor medida a las personas que han tenido menos oportunidades educativas que a quienes han podido finalizar el nivel secundario: el 8% de los mayores que terminaron el secundario reside en viviendas con déficit, mientras que entre los que no lo completaron ese porcentaje asciende a 26,1%.

Respecto a la segunda cuestión analizada, se verifica que el porcentaje de personas mayores en hogares con déficit de *acceso a servicios domiciliarios de red* es, en líneas generales, del 36%. En las personas mayores que residen en villas o asentamientos precarios, el porcentaje 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 del estrato más bajo reside en hogares con déficit en la conexión a servicios, porcentaje que es siete veces superior que el presentado por las personas mayores del estrato más alto. Asimismo, se verifica que en lo que respecta al nivel de instrucción las brechas de desigualdad son muy amplias: el nivel de déficit de acceso a servicios de quienes no terminaron el nivel secundario es 3,5 veces mayor que el de las personas mayores que finalizaron la escuela secundaria. Al igual que en el déficit en la calidad de la vivienda, se observa que el problema afecta en mayor medida a los grupos de menor edad. Ello se constata no solo 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.

Infraestructura y espacio urbano. En relación a este tema se analizaron dos cuestiones: por un lado,

la infraestructura urbana básica (acceso a calles pavimentadas, alumbrado público, recolección de residuos) y por otro, el entorno saludable.

Respecto al primer indicador se observa 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 el estrato bajo, 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). Asimismo, se destaca nuevamente 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 socio-residenciales. 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 secundario, entre quienes poseen menor nivel educativo el problema casi se cuadruplica (23%). Si bien los problemas de suministro de servicios afectan más al grupo de menor nivel educativo, el porcentaje también es muy elevado entre los que han terminado el secundario.

El segundo indicador denominado *Entorno saludable*, permite identificar a todas aquellas personas

que residen en entornos que presentan o problemas medioambientales, o bien calles inundables o ausencia de desagües pluviales. En relación a este aspecto se verifica que 1 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 del estrato más bajo, y en 3 de cada 10 del estrato más alto. La dificultad se presenta también en 4 de cada 10 personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires, en 6 de cada 10 del Conurbano Bonaerense y en 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%. Asimismo, se observa que 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 secundario que el grupo de mayor nivel educativo. Por último, se verifica que 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.

CAPÍTULO 3: ESTADO, ATENCIÓN Y NECESIDADES DE SALUD

Estado de salud percibido. Una de cada 3 personas mayores declara no tener problemas de salud y una de cada 4 percibe que sus condiciones de salud son críticas (tienen bastantes problemas de salud o padecen de alguna enfermedad crónica grave): una gran heterogeneidad de situaciones de salud. Este perfil de salud difiere notablemente del encontrado en la población de 18 a 59 años.

Dentro de las personas mayores, la situación más crítica no aumenta con la edad pero sí disminuyen los que declaran no tener problemas de salud. En las mujeres se encuentran mayores déficits que entre los varones, relacionado con su mayor longevidad y una mayor sensibilidad de las mujeres en relación con las cuestiones de salud.

Al considerar el nivel educativo, las personas mayores con al menos secundario completo presentan menos déficits en la percepción de su estado de sa-

lud. Pero la brecha más importante es entre estratos socioeconómicos: mientras el 44,5% del estrato medio-alto declara carecer de problemas de salud, esta condición disminuye al 26,1% cuando se trata del estrato muy bajo. En cuanto a la situación de salud más crítica, la diferencia entre ambos estratos es de 2 a 1. En cambio, el tipo de hogar no tiene relación con el estado de salud percibido.

Malestar psicológico. El 22,4% de las personas mayores registran malestar psicológico, similar a la población de hasta 59 años, lo que indica que no es una especificidad de las personas mayores. Sin embargo, tampoco debe pasarse por alto que una de cada 5 personas mayores registra ese déficit.

Dentro de las personas mayores, no aumenta con la edad. Al contrario, es mayor en el grupo de 60 a 74 años, en consonancia con el pasaje a la inactividad (en el sentido laboral) y/o nuevos roles familiares. Tal como ocurre también en la población de 18 a 59 años, las mujeres mayores registran mayor malestar psicológico que los varones.

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 ese déficit se potencia y disminuye a la mitad cuando el nivel educativo es más alto. En cuanto al nivel socioeconómico, las diferencias entre los dos estratos extremos son abismales. El malestar psicológico se suma así a las muchas otras carencias. No solo ocurre dentro de las personas mayores.

En cuanto al tipo de hogar, el malestar psicológico es más frecuente entre quienes viven solos y es bastante menor entre quienes conviven exclusivamente con otras personas mayores. El malestar psicológico está asociado estrechamente a la autopercepción del estado de salud y disminuye de manera notoria entre quienes declaran que no tienen problemas de salud. Se triplica entre quienes perciben su situación de salud como muy crítica.

Atención de la salud. Aunque la visita a un profesional médico, ya sea por control, prevención o tratamiento, es un indicador de cuidado sobre la propia salud, el 17,7% de las personas mayores no realizó ninguna consulta médica en el último año.

El cuidado de la salud, a partir de este indicador, aumenta bastante entre quienes tienen 75 años y más pero no es una buena noticia que una de cada 10 personas de las edades más avanzadas no haga al menos una

consulta médica anual. Se trata de unas 180.000 personas. Son los varones mayores los que presentan los valores más altos en este indicador de déficit de salud.

El nivel educativo también está asociado con el cuidado de la salud: a menor educación menor atención de la salud. Esta brecha, aunque significativa, resulta menor a la de género y a la de grupo de edad, que son los grandes diferenciales en este indicador. Aunque existe, aún es menor el diferencial por estrato socioeconómico. Las grandes diferencias entre distintos estratos en cuanto a atención de la salud en la población de 18 a 59 años se aminoran bastante entre las personas mayores. Por su parte, el tipo de hogar no tiene una incidencia significativa.

Última atención médica en sistema de salud pública. El 14,1% de las personas mayores realizó su última consulta en un hospital público, una proporción mucho menor que la encontrada en la población entre 18 y 59 años. 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.

El peso de PAMI aumenta significativamente desde los 75 años y no puede dejar de señalarse que aproximadamente una de cada 2 personas de 75 años y más utiliza las consultas médicas de PAMI. Son las mujeres mayores las que utilizan más a PAMI para consultas.

Una de cada 2 personas mayores de menor nivel educativo utiliza PAMI. En cambio, entre los de mayor nivel educativo, hay una clara preferencia por obras sociales, mutuales, prepagas o consultas privadas con médico particular. Estos diferenciales por nivel educativo se agudizan aún más cuando se trata del estrato socioeconómico: cuanto mayor es el estrato, mayor resulta la utilización de los recursos ajenos a PAMI y al hospital público.

¿Cómo está compuesta 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, sino a la estructura de los que efectivamente utilizan PAMI para sus consultas médicas. 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. 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% por personas mayores que viven solas.

Hábitos de salud: el déficit en la práctica de ejercicio físico. El 69% de las personas mayores tiene déficit en este indicador de salud, definido como no realizar actividades físicas al menos una vez a la semana. El alto valor de este déficit de salud se comprende mejor cuando se ve que tampoco en la población no mayor se atiende debidamente al ejercicio físico. 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.

El sedentarismo (la falta de ejercicio físico) de las personas mayores no aumenta con su mayor envejecimiento: se mantiene relativamente constante antes y después de los 75 años. En cambio sí es mayor entre las mujeres, siempre dentro de valores altos para varones y mujeres.

El sedentarismo es mucho más frecuente entre quienes no completaron el secundario. Pero las diferencias son aún más importantes cuando se tiene en cuenta el estrato socioeconómico: una mejor posición en la estratificación social va acompañada de una mayor práctica de ejercicio físico. Los déficits son mayores en el estrato muy bajo.

CAPÍTULO 4: RECURSOS PSICOLÓGICOS PARA EL BIENESTAR SUBJETIVO Y CAPACIDADES SOCIALES

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

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento se analiza 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. La mayor edad dentro de las personas de edades avanzadas no significa una mayor utilización del recurso de afrontamiento negativo. Los factores que potencian la utilización de este recurso son: el género (las mujeres

apelan más que los varones a este recurso); el nivel educativo (quienes no han finalizado el nivel medio apelan en mayor medida a estrategias de afrontamiento negativo que quienes no han podido finalizar dicho nivel); y el estrato socioeconómico que constituye una medida de desigualdad muy significativa siendo más frecuente en las personas mayores del estrato más bajo y en mucha menor medida de las que están en el estrato más alto. En lo que refiere a la autopercepción de la salud el mayor afrontamiento negativo se encuentra entre las personas mayores que declaran tener muchos problemas de salud o padecer enfermedades graves. Los que viven solos son los que presentan más déficit en relación con estas estrategias, y en cambio los que viven en hogares compuestos solo por personas mayores son los que presentan menor afrontamiento negativo.

En cuanto a la incapacidad de tener proyectos personales, 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. Además se observa que las personas más afectadas por este recurso psicológico son las del estrato socioeconómico más bajo, las que viven solas y las que perciben que tienen muchos problemas de salud.

Las personas que creen más en el control externo son 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.

Sentimientos de infelicidad, soledad y falta de paz espiritual. El aumento de la edad incrementa la infelicidad, si bien una gran mayoría de las personas mayores manifestaron sentirse feliz o muy feliz. La diferencia en cuanto a esta dimensión entre varones y mujeres es mínima, en favor de los varones. La menor educación va acompañada de mayor infelicidad. Se presenta como una carencia en mayor medida en el estrato más bajo. El tipo de hogar es el factor que más condiciona la infelicidad, incluso algo más que el estrato. El grado mayor de infelicidad se encuentra entre las personas que viven solas.

Hay una tendencia al aumento del sentimiento de soledad con el paso de los años. Dentro del conjunto de las personas mayores, las mujeres expresan algo más ese sentimiento de soledad que los varones. Más importantes que la edad y el sexo son los diferenciales por nivel educativo: el sentimiento de soledad aumenta en las personas mayores de menor nivel

educativo y disminuye cuando se trata de personas mayores de más alto nivel educativo. Los diferenciales se hacen máximos cuando se introduce el estrato socioeconómico, la percepción de soledad disminuye drásticamente cuando mejora el estrato. Los más afectados por esta carencia psicológica son los que viven solos, dado que viven solos y al mismo tiempo se sienten solos. 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.

Un alto porcentaje de las personas mayores declaran que sí encuentran paz espiritual dentro de sí mismos. 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. Entre las personas mayores, los varones encuentran menor paz espiritual que las mujeres. También el nivel educativo elevado favorece la paz espiritual. La carencia de paz espiritual se suma a todas las carencias propias del estrato muy bajo, esto confirma que la pobreza no es solo material. Son las personas de edad avanzada que viven solas las que muestran un déficit mayor. El factor que remite al estado de salud está muy asociado con la paz espiritual, ya que 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.

Capacidades sociales. El déficit de apoyo social afectivo (percepción de no contar con alguien que le demuestre amor y cariño) es mucho más frecuente entre las personas de edad. Dentro del grupo de personas mayores, estas carencias son más frecuentes en aquellas personas que viven solas y las del estrato socioeconómico más bajo. Los diferenciales por nivel de instrucción también son importantes, pero son tantas las personas mayores con nivel educativo bajo que su déficit en este tipo de apoyos sociales casi se asemeja al del total de las personas mayores.

En lo que respecta al déficit de apoyo social instrumental (percepción de no contar con otras personas cuando necesita ayuda en tareas cotidianas y domésticas) se evidencia que existe una brecha importante entre varones y mujeres, dado por un fuerte componente

de género. Las personas mayores con mejor nivel de instrucción presentan menores déficits en este aspecto. No se observa que el estrato socioeconómico esté asociado a este tipo de déficit: tanto las personas mayores del estrato más bajo como las del más alto presentan carencias similares en esta dimensión. Al igual que en el punto anterior la condición que determina de forma más ostensible este tipo de déficit es la de vivir solo. También se observa que el déficit de apoyo social en lo instrumental para este grupo etario es independiente de la autopercepción del estado de salud.

Si bien hay una tendencia clara a que el déficit de apoyo informacional (percepción de no contar con alguien que lo aconseje, ayude o informe en temas

personales) aumente con la edad, la diferencia no es significativa al interior de los dos grupos de edad de las personas mayores (60 a 74 años y 75 y más). Son las personas mayores de nivel educativo más elevado las que registran el déficit más pronunciado de apoyo social en lo informativo. 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 el estrato más alto el déficit es de 53,4% y en el más bajo de 42,3%). Entre las personas mayores que viven solas se encuentran los valores más altos de este tipo de déficit. No solo viven solas, también carecen en gran medida de las relaciones sociales necesarias.



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.
- » 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 reconoce la capacidad de las personas de edad para hacer aportes a la sociedad. Ello se observa en que no solo 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 Argen-

tina 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 solo 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.

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 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.

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 recobrar 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 concienciación 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 Constitu-

ción Nacional de 1957. En la Constitución Nacional vigente, reformada en 1994, se incluye en el inciso 23 del artículo 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 solo 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.

Como se viene haciendo en otras presentaciones del ODSA, esta edición será acompañada con un producto audiovisual que da cuenta de una investigación cualitativa (los “testimonios” de las personas mayores), atendiendo a la diversidad de situaciones propias de esta población y a la multiplicidad de modos de vivir la vejez.

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 solo 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.

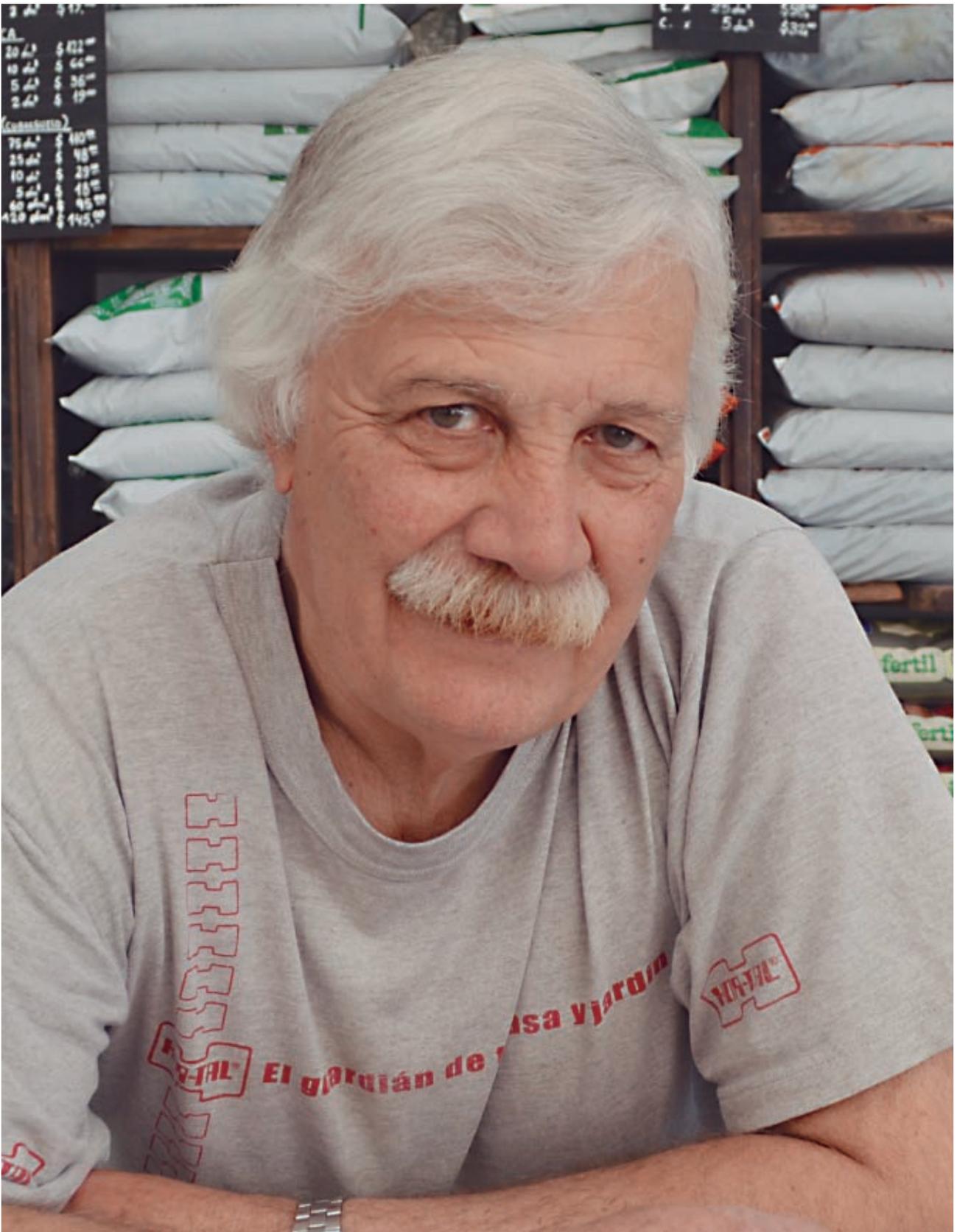
Mientras se preparaba esta publicación, paralelamente se estaba definiendo el formulario de la EDSA Bicentenario 2014, que se encuentra actualmente en etapa de relevamiento. Allí fue posible incluir algunas nuevas preguntas específicas sobre las condiciones de vida de las personas mayores. Dado el déficit de información cuantitativa sobre esta población,³ se hizo necesario seleccionar algunos aspectos muy relevantes y, sobre estos, 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 solo los resultados de

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.

las nuevas preguntas insertas en el trabajo de campo de la EDSA Bicentenario 2014, sino también el procesamiento y análisis 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 solo 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 1

LA CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA DE LOS HOGARES Y LAS PERSONAS MAYORES

ENRIQUE AMADASI
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 estas, 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 ne-

cesidades 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 si-

tuación de inactividad laboral, de acuerdo a las edades determinadas por la legislación vigente” (Perez Ortíz, 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 re-

RECUADRO 1.1

Naciones Unidas-Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento
Recomendaciones para la adopción de medidas –primer extracto-

Orientación prioritaria I: Las personas de edad y el desarrollo - Cuestión 2: El empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo

28. Objetivo 1: Brindar oportunidades de empleo a todas las personas de edad que deseen trabajar.

Medidas (selección)

- a) Hacer que el crecimiento del empleo ocupe un lugar central en las políticas macroeconómicas, por ejemplo asegurando que las políticas del mercado laboral tengan como objetivo fomentar elevadas tasas de crecimiento de la producción y del empleo en beneficio de las personas de todas las edades.
- b) Permitir que las personas de edad continúen trabajando mientras deseen trabajar y puedan hacerlo.
- c) Adoptar medidas para aumentar la participación en la fuerza de trabajo de toda la población en edad de trabajar y reducir el peligro de exclusión o de dependencia en una etapa posterior de la vida. (.....)
- d) Hacer esfuerzos especiales para incrementar la tasa de participación de las mujeres y los grupos en situación desventajosa, tales como las personas desempleadas desde hace mucho tiempo y las personas con discapacidades, reduciendo con ello el riesgo de su exclusión o dependencia en una etapa posterior de la vida.
- e) Promover iniciativas de empleo independiente para las personas de edad, por ejemplo, alentando el desarrollo de pequeñas empresas y microempresas y garantizando el acceso al crédito a las personas de edad, en particular sin discriminación por razones de sexo.
- f) Ayudar a las personas de edad que ya están realizando actividades en el sector no estructurado a mejorar sus ingresos, su productividad y sus condiciones de trabajo.
- g) Eliminar los obstáculos por razones de edad en el mercado de trabajo estructurado fomentando la contratación de personas de edad e impidiendo que los trabajadores que van envejeciendo comiencen a experimentar desventajas en materia de empleo.

querida 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 ma-

yor 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.

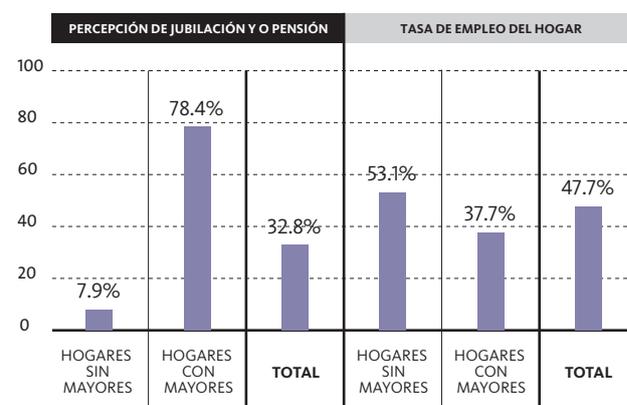
En el análisis por condición residencial, los niveles de cobertura previsional son muy similares en villas o asentamientos y en barrios con trazado urbano: rondan el 90%. En cambio, al analizar la tasa de empleo, se verifica un porcentaje mayor de actividad en las personas de edad que residen en barrios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

FIGURA 1.1A Años 2010 a 2013. En porcentaje de hogares.

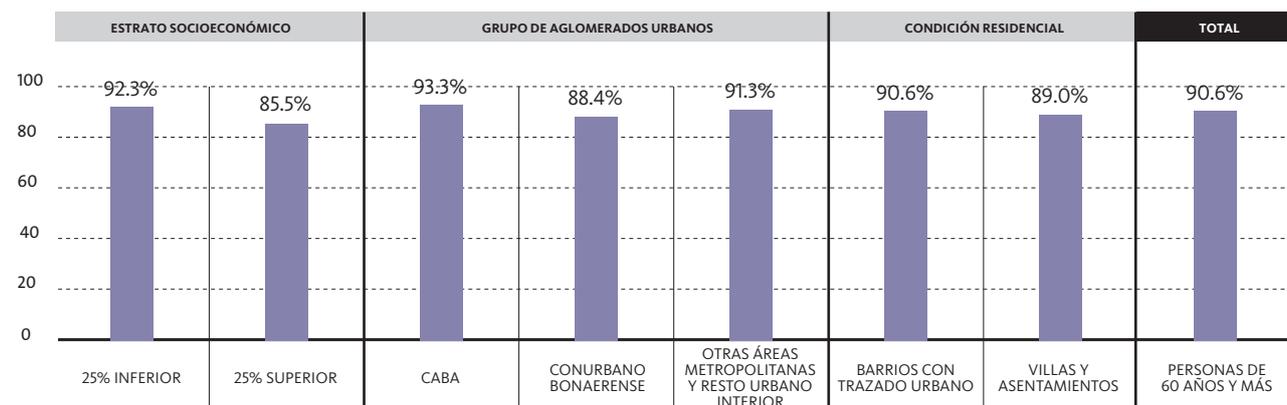
Percepción de ingresos por jubilación y/o pensión y tasa de empleo según presencia de mayores en el hogar



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

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

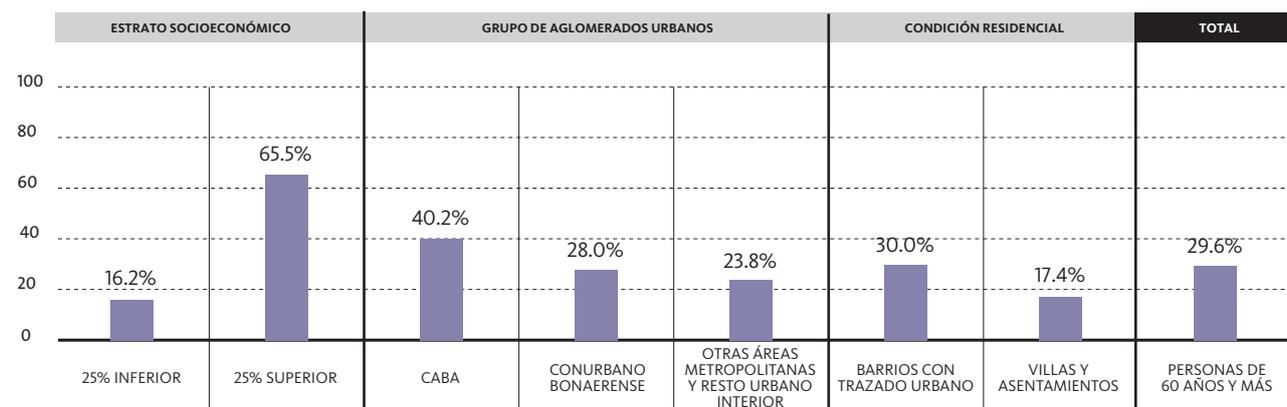
Percepción de ingresos por jubilación y/o pensión según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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.

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.

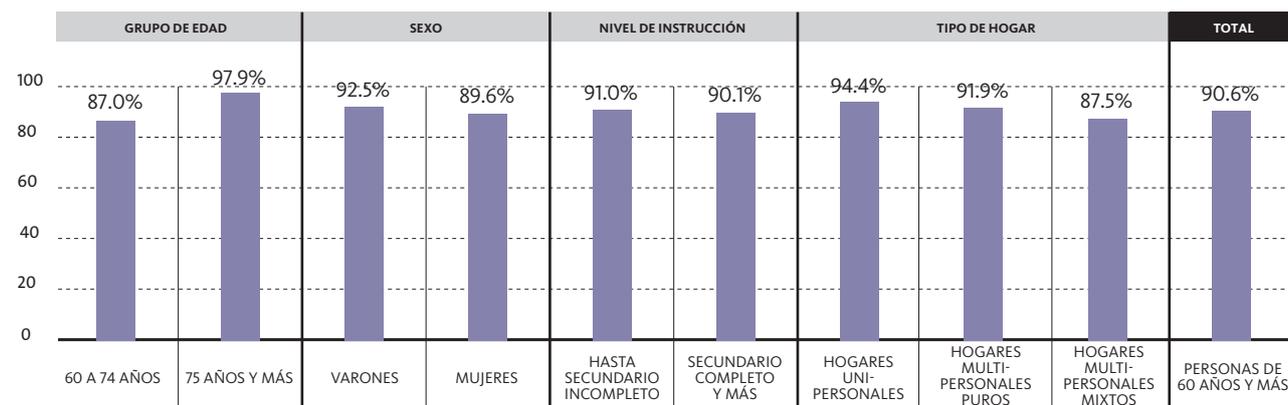
Al analizar los niveles de cobertura previsional conforme al nivel educativo alcanzado, se evidencia que en ambas categorías (secundario incompleto, y secundario

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

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

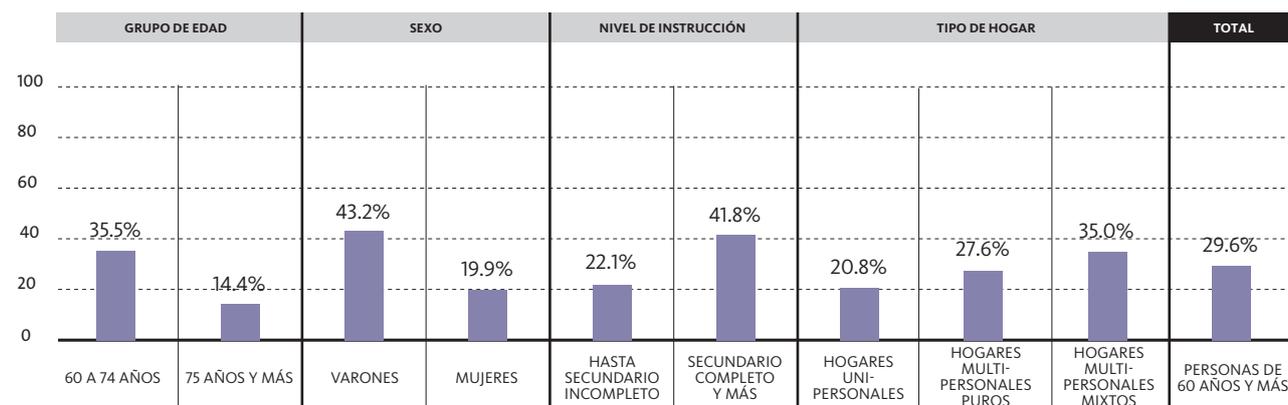
Percepción de ingresos por jubilación y/o pensión según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



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



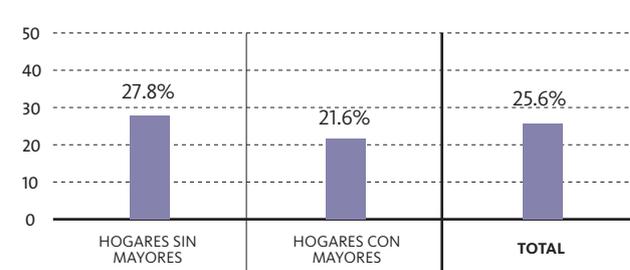
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

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.

FIGURA 1.1.3A Años 2010 a 2013. En porcentaje de hogares.

Percepción de ayudas monetarias y no monetarias según presencia de mayores en el hogar



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

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).

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.

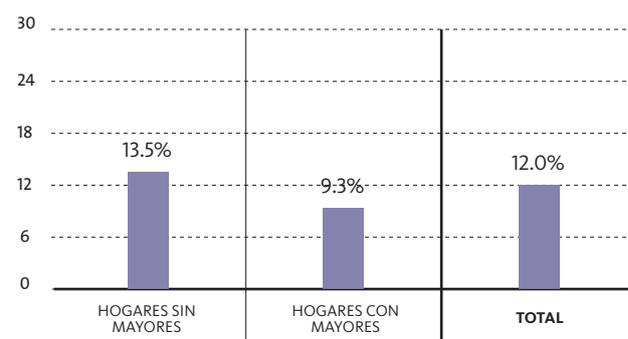
Por lo tanto, resulta pertinente indagar en qué medida estos ingresos contribuyen a resolver de manera adecuada las necesidades básicas y las necesidades de consumo y ahorro de las personas mayores.

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

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

Inseguridad alimentaria total según presencia de mayores en el hogar



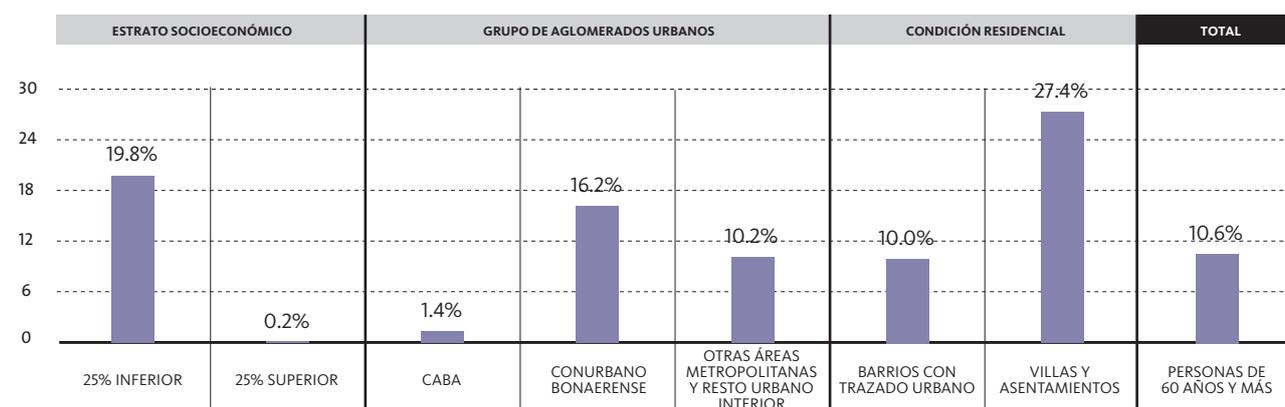
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

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.

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 (FAO-OMS, 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.

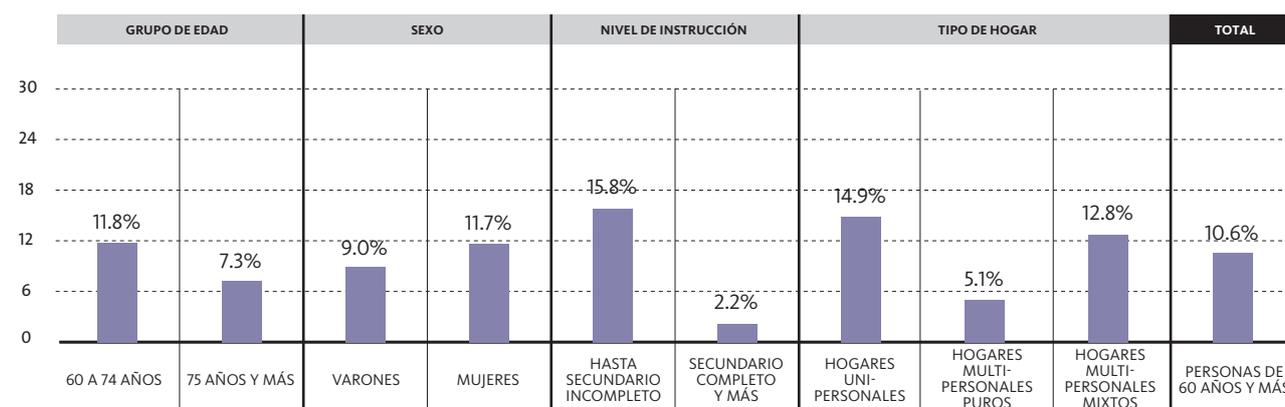
Inseguridad alimentaria según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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.

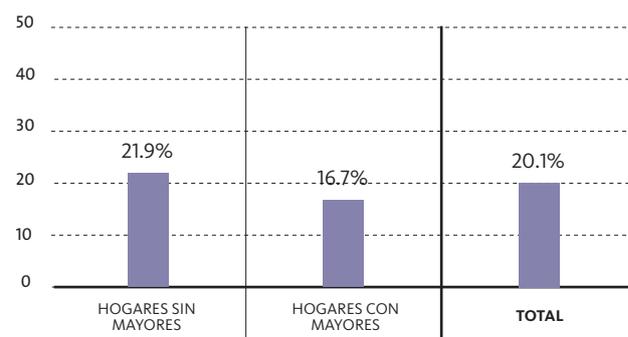
Dado que existen tipos muy distintos de hogares dentro de los hogares con personas mayores (por eso no se utiliza la expresión “hogares de personas mayores”), interesa ver cómo afecta la inseguridad alimentaria a cada uno de ellos. Pues bien, los menos afectados son los hogares compuestos exclusivamente 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

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.

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.

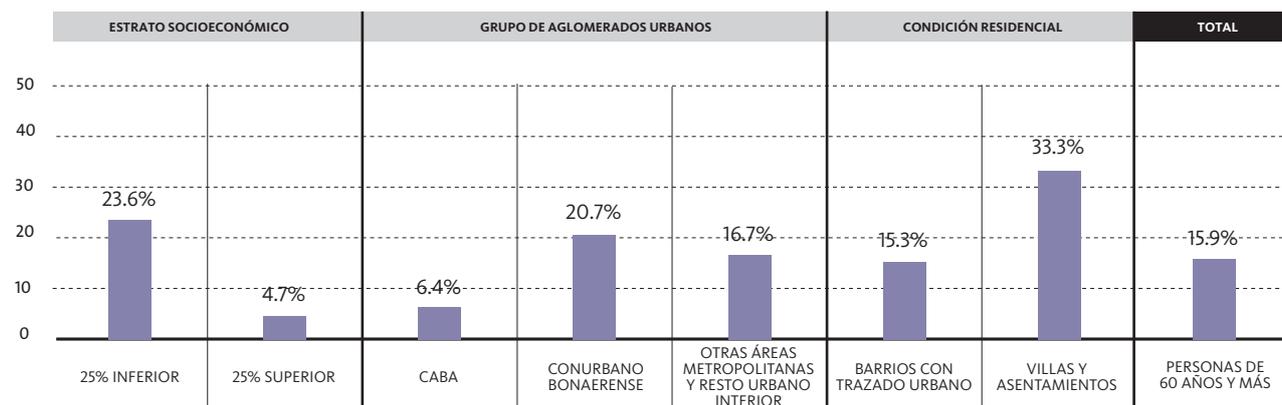
RECUADRO 1.2

El gasto de los hogares en atención de salud. ENGHo 2012/2013

El gasto de los hogares en la atención a la salud puede ser destinado a varios componentes que son básicamente dos, según los criterios metodológicos usualmente seguidos en las mencionadas encuestas de gastos de los hogares: a) los productos medicinales y accesorios terapéuticos, y b) los servicios para la salud. En la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012/2013 (INDEC, 2014), entre los productos medicinales y accesorios terapéuticos se incluyen: los medicamentos, elementos para primeros auxilios, y aparatos y accesorios; y entre los servicios para la salud, son incluidos: el sistema prepago de asistencia médica, consultas médicas y odontológicas, internaciones, parto, fisioterapia, análisis clínicos y radiológicos.

En materia de servicios para la salud, la mencionada ENGHo 2012 incluyó conceptos claves como los siguientes: cuota mensual de afiliación voluntaria a un sistema de salud; cuota adicional a la obra social obligatoria; compra de chequeras y órdenes de consulta; cuota de emergencia médica; seguro temporario de salud por viaje; servicios de residencias y geriátricos, como una residencia geriátrica solo de día con o sin médico permanente; consultas en clínica médica, ginecológicas y/u obstétricas, pediátricas u otras consultas médicas; consultas y tratamientos odontológicos; otras consultas odontológicas (limpieza, blanqueo, etc.); tratamientos oncológicos; diálisis; psicología; fisioterapia y kinesiología; fonoaudiología; psicopedagogía; y otros servicios y/o tratamientos para la salud.

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.

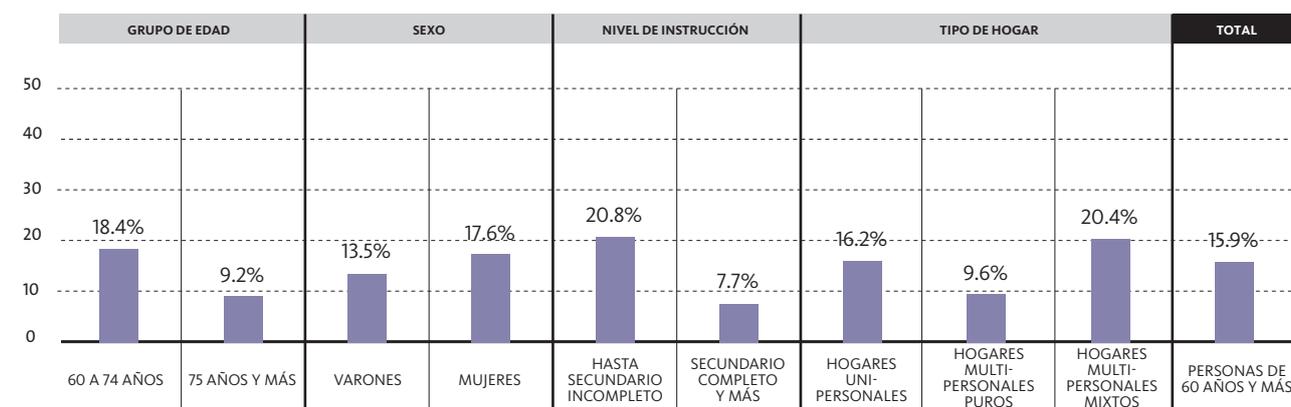
Excluyendo del análisis a la población menor de 60 años, se verifica que el 15,9% de las personas mayores declara haber tenido que practicar recortes de gastos en consultas a profesionales de la salud (específicamente médicos y/u odontólogos).⁴ Sin embargo, algunas personas mayores resultan más afectadas 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

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

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



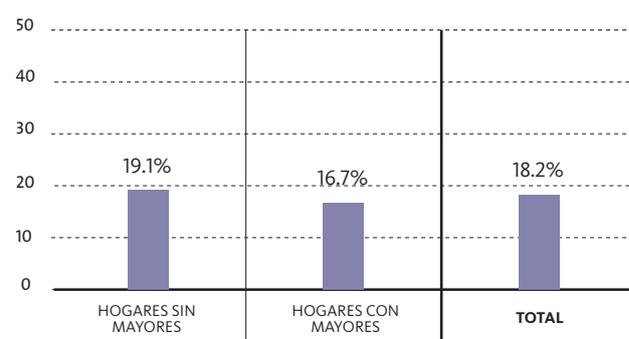
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

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 (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 solo 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 solo por personas mayores son quienes presentan una mejor situación: 9,6% (ver figura 1.3.1C).

El otro componente importante dentro de los gastos en atención médica y salud en general son los medicamentos. Ante recursos escasos, el gasto en

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

Recortes en medicamentos según presencia de mayores en el hogar



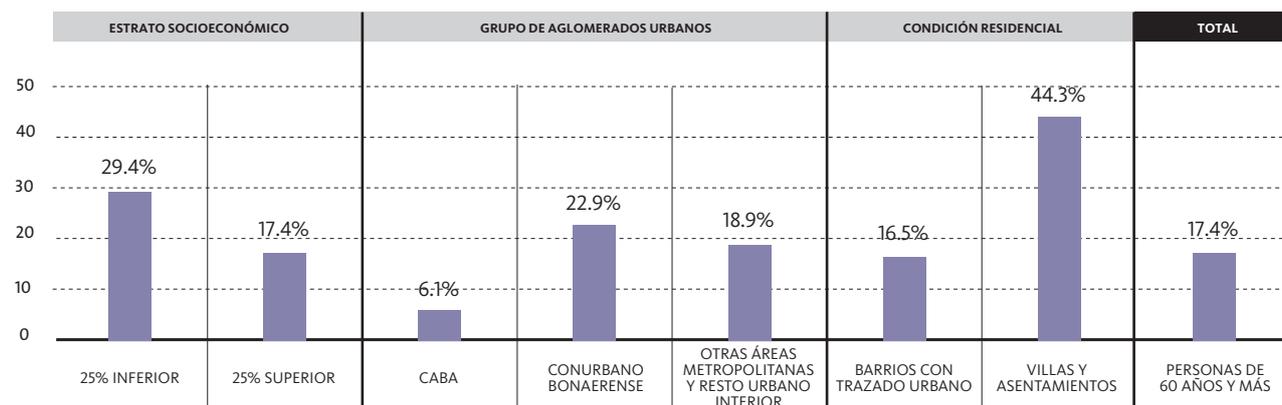
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

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.

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.

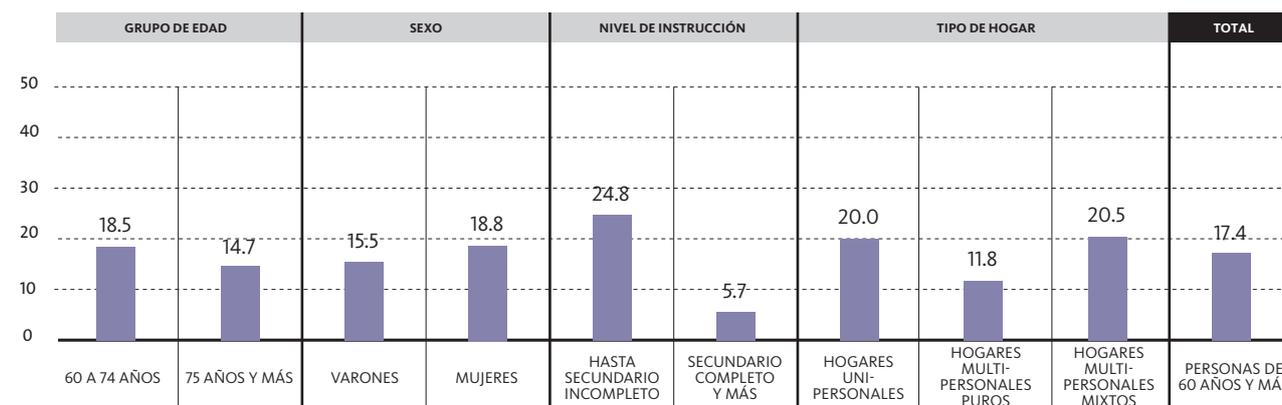
Recortes en medicamentos según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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 si-

milar 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.

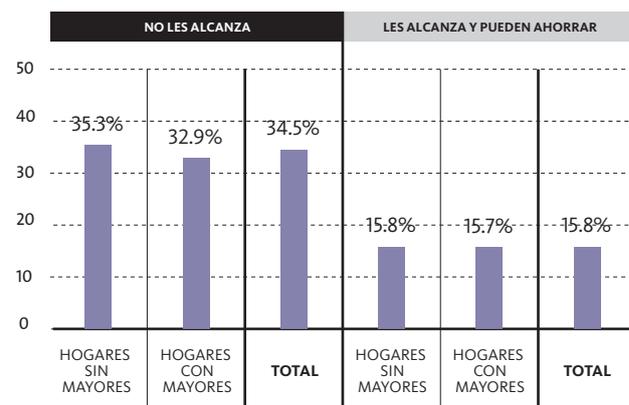
1.4. INSUFICIENCIA DE INGRESOS Y CAPACIDAD DE AHORRO

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.

FIGURA 1.4A Años 2010 a 2013. En porcentaje de hogares.

Insuficiencia de ingresos y capacidad de ahorro según presencia de mayores en el hogar



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

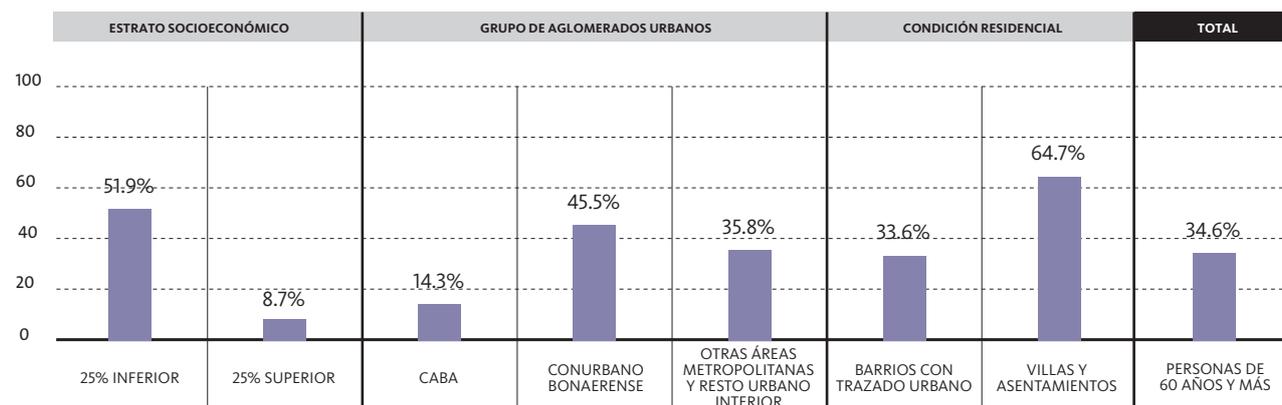
Es un hecho para resaltar que el 34% del total de los hogares declare tener ingresos insuficientes, y que el porcentaje sea muy similar entre hogares con mayores y sin mayores: 35,3% y 32,9%, respectivamente. Asimismo, el 34,6% de las personas mayores declara ingresos insuficientes, aunque hay que mencionar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

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,

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

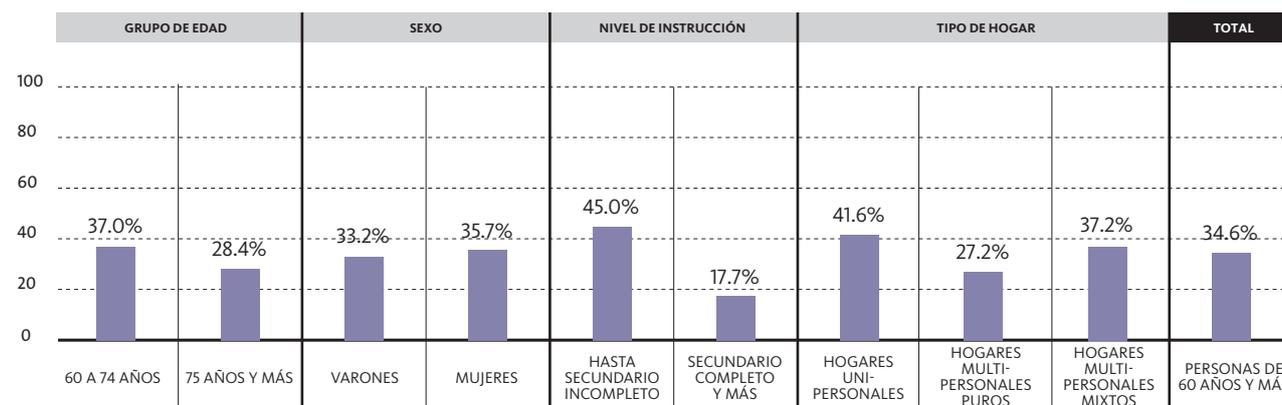
Insuficiencia de ingresos según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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).

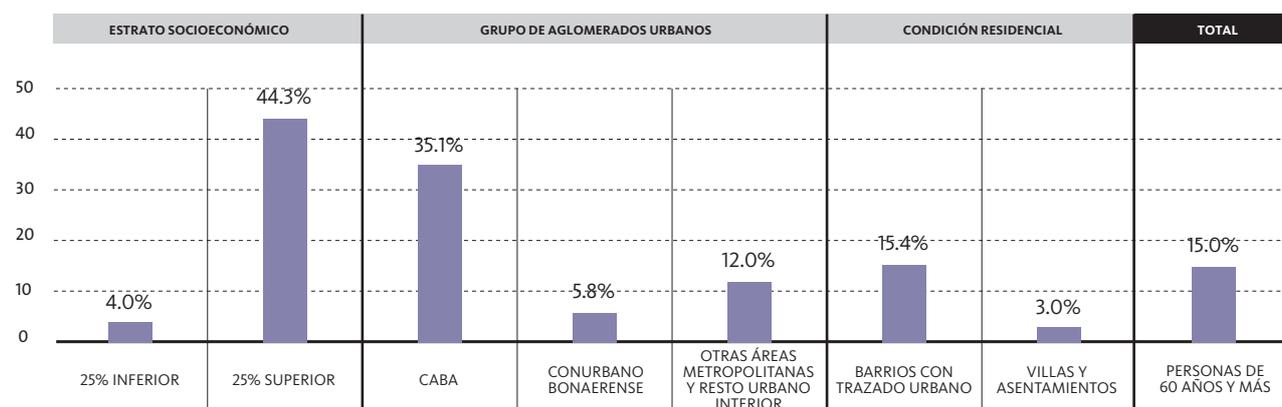
La insuficiencia de ingresos, definida como “ingresos que no les alcanzan”, afecta especialmente a las personas mayores que viven solas (41,6%). Las más protegidas contra esta carencia son las que viven exclusivamente con otras personas mayores (por ejemplo, una pareja). De todas maneras, una de cada

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 solo 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, solo el 5,8% de los casos declara estar en esta situación. En

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

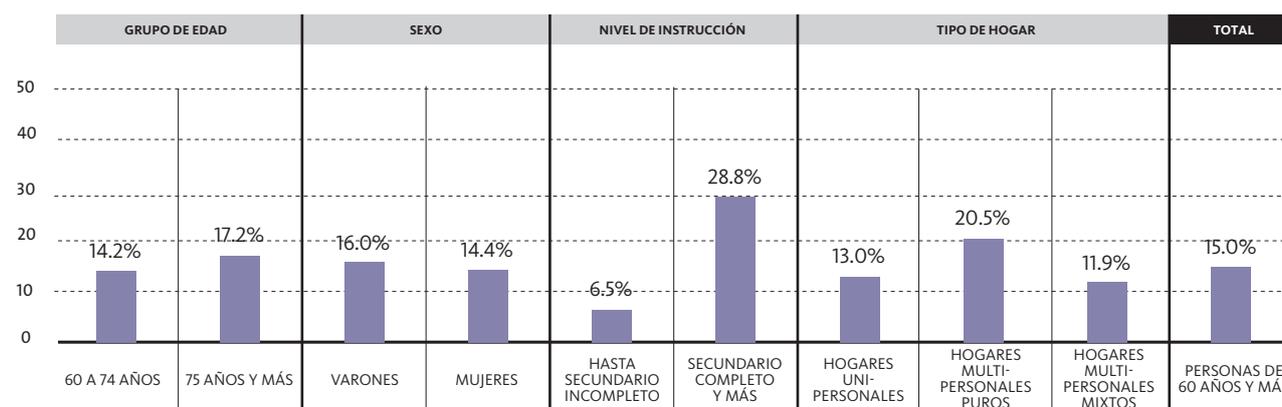
Capacidad de ahorro según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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).

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 con-

siderar 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).

Ahora bien, resulta pertinente indagar respecto de la relación entre las fuentes de ingresos y la sufi-

ciencia 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).

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.

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.

RECUADRO 1.3

Naciones Unidas-Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento
Recomendaciones para la adopción de medidas –segundo extracto-

Orientación prioritaria I: Las personas de edad y el desarrollo - Cuestión 7: Seguridad de los ingresos, protección social /seguridad social y prevención de la pobreza

53. Objetivo 2: Ingresos mínimos suficientes para las personas de edad, con especial atención a los grupos en situación social y económica desventajosa.

Medidas

- Considerar la posibilidad de establecer, cuando proceda, un sistema de pensiones y prestaciones por discapacidad que no requiera aportaciones de los interesados.
- Organizar, con carácter de urgencia, donde no existan, sistemas de protección social/seguridad social que garanticen unos ingresos mínimos a las personas de edad que carezcan de otros medios de subsistencia, la mayoría de las cuales son mujeres, en particular a las personas que viven solas, que en general son más vulnerables a la pobreza.
- Tener en cuenta el nivel de vida de las personas de edad cuando se reformen los regímenes de pensiones y los seguros de invalidez, según corresponda.
- Adoptar medidas para contrarrestar los efectos de la hiperinflación en las pensiones, los seguros de invalidez y los ahorros, según corresponda.
- Invitar a las organizaciones internacionales, en particular las instituciones financieras internacionales, a que, de conformidad con sus mandatos, ayuden a los países en desarrollo y todos los países necesitados en su esfuerzo por lograr una protección social básica, en particular para las personas de edad.

MARIA JULIETA ODDONE

Doctora en Antropología. Magister en Gerontología.
Investigadora Principal del CONICET. Profesora de
Envejecimiento y Sociedad, Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Buenos Aires. Directora del Programa
Envejecimiento y Sociedad, FLACSO



COMENTARIO

Los resultados del capítulo sobre “la capacidad de subsistencia de los hogares y las personas mayores” me llevaron a recordar que en el campo de la sociología del envejecimiento está aceptado el hecho de que los viejos constituyen un grupo de edad sumamente heterogéneo. Las investigaciones han brindado abundantes pruebas del aumento de la heterogeneidad a medida que avanza la edad. Sin embargo, no existe un acuerdo similar entre los investigadores con respecto a las explicaciones de este fenómeno. Algunos lo atribuyen a una expresión de la individualidad y hasta lo consideran un triunfo del individuo sobre las tendencias conformistas con respecto al medioambiente social. Como contrapartida de esta perspectiva, otros expertos consideran que el contexto social sistemáticamente produce variaciones entre los miembros de una cohorte de edad a medida que envejecen. Aunque es posible encontrar cierta regularidad dentro de la heterogeneidad, pensamos que el aumento de la heterogeneidad se debe en gran medida a aquellos procesos sociales que generan desigualdad.

Actualmente existe una aceptación con respecto a la necesidad de incorporar la diversidad al estudio del envejecimiento, ya que las teorías normativas e individualistas que habían predominado en los estudios sobre el envejecimiento fueron rebatidas por quienes adoptaron el enfoque de la economía política, cuyas explicaciones de la desigualdad se basan en razones socioestructurales y no en causas individuales. En este sentido, se interesan por los problemas que enfrentan los viejos a partir de las desigualdades en la distribución y la asignación de recursos creadas por las estructuras sociales y la economía.

Las concepciones más tempranas intentaron analizar la heterogeneidad a partir de la división de la vejez en

diversas subetapas viejos-jóvenes, viejos-viejos; tercera y cuarta edad, que pretendían dar cuenta de las diferencias. No obstante y a pesar de su reconocida utilidad, al vincular cada sub etapa a una determinada edad cronológica, se mantiene vigente la cuestión de la heterogeneidad dentro de cada una de ellas. En efecto, especialmente en gerontología, la edad cronológica no alcanza para predecir de manera general la forma de vida ni las necesidades de las personas. Y adicionalmente, la utilización de la edad cronológica puede conducir a la cristalización de los estereotipos relativos a las personas de edad avanzada que contribuyen a etiquetarlas erróneamente. Si distinguimos una tercera de una cuarta edad, donde la primera agrupa a las personas mayores más activas y saludables y la segunda, a las más frágiles y dependientes, no sólo podemos caer en generalizaciones prejuiciosas que afecten negativamente a los individuos, sino que, además, podemos transmitir predicciones catastróficas acerca del aumento de los gastos en salud que el subgrupo de la cuarta edad, el de mayor crecimiento poblacional, provocará en la sociedad.

De la mano de los críticos del criterio de la edad cronológica, ha surgido una propuesta alternativa. Consiste en tomar como criterio el estado funcional de las personas evaluado mediante baterías de indicadores de las actividades de la vida diaria. Se considera que, a partir de la jubilación, el estado funcional es el indicador adecuado de la edad social, es decir, tanto de lo que la sociedad espera de una persona como de lo que esta tiene derecho a esperar de la sociedad.

Sin embargo, la propuesta tampoco ha escapado a los reparos de quienes, desde un punto de vista ideológico, la evalúan como una variante sofisticada de la idea del

envejecimiento normativo. Consideran que simplemente se redefinen diferencias sociales sistemáticas y estructurales, en términos de edad social o de estado funcional. Así, las personas que pueden cuidar su salud y mantener una buena calidad de vida, es decir, las de mejor posición económica, tendrán más posibilidades de una larga vida y de gozar de un buen estado funcional.

Como hemos visto, según buena parte de los académicos actuales, dar cuenta de la diversidad en el envejecimiento implica ir más allá de la consideración de aquellas características individuales que generan diferencias. Implica llegar hasta las estructuras fundamentales que organizan la vida social en un sistema jerárquico para así poder estudiar las formas de regulación mediante las cuales se mantienen las diferencias en la sociedad moderna. Para ello proponen conceptualizar la edad, la clase social y el género como sistemas interconectados de relaciones de poder que estructuran la vida social y que se caracterizan más por el conflicto que por el consenso. La desigualdad en la vejez se va modelando a través del curso de la vida en función de características tanto estructurales como individuales. La edad, como quiera que sea considerada, no es la base de la diversidad como tampoco lo son el género

o la clase social, por sí solos. Aunque se puedan abordar estas variables en forma independiente, de hecho, así se las aborda en la mayoría de los casos, para tener un panorama totalizador de la desigualdad social es necesario considerarlas en conjunto. Para ello, y a los fines de orientación de políticas integrales a favor de un envejecimiento saludable se propone orientar la investigación longitudinalmente teniendo en cuenta el impacto de la diversidad en el proceso de envejecimiento individual en relación con el contexto social.

También, al examinar los resultados del capítulo en relación a los recortes de gastos que realizan los adultos mayores que viven en hogares multigeneracionales, pensé en algunas narrativas de personas mayores que fueron indagadas en situación de llevar adelante diferentes investigaciones cualitativas, particularmente, referencio algunos casos de viejos que destinaban el contenido de su bolsa de alimentos a sus familias y, a Don Juan, que consultado sobre por qué no asistía a un comedor para adultos mayores me respondió: "...si no puedo llevar a mi nieto ...yo tampoco voy...." lo que implicó pensar la política específica desde el punto de vista de la solidaridad entre las generaciones y, del intercambio generacional.

MARIANO CASCALLARES

Abogado

Presidente del Instituto de Previsión Social (IPS)
de la Provincia de Buenos Aires (desde 2012)
Subdirector de Anses (2009 - 2011)
Director Nacional de Juventud (2002-2006)



COMENTARIO

Cambio de paradigma de las políticas previsionales

Los sistemas de protección social en América Latina han experimentado transformaciones muy importantes en los últimos años, principalmente en las franjas etarias con mayores situaciones de vulnerabilidad social, como los niños, niñas y adolescentes, como así también los adultos mayores.

En el caso de nuestro país, estos últimos sectores fueron el foco de la implementación de políticas inclusivas y dispositivos de la Seguridad Social novedosos.

La sanción de la Ley 26.425 (2008), que crea el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) es un ejemplo de ello, ya que se orientó hacia una visión basada en un enfoque de derechos ciudadanos y en el establecimiento de umbrales mínimos de protección social garantizados por el Estado nacional y de las provincias.

En relación a la previsión social, estas políticas se enmarcan en tres puntos nodales: **la sustentabilidad, la inversión y la cobertura de las prestaciones.**

Con respecto al primer punto hay varios aspectos a tener en cuenta; uno de ellos es **la cantidad de aportantes al sistema** que se ha incrementado de manera sustancial. Como se observa en el Cuadro N°1 la recomposición del empleo formal de los últimos años ha incrementado la cantidad de cotizantes lo que genera mayor sustentabilidad en el sistema.

CUADRO N°1: CANTIDAD DE COTIZANTES A LA SEGURIDAD SOCIAL (2003-2013)

2003	5,1 millones
2013	9,5 millones

FUENTE: SIPA

Además, la eliminación del sistema de capitalización le permitió al Estado recomponer los recursos públicos y recuperar los ahorros de los trabajadores para contribuir, entre otros aspectos, a la conformación de un Fondo de Garantía de Sustentabilidad nacional y del Fondo Anticíclico de la Provincia de Buenos Aires.

En segundo lugar, **los recursos invertidos en Seguridad Social**, y en particular, los destinados a las políticas para adultos mayores, parecen tener prioridad en el gasto público en la última década. Como observamos en el cuadro N°2 se avanzó de una inversión del 3,6% en 2003 al 8,2% en 2014, lo que indicó un aumento superior al 100%.

CUADRO N°2: INVERSIÓN EN PRESTACIONES PREVISIONALES, SEGÚN PORCENTAJE DEL PBI (2003-2014)

2003	3,6
2004	3,7
2005	3,4
2006	3,7
2007	5,0
2008	5,1
2009	5,8
2010	5,8
2011	6,4
2012	7,6
2013	7,9
2014	8,2

FUENTE: ELABORACIÓN EN BASE PROPIA Y LEYES DE PRESUPUESTOS

Además, esta transformación permitió entre otros factores el incremento del haber mínimo jubilatorio nacional en un 1.51%, desde 2003 hasta la actualidad.

En la Provincia de Buenos Aires la inversión de recursos en la Seguridad Social permitió que el Instituto de Previsión Social (IPS) aumente las jubilaciones un 574% entre el 2007 y el 2014. También que mantenga y proyecte en el tiempo la Tasa de Sustitución¹.

Este escenario permite asociar un tercer elemento relevante del estudio de este sistema prestacional, que es **la cobertura**. Esta se ha acrecentado de manera notable llegando a un 96% en 2010 (ver Cuadro N°3), en gran parte producto de la universalización de la Ley 25.994 que estableció una moratoria para aquellas personas que habían quedado fuera del sistema de seguridad social.

Con esta medida más de 2 millones de personas mayores de 60 años en el caso de las mujeres y de más de 65 años en el caso de los hombres², pudieron acceder a la jubilación mínima pagando una cuota mínima durante cinco años (Golbert, 2010).

La nueva moratoria implementada en 2014 a partir de la Ley 26.970 se propone universalizar la cobertura y llegar de esta manera a casi el 100% de la población objetivo.

**CUADRO N°3:
COBERTURA PREVISIONAL (2003-2010)**

2003	49%
2004	48%
2005	47%
2006	57%
2007	71%
2008	93%
2009	95%
2010	96%

FUENTE: SIPA

1 La Tasa de Sustitución (porcentaje del sueldo a ser pagado como haber jubilatorio). El IPS cuenta con un régimen solidario y de reparto, es decir, los activos aportan para el sostenimiento de la caja de todo el conjunto de los jubilados y pensionados, y esto hace que el sistema previsional sea intergeneracional e intrageneracional.

No obstante, la cobertura también puede medirse por la conformación territorial, es decir, cómo se distribuyen las distintas jubilaciones, pensiones y las pensiones no contributivas según cada provincia.

En este caso podemos, decir que dicha distribución se ha federalizado, ya que las provincias con mayor nivel de vulnerabilidad social han observado mayores altas. Por ejemplo, el aumento de dichas prestaciones durante el periodo 2003-2014 para la provincia de Formosa fue de un 499%, Misiones 340%, Chaco 319% y Corrientes 267%, entre otras.

Todos estos factores han permitido mejorar la calidad y la cantidad de los servicios en Seguridad Social, lo que implica mayor integración social pero sin lugar a dudas, requieren de una intervención estratégica del organismo estatal que las aplique.

Estos avances se deben a un modelo de gestión de derechos sociales a escala federal de manera rápida y eficiente. Inclusive esta intervención puede encontrarse en algunos niveles subnacionales como es el caso del Instituto de Previsión Social de la Provincia (IPS) de Buenos Aires, que ha implementado un nuevo modelo de gestión.

De cualquier modo, esto denota la conformación de un nuevo paradigma de la Protección Social basado en los derechos, en donde las estructuras estatales con capacidad técnica, presupuestos y recursos humanos capacitados son necesarias para llevar a cabo un cambio de tal magnitud.

En suma, gestionar de esa manera consolidaría las tendencias positivas que se vienen desarrollando en la Argentina y en provincias como Buenos Aires, al tiempo que mejoraría los indicadores de inclusión de manera sustantiva.

2 Cabe recordar que en octubre de 2008, se sanciona asimismo la Ley N° 26.417 de Movilidad de las Prestaciones del Régimen Previsional Público, que instituyó un sistema y una fórmula de actualización de las prestaciones para elevar los haberes dos veces por año (marzo y setiembre) de forma automática. En términos porcentuales, los aumentos significaron un incremento de los haberes, desde marzo de 2009 al mismo mes de 2010, de cerca del 30%.



CAPÍTULO 2

HÁBITAT, VIVIENDA Y DERECHO A LA CIUDAD

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 solo 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 tri-

ple 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 cotidianeidad 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 mayores.⁵

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 pertene-

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, 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.

cen a distintos estratos sociales, habitan en contextos socioresidenciales 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).

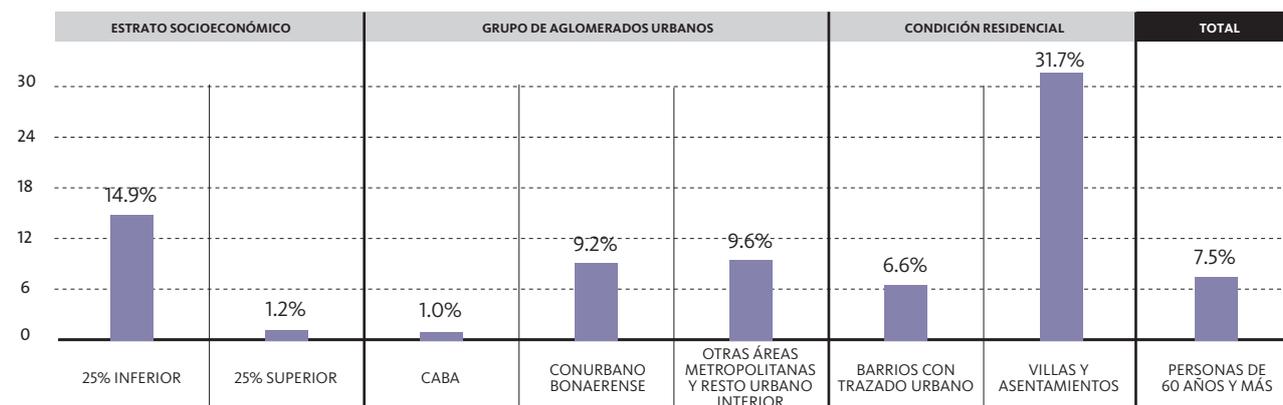
Asimismo, a lo largo de la vida, la relación del sujeto con la vivienda adquiere un sentido particular: desde la niñez, donde el vínculo viene dado, hasta la vejez, donde la “casa” constituye algo más que un techo, ya que los recuerdos del propio pasado y la historia familiar habitan allí, y pueden actuar como lugar de protección y refugio emocional (Giraud 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 (Giraud Esquivó; Dabove, 2012)⁶.

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

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.

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 cotidiana.⁷ 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

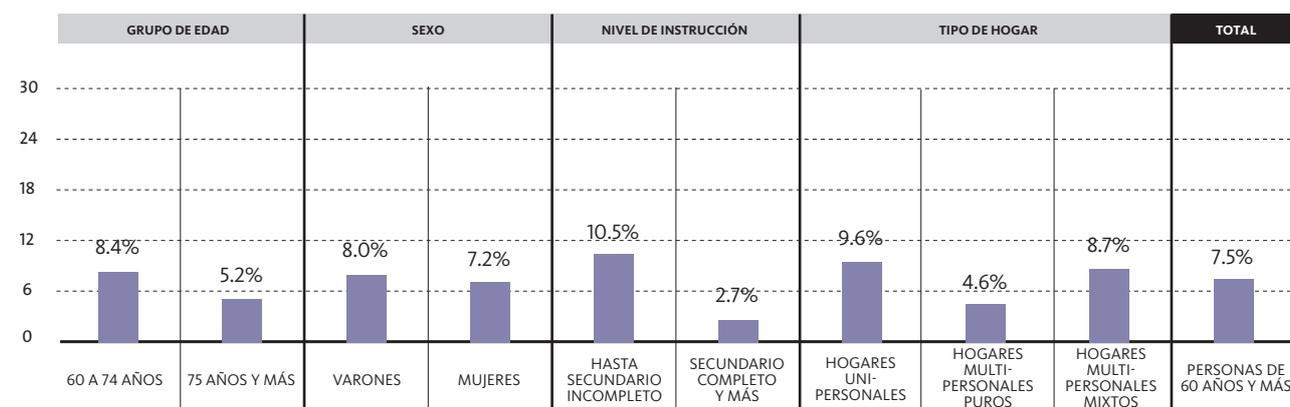
⁷ Reconociendo la relevancia que tiene para las personas mayores permanecer en sus propios hogares, nos abocamos en este informe a analizar la segunda dimensión, por cuanto la Encuesta de la Deuda Social Argentina, que constituye la fuente de nuestro análisis, releva solamente viviendas particulares.

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.A). 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

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.

presentada por los de mayor nivel educativo (10,5% versus 2,7%, respectivamente). Asimismo, como puede verse en la figura 2.1.1.1B, las personas mayores que conviven solamente con otras personas mayores son las que presentan menor déficit.

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).

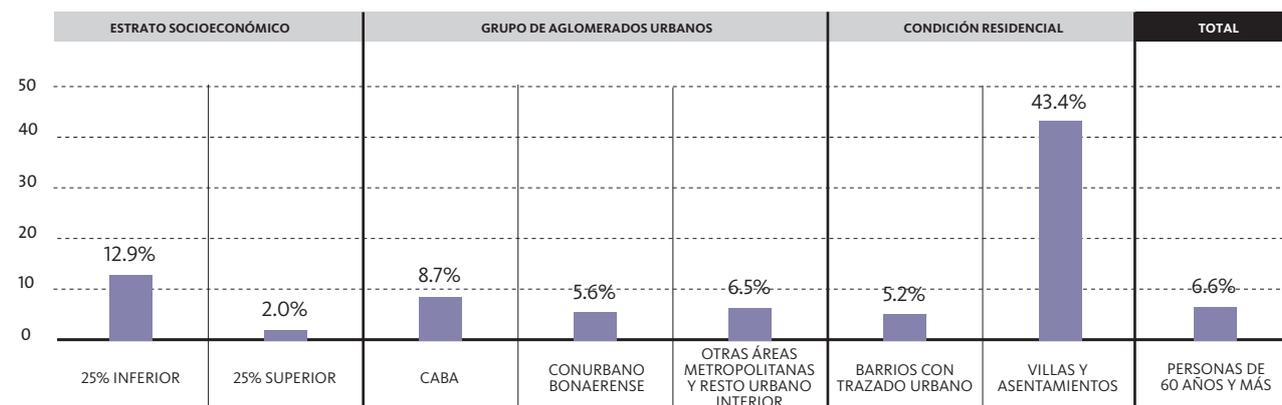
Ahora bien, si analizamos el modo en que el problema de la tenencia irregular de la vivienda afecta al grupo de 60 a 74 años y al grupo de 75 años y más, o a varones y mujeres, no encontramos diferencias significativas. Al examinar el problema según las oportunidades educativas que han tenido las personas 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).

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 cla-

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

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

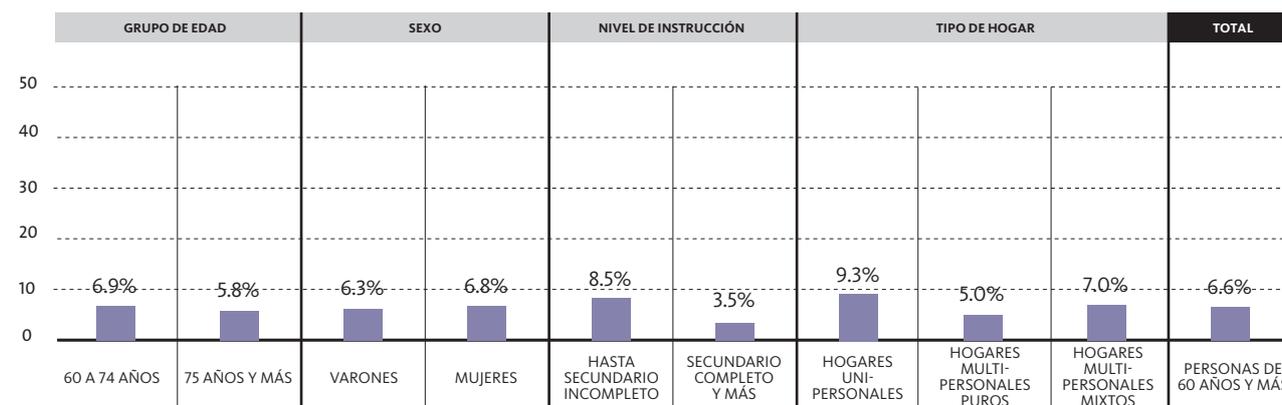
Tenencia irregular de la vivienda según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

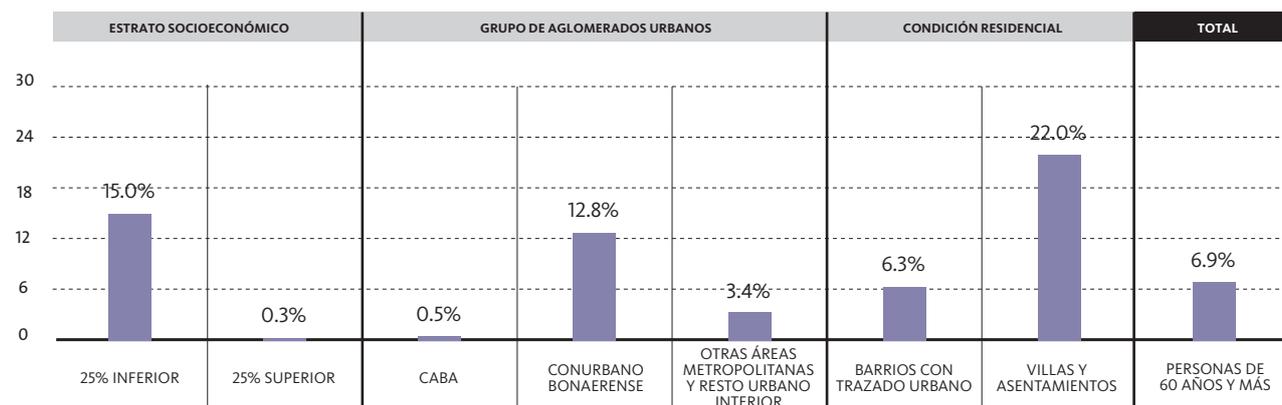
ves en la salud de la población. En particular para las personas mayores, no contar con buenas condiciones sanitarias dificulta y obstaculiza (tal vez más que a los jóvenes) el adecuado desarrollo de la actividad cotidiana, al tiempo que multiplica la vulnerabilidad a enfermedades derivadas de la falta 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

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

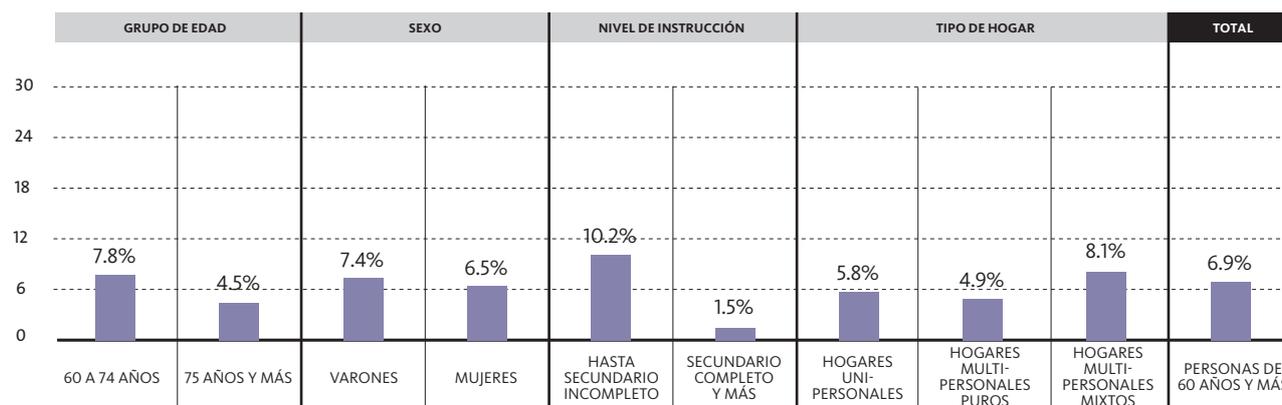
Déficit en las condiciones sanitarias según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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).

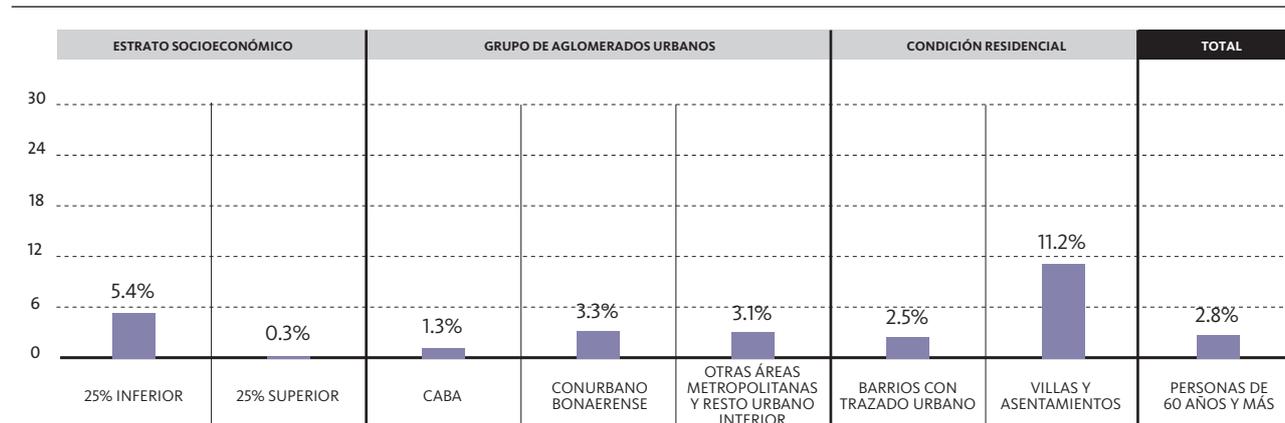
Cuando se analiza el modo en que el déficit en las condiciones sanitarias afecta a los diferentes grupos etarios de adultos mayores, a ambos sexos y a los distintos tipos de hogar, encontramos que el problema tiene mayor incidencia en la población más joven (7,8% de las personas de 60 a 74 años, frente 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).

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

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.

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).

Es verdad que si se analizan las condiciones de hacinamiento por sexo y grupo de edad no se advierten

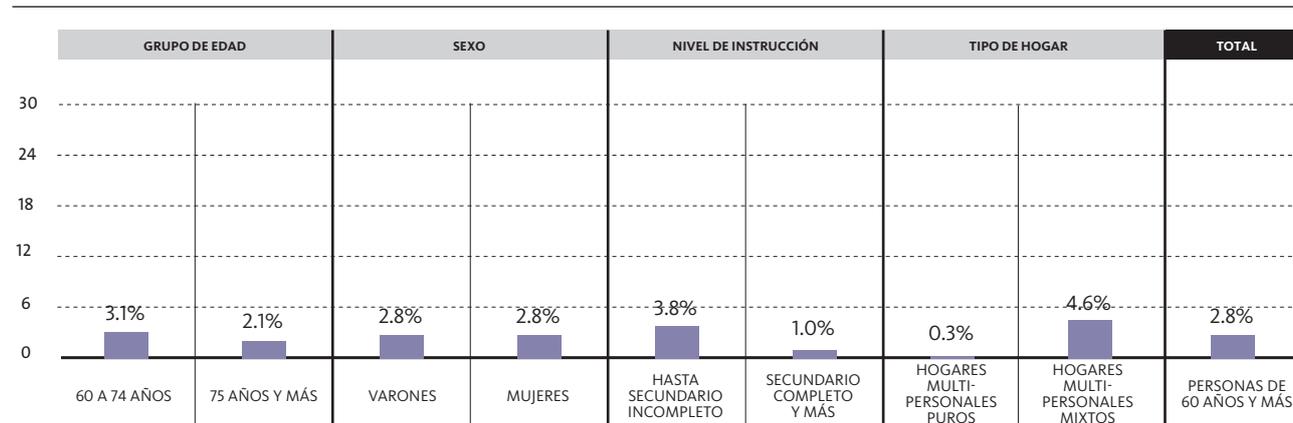
desigualdades significativas; sin embargo, estas vuelven a aparecer en el análisis por nivel de instrucción y en la conformación de los hogares. Específicamente, en lo que se refiere al nivel de instrucción, se verifica que las personas que no pudieron finalizar la escuela secundaria presentan un nivel 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).

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

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.

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	25% INFERIOR	36,9
	25% 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	60 A 74 AÑOS	20,9
	75 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
	UNIPERSONAL	20,4
TIPO DE HOGAR	MULTIPERSONALES PUROS	13,1
	MULTIPERSONALES MIXTOS	22,2
	TOTAL	19,3

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

RECUADRO 2.1

Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento –primer extracto–

Vivienda y medio ambiente

Un alojamiento adecuado y un ambiente físico agradable son necesarios para el bienestar de todo el mundo, y se acepta de manera general que la vivienda influye mucho en la calidad de vida de cualquier grupo de edades de cualquier país. Una vivienda adecuada es todavía más importante para los ancianos, en cuyo domicilio se centran prácticamente todas sus actividades. La adaptación del alojamiento, la prestación de ayudas domésticas prácticas concebida para facilitar la vida cotidiana de equipos domésticos bien diseñados pueden reducir la dificultad de las personas de edad, cuya movilización se halla reducida o que padecen otras incapacidades para continuar viviendo en sus casas.

Recomendación 19

Debe considerarse que la vivienda destinada a los ancianos es algo más que un mero albergue. Además del significado material, tiene un significado psicológico y social que debe tomarse en consideración. A fin de liberar a las personas de edad de la dependencia de otras personas, las políticas nacionales en materia de vivienda deben perseguir los siguientes objetivos:

- a) Contribuir a que las personas de edad permanezcan en sus propios hogares mientras sea posible, mediante la restauración y el desarrollo cuando resulte posible y conveniente, mediante la reestructuración y el mejoramiento de las viviendas en sí mismas, así como su adaptación a las posibilidades de acceso y a la utilización por parte de las personas de edad.
- b) Programar y construir –en el marco de una política en materia de vivienda que prevea también el otorgamiento de financiación oficial y de acuerdo con la iniciativa privada– viviendas para personas de edad, que tengan en cuenta las diferentes categorías de estado civil y el grado de autonomía de dichas personas, con arreglo a las tradiciones y costumbres locales.

Recomendación 21

Debe alentarse a los gobiernos nacionales a que adopten políticas en materia de vivienda en las que se tomen en consideración las necesidades de las personas de edad y de los que están socialmente en desventaja. Un ambiente para vivir diseñado con miras a apoyar las capacidades funcionales de este grupo debe formar parte integrante de las directrices nacionales para las políticas y las medidas relativas a los asentamientos humanos.

ACCESO A SERVICIOS DOMICILIARIOS DE RED

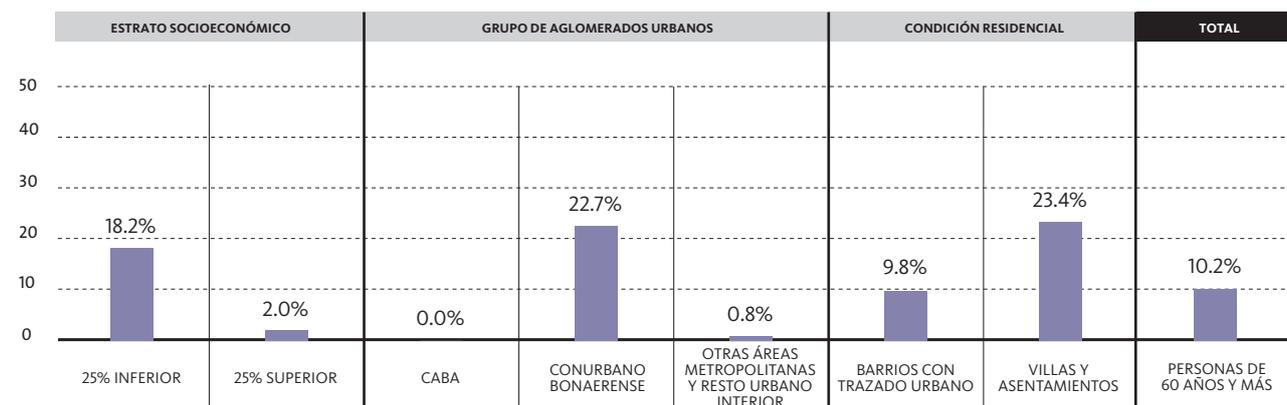
Como hemos señalado, una vivienda adecuada debe tener ciertos servicios indispensables para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición. Para ello, las viviendas tienen que contar con acceso permanente a recursos naturales y comunes, como son el agua potable y la energía para cocinar, calefaccionar e ilumina-

nar 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

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

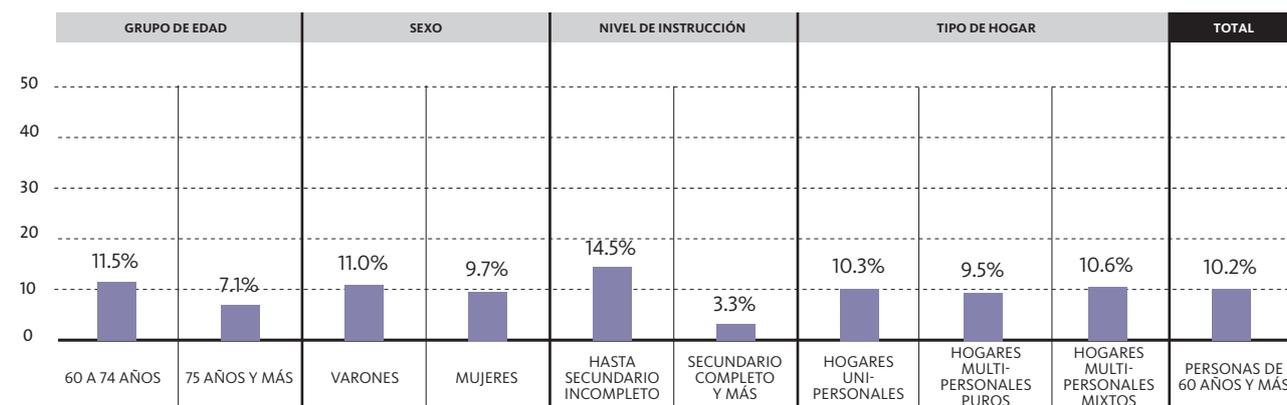
Déficit en la conexión a red de agua corriente según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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

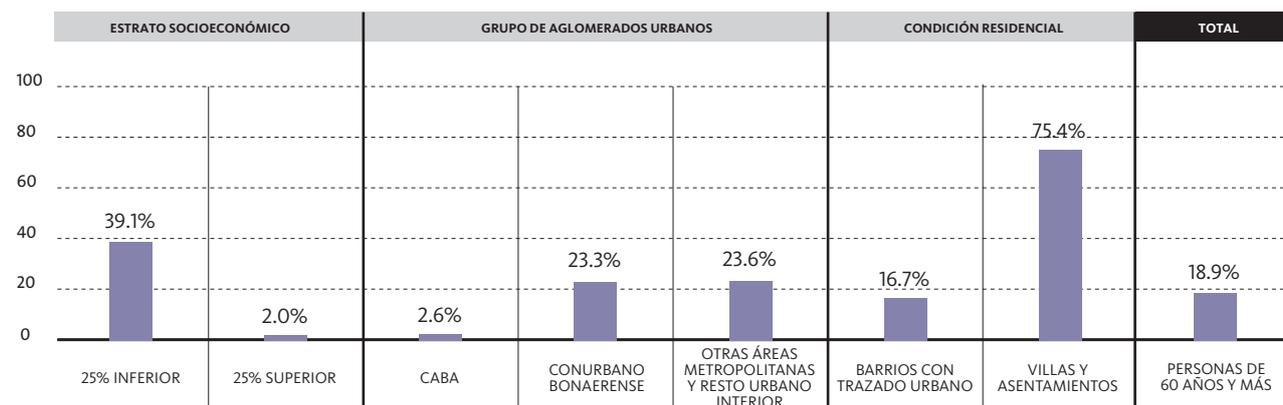
conexión a servicios, en particular a las redes de agua potable y de gas natural y cloacas,⁹ y en qué medida, también, las ciudades distribuyen servicios de manera equitativa entre las personas mayores.

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

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 2.1.2.2A 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.

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).

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).

Es menester notar aquí que las desigualdades evidenciadas en el acceso a la red de agua corriente mul-

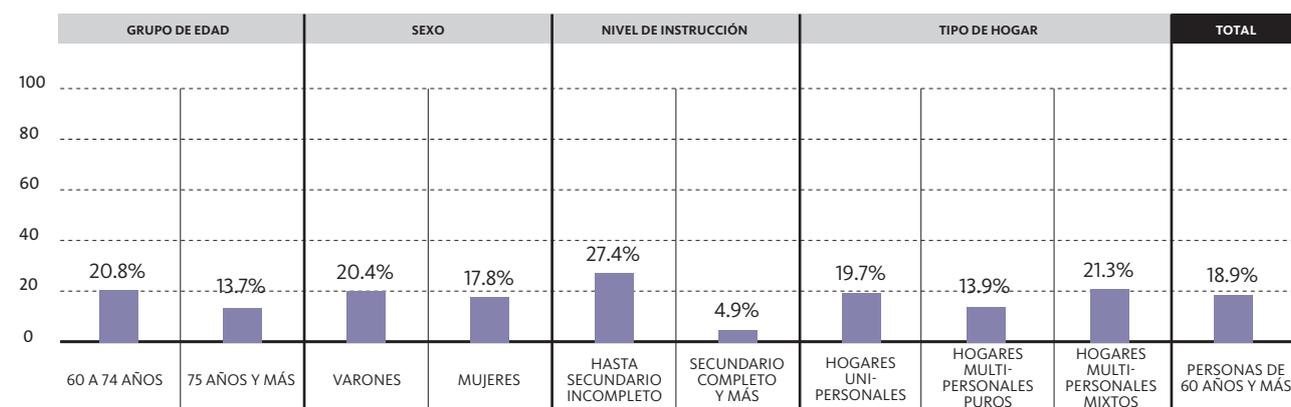
tiplican la situación de vulnerabilidad en la que ya se encuentran las personas mayores. Porque si la primera situación de vulnerabilidad está configurada por la condición de vejez, la segunda viene dada por la situación de pobreza (vinculada con la condición sociorresidencial y con el estrato socioeconómico) 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).

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

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

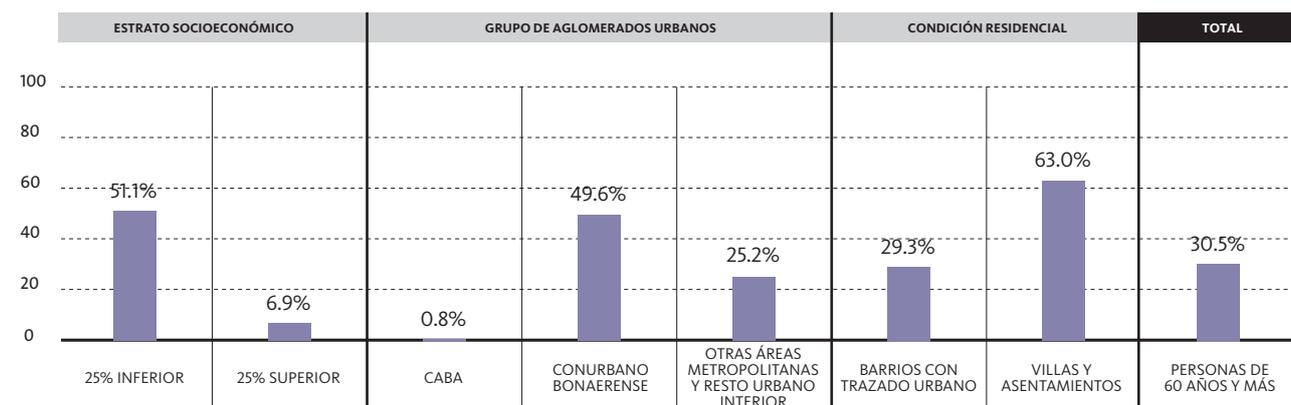
Déficit en la conexión a red de gas según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y tipo de hogar



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

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



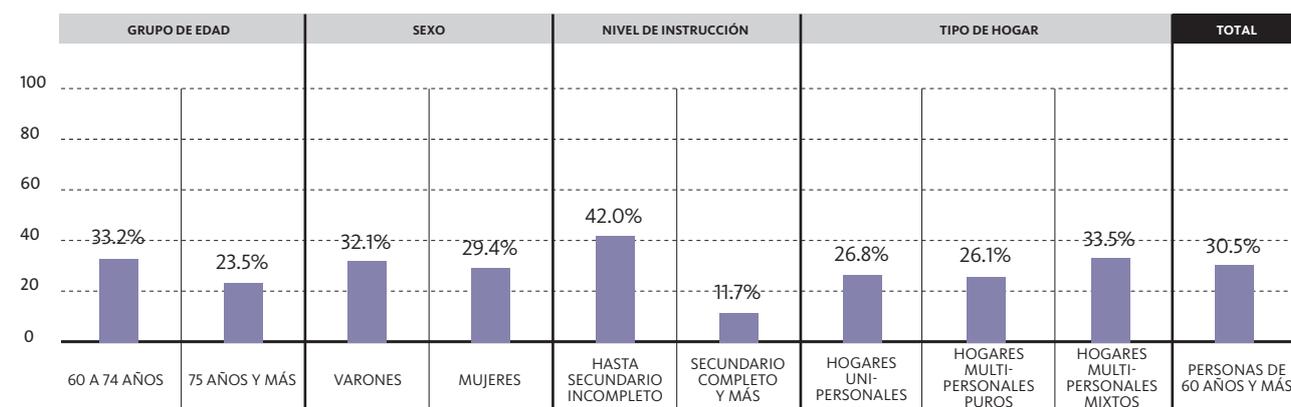
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

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.B).

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 urba-

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.

nas del interior, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires el déficit es cercano a cero (ver figura 2.1.2.3A).

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).

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 solo 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	25% INFERIOR	61,3
	25% 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 PUROS	29,1
	MULTIPERSONALES MIXTOS	40,0
TOTAL		36,0

FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). 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 artículo 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 quie-

RECUADRO 2.2

Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento –segundo extracto–

Vivienda y medio ambiente

Las personas de edad enfrentan una cantidad de problemas planteados por la circulación de los vehículos y medios de transporte. Los peatones de edad, en especial, deben enfrentar peligros reales o imaginarios que limitan su movilidad y su deseo de participar en la vida de la comunidad. Las condiciones en las que se realiza la circulación deben adaptarse a las personas de edad y no a la inversa. Las medidas que se adopten y los arreglos que se efectúen deben consistir especialmente en enseñar al público a respetar las normas de circulación, en establecer limitaciones de velocidad, particularmente en los “establecimientos” humanos, en garantizar especialmente la seguridad en las carreteras en el ambiente de la vivienda y en las zonas residenciales, así como en los medios de transporte.

Recomendación 20

La legislación y la planificación en materia de desarrollo y reconstrucción urbanas deberán prestar especial atención a los problemas de las personas de edad contribuyendo a su integración social.

Recomendación 21

Debe alentarse a los gobiernos nacionales a que adopten políticas en materia de vivienda en las que se tomen en consideración las necesidades de las personas de edad y de los que están socialmente en desventaja. Un ambiente para vivir diseñado con miras a apoyar las capacidades funcionales de este grupo debe formar parte integrante de las directrices nacionales para las políticas y las medidas relativas a los asentamientos humanos.

Recomendación 22

Debe prestarse especial atención a los problemas ambientales y al diseño de un entorno para la vida en el cual se tenga en cuenta la capacidad funcional de los ancianos y se facilite la movilidad y la comunicación mediante el suministro de medios de transporte adecuados. El medio en que viven las personas de edad debe concebirse, con el apoyo de los gobiernos, las autoridades locales y las organizaciones no gubernamentales, de forma que puedan seguir viviendo, si así lo desean, en un ambiente que les resulte familiar, y en el que su participación en la comunidad sea prolongada y tengan la oportunidad de llevar una vida plena, normal y segura.

Recomendación 23

La creciente proporción de delitos que se cometen en algunos países contra las personas de edad convierte en víctimas no sólo a los directamente afectados, sino a las numerosas personas de edad que tienen temor de abandonar sus hogares. Se debe tratar de aumentar la conciencia de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y de los ancianos sobre la cantidad de delitos contra las personas de edad y las repercusiones de tales delitos.

Recomendación 24

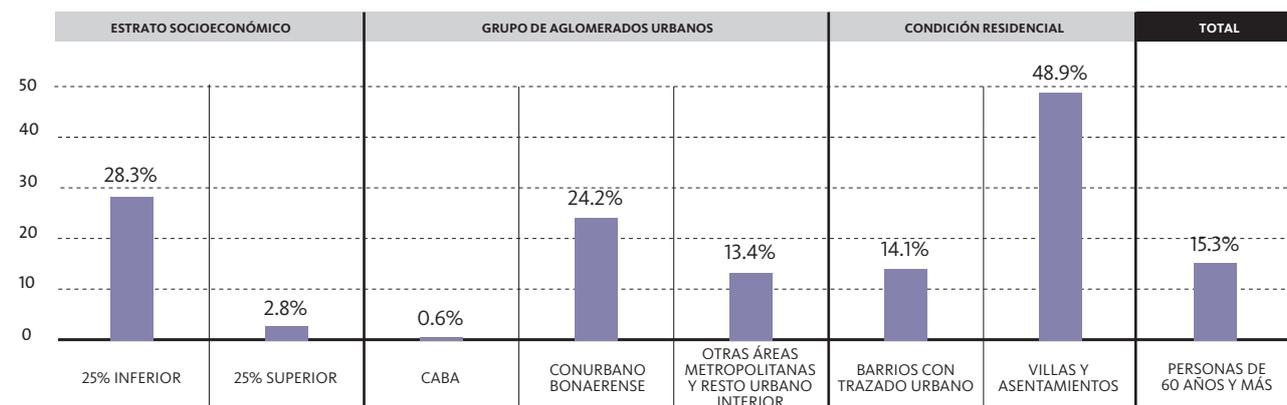
En la medida en que resulte posible, las personas de edad deberán participar en la elaboración de las políticas y programas de vivienda relativos a la población senescente.

nes 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).

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 al-

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

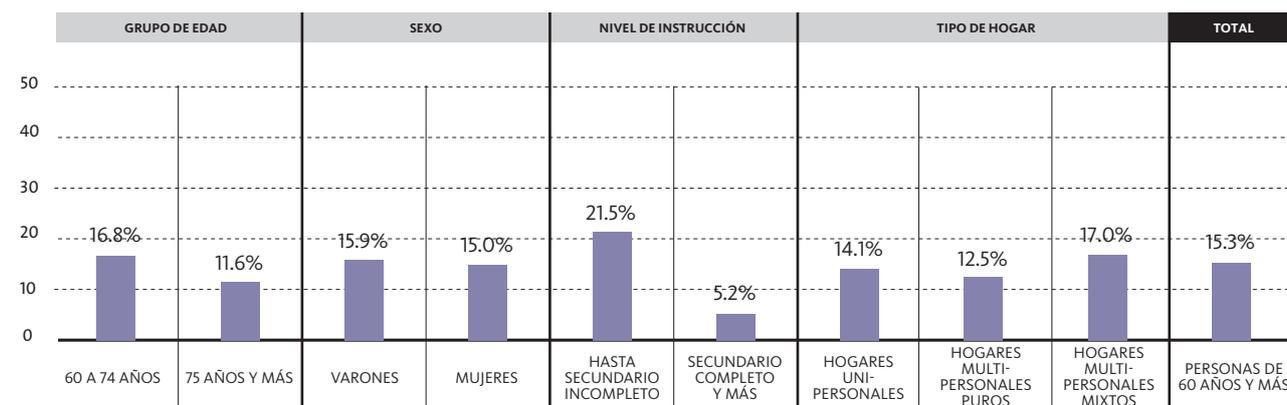
Déficit de calles pavimentadas según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

tos 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).

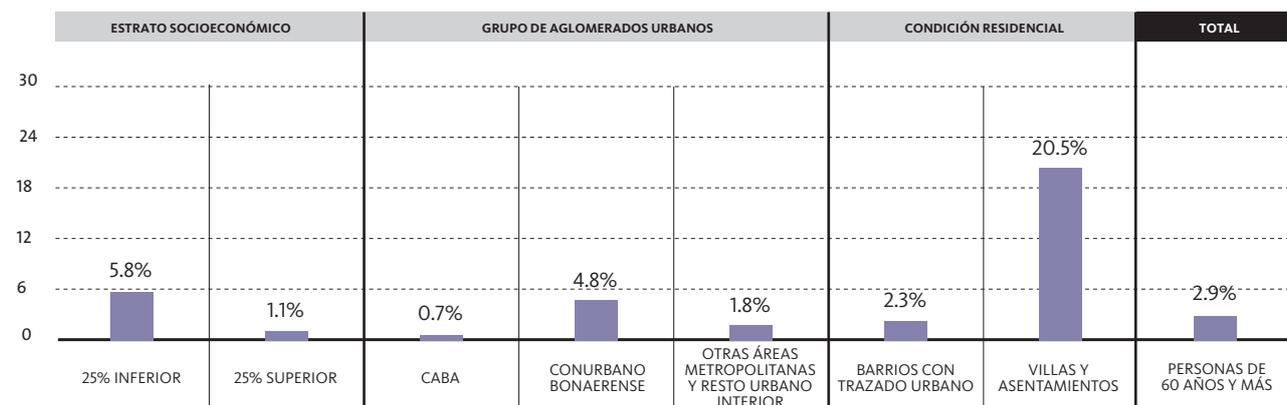
En cuanto al déficit en la recolección frecuente de residuos, debe reconocerse que los niveles de incidencia en los hogares de las personas mayores de las áreas urbanas relevadas son relativamente bajos y rondan el 3%. Sin embargo, las brechas sociales son significativas: en los estratos más bajos el 5,8% de las personas ma-

yores 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 socio-residencial: 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).

Por otra parte, en el grupo de 60 a 74 años se evidencia también mayor incidencia del déficit que en el

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

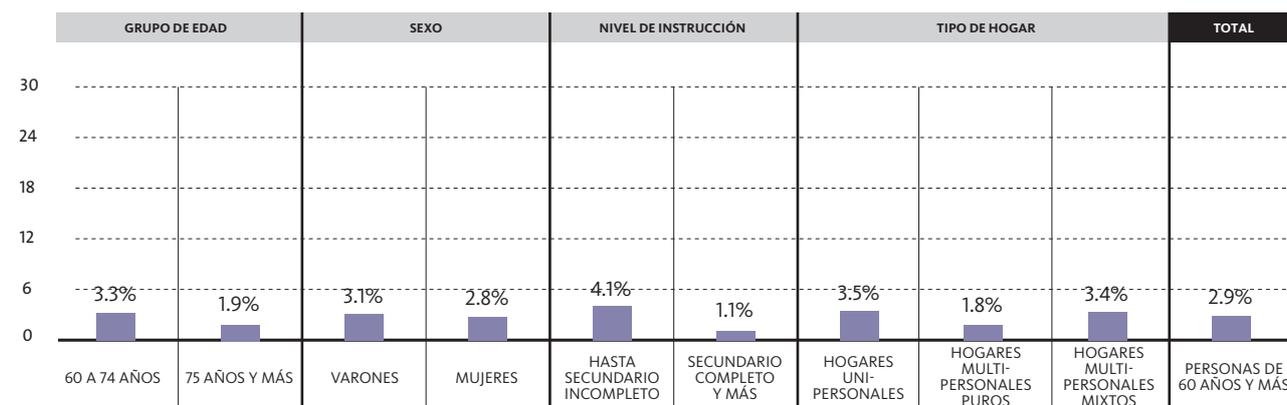
Déficit de recolección de residuos frecuente según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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).

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).

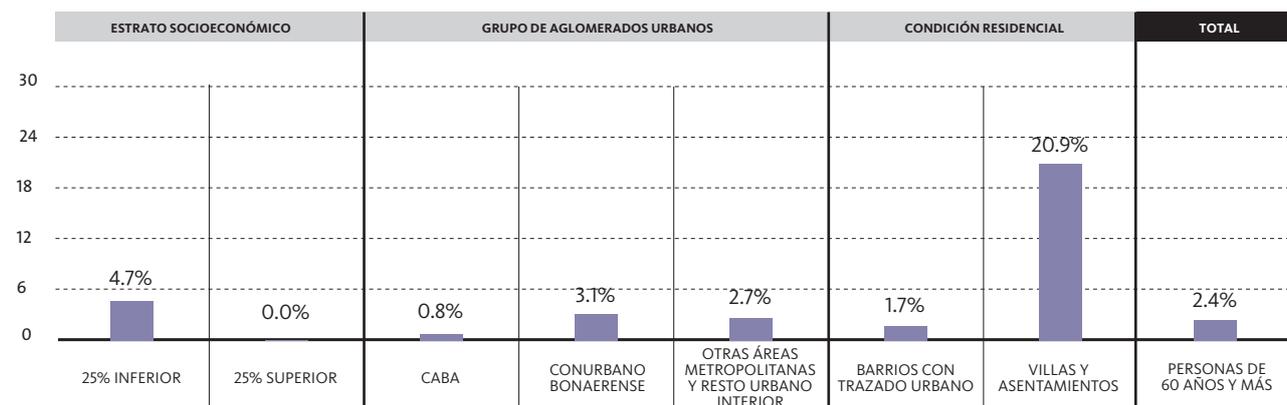
En este sentido, es notorio que solo el 2,4% de las personas mayores de las áreas urbanas releva-

das 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).

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

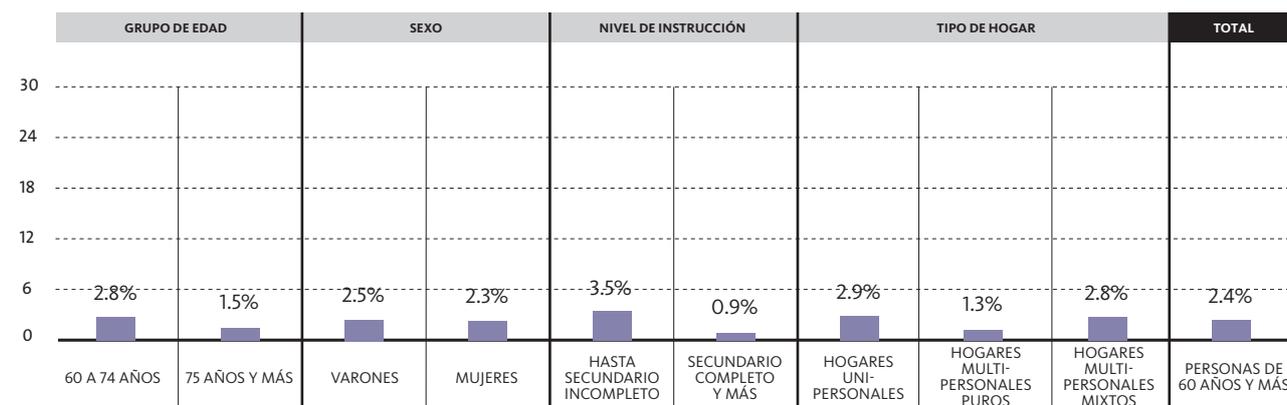
Déficit de alumbrado público según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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



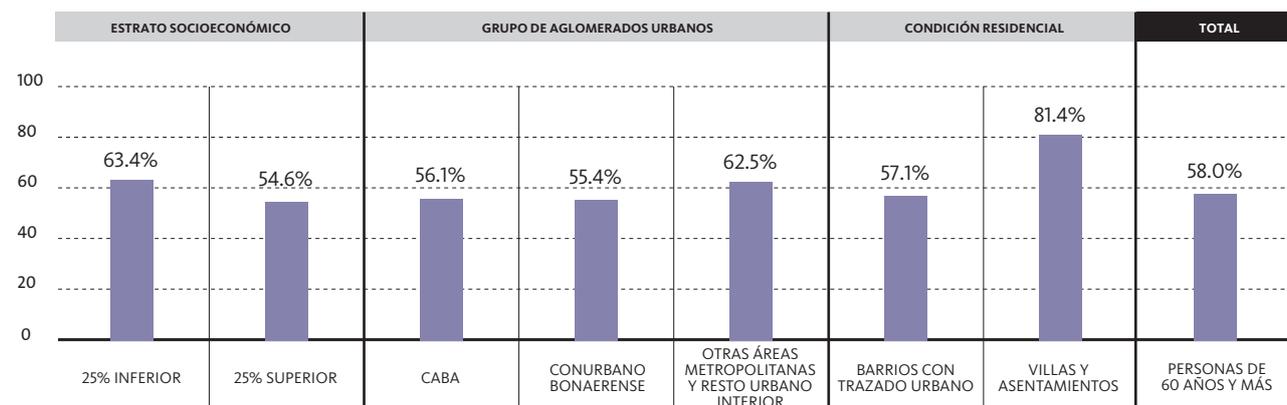
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

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 solo 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

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

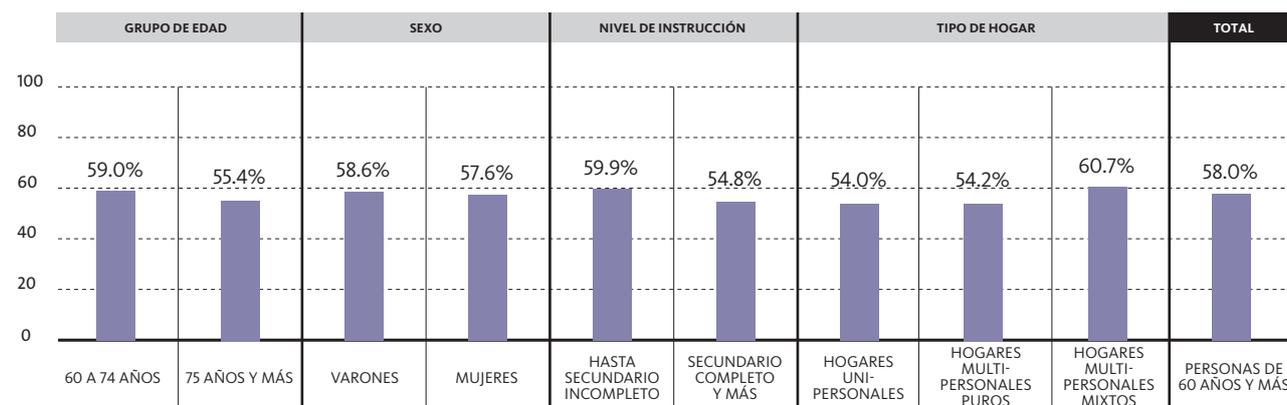
Problemas con el suministro de luz según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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).

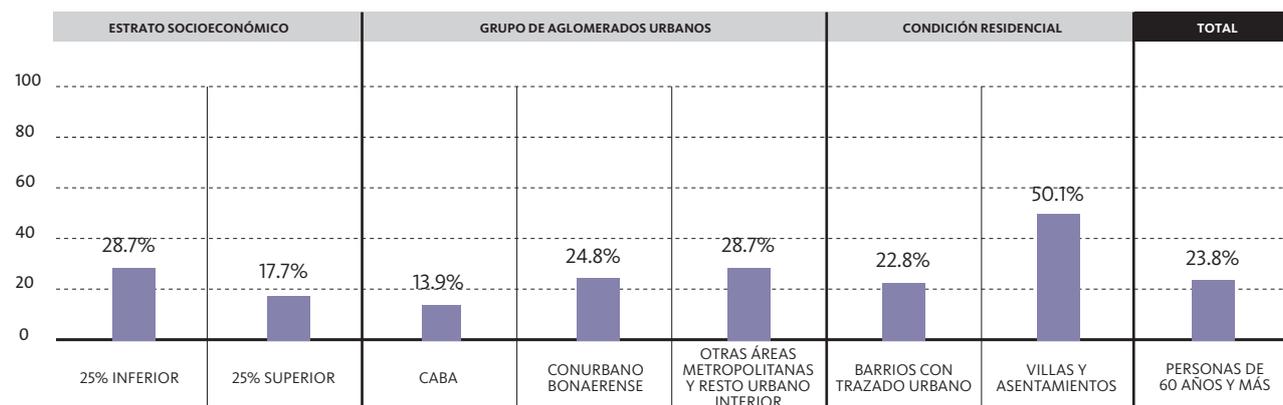
Si analizamos la incidencia del problema de acuerdo al grupo de edad, el sexo y el tipo de hogar nuevamente encontramos brechas más acotadas; se destaca sin embargo que resultan más afectados los del grupo de menor edad, los que no han finalizado el

nivel medio y los que conviven con personas menores de 60 años (ver figura 2.2.1.4B).

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

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

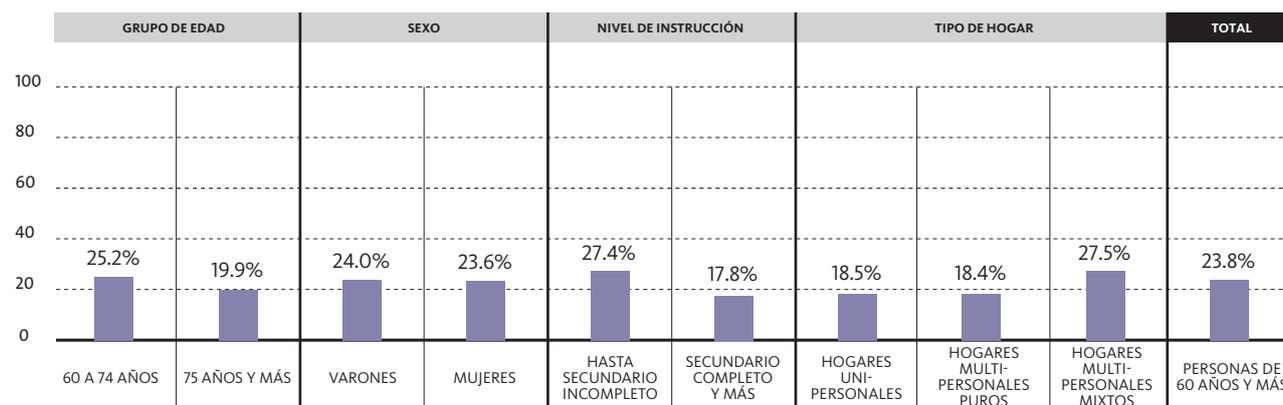
Problemas con el suministro de agua según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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).

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 com-

pletado: la brecha es del orden de los 10 puntos porcentuales (ver figura 2.2.1.5B).

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%.

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

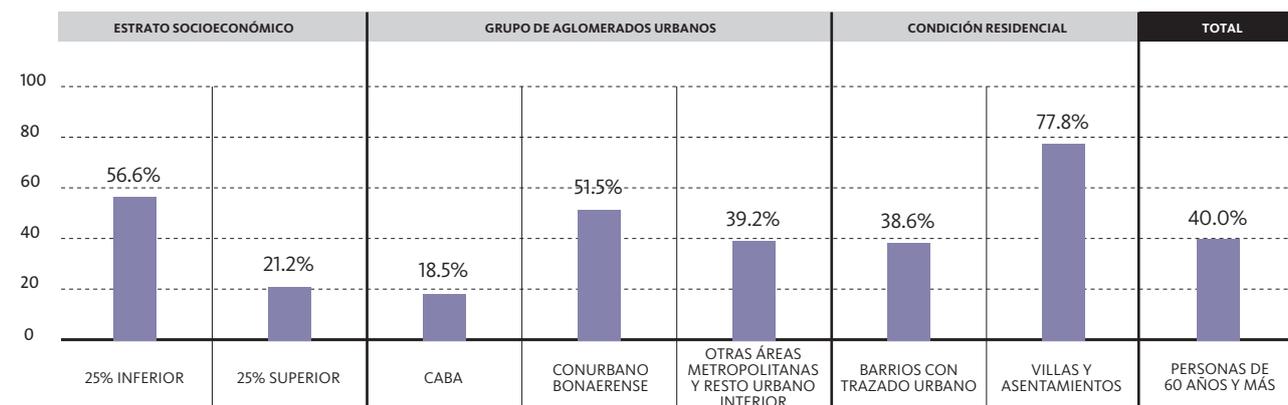
		DÉFICIT DE ACCESO A INFRAESTRUCTURA URBANA BÁSICA	DÉFICIT EN EL SUMINISTRO DE SERVICIOS
ESTRATO	25% INFERIOR	30,1	69,6
	25% SUPERIOR	3,4	58,8
REGIÓN	CABA	1,3	56,8
	CONURBANO BONAERENSE	25,5	62,4
	RESTO ÁREAS URBANAS	14,8	68,3
CONDICIÓN RESIDENCIAL	BARRIOS CON TRAZADO URBANO	15,1	62,2
	VILLAS	53,2	89,7
GRUPO DE EDAD	60 A 74 AÑOS	18,0	64,5
	75 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: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

- » 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

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

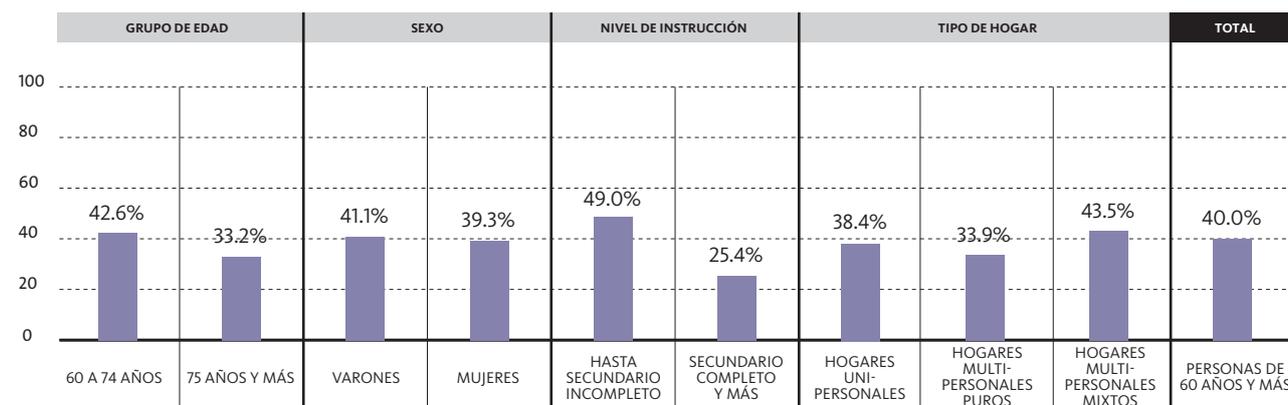
Déficit de desagües pluviales y/o presencia de terrenos y calles inundables según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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%).

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.

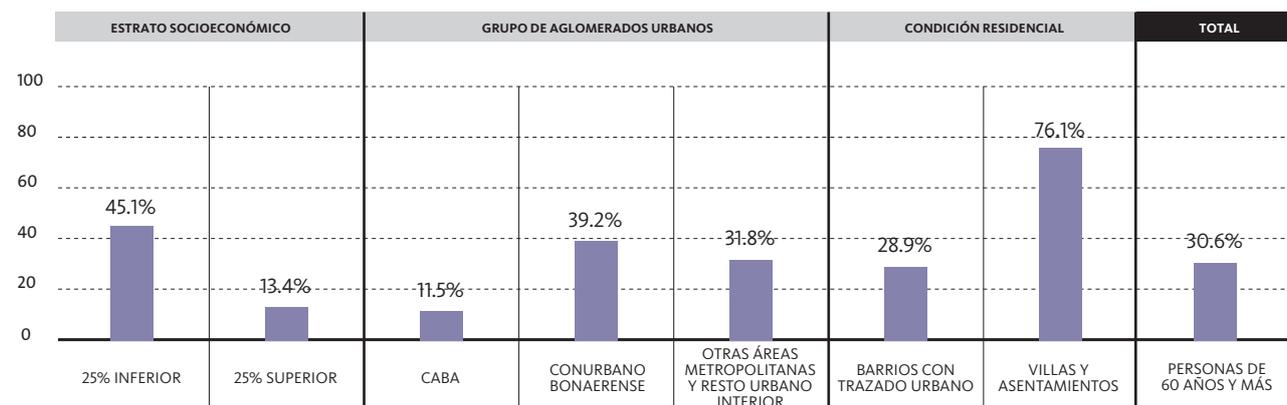
El primer indicador es el déficit de desagües pluviales y/o la presencia de calles inundables, ambos factores

que no solo 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

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

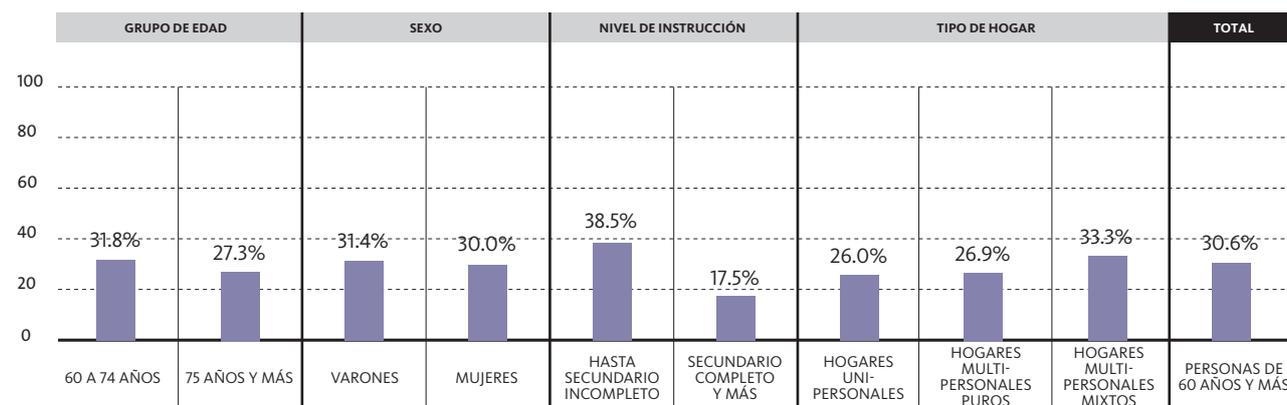
Problemas de contaminación en el barrio según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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).

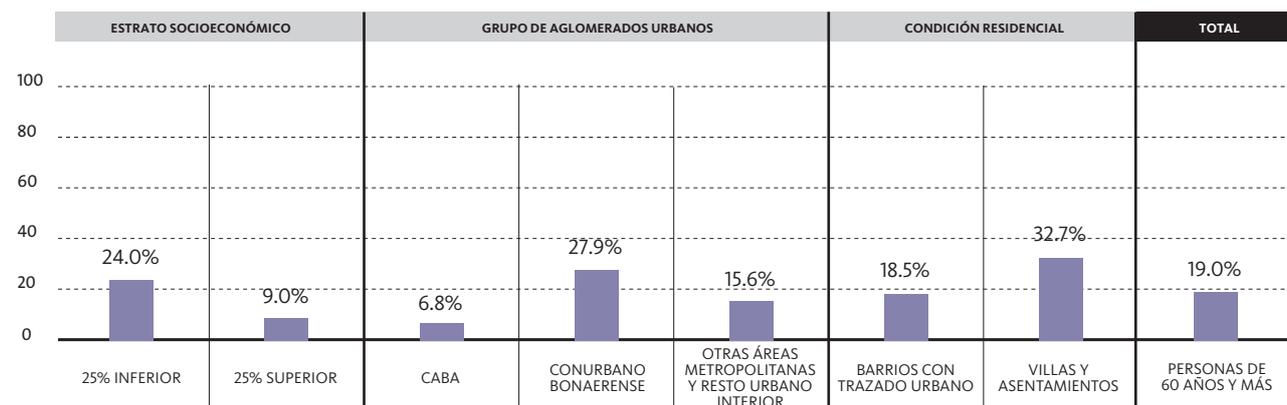
Si se analiza la incidencia del problema por el segundo conjunto de variables sociodemográficas, se vuelve a poner en evidencia que resulta más afectado el grupo de menor edad (42% para el grupo de 60 a 74 años, 33% para los de 75 años y más). Lo mismo ocurre con las personas mayores que conviven con 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)

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 quemados, cerca de fábricas contaminantes o de espejos de agua contaminados y/o presentan prevalencia de plagas urbanas.

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

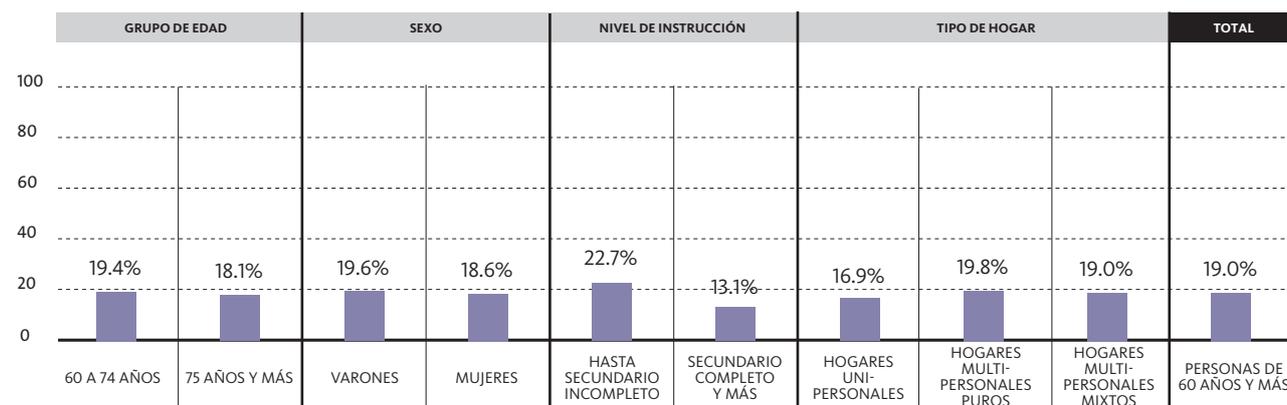
Déficit de espacios verdes de recreación y esparcimiento en el barrio según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial



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

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.

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.

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 2.2.2.2B).

El siguiente indicador que analizaremos es el déficit en la presencia de espacios verdes (parques, plazas) en buen estado, elemento indispensable no solo 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).

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).

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 pluviales.¹⁰ 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.

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	25% INFERIOR	67,7
	25% SUPERIOR	28,1
REGIÓN	CABA	25,2
	CONURBANO BONAERENSE	62,7
	RESTO ÁREAS URBANAS	50,3
CONDICIÓN RESIDENCIAL	BARRIOS CON TRAZADO URBANO	48,6
	VILLAS	91,9
GRUPO DE EDAD	60 A 74 AÑOS	52,6
	75 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 (2010-2016). ODSA, UCA.

- » 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.

DANIEL CHAIN

Arquitecto
Ministro de Desarrollo Urbano,
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires



COMENTARIO

Según sus condiciones, la humanidad ha ido incrementando la expectativa de vida, en la heterogeneidad de un país como el nuestro, esa expectativa es variable según situación social, geográfica y la cobertura de servicios sanitarios.

Las condiciones del espacio urbano influyen de manera significativa en la calidad de vida de cada una de las personas y son significativas para la integración, inclusión y cohesión social. En particular, adquiere relevancia el espacio público y se conceptualiza como un ámbito de valor social, ambiental, cultural, económico y paisajístico, que posibilita la integración.

En un enfoque relacional, la calidad de vida no solo mejora para las personas mayores en cuanto a sus condiciones de vida entendidas como potencialidades individuales, sino también a partir de las condiciones que permiten mejorar su relación con otras personas. Las condiciones de hábitat entendido en sentido amplio, implican un conjunto de aspectos no siempre cuantificables pero no por ello de menor valor, como las condiciones que promueven la relación entre personas del mismo grupo de edad y con otros grupos. Es justamente en este aspecto en el cual las ciudades como ámbito de socialización por excelencia, pueden tener condiciones para permitir la interrelación entre niños, adultos, mayores, o de diferente ingreso, educación, religión y origen étnico. Dicha interrelación es un efecto deseable que permite enriquecer las relaciones sociales, favorece la diversidad en un ámbito democrático e inclusivo, y por lo tanto de conformación de ciudadanía plena y respetuosa, que enmarcan potencialidades para mejorar las condiciones de sustentabilidad social. Desde la sustentabilidad urbana, se considera positiva la mixtura, convivencia y coexistencia de personas *diferentes* entre sí en un mismo territorio, incluso

se utilizan indicadores específicos para cuantificarlo y tomar medidas en base a ello.

Esto implica que las condiciones de hábitat deben cumplirse para el conjunto de los grupos de edad, de manera tal de facilitar la integración, contraria a la segregación de “hábitats para mayores”, “hábitats para niños”, etc. El aspecto *inclusivo* del hábitat justamente se orienta a comprender las condiciones que permiten la coexistencia y la integración, sin por ello dejar de reconocer la existencia de necesidades específicas.

El patrón de desarrollo de las ciudades entonces, no es justamente una cuestión ajena a la calidad de vida de los adultos mayores, sino que de su modalidad depende el desarrollo de condiciones sumamente importantes, que pueden sintetizarse en un modelo de ciudad compacta, rica y dotada de espacios públicos con alto grado de accesibilidad. Desde Jane Jacobs en la década del '60 hasta Jan Gehl en los últimos años, se han multiplicado los estudios y demostraron la importancia social que tiene disponer de espacios públicos atractivos, accesibles, vibrantes y diversos. Las metrópolis del mundo tienen muy en claro que es una estrategia fundamental para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y lograr una ciudad sustentable. Sin embargo, muchas ciudades no tienen condiciones de infraestructura de servicios públicos o de transporte que actualmente se consideran básicas para lograr una ciudadanía plena e integrada. Nuevamente, el modelo de desarrollo sostenible no es solo un objetivo a lograr luego de alcanzar unos estándares básicos, sino que también es un buen medio para mejorar la cobertura. Es mucho más fácil dar cobertura básica, y en general encontrar opciones de sustentabilidad en ciudades compactas que en zonas

con la población muy difusa en el territorio. El economista Edward Glaeser, reconocido optimista sobre el papel de las ciudades en el desarrollo humano, postuló humorísticamente que *“Sería mucho mejor para el planeta que su población urbana viviese en ciudades densas levantadas alrededor del ascensor, en lugar de hacerlo en áreas diseminadas construidas en torno al automóvil”*.

Desde la ecología urbana contemporánea, se utilizan los conceptos de *sustentabilidad* y *resiliencia* que con ciertos ajustes son válidos para estudiar y gestionar las ciudades. Mientras que el primero se refiere a la posibilidad de mantener o mejorar las condiciones de vida en conjunto con el entorno a través del tiempo, la *resiliencia* refiere a la capacidad de reponerse ante eventos catastróficos. Esto mismo también se puede considerar respecto a las personas de determinado grupo específico como los adultos mayores, y si bien la situación estructural de las personas mayores puede parecer menos grave que la de otros grupos, es en sus posibilidades de sustentabilidad o de resiliencia donde se encuentra su principal vulnerabilidad, por lo que le agrega un matiz de dependencia que obliga a repensar ciertos aspectos urbanos.

El acceso, proximidad y cercanía a los equipamientos y servicios comunitarios es un aspecto clave de la inclusión

social en las ciudades. Desde la economía urbana, se considera incluso que es la accesibilidad a esta infraestructura lo que da sentido a las aglomeraciones urbanas, y desde la sociología, que es a partir de ello que los agentes adquieren condiciones de ciudadanía. Según Pablo Trivelli, para los sectores de más bajos ingresos, el acceso a esto se transforma en algo especialmente costoso, y en otros términos, que *los pobres pagan más por acceder a las condiciones de vida en las ciudades latinoamericanas*. En nuestras ciudades, los adultos mayores hacen esfuerzos económicos importantísimos para localizarse en zonas con buen acceso a los servicios, transporte y equipamientos, y densas en tránsito de personas, empleo y actividades. Es decir, buscan zonas “compactas” y no zonas segregadas del resto de la ciudad. Los adultos mayores con menores posibilidades entonces pueden tener una doble vulnerabilidad (por ingresos y por su pertenencia específica), que cuestiona sus posibilidades de integración social.

Es por ello que desde el sector público, suelen ser aspectos de gestión fundamentales para lograr un hábitat sostenible. No solo entonces es importante la dotación de equipamientos como hospitales, escuelas, teatros y clubes, sino que también son condicionantes su distribución equitativa, accesibilidad y calidad.



CAPÍTULO 3

ESTADO, ATENCIÓN Y NECESIDADES DE SALUD

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 solo 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 decli-

nar, 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 solo 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 artículo 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).

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, re-

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 (2010-2016). ODSA, UCA.

sulta 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.

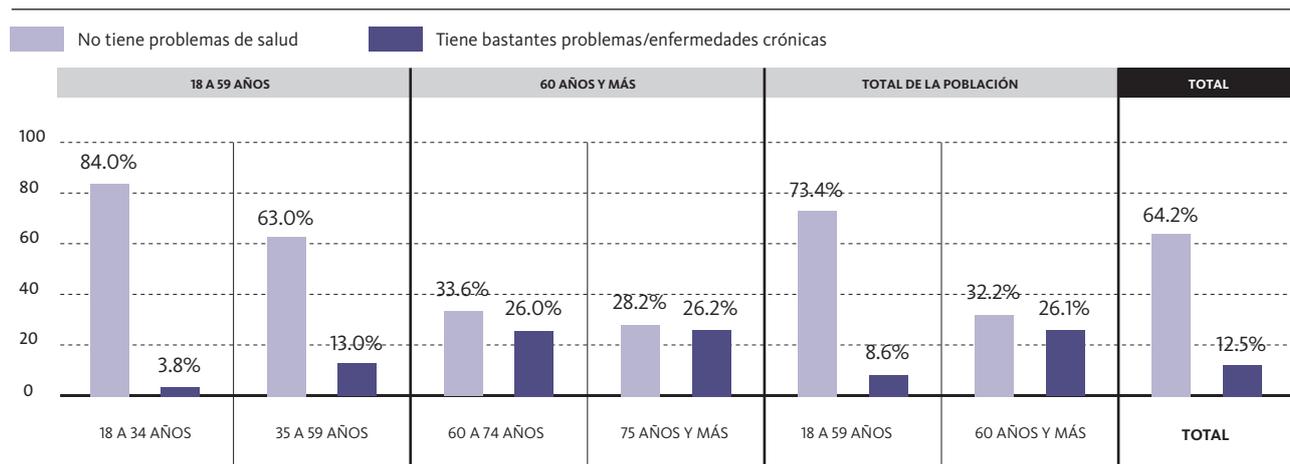
¿Cómo afecta la edad en la percepción del estado de salud? Entre los de mayor edad dentro de las personas mayores –los de 75 años y más– el déficit de estado de salud percibido (dos últimas categorías agrupadas) es similar al del grupo 60-74 años: 26,2% frente a 26%, respectivamente. Podría inferirse 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).

Puesto que se trata de una pregunta sobre auto-percepción 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”

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.

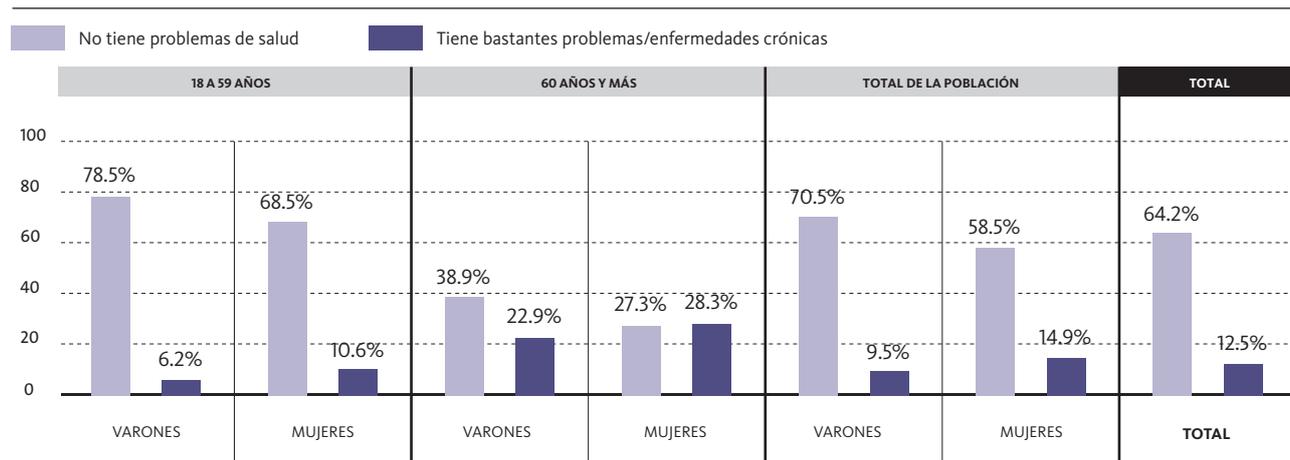
Déficit de estado de salud percibido según grupo de edad



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

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.

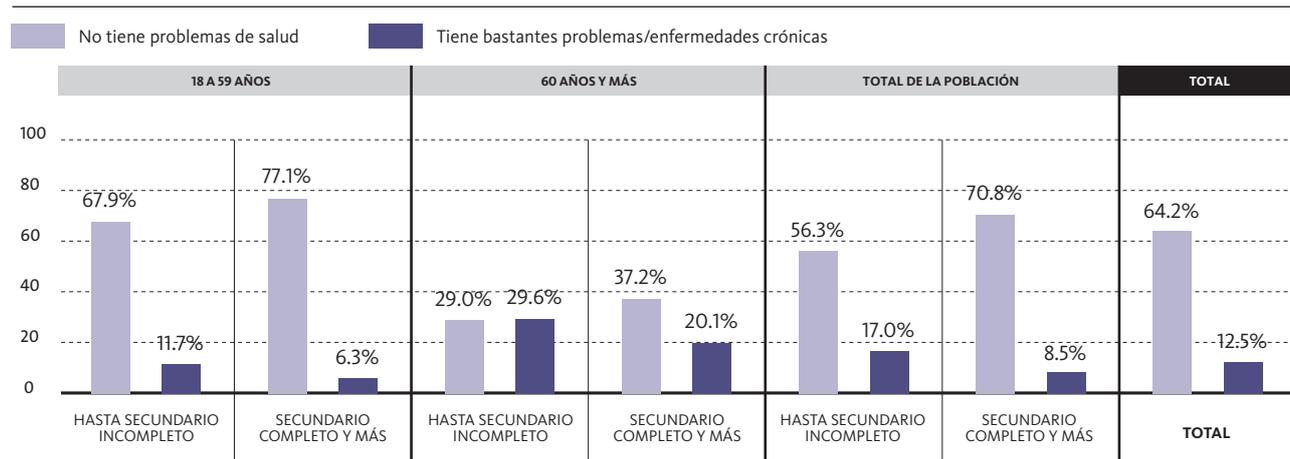
quizá no tenga el mismo significado para una persona de 67 años que para otra de 82 años.

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

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

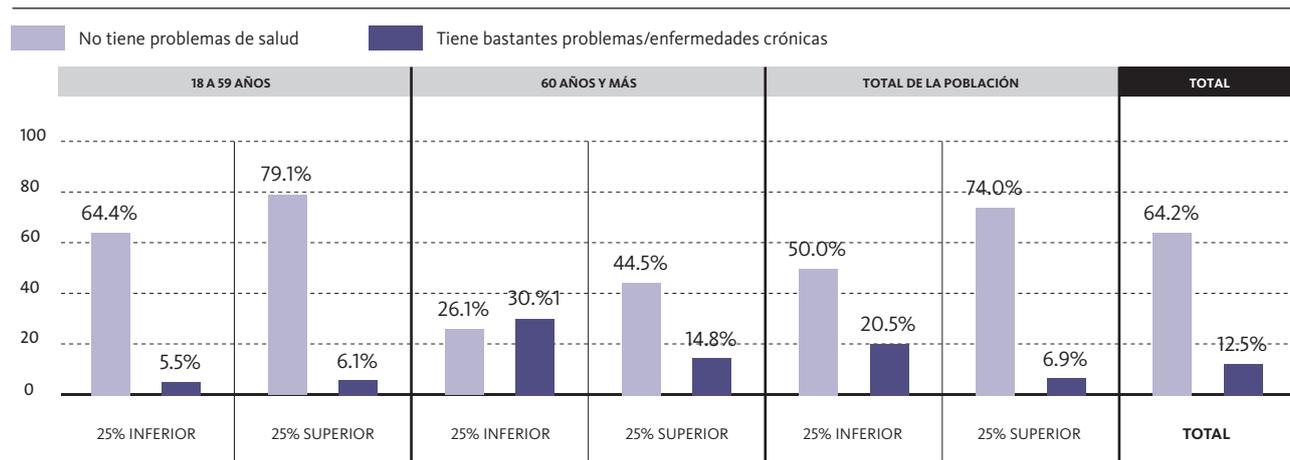
Déficit de estado de salud percibido según nivel de instrucción



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

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.

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).

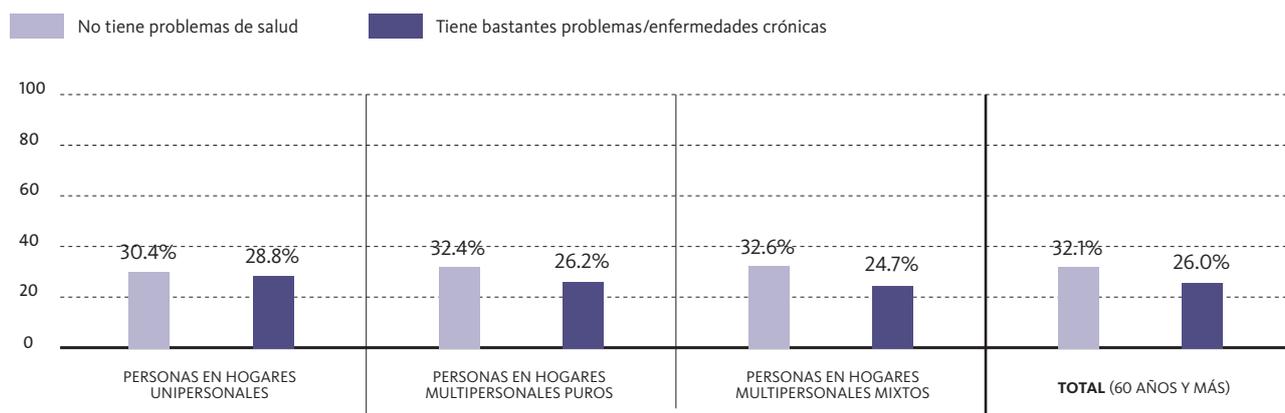
Al considerar el nivel educativo, las personas de edad avanzada con secundario completo y más

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

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.

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).

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 solo al 50%: el 25% de mejor condición socioeconómica y el 25% de peor condición, siempre 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 medio-alto 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).

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 solo hay personas mayores se diferencian de los hogares “mixtos” en cuanto a la percepción sobre su propia salud (ver figura 3.1.5).

3.2. EL MALESTAR PSICOLÓGICO

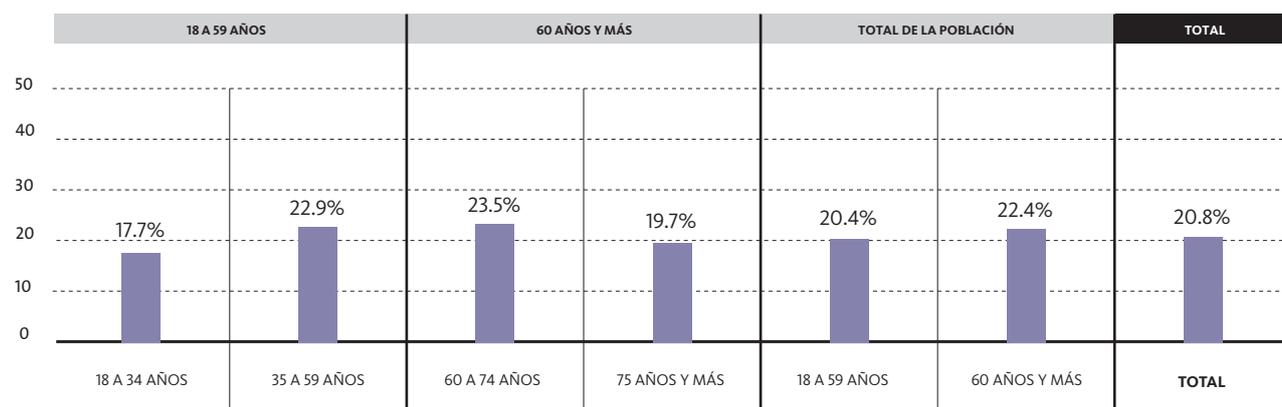
En el Barómetro 2013 (ODSA, 2014), Solange Rodríguez Espínola define que “en sentido amplio, el concepto de malestar psicológico se entiende como un déficit en los recursos emocionales y cognitivos de las personas, carencia que afecta las capacidades para responder a las demandas ordinarias de la vida 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

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

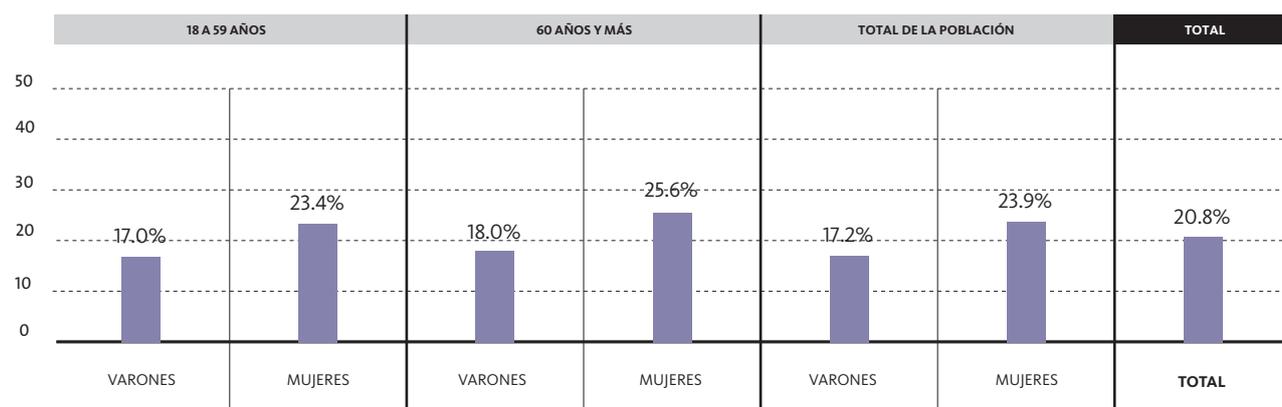
Malestar psicológico según grupo de edad



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

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.

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.

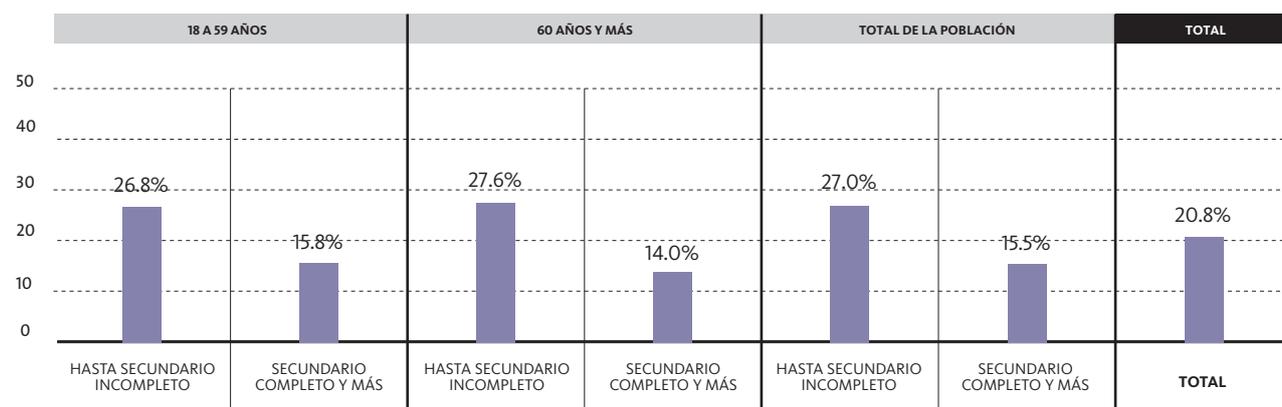
Dentro de las personas mayores, el malestar psicológico no aumenta con la edad. Al contrario, es mayor en el grupo de 60 a 74 años que en el de 75 años y más. El pasaje a la inactividad (en el sentido laboral) y/o nuevos roles familiares (devenir abuelos) pueden

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).

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

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

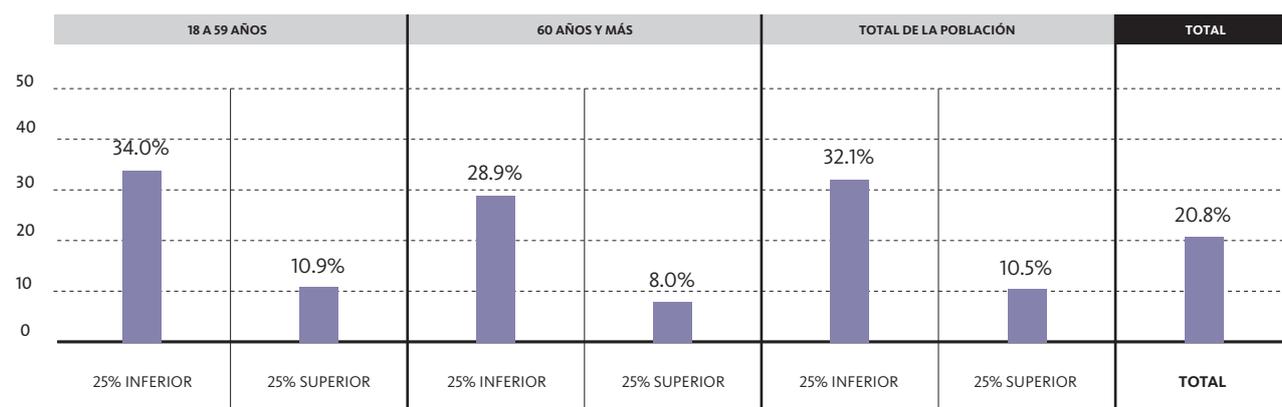
Malestar psicológico según nivel de instrucción



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

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.

en la población de hasta 59 años, donde este déficit de salud afecta más a las mujeres (ver figura 3.2.2).

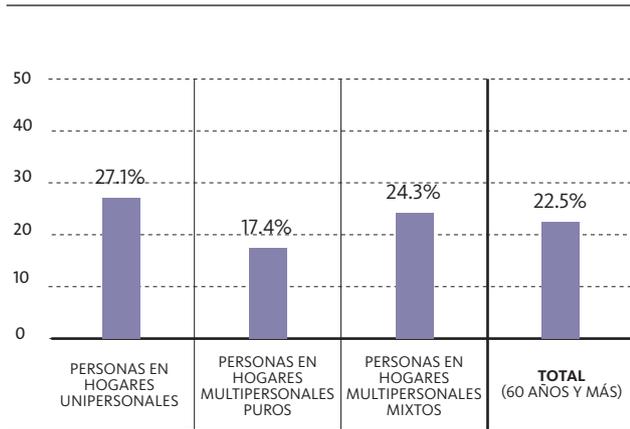
Las diferencias señaladas por edad y por sexo son menores cuando se las compara con la que surge del nivel educativo. Cuando el nivel educativo es más bajo (secundario incompleto), ese déficit se potencia (27,6%); y disminuye a la mitad cuando el nivel educativo es más alto (secundario completo, 14,0%). 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).

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 solo 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 3.2.5 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.

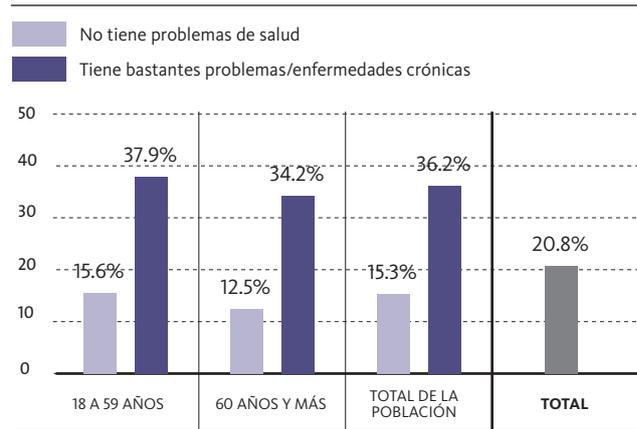
El tipo de hogar donde viven las personas mayores también está asociado con este aspecto de la salud. El malestar psicológico es más frecuente entre quienes viven solos (27,1%), información que se relaciona con varias de las dimensiones presentadas en el capítulo 4. El tipo de hogar donde se encuentra 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).

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).

¿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.

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.

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.

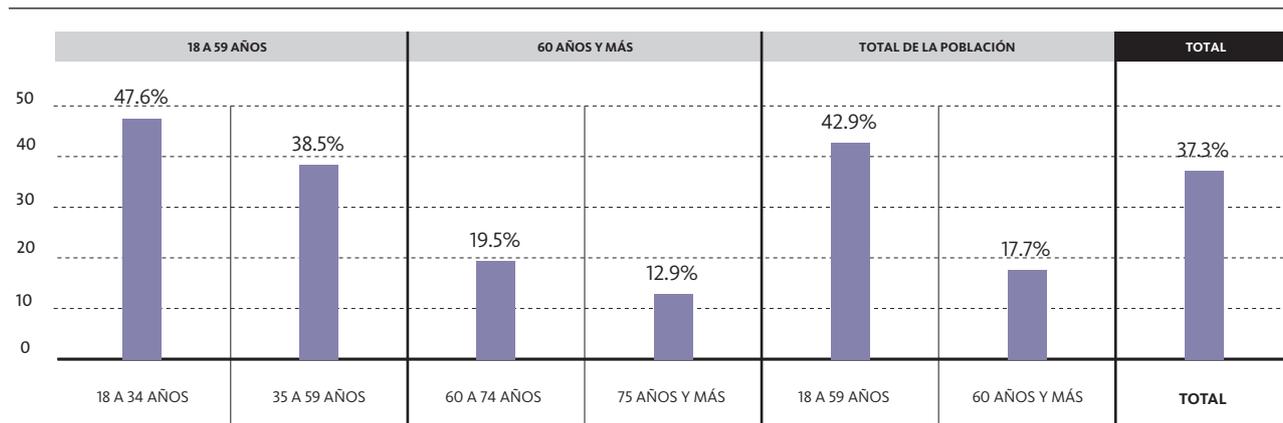
Se espera que las personas mayores cuiden más su propia salud y que, como consecuencia, hagan más consultas médicas que el resto de la población. La información disponible no permite estimar el número de consultas anuales, pero indaga sobre si en los últimos 12 meses se realizó alguna consulta médica.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

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.

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 (solo el 12,9% no hizo ninguna consulta médica anual).

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).

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.

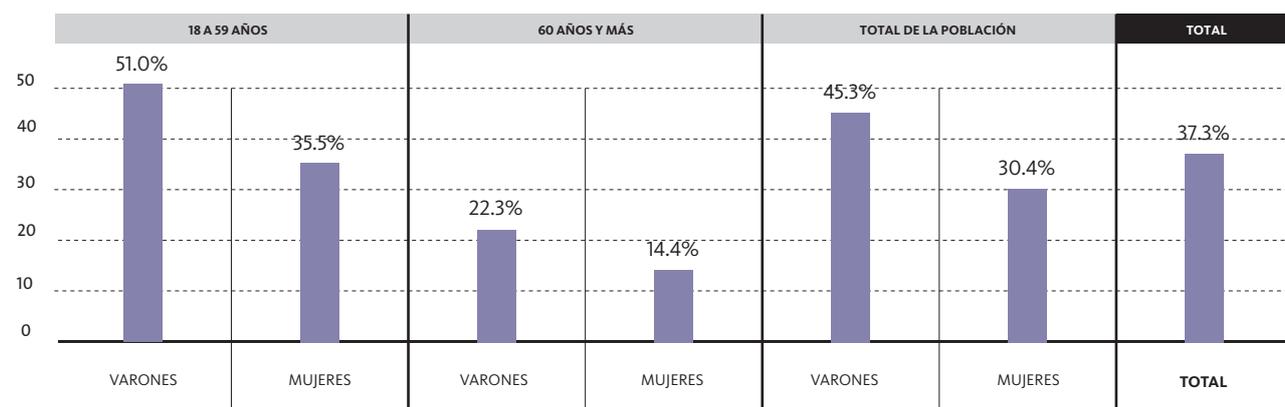
En cambio, en la población general, la asociación entre el nivel educativo y este indicador de cuidado de salud es más débil. No hicieron consultas durante el último año el 39,3% de las personas de menor nivel educativo y el 35,7% de las que declaran tener un nivel educativo más elevado (ver figura 3.3.3).

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 educa-

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

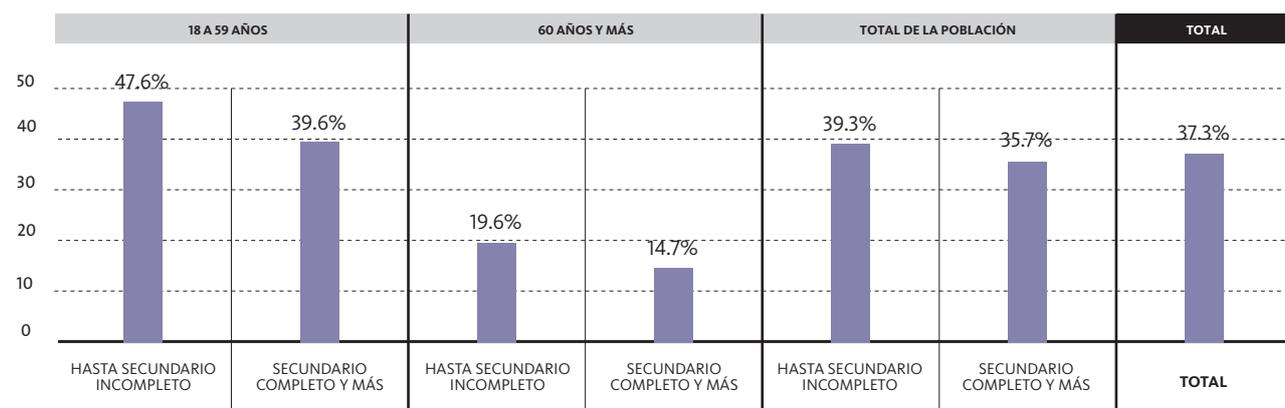
No realizó consulta en el último año según sexo



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

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.

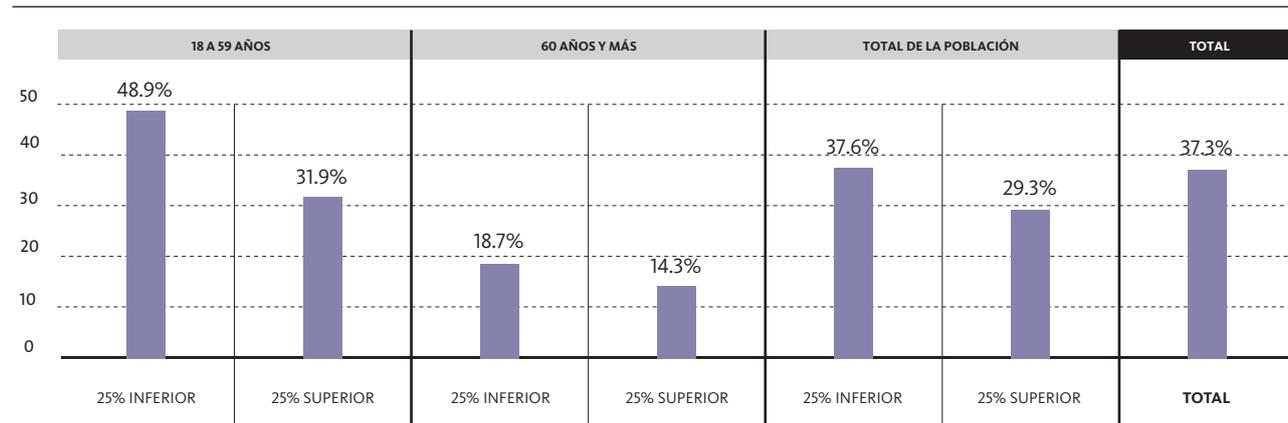
tivo, muy por debajo de los grandes diferenciales en este indicador: el género y el grupo de edad. La tendencia al cuidado de la salud entre las personas mayores del estrato socioeconómico más alto es reflejo de un fenómeno más general que también se verifica en el total de la población, donde los que no hicieron consultas durante el último año son el 29,3% en el estrato socioeconómico medio-alto 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.

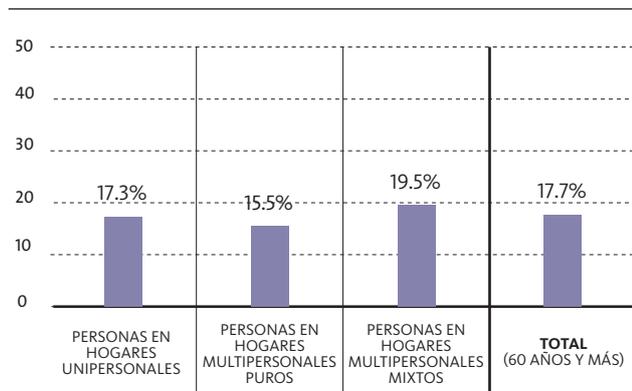
No realizó consulta en el último año según nivel socioeconómico



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

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.

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).

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

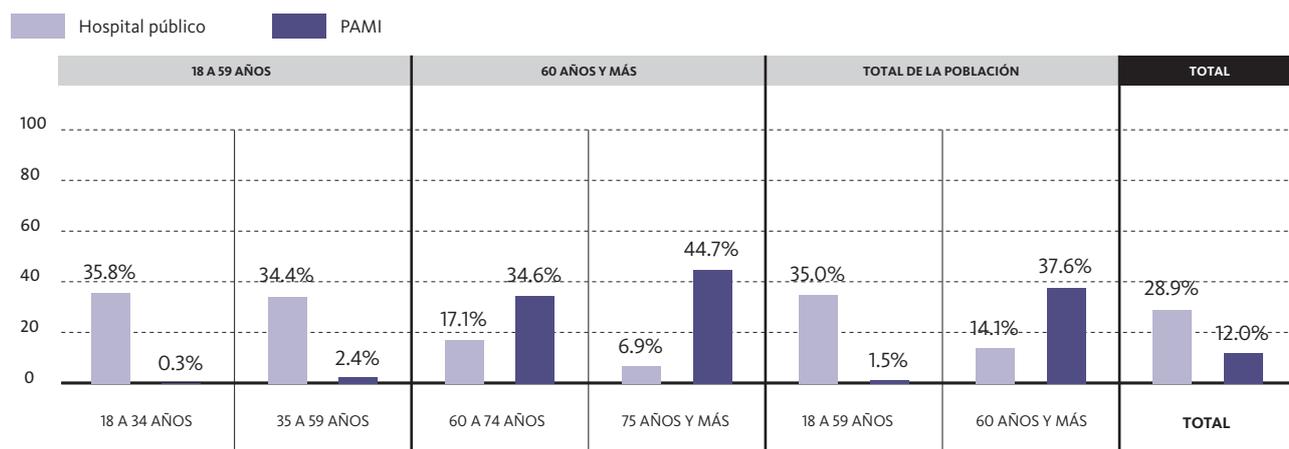
Cuando se compara con el total de la población, se ve que entre las personas mayores el recurso del hospital público es mucho menos frecuente: 28,9% del total de la población se atendió en el hospital público. La diferencia es muy importante y se debe a que entre las personas mayores PAMI es un servicio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

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

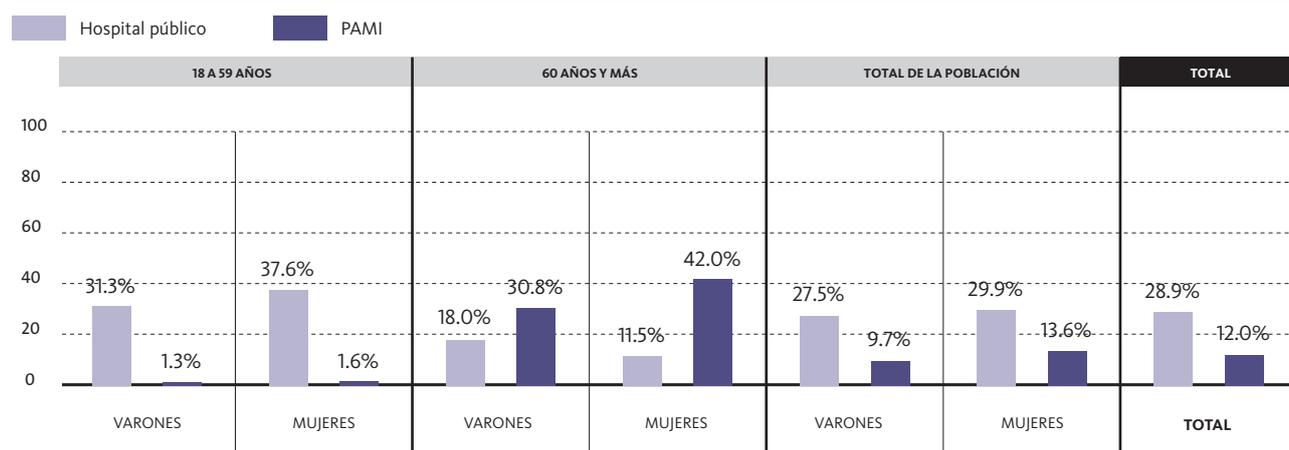
Tipo de prestador de la última consulta según grupo de edad



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

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.

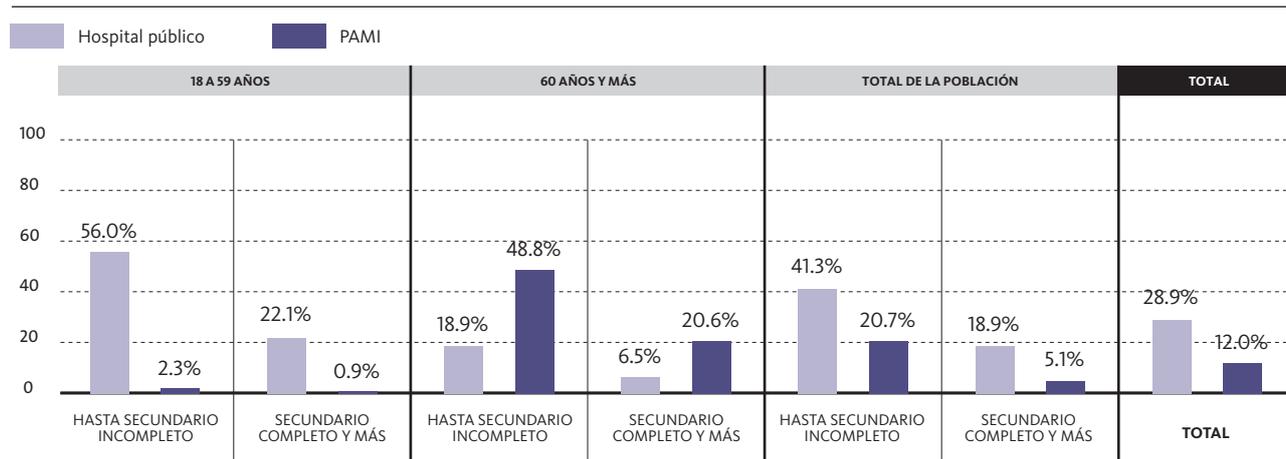
lacionarse con dificultades en la oferta hospitalaria para atender consultas más específicas de esas edades. Concretamente, con la necesidad de que en el ámbito hospitalario se creen o funcionen adecuadamente servicios y unidades de geriatría y gerontología, especialmente en los consultorios externos.

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

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.

años y más utiliza las consultas médicas de PAMI (ver figura 3.4.1).

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 solo aparece cuando se trata de personas mayores (ver figura 3.4.2).

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, solo 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).

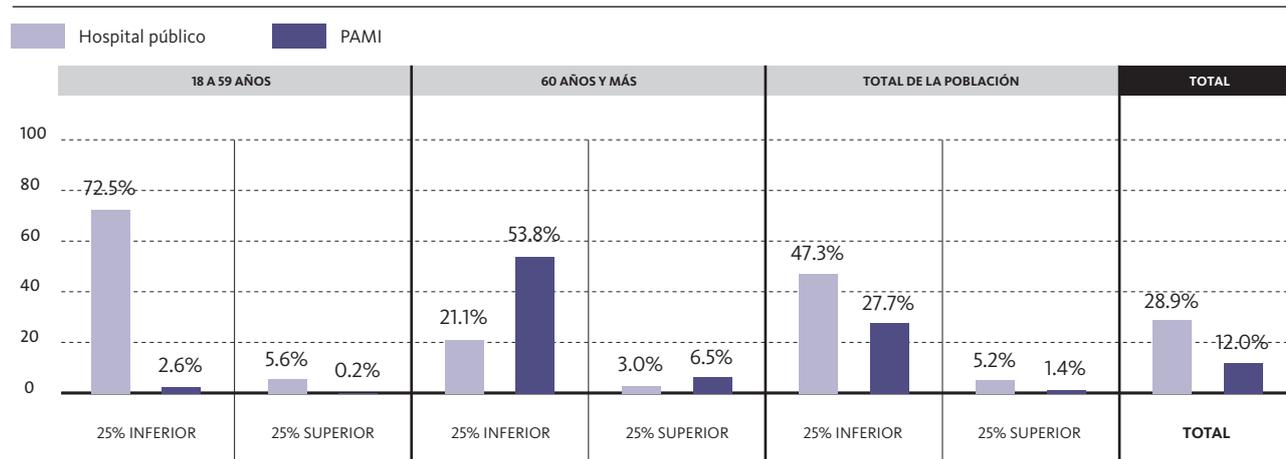
Estos diferenciales por nivel educativo se agudizan aún más cuando se trata del estrato socioeconómico. Cuanto menor es el estrato, mayor resulta la utilización del hospital público y de PAMI. Cuanto mayor es el estrato, mayor resulta la utilización de los recursos ajenos a PAMI y al hospital (obras 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 solo el 5,2% (y prácticamente PAMI no es utilizado). Más allá de estas tendencias, siempre debe remarcar 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.

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

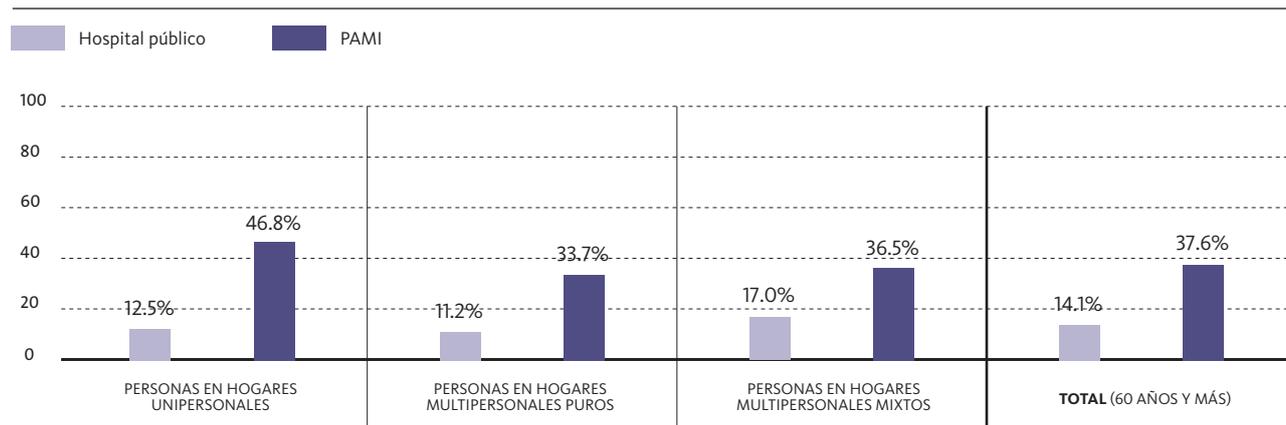
Tipo de prestador de la última consulta según nivel socioeconómico



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

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.

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).

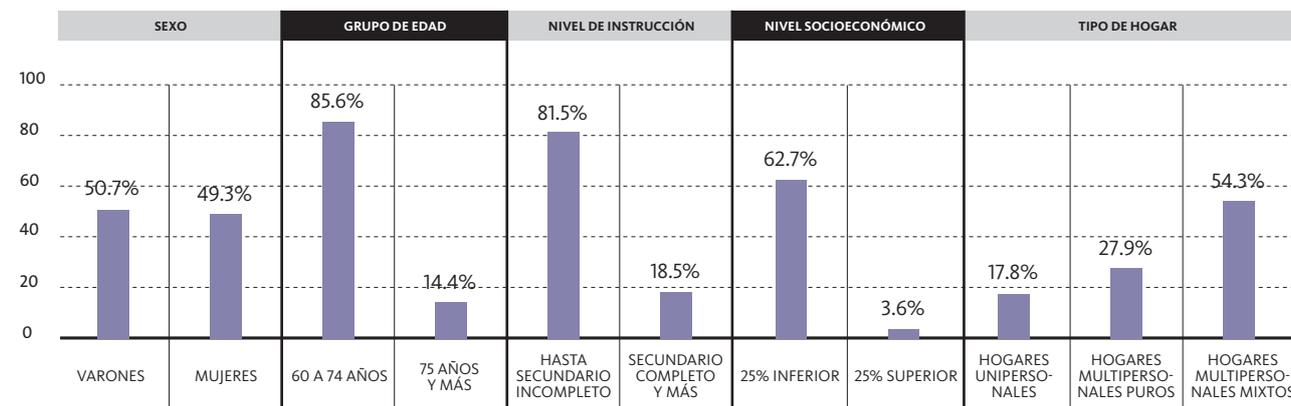
En cuanto al tipo de hogar, las personas mayores que viven solas no difieren de las que viven en hogares exclusivamente para personas mayores respecto de la utilización del hospital público. Sí hay una mayor tendencia a utilizarlo entre las personas

mayores que conviven con personas de menor edad (ver figura 3.4.5).

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

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

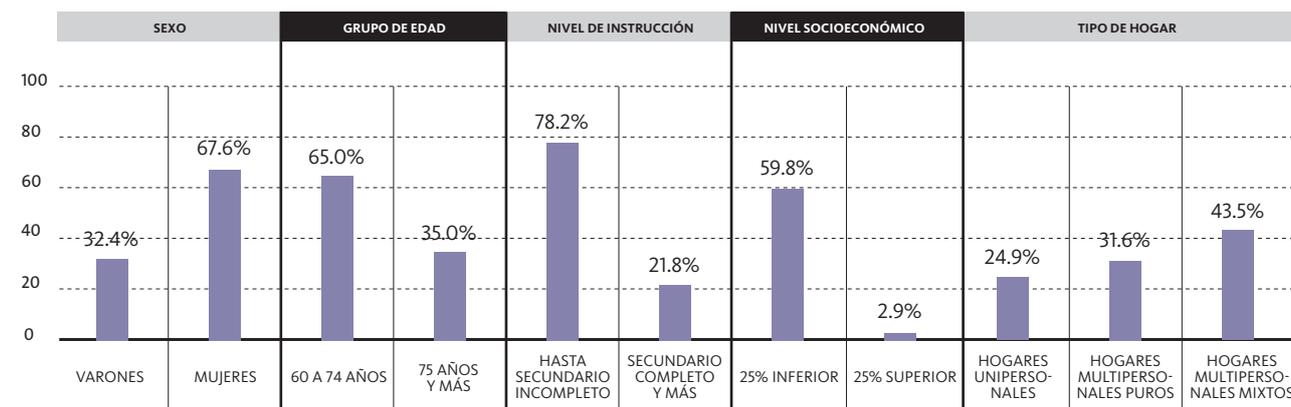
Perfiles de la población de 60 años y más que realizó consulta en hospitales públicos



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

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.

en cuanto al tipo de hogar, por 54% de personas mayores que conviven con personas de menor edad, 28% que conviven solo con personas mayores y 18% de aquellas que viven solas (ver figura 3.4.6).

¿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).

3.5. HÁBITOS DE SALUD: EL DÉFICIT EN LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

En el capítulo 6 del *Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo* (IMSERSO, 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 solo 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.

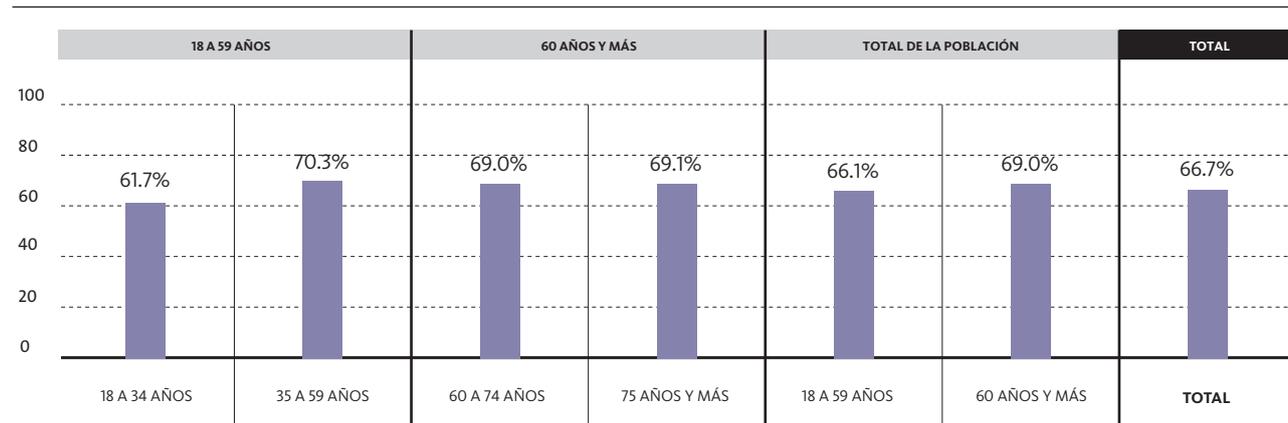
La Organización Mundial de la Salud ha definido la actividad física dentro de una *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud* para el conjunto de la población. Allí “se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija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

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

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. Solo 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.

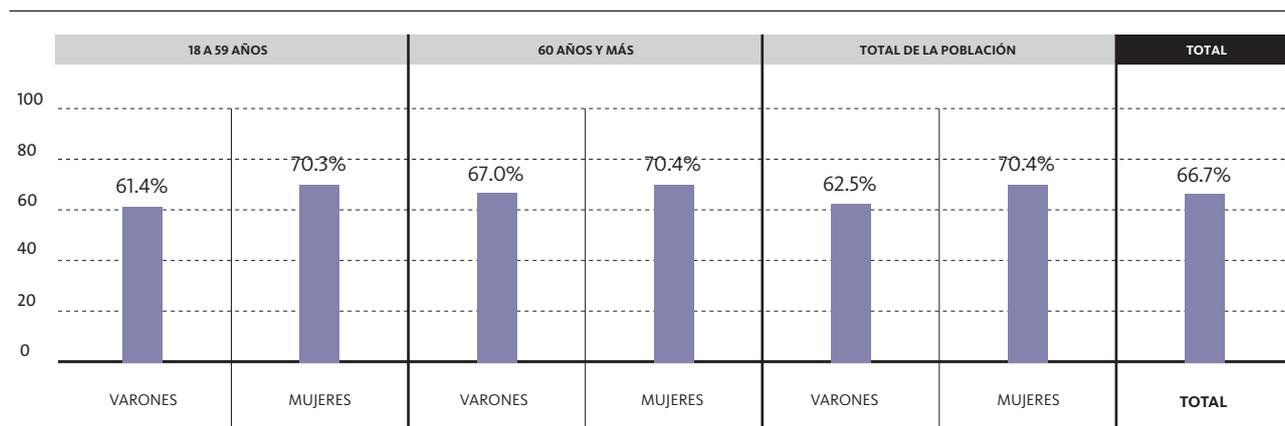
Curiosamente, la edad más avanzada dentro de las personas mayores no se condice con una disminución en la práctica del ejercicio físico: las personas mayores del grupo 60 a 74 años presentan la misma proporción de sedentarismo que los de 75 años y más (69%).

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).

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

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.

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).

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

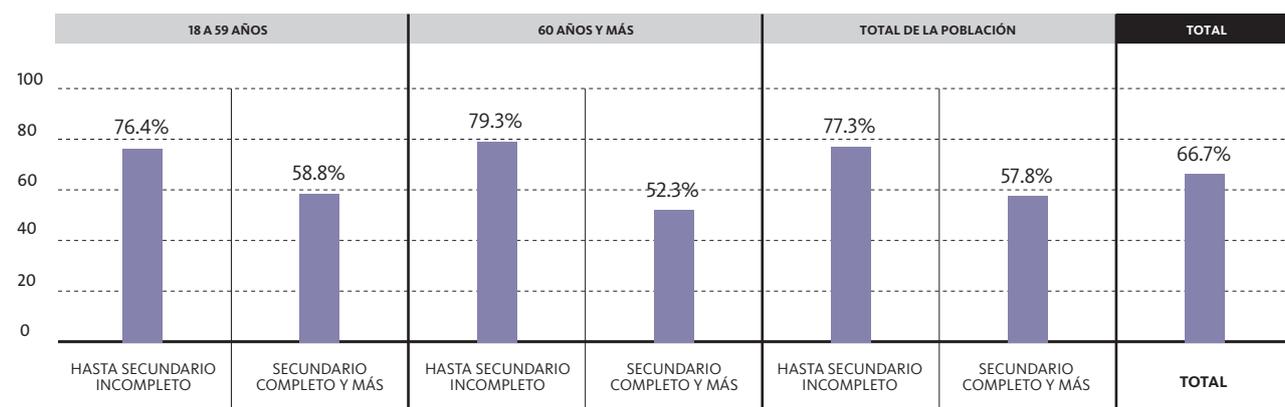
serían “más delicadas y frágiles”. Todo indica que estas razones culturales estarían desapareciendo, sobre todo entre las personas mayores de menor edad, como los sexagenarios.

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).

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 di-

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

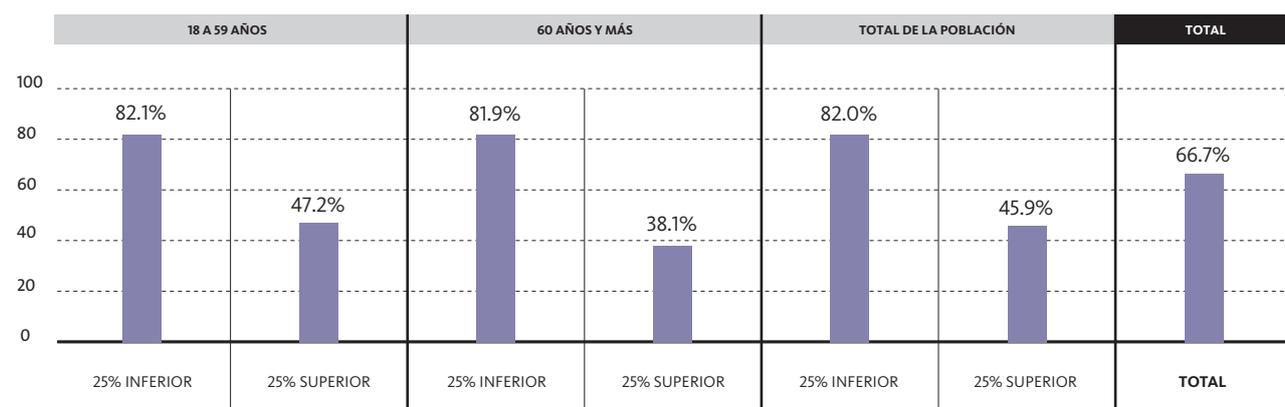
No realizó ejercicio según nivel de instrucción



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

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.

ferencias 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 las diferencias 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 nota-

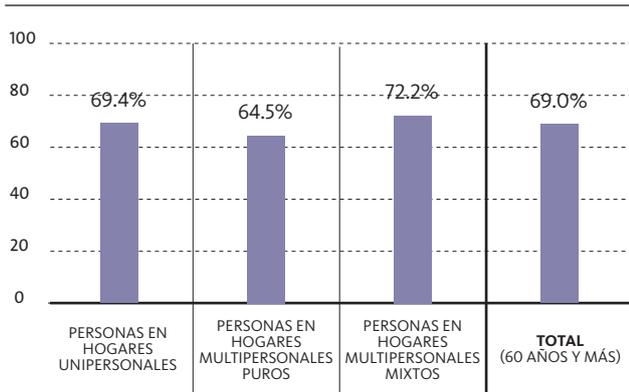
ble: el déficit es del 38,1% entre los primeros y del 81,9% entre los segundos. Siempre recordemos que estamos comparando al 50% de la estratificación, el extremo más alto y el más bajo.

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).

En cambio, el tipo de hogar (con quiénes conviven las personas mayores) no tiene incidencia alguna en

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.

el déficit de ejercicio físico: tanto los que viven solos (66,1%) como los que viven en hogares compuestos solo 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).

ADRIANA MARÍA A. ALFANO

Médica Geriatra. Doctora en Medicina.
Magister en Gestión de Servicios de Gerontología
Secretaria General de la Asociación Argentina
de Gerontología y Geriatria



COMENTARIO

El fenómeno del envejecimiento poblacional se observa a todo nivel (mundial, regional y nacional), y se caracteriza por dos procesos que se dan de manera simultánea: la feminización y el envejecimiento del envejecimiento de las personas mayores. En solo un siglo (1950-2050), el número de personas de 80 años y más se incrementará 26 veces, pasando de 14 millones a 379 millones.

La Argentina no escapa a esta tendencia mundial. Desde mediados del siglo XX, el porcentaje de personas de 60 años y más se sextuplicó, mientras que la población total se multiplicó por 2,5 veces. Simultáneamente, dentro de la población de personas mayores, los de 75 años y más pasaron de 16,7% a 31,4%. Cada vez habrá viejos más viejos, con la prevalencia de enfermedades asociadas a esta franja etaria.

“Los estudios que se realizan para demostrar desigualdades en salud enfatizan las diferentes formas en que hombres y mujeres perciben la salud y la enfermedad, asisten a los servicios de salud, se enferman y se mueren.” (López y Findling, 2009).

La autopercepción del estado de salud es un indicador válido porque relaciona el estado físico y el mental, y se mide preguntando a las personas cómo evalúan su propia salud.

Los resultados arrojan que casi la mitad de los encuestados afirman que tienen algunos problemas de salud, una tercera parte asevera no tener problemas y los demás describen su salud como regular o mala.

Las mayores diferencias se plantean según el sexo y la edad: los hombres tienen una percepción más positiva y, por el contrario, son más las mujeres quienes perciben su salud como regular o mala. La percepción de una mala salud disminuye a medida que aumenta la edad; esto podría deberse a que las molestias acarreadas por ciertas en-

fermedades se aceptan resignadamente en los de 75 años y más, y son menos toleradas en el grupo etario de 60-74 años. Esta es una tendencia corroborada en diferentes estudios realizados en otros países.

El nivel educativo y el socioeconómico marcan diferencias en la percepción de la salud, tanto en unos como en otros: cuanto mayor es la instrucción y más elevados los recursos económicos, mayor es la evaluación positiva, repitiéndose las características ya referidas en género y edad.

La realización de consultas médicas aumenta con la edad, tanto en varones como en mujeres, si bien estas últimas tienden a consultar más que los hombres. Inversamente, los que más responden no haber concurrido al médico son varones de entre 60 y 74 años. A partir de los 75 años, sin embargo, solo una de cada 10 personas no realiza una consulta anual. Quizá podría concatenarse este hecho con el de la mejor autopercepción de la salud mencionada anteriormente, y con el hecho de que a partir de esa edad la cantidad de mujeres es sensiblemente mayor a la de los hombres. Las consultas crecen en ambos géneros a medida que aumentan el nivel educativo y el socioeconómico.

Otro tema abordado en este capítulo es si la última atención médica en el sistema de salud durante los últimos 12 meses se realizó en un hospital público.

El 14% de las personas mayores respondió que se había atendido allí, en tanto que casi el 38% lo había realizado a través de otras modalidades (PAMI, obra social o mutual, prepaga, o médico particular). Dentro de la población mayor de 59 años, los hombres tienden a utilizar un poco más el hospital público en comparación con las mujeres, quienes en muchos casos recurren a PAMI para sus consultas médicas.

Esta diferencia se acentúa a medida que aumenta la edad: hasta los 74 años, el 17% admite haber concurrido al hospital público, en tanto que solo el 6,9% de los mayores de 74 refieren haberlo hecho. Esto puede atribuirse a las barreras que significan para ellos las dificultades en la obtención de turnos, o para movilizarse, y también el constante cambio de profesionales, entre otros aspectos. En la actualidad, son muchos los hospitales públicos que cuentan con geriatras y gerontólogos en consultorios externos, y algunos de los nosocomios incluso tienen Servicios de Geriatría (Cosme Argerich, Piñero, Ramos Mejía, Durand, entre otros).

La disminución en esta franja etaria de la atención en el hospital público se compensa con una mayor concurrencia a la consulta médica de PAMI.

Cuanto mayor es el nivel educativo (claramente relacionado aquí con el nivel socioeconómico, a nuestro entender), menor es la utilización del hospital público. Mientras que una de cada 2 personas del menor nivel educativo prefiere claramente PAMI para sus consultas, los de nivel más elevado utilizan la doble consulta: primero concurren a su obra social o prepaga y luego consultan a su médico de cabecera para la obtención de recetas con descuentos más importantes.

La población de adultos mayores que concurren a PAMI está compuesta por 68% de mujeres y 32% de varones. Evaluamos esta considerable diferencia como una consecuencia de la obtención de jubilaciones por parte de

las amas de casa en estos últimos años, que se suma a la ya mencionada feminización de la vejez.

El déficit en la práctica de ejercicio físico no es atribuible solamente a la población de 60 años y más, dado que, si se toma el porcentaje de la población total, se concluye que tal déficit aumenta de manera poco significativa en los mayores. Por lo tanto, esta carencia se arrastra desde temprana edad.

Es cierto que en los últimos años mucho se habla del envejecimiento activo o exitoso, haciendo hincapié en la necesidad de realizar actividad física regular para el fortalecimiento muscular, el mejoramiento del sistema cardiovascular, el manejo de los niveles de colesterol, etc. De todos modos, si la práctica física no fue realizada desde temprana edad, el comienzo de esta actividad a partir de los 60 años o más entraña una intrincada adaptación para cada individuo, y los beneficios no rendirían de igual forma que si la misma hubiese sido costumbre desde edades menos avanzadas.

A modo de conclusión, y más allá de la definición de salud realizada por la OMS y transcripta en el capítulo aquí comentado, deberíamos abordar el concepto de salud desde un punto de vista dinámico y funcional, alejándonos de la utopía de una plenitud física, mental y social para lograr que el individuo alcance el mayor nivel de bienestar posible con los factores sociales que lo rodean y el ambiente comunitario en el que se encuentra inmerso.

MERCEDES M. ACUÑA

Licenciada en Psicología. Psicogerontóloga.
Capítulo de Bioética de la Sociedad Argentina de Gerontología
y Geriatria



COMENTARIO

SALUD MENTAL EN LA TERCERA EDAD

El malestar psicológico incluye varias deficiencias que no necesariamente están todas relacionados entre sí, si bien cada una de ellas -o varias de ellas- afectan a las personas de distinta manera. Lo primordial es detectarlas a tiempo en la persona mayor, ya que muy a menudo es posible atenuarlas, y en algunos casos hasta eliminarlas a través de medidas o recursos de profesionales de las distintas áreas que afectan a la persona.

Si bien las estadísticas muestran que los ancianos que pertenecen al estrato socioeconómico más bajo, los de menor nivel educativo y las personas solas son los más afectados por el malestar psicológico, es imperativo ir al rescate de estas personas para poder ayudarlas a resolver los problemas de su vejez para una vida de calidad.

La salud mental de los adultos mayores, en general no es visualizada en toda su realidad, ya que al respecto aún existen ideas equivocadas, especialmente en relación a patologías cognitivas que muchas veces son reversibles.

Lamentablemente está bastante generalizado el prejuicio que edad avanzada es equivalente a deterioro mental. Esto tiene como consecuencia la ausencia en general de medidas adecuadas para detectar, medir y solucionar el malestar psicológico de nuestros mayores.

Creo que sería oportuno promover campañas para despertar la inquietud en profesionales de la salud a fin de adquirir mayor comprensión en lo que se refiere a la posibilidad e importancia de detectar patologías aún incipientes, con instrumentos muy sencillos capaces de descubrir patologías apenas iniciales, lo que permitiría la posibilidad de detener el avance de ellas y, aún en algunos casos, de volverlas reversibles.

Por otra parte, se dan casos en que no es inusual sobrediagnosticar patologías como Alzheimer y otras demencias si no se manejan conocimientos suficientes acerca de las posibilidades de la evaluación neuropsicológica en este grupo etario. Y que pueden provocar iatrogenias que podrían haberse evitado.

Una cuestión también muy importante es la detección de la depresión en los adultos mayores.

Para muchas personas, y aún en algunos profesionales de la salud, es "normal" que un adulto mayor esté deprimido. Pero también personas mayores que realmente padecen depresión, no consultan por este motivo pues no reconocen que en realidad este es el problema que los aqueja. Y es así que pasan de consultar numerosos especialistas por enfermedades o padecimientos físicos que en realidad no padecen.

Otro problema grave en estos casos es el de un posible suicidio. Hay estadísticas que revelan que alrededor del 40 % de los ancianos que se suicidan han visto un médico una semana antes, y el 70 % un mes antes...Y que los profesionales no detectaron.

Se debe estar muy atento cuando el anciano sufre de algún problema en los sentidos que son los que aportan los estímulos al cerebro. También es de vital importancia la detección temprana de la sordera porque es causa de trastornos mentales en la vejez, y a veces no se le da la debida importancia. El paciente casi siempre la disimula, y cuando ya no la puede disimular, comienza a aislarse para que ese problema no sea detectado, cuando en general es posible mejorar la agudeza auditiva con los elementos técnicos que existen hoy en día.

Salud mental supone una cierta dosis de plasticidad, y creatividad, y la capacidad de cuestionarse y cuestionar. Por eso se hace necesario ayudarlo a aumentar su capacidad de percibirse a sí mismo y a los otros, en transformarse en personas más comunicativas, creativas, capaces de operar mejor sobre sí mismos y con la realidad, encontrando su propia visión del mundo.

La autonomía es la capacidad de autogobernarse, autoconducirse, tomar decisiones sobre sí mismo y su propio comportamiento, con la finalidad de conducir su propia vida. Esta autonomía puede estar conservada o puede estar afectada total o parcialmente, en distintas magnitudes. Cuando la autonomía está en defecto, el anciano debe recibir cuidados acordes con su minusvalía.

Ocurre a veces que la familia, con el criterio de “falsa protección” ocupa los lugares del anciano y lo desplaza, creyéndose autorizados a la toma de acciones en bene-

ficio del adulto mayor. Y esto es, encubiertamente, una discriminación. Es cierto que a veces es necesario acompañarlo a resolver sus conflictos, que nunca faltan.

La importancia de la estimulación del cerebro, radica en que sabemos que cuando no hay estimulación la actividad neuronal va disminuyendo con lo que entonces puede comenzar el deterioro cognitivo.

También es necesario estimularlo a que participe de reuniones, de grupos barriales, centros de jubilados. Esto no es fácil para aquellos que nunca han participado de estas reuniones, pero hay que encontrar la forma de entusiasmarlos, porque en estos centros hay todo tipo de actividades que pueden coincidir con sus gustos e intereses.

Por suerte hoy en día los adultos mayores participan mucho más de actividades sociales, lo cual nos demuestra cuanto más salud mental y fuerza estamos provistos en la vejez de lo que generalmente se cree.

Acuña, M. y Risiga, M. (2013): *Activación cerebral y entrenamiento de la memoria*. Ed. Paidós.

Andrés, H. (s/f): “Salud mental y envejecimiento”. *Revista Geriatria práctica*, vol.VI, 5:89, Buenos Aires.

Belsky, J. K. (1996): *La Psicología del envejecimiento: teoría, investigaciones e intervenciones*. Ed. Masson.

Chapot, S.; Guido, P. et al. (2009): *Temas de Psicogerontología*. Buenos Aires: Akadia.

Giurgea, C.E. (1995): *Envejecimiento cerebral*. Barcelona: Ed. Masson.



CAPÍTULO 4

RECURSOS PSICOLÓGICOS PARA EL BIENESTAR SUBJETIVO Y CAPACIDADES SOCIALES

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 solo 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 (ODSA-UCA, 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 influenciados 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%).

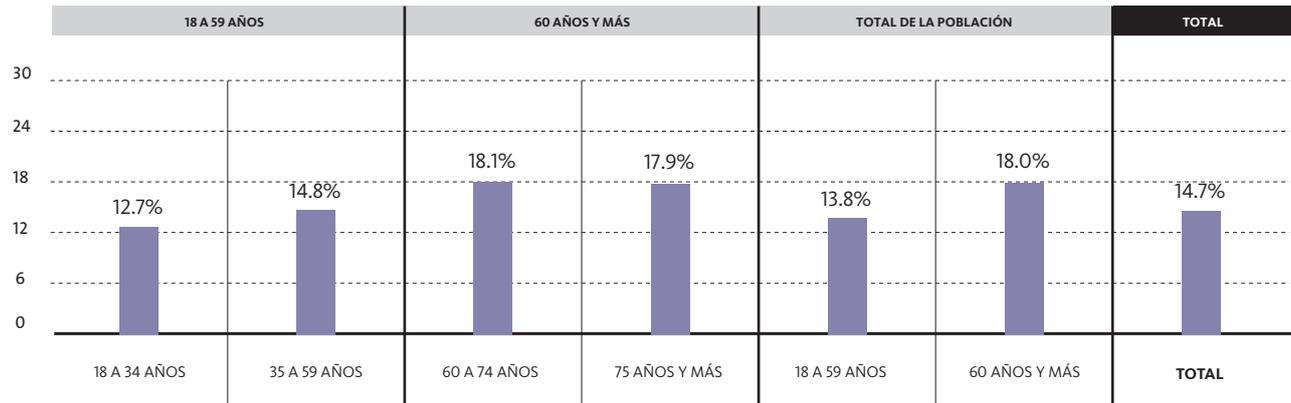
Esta especificidad propia de la población de personas mayores no debe ocultar que 4 de cada 5 de ellas afrontan sus problemas con otros mecanismos, o por lo menos utilizan en menor medida los ejemplificados con las tres frases seleccionadas.

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).

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

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

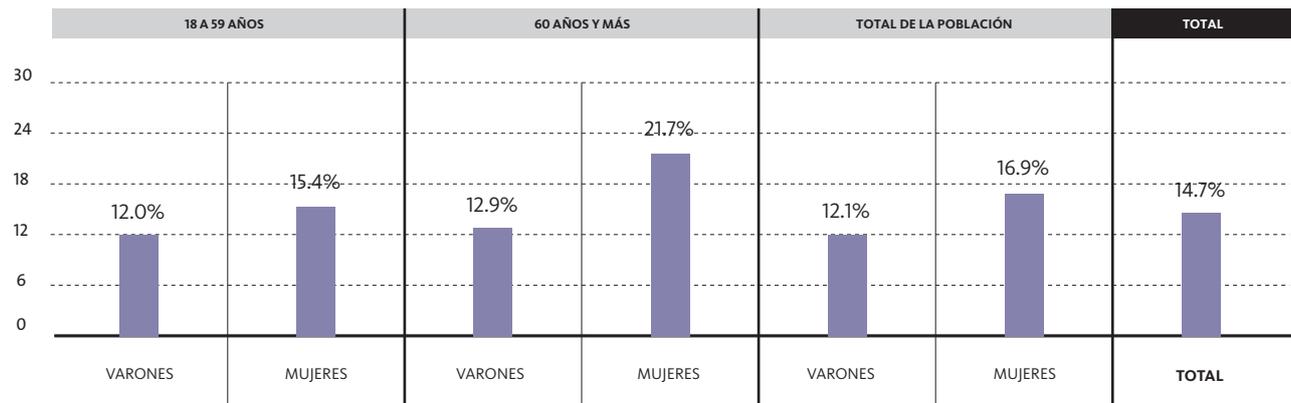
Afrontamiento negativo según grupo de edad



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

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.

(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.

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

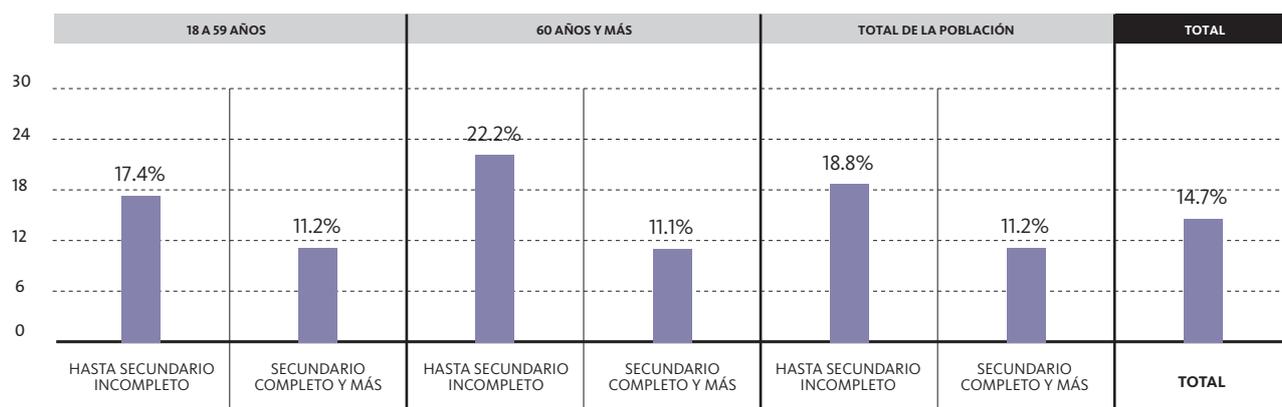
4.1.1.3). También en este punto hay modos diversos de envejecer entre los de menor y mayor nivel educativo.

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 solo 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).

En cuanto al tipo de hogar, los que viven solos son los que presentan más déficit en relación con estra-

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

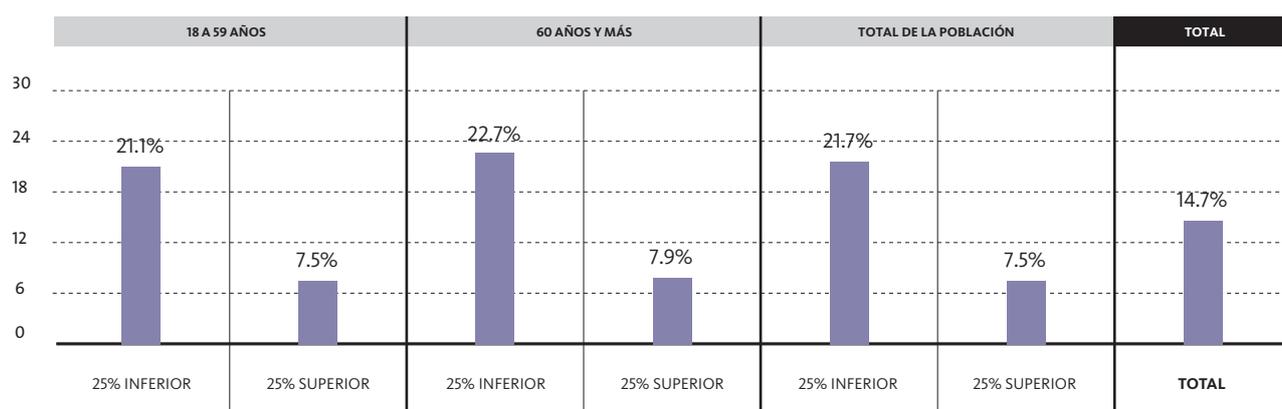
Afrontamiento negativo según nivel de instrucción



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

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.

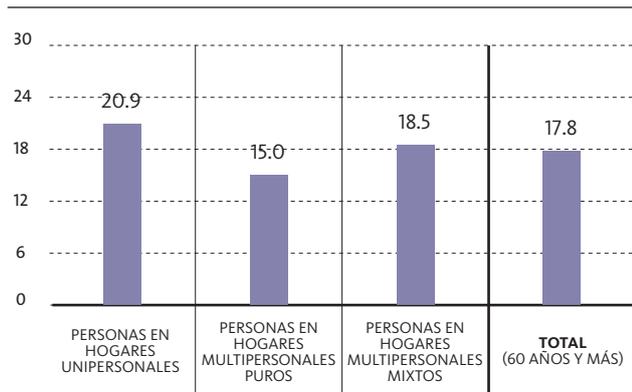
tegias de afrontamiento, es decir que más frecuentemente utilizan el afrontamiento negativo (20,9%). En cambio, los que viven en hogares compuestos solo por personas mayores son los que presentan menor afrontamiento negativo (ver figura 4.1.1.5).

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

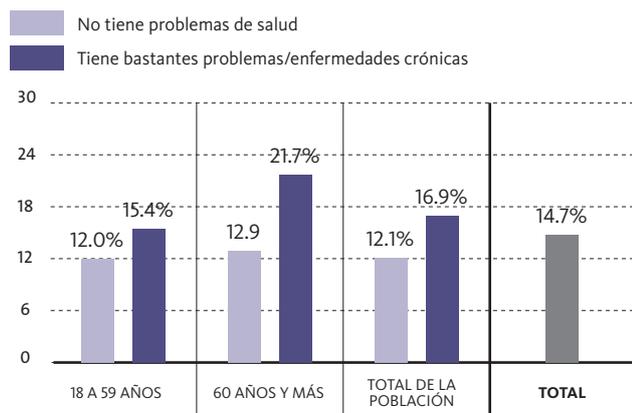
Afrontamiento negativo según tipo de hogar



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

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



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

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”.

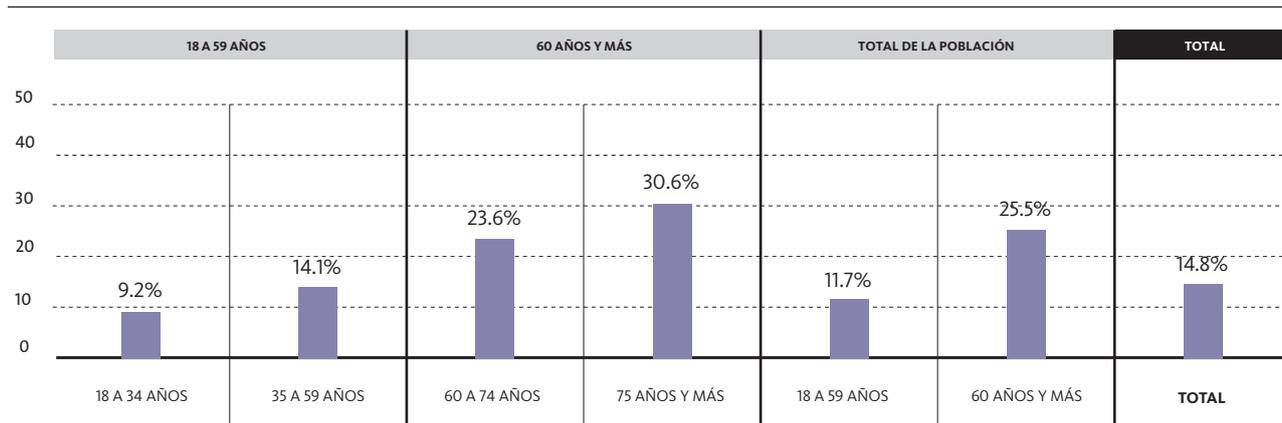
Una de cada cuatro personas mayores (25,5%) respondió que no puede pensar proyectos más allá del día a día, proporción mucho más alta que la encontrada en la población de hasta 59 años (11,7%). Estamos ante una especificidad de las personas mayores. Dentro de una clara tendencia al incremento del déficit 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 solo 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).

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).

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

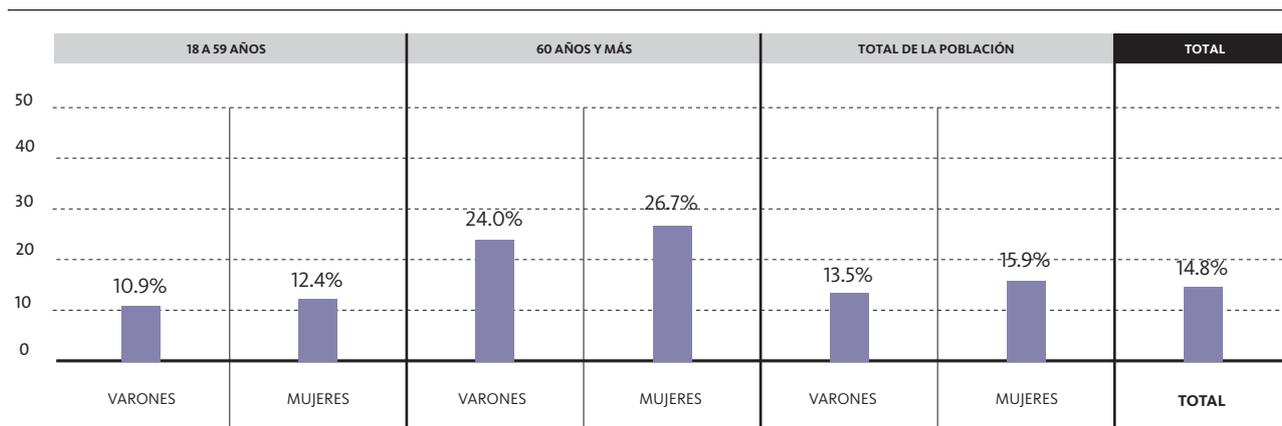
Déficit de proyectos según grupo de edad



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

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.

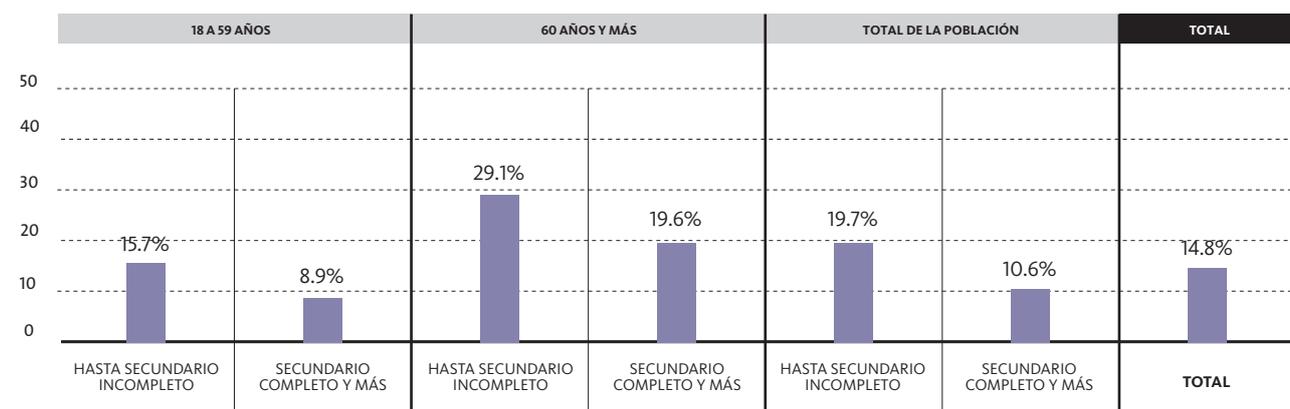
Como ocurre con casi todos los indicadores, el factor que mejor explica las diferencias es el estrato socioeconómico, en particular si se comparan los dos estratos extremos: la relación es de 3 a 1. En efecto, 1 de cada 3 personas mayores (32,8%) del estrato más bajo manifiesta déficit de proyectos personales. 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).

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).

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

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

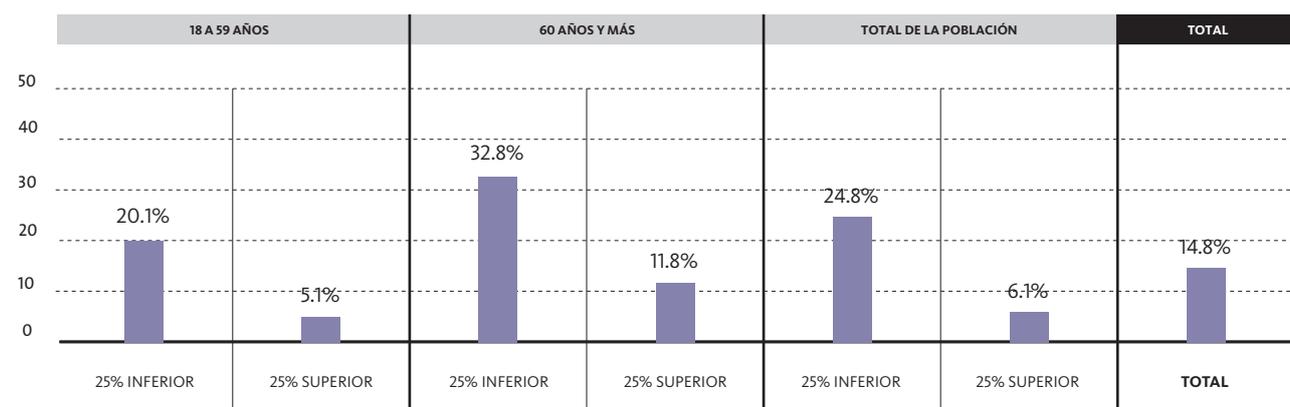
Déficit de proyectos según nivel de instrucción



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

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

Déficit de proyectos según nivel socioeconómico



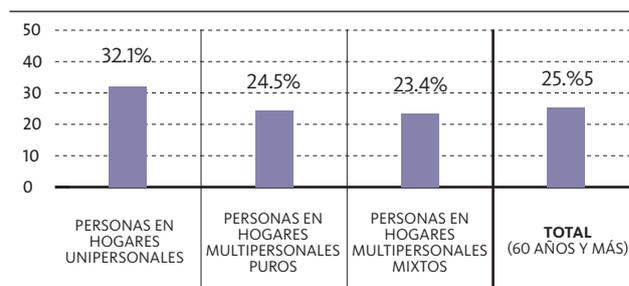
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

de 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).

¿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.

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

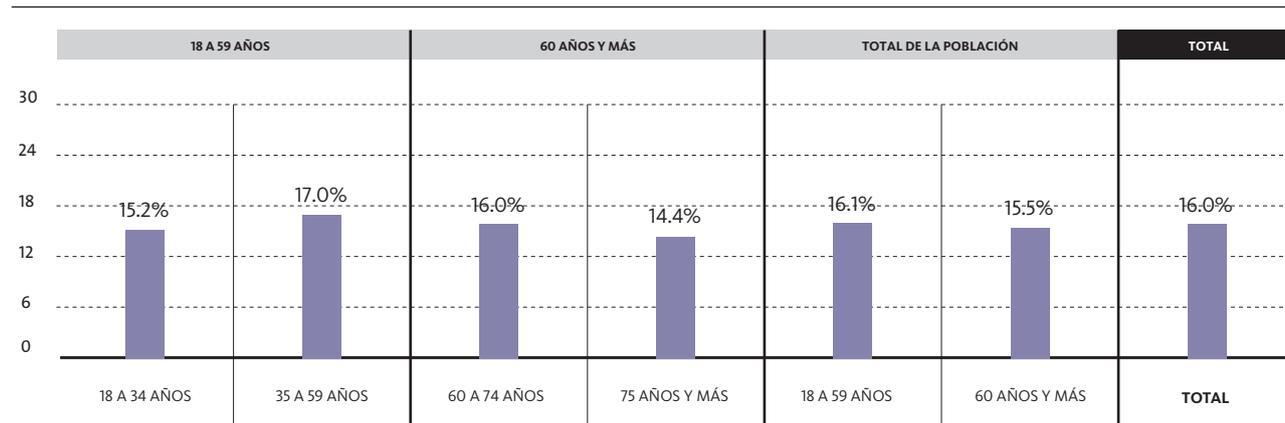
Déficit de proyectos según tipo de hogar



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

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

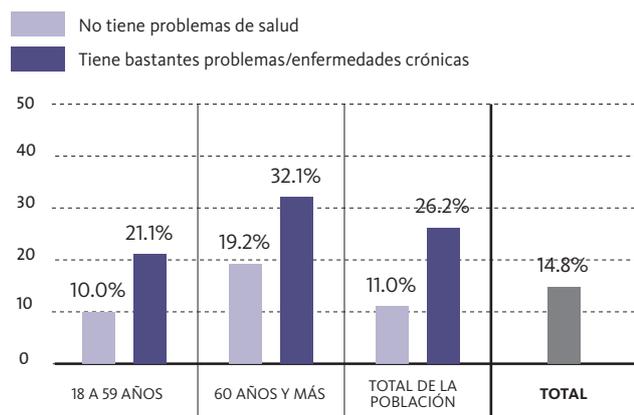
Déficit de control externo según grupo de edad



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

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.

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 solo las mayores, difieren respecto de sus convicciones acerca del grado en que sus propias conductas son o no eficaces para modi-

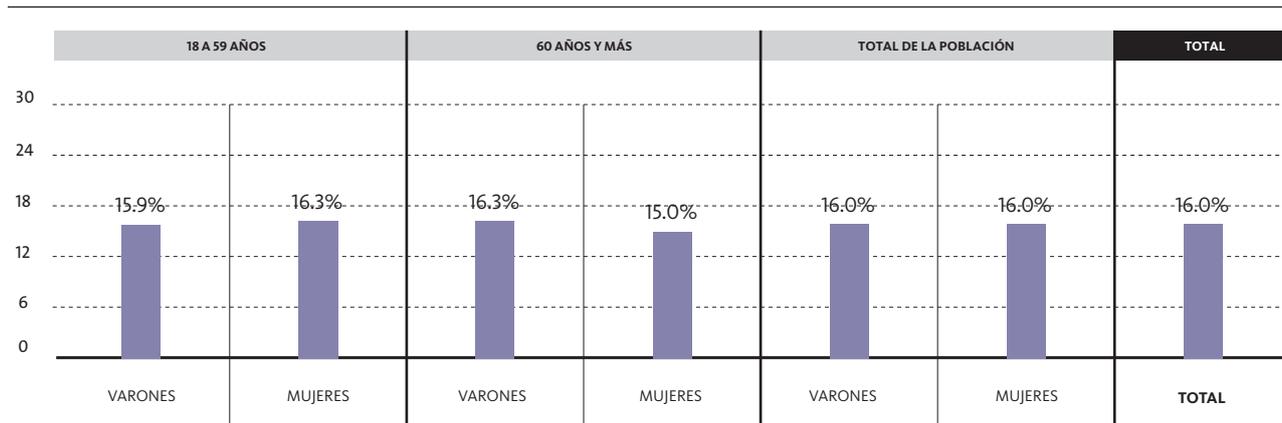
ficar positivamente el entorno. Hay individuos que se sienten a merced del destino y consideran que sus conductas están dirigidas exteriormente, desestimando la eficacia de su propio accionar para cambiar el entorno; son más influenciados a la coerción social, tienen menos motivación que otras para obtener logros y también menos expectativas hacia el futuro (Rodríguez Espínola, en Salvia [editor], 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

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

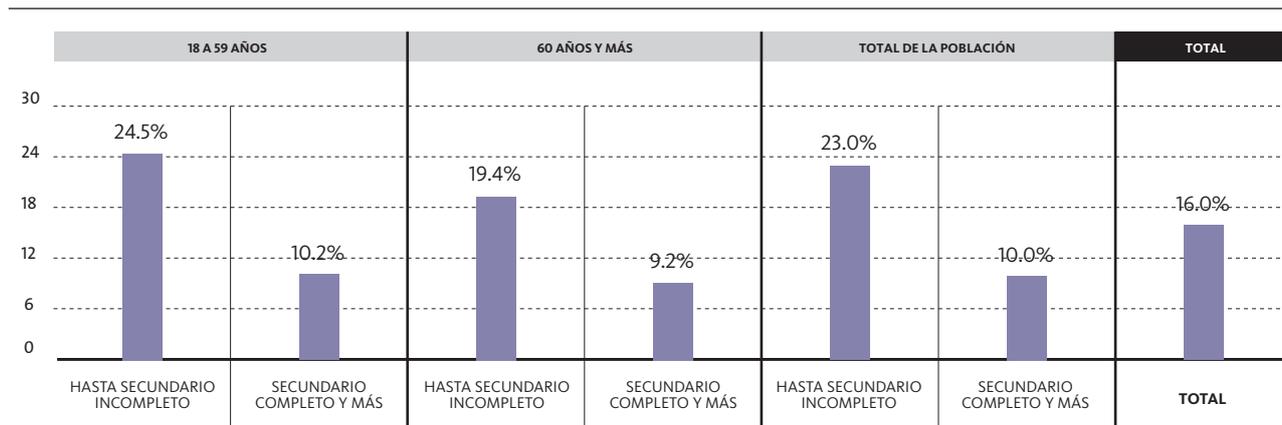
Déficit de control externo según sexo



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

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.

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

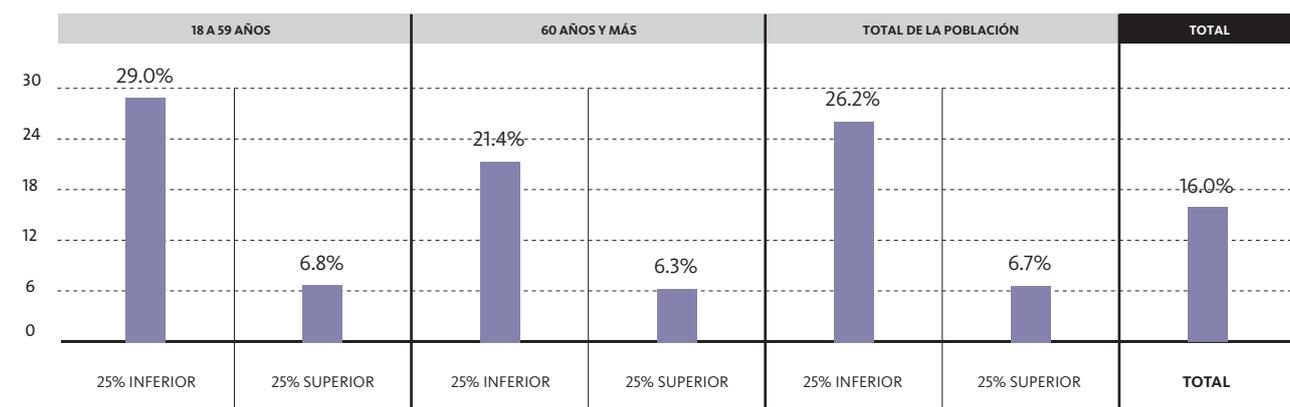
el de 75 años y más, de 14,4%. Las diferencias, como puede observarse, no son significativas. Algo similar ocurre en la población de hasta 59 años: entre los que tienen entre 18 y 34 años es de 15,2%, y entre 35 y 59 años, 17% (ver figura 4.1.3.1).

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).

Edad y sexo no tienen relación con este indicador, pero sí lo tiene el nivel educativo: quienes cuentan con

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

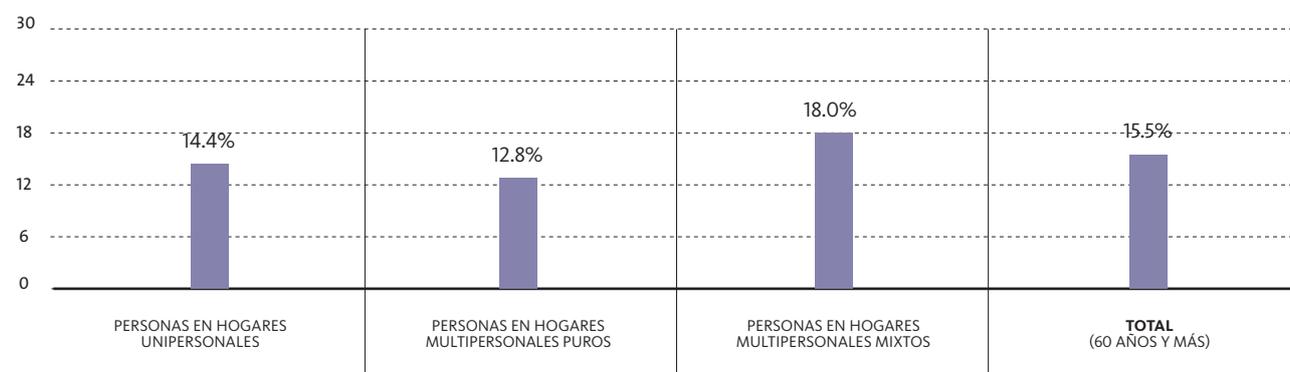
Déficit de control externo según nivel socioeconómico



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

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.

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).

Lo recién señalado para el nivel educativo preuncia 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).

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 solo 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).

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.º 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).

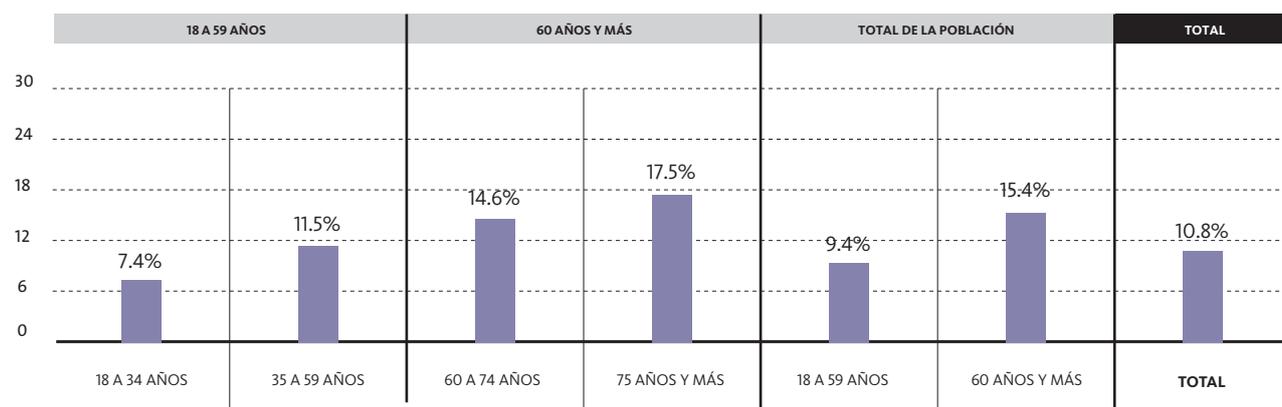
En el presente apartado, la sensación de insatisfacción y tristeza en la vida se analizará a través de la dimensión denominada “Sentirse poco o nada feliz”. En la EDSA se incluye una pregunta en forma de escala con cuatro categorías: “se considera muy feliz”, “feliz”, “poco feliz” o “nada feliz”. Con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

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

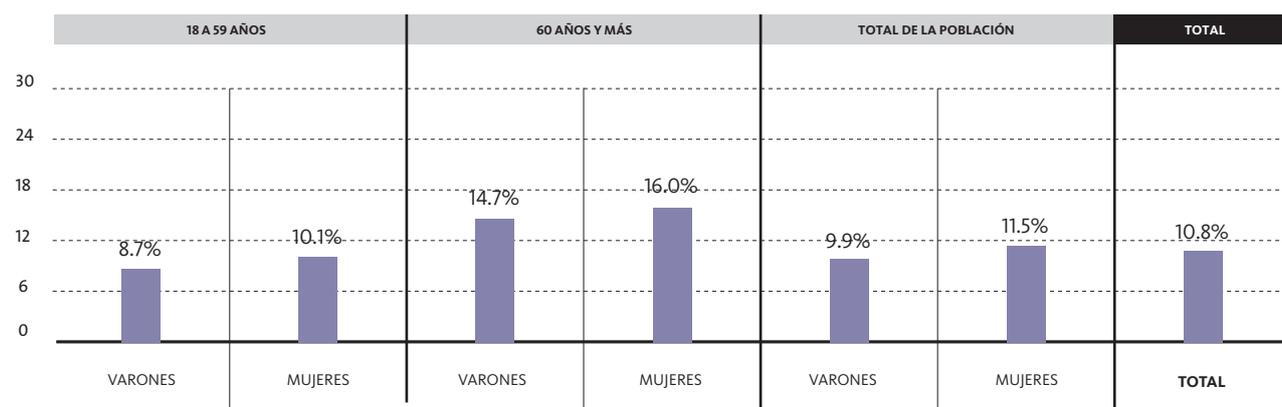
Sentirse poco o nada feliz según grupo de edad



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

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.

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.

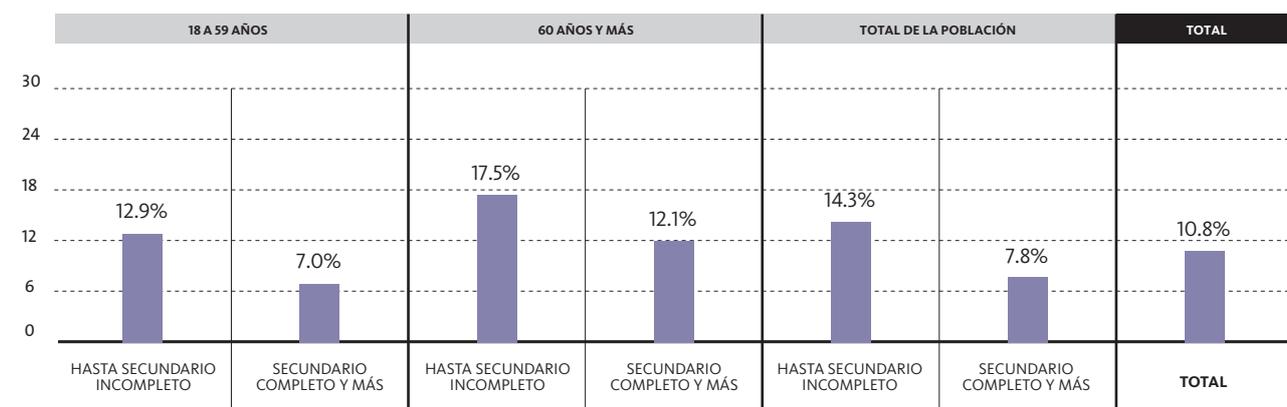
La diferencia en cuanto a esta dimensión entre varones y mujeres es mínima, pero siempre a favor de los varones, quienes acusan un poco menos de infelicidad que las mujeres. En comparación con otros indicadores psicológicos, la brecha de género es casi inexistente. Aunque un poco mayor, tampoco es significativa 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).

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 distin-

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

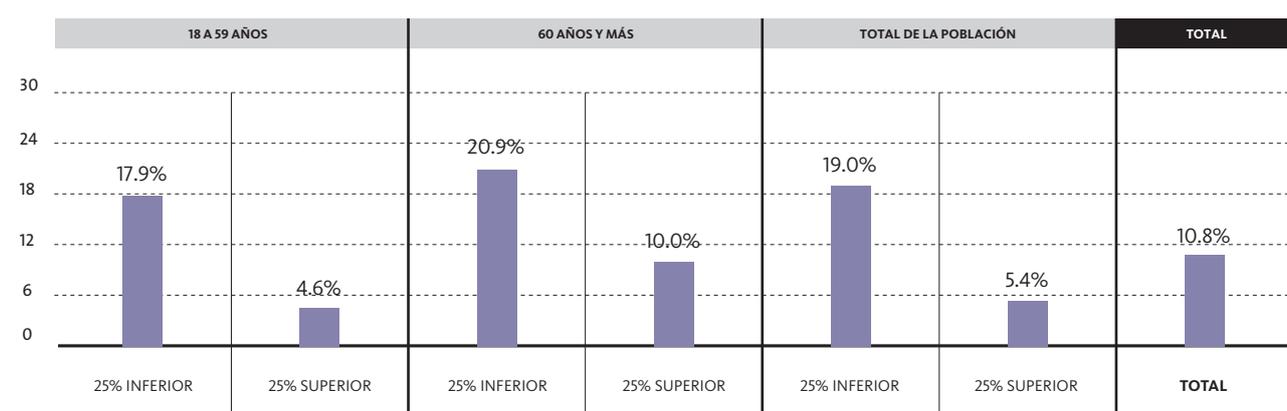
Sentirse poco o nada feliz según nivel de instrucción



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

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



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

tos niveles educativos. En algunos aspectos, como este, la mayor edad atempera las diferencias (ver figura 4.2.1.3).

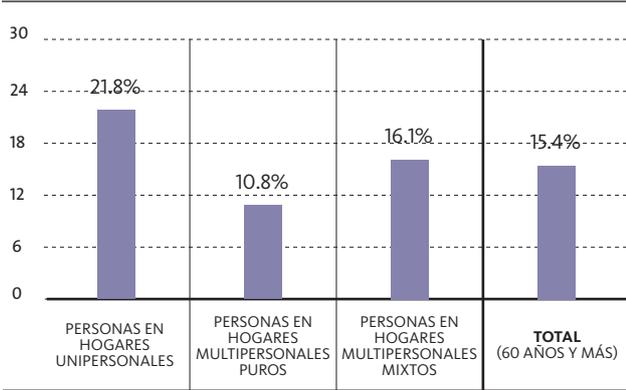
La infelicidad se presenta como una carencia en mayor medida en el estrato más bajo: mientras que caracteriza al 10% de las personas mayores del estrato más alto, es del 20,9% (el doble) en las personas mayores del estrato más bajo. Si bien estamos acentuando la infelicidad en el análisis, no puede dejar 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).

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

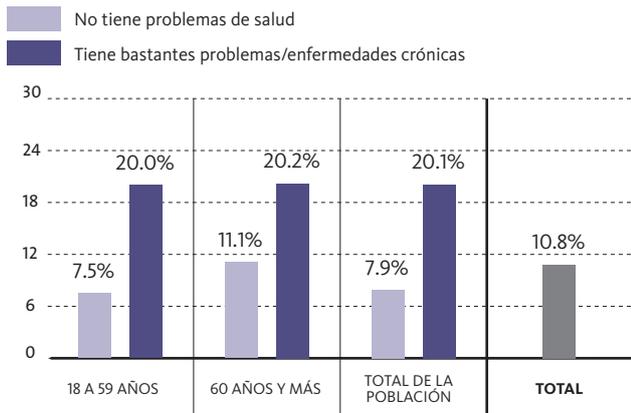
Sentirse poco o nada feliz según tipo de hogar



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

FIGURA 4.2.1.6 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.

Por así decirlo, el tipo de hogar que más ayuda contra la infelicidad es aquel donde conviven solo 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”.

¿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 solo 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?”.

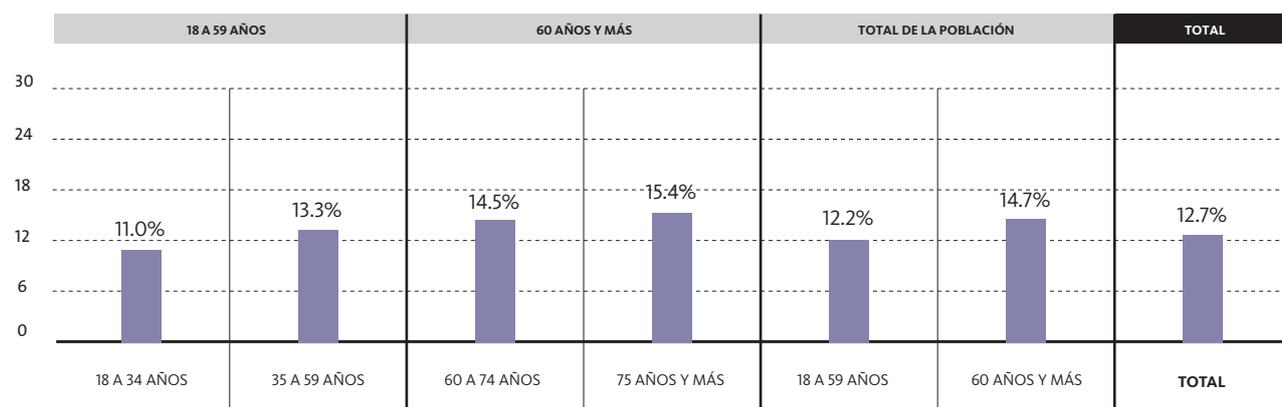
Las alternativas de respuesta son cuatro: “Todo el tiempo”, “Muchas veces”, “Pocas veces” y “Nunca”. A fin de construir este indicador de déficit, se agruparon las dos primeras categorías (“Todo el tiempo” y “Muchas veces”).

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%

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

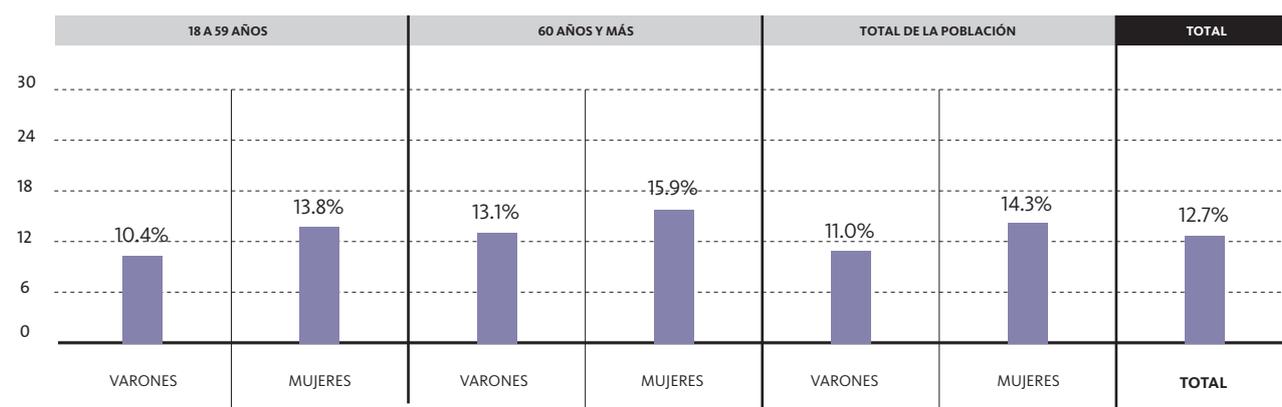
Sentirse solo según grupo de edad



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

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.

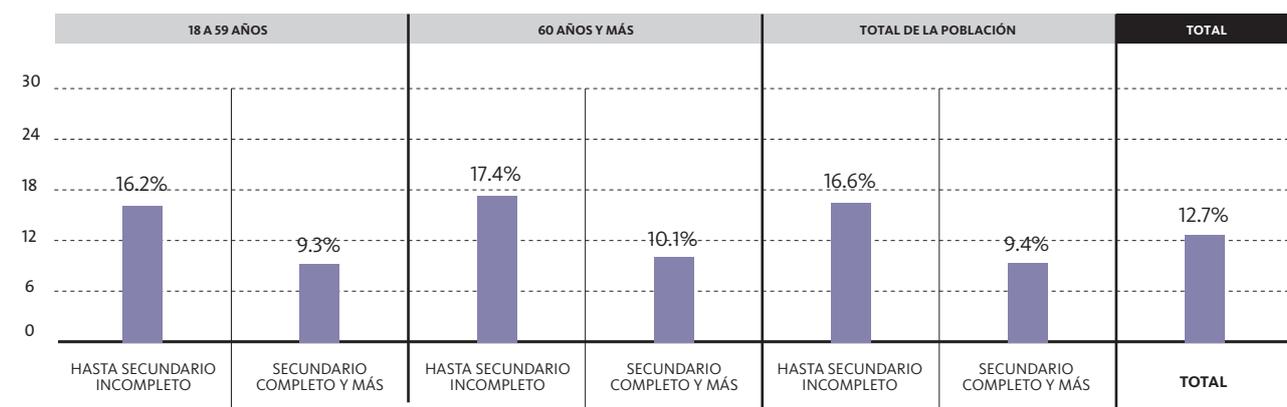
entre los individuos que tienen de 60 a 74 años; y de 15,4% entre los que tienen 75 años o más. Aunque hay una tendencia al aumento con la edad, la diferencia es mínima. Lo mismo ocurre dentro de los grupos de edad de la población de hasta 59 años. El 11% de los que tienen de 18 a 34 años expresa este 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).

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).

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 dismi-

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

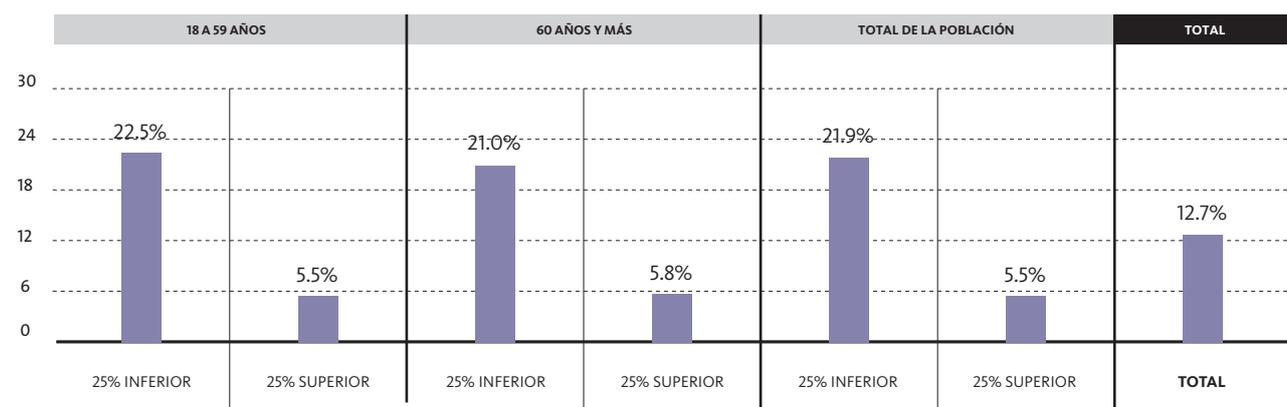
Sentirse solo según nivel de instrucción



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

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.

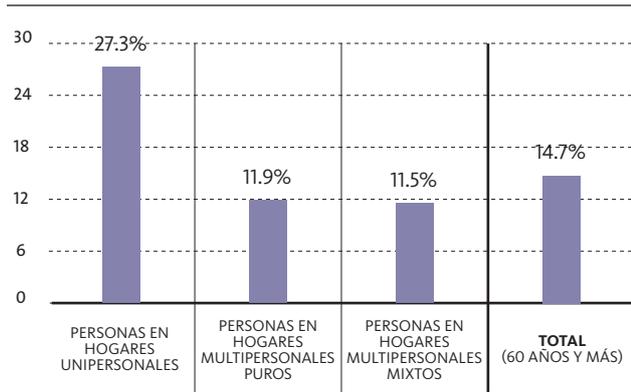
nuye al 10,1% cuando se trata de personas mayores de más alto nivel educativo (con secundario completo). Es una diferencia muy significativa, que habla de la inequidad social y sus consecuencias en los modos de envejecer. Sin embargo, tampoco es exclusiva de las personas mayores: en la población de hasta 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).

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 es-

trato 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

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.

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.

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.

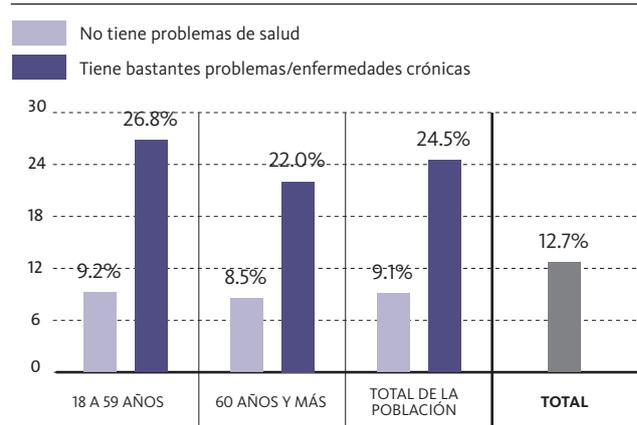
En más de un punto de este capítulo sobre recursos psicológicos, y también en otros capítulos, se ha señalado que el tipo de hogar (convivir o no; y en caso de hacerlo, con quiénes) no tiene demasiada incidencia en los resultados. Cuando se trata de sentirse solo, la incidencia se hace visible. Los más 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).

Siempre las condiciones de salud (analizadas en el capítulo 3) aparecen relacionadas con los recursos psicológicos. Respecto del sentimiento de soledad,

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.

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).

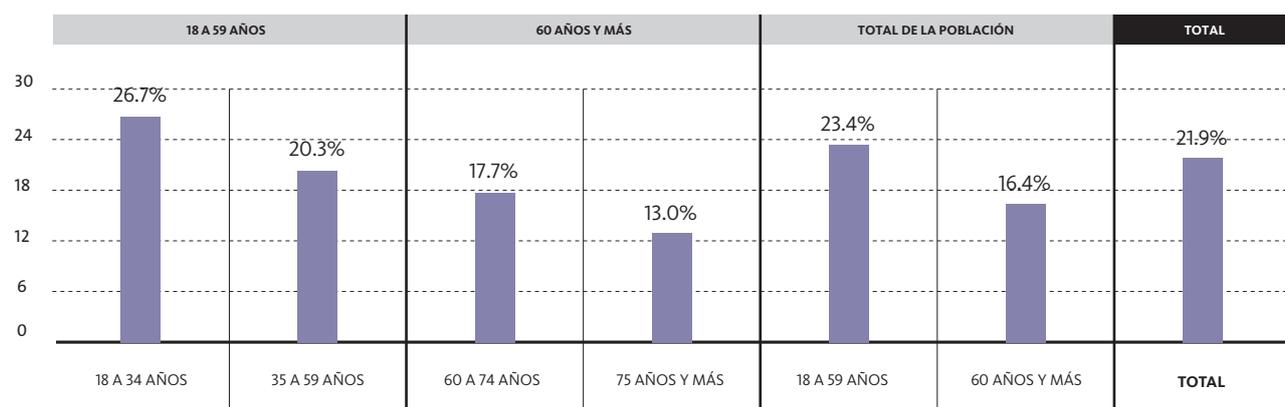
NO SENTIR PAZ ESPIRITUAL

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 capaci-

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”.

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

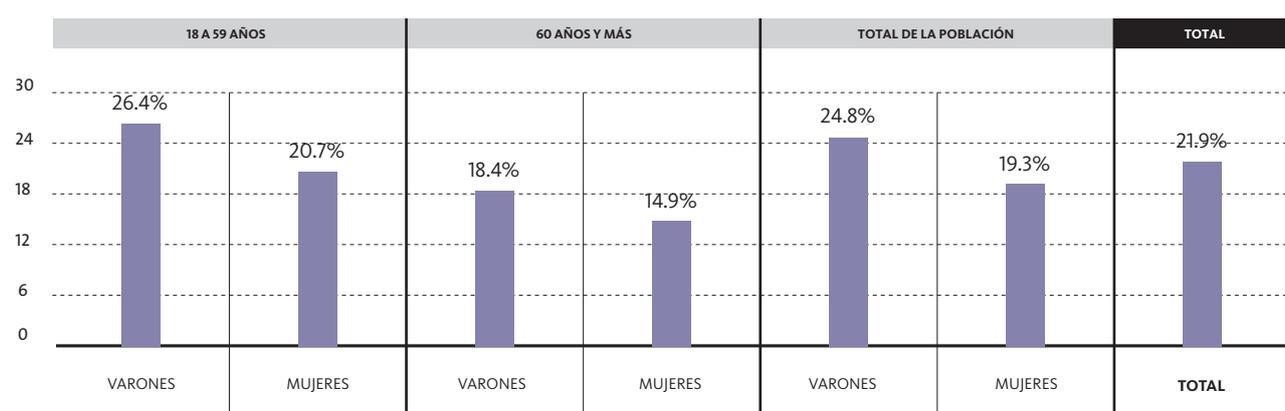
No sentir paz espiritual según grupo de edad



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

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.

dad 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?”.

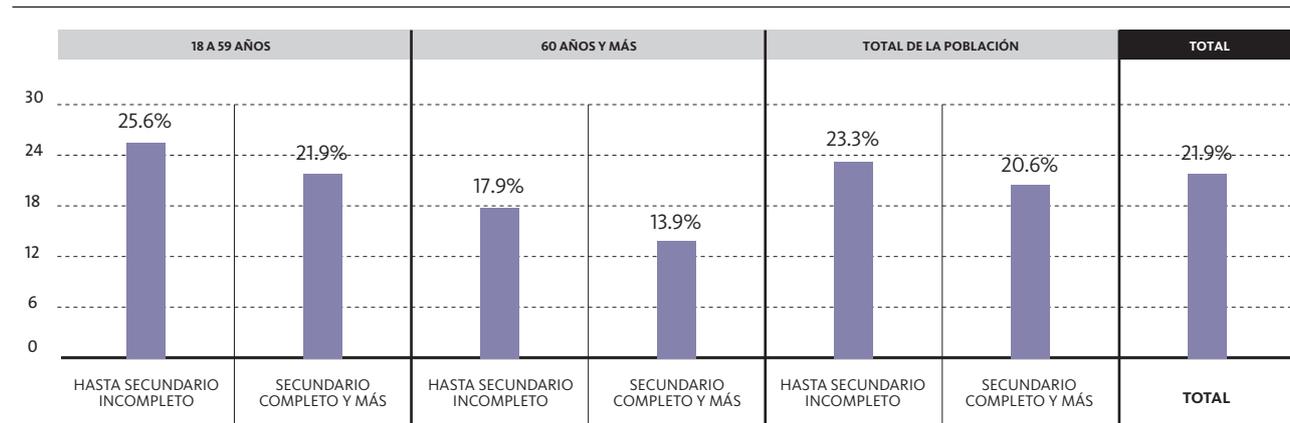
El 16,4% de las personas mayores respondieron que no: una proporción significativamente más baja que la encontrada en la población de entre 18 y 59 años (23,4%). Entre las personas mayores, por el motivo que fuese, se encuentra más paz espiritual. El hecho de que el 83,6% de las personas mayores declaren 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 solo 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 solo entre las perso-

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

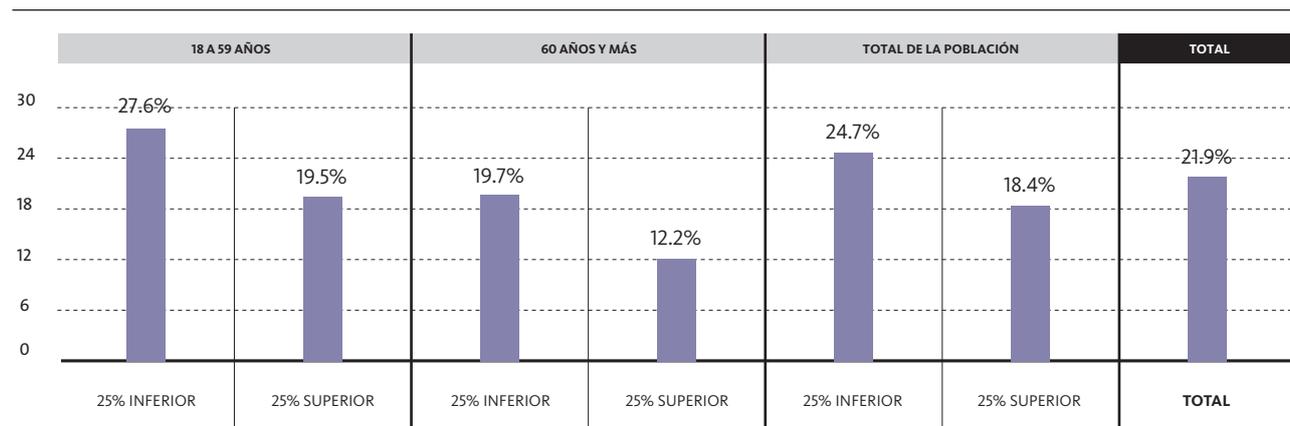
No sentir paz espiritual según nivel de instrucción



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

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.

nas mayores, sino también en las edades anteriores: mientras el 26,7% del grupo 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).

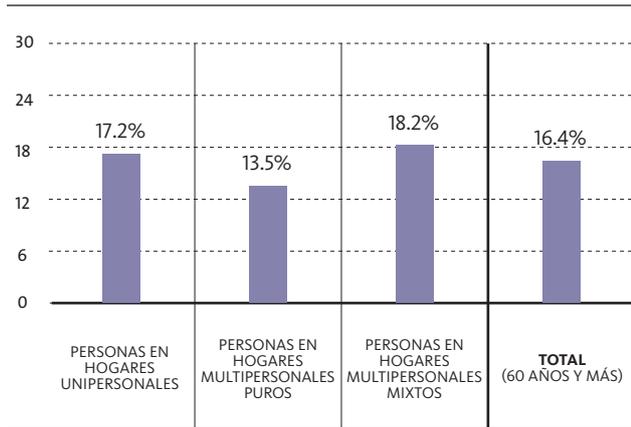
Entre las personas mayores, los varones (18,4%) encuentran menor paz espiritual que las mujeres (14,9%). Este es el segundo factor: es un *bonus* del que se benefician más las mujeres. Su mayor longevidad, su mayor viudez y su menor trayectoria como

personas económicamente activas pueden sugerir una explicación para esta brecha de género, favorable a las mujeres (ver figura 4.2.3.2).

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

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.

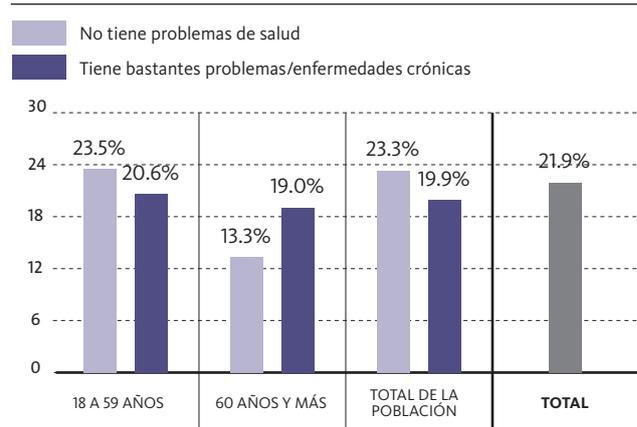
los de mayor nivel educativo (ver figura 4.2.3.3). Aunque la tendencia es la misma, la brecha es más pronunciada entre las personas mayores, quienes, cabe recordar, tuvieron menos oportunidades educativas que las generaciones siguientes.

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 solo 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 diferencias 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).

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 significativo 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 4.2.3.6 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.

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.

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 (ODSA-UCA, 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 fa-

milias “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).

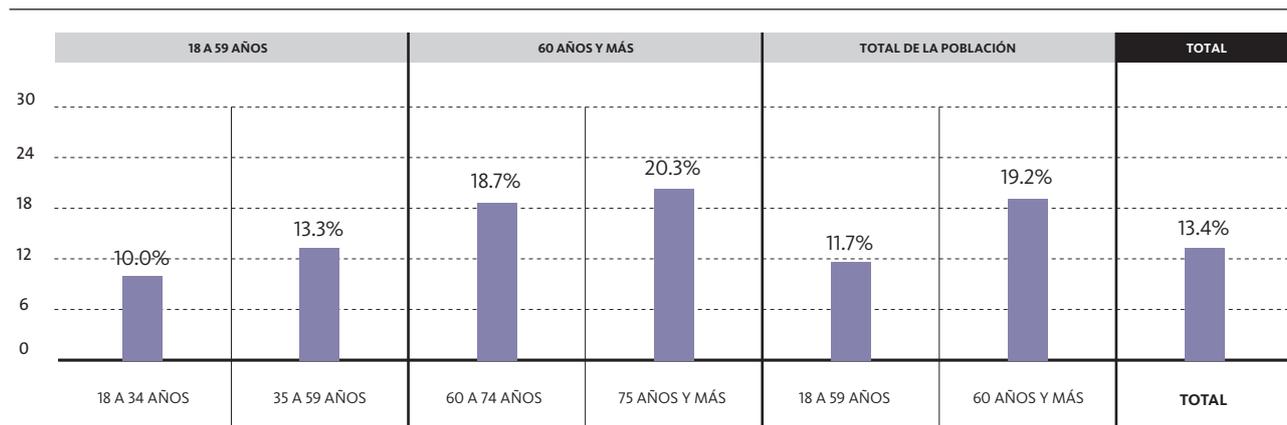
No existe brecha de género en este aspecto entre las personas mayores, como tampoco en el resto de la población. Tampoco aparecen indicios de que las mujeres tengan mayor necesidad de relaciones afectivas con los otros, de abrazos, amor y cariño. Si la tuvieran, se correspondería con una mayor presencia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

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).

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).

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

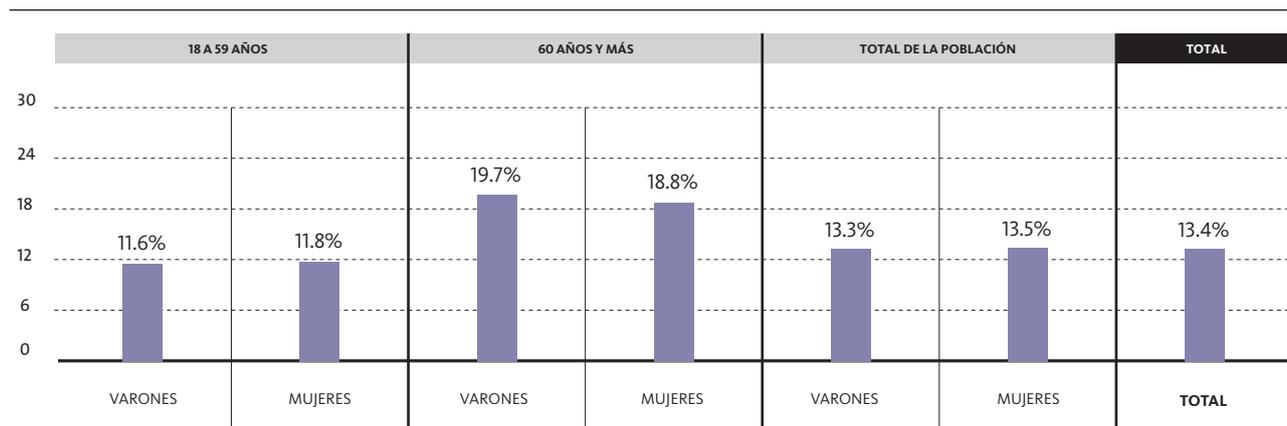
Déficit de apoyo social afectivo según grupo de edad



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

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.

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).

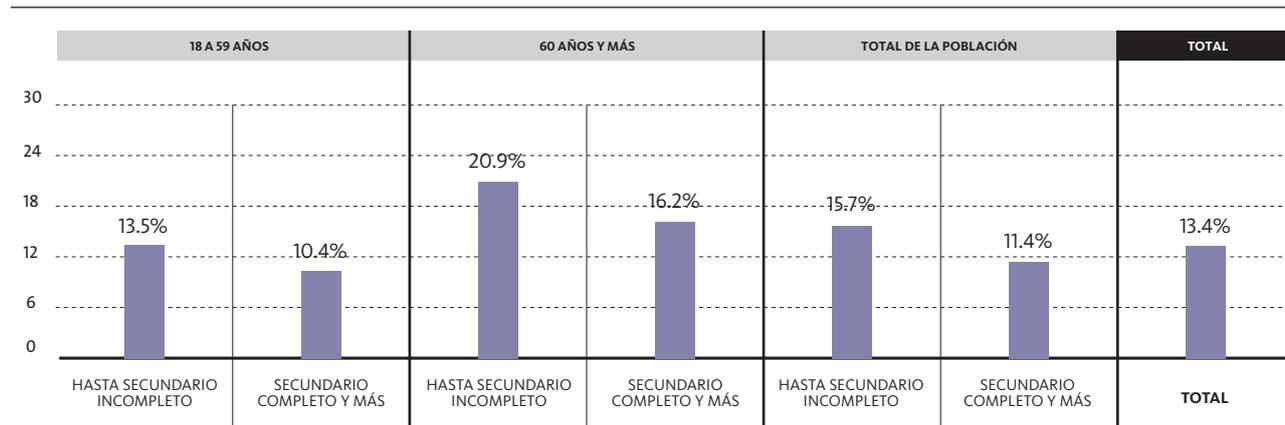
Sin duda, la condición que más afecta el déficit de apoyo social afectivo es el hecho de vivir solo: el 41% carece de relaciones adecuadas para sus necesidades afectivas. Esto constituye un alerta para el tipo de hogar unipersonal, que caracteriza a una de cada 5

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 solo 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).

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

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

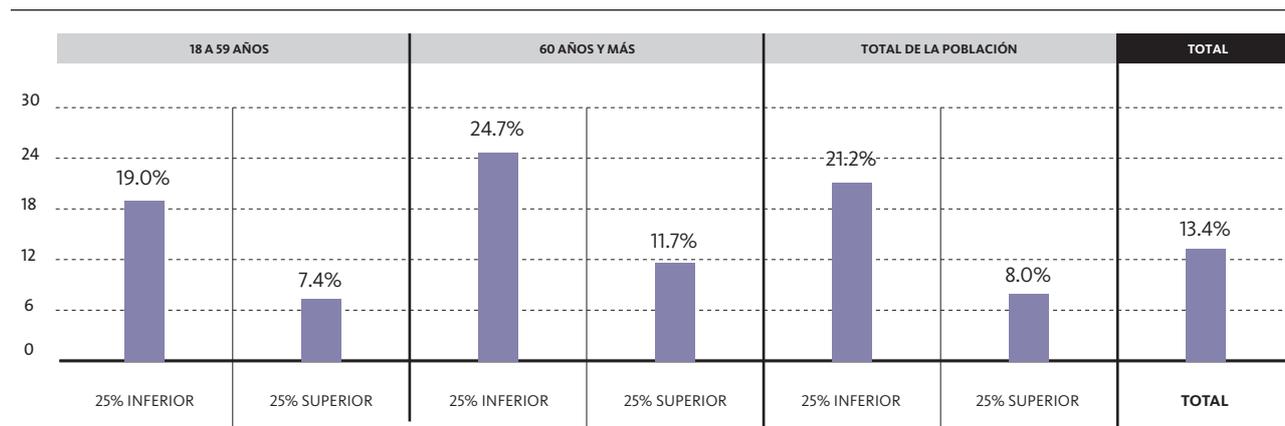
Déficit de apoyo social afectivo según nivel de instrucción



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

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.

o padecen enfermedades graves presentan valores similares en este indicador. Esto solo 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).

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

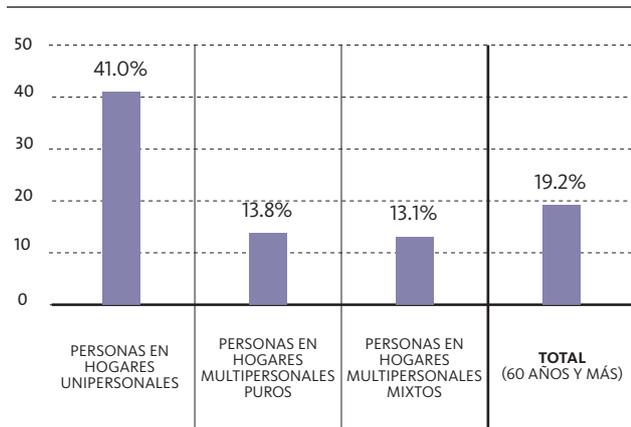
más bajo (24,7%). Como ya se dijo, los diferenciales por nivel de instrucción también son importantes, pero son tantas las personas mayores con nivel educativo bajo (72,3%) que su déficit en este tipo de apoyos sociales casi se asemeja al del total de las personas mayores.

DÉFICIT DE APOYO SOCIAL INSTRUMENTAL

Las personas mayores no solo 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

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

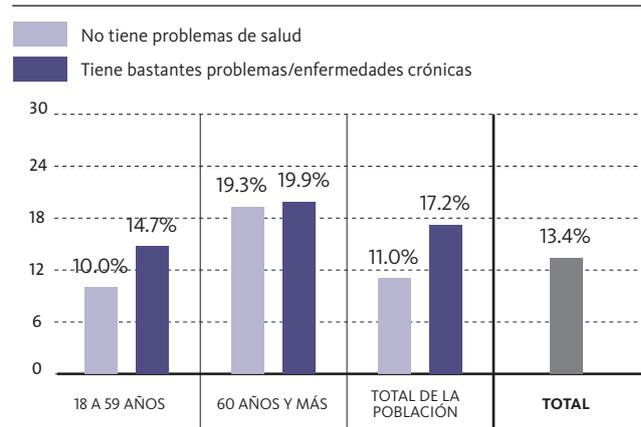
Déficit de apoyo social afectivo según tipo de hogar



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

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

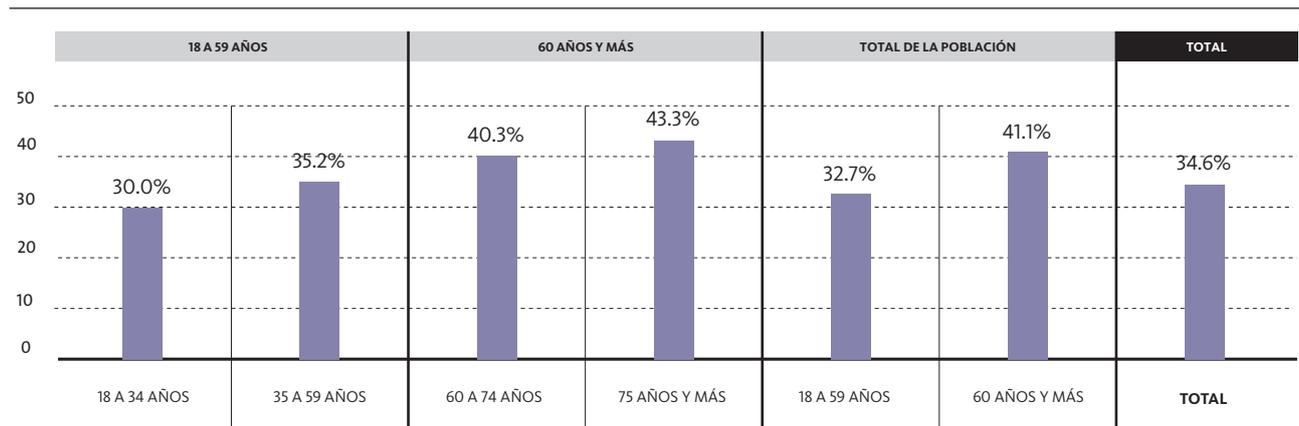
Déficit de apoyo social afectivo según percepción de estado de salud



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

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



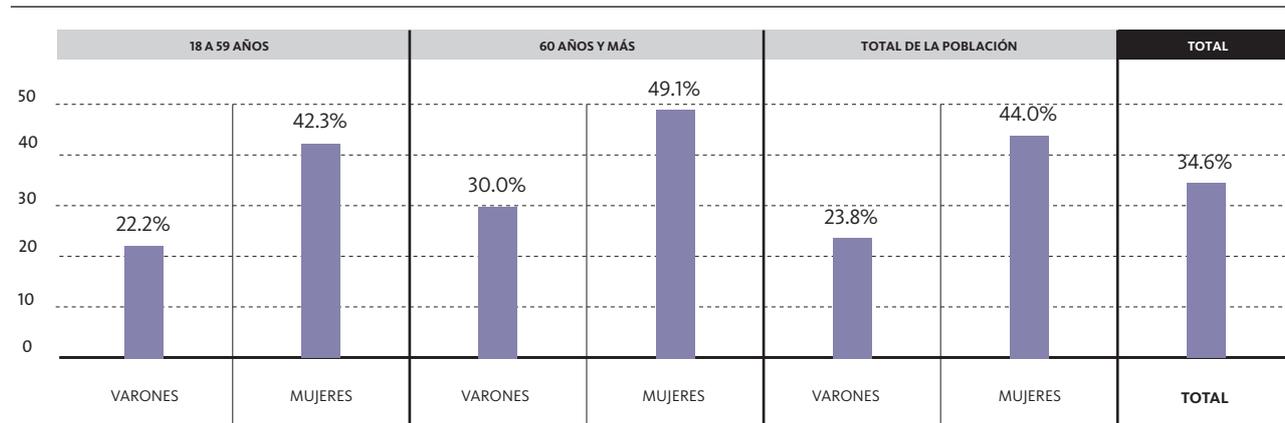
FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.

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

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

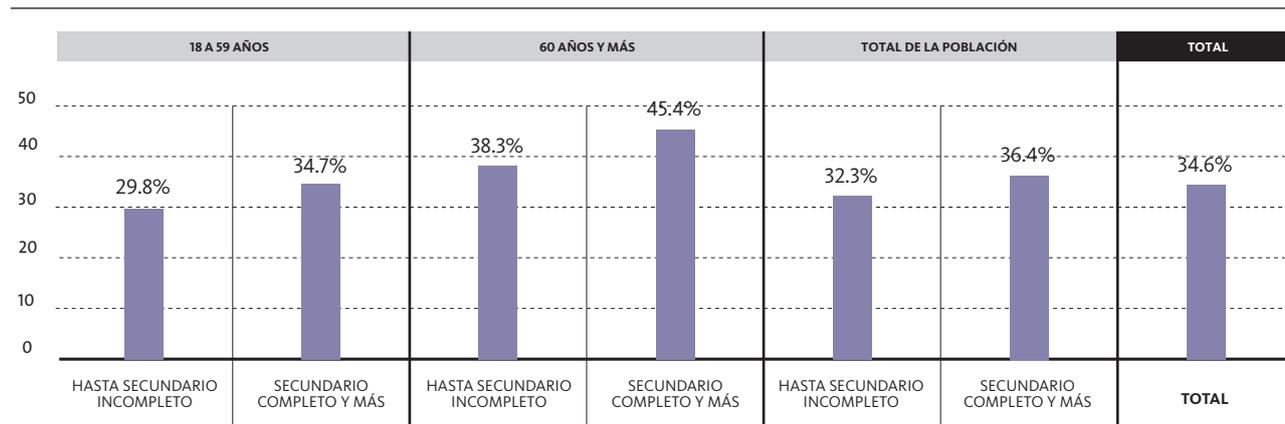
Déficit de apoyo social instrumental según sexo



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

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.

(“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.

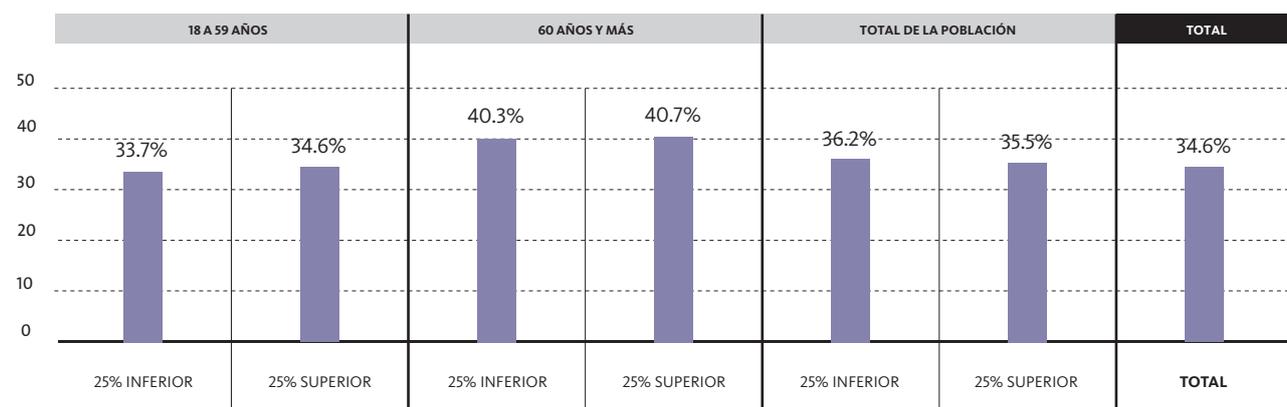
Al observar los cuatro grupos de edad en que se ha dividido a la población bajo estudio, dos dentro de las personas mayores (con el corte a los 75 años) y dos dentro del resto (con el corte a los 35 años), se aprecia una tendencia suave a que este tipo de déficit aumente con la edad. Pero la diferencia 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).

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

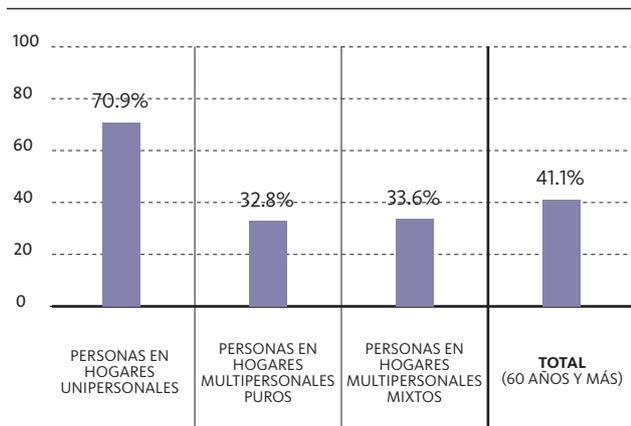
Déficit de apoyo social instrumental según nivel socioeconómico



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

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

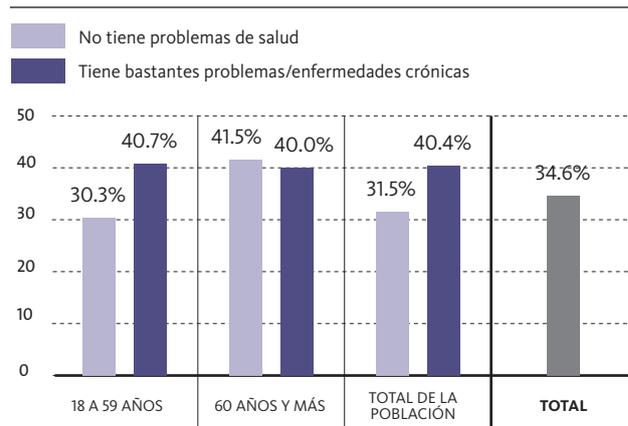


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016). ODSA, UCA.

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

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.

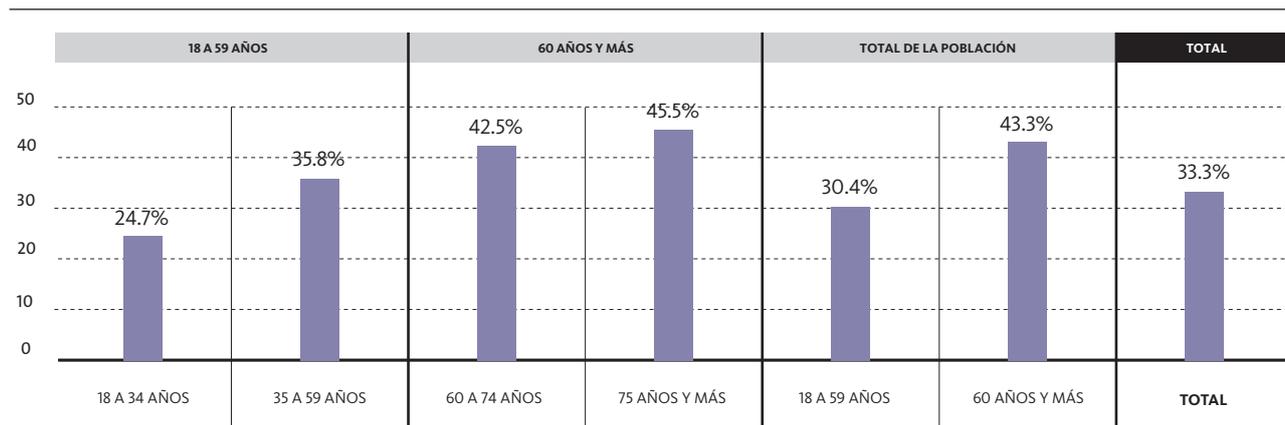
años este déficit es más alto entre los de mejor nivel educativo (ver figura 4.3.2.3).

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).

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

FIGURA 4.3.3.1 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

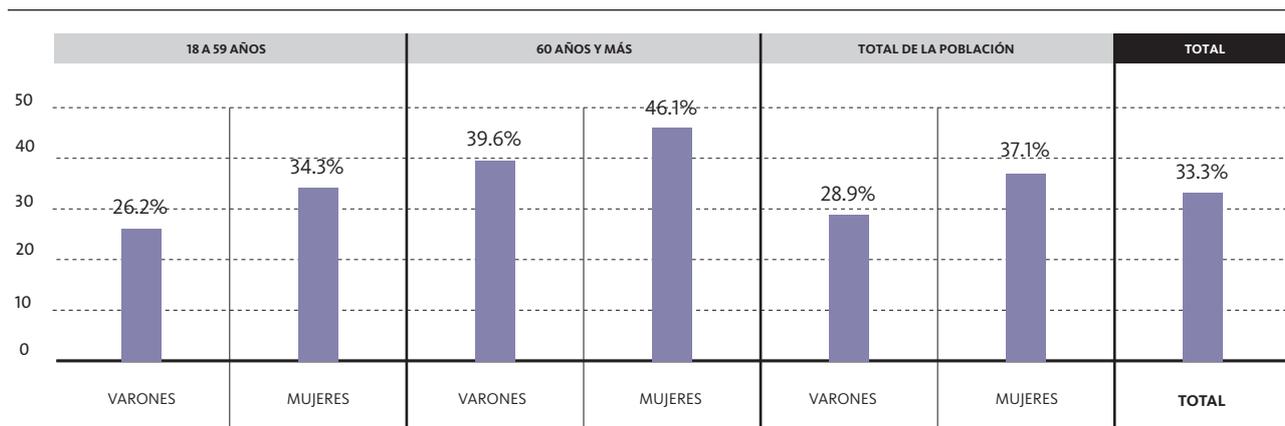
Déficit de apoyo social informacional según grupo de edad



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

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.

no solo viven solas, sino que carecen en gran medida de las relaciones sociales necesarias.

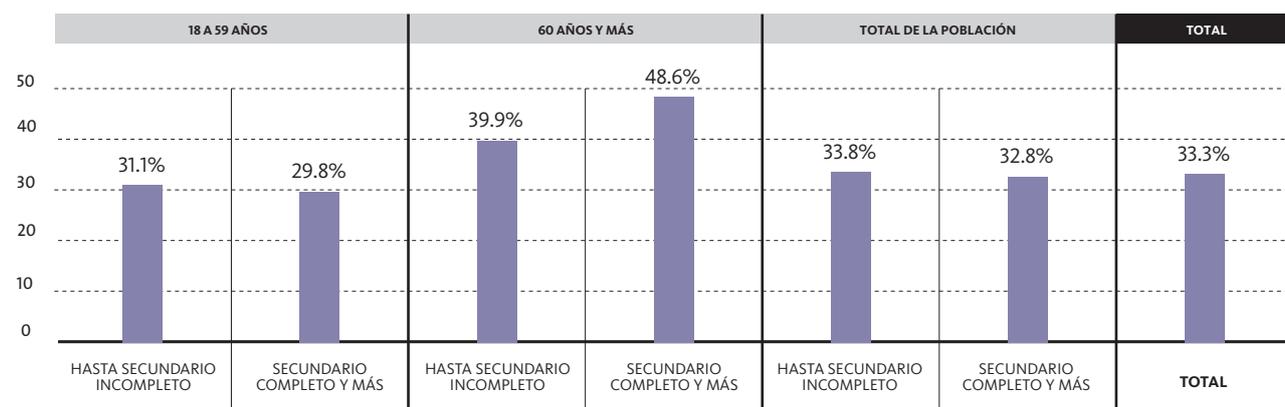
Las preguntas realizadas se referían a apoyos sociales en caso de necesidad (“si no puede hacerlo”, “si está enfermo”), por eso resulta interesante ver los déficits a la luz de situaciones bien distintas de estado de salud. Las personas mayores que declaran que no tienen problemas de salud y las que 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.

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 indagan 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 informacio-

FIGURA 4.3.3.3 Años 2010 a 2013. En porcentaje de personas de 18 años y más.

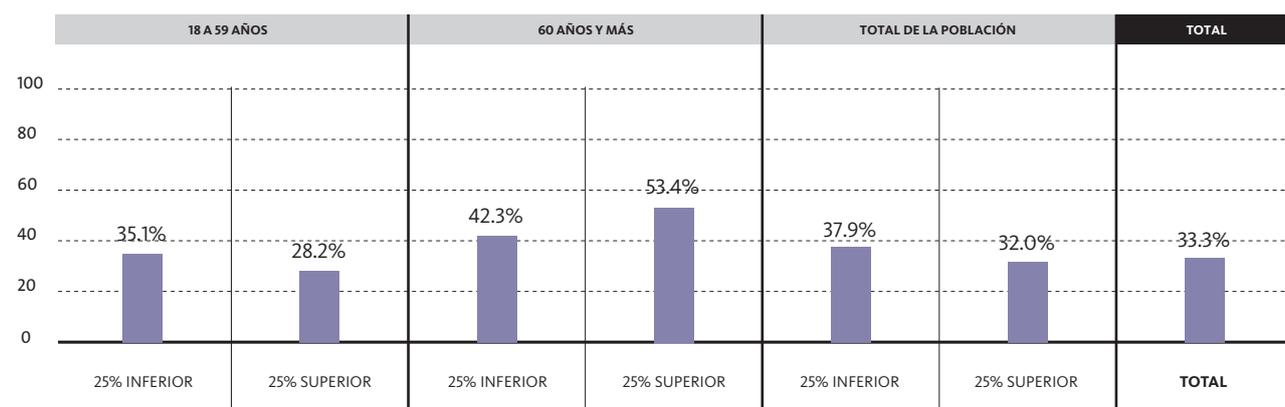
Déficit de apoyo social informacional según nivel de instrucción



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

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.

nal se construyó agrupando las dos últimas categorías (“Pocas veces” y “Nunca”).

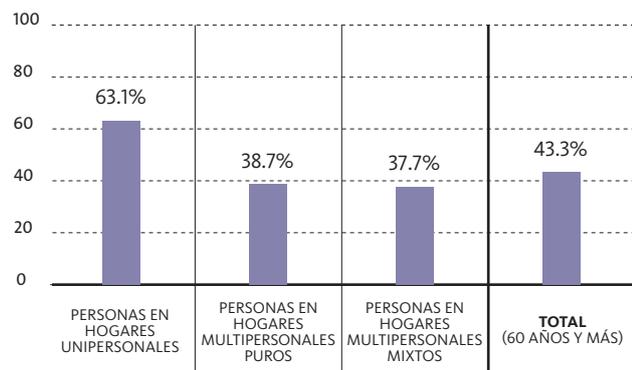
El 43,3% de las personas mayores registra este tipo de déficit de apoyo social, tan alto como el déficit en materia instrumental y mucho más alto que el que se encuentra en las personas de hasta 59 años (30,4%). Si bien hay una tendencia clara a que este déficit aumente con la edad, la diferencia no 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.

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.

FIGURA 4.3.3.5 Años 2010 a 2013. En porcentaje de población de 60 años y más.

Déficit de apoyo social informacional según según tipo de hogar



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

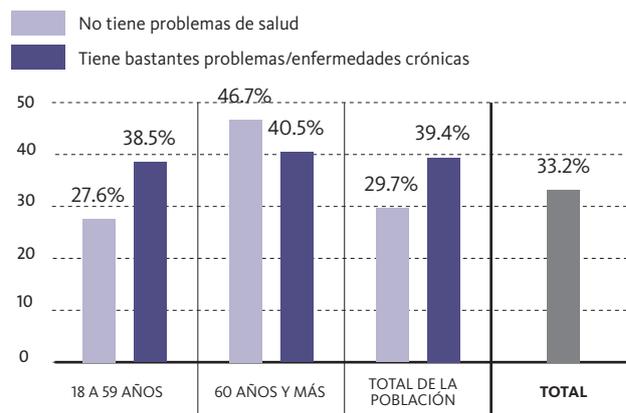
De todos modos, no deja de ser preocupante que una de cada 2 mujeres mayores declare que no tiene a nadie que la aconseje sobre cómo resolver problemas personales y/o la ayude o le proporcione información para resolver un problema (ver figura 4.3.3.2).

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).

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

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.

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).

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 solo 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).

HAYDÉE ANDRÉS

Médica Psiquiatra. Psicogeriatra
Profesora Consulta del Departamento de Salud Mental
de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Directora del Curso de Psicogeriatría para Graduados de
la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria



COMENTARIO

LA VEJEZ EN EL INDIVIDUO, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD

Estos estudios son importantes pero hacen cortes de las problemáticas donde se divide en segmentos a la persona. Y la Persona en la vejez, es la suma de todo lo vivido, de su biografía desde el nacimiento. Y solo así se pueden entender algunas de las problemáticas como el afrontamiento negativo, el déficit de proyectos personales, sentirse poco o nada feliz, sentirse solo, no sentir paz espiritual.

En cuanto a las capacidades sociales, también esto se inscribe en *quien es esta persona* vieja. Tiene que ver con su historia, por ejemplo, qué vínculos tuvo en su vida, como recurrió al pedido de ayuda de otros para él y de él para otros.

Así como el individuo es personal y único, también cuando llega a viejo es personal y único. Entonces, no hay *la vejez* ni atributos de *la vejez* iguales para todas las personas en esta edad. Sólo hay *vejezes*: cada cual tendrá la suya propia, que dependerá de quién y cómo ha sido a lo largo de la vida.

Si bien podemos decir que hay padecimientos físicos comunes en esta etapa, sabemos que las personas no se definen por sus padecimientos, que la *Persona* abarca más que la enfermedad, aunque la enfermedad sea, por ejemplo, cerebral.

Es la respuesta que la persona va a dar a este acontecimiento en su vida. Es cómo lo va a enfrentar, qué tipo de actitud va a adoptar. Y esto es lo que quiero decir cuando digo “como ha sido a lo largo de la vida”. Aún más: podríamos decir que es en la vejez donde hay menos posibilidades de masificarse o globalizarse que en otros momentos de la vida, porque la biografía personal es un fuerte discriminador de los acontecimientos comunes de la edad.

Esto también lo escuchamos en nuestra formación como profesionales médicos: “no hay enfermedades sino enfermos”. Lo de “enfermos” alude a la Persona.

Formando parte de la persona se encuentran también los *prejuicios* (es decir, juicios previos al conocimiento real y objetivo). Así como existen muchos prejuicios también los hay para considerar a la vejez. Y son de fundamental importancia para el propio envejecer y para actuar a la hora de evaluar la vejez de otros. Y sumamente importante para los que tenemos como tarea profesional la atención de personas viejas. Muchos viejos hacen uso de estos atributos (debilidad y deterioro), a veces exagerando las verdaderas condiciones, para encuadrarse dentro de lo esperable.

Es parte de nuestra tarea como gerontólogos ayudar a difundir la verdad de la vejez, para así diluir los mitos y prejuicios desde temprana edad y ayudar a envejecer sin miedo. Y que el fluir de la vida desde el nacimiento no se vea obstruido al llegar a la etapa de la vejez, negándola o rechazando ser vivida. En realidad es como si nosotros hubiéramos separado del resto de la línea de la vida este trozo, para hacerlo a veces macabro y terrorífico.

Cuando vivimos la vida con fluidez y plasticidad, vamos pasando de una etapa a otra casi sin darnos cuenta. Lo que cuenta es la vida, las metas, los intereses, los afectos. Y así pasamos una etapa y otra, y nos introducimos en la vejez cambiando lo que tenemos que cambiar para seguir viviendo. ¡Esto es *plasticidad*!

Por ejemplo, nacemos con total dependencia, y a través de la vida nos hacemos totalmente independientes. Y luego volvemos a adquirir algunas dependencias. Estas son de todo tipo: físicas, económicas, psicológicas, según cada uno. Y si tenemos esta plasticidad de dejar y tomar

durante la vida y así llegar hasta la vejez, no hay escollos para encontrar en esta etapa una vida llena de sentido, aunque tenga que usar audifono, dientes postizos, anteojos, pañales, bastón, silla de ruedas...O hacerse ayudar, o estar acompañado por alguien: todos son medios para seguir *siendo y viviendo*.

La vida es más importante que un audifono, un bastón o un pañal. Sin la vejez la vida no es completa. Y una vida completa trae sentimientos de plenitud, de satisfacción. Una vida que acaba en la juventud o en la adultez joven es una vida frustrada.

Al hablar de plasticidad, la imagen es la de no fijarse, anclarse, esclerosarse, coagularse en un punto de la vida. Es tomar y dejar, caminar sin detenerse. En este camino siempre somos distintos porque el camino de ayer enriquece al de hoy, y esto es dinámico.

Cuando estamos detenidos, allí sobreviene la patología. Para poder andar el camino hay que ir realizando duelos -dejar y tomar-. El proceso de duelo es una línea continua a lo largo de la vida, es consustancial a la vida, y es lo que la hace dinámica. La vida se atranca o detiene cuando en algún punto, frente a determinadas situaciones, no las podemos dejar ni seguir tomando lo nuevo de la vida. Y así permanecemos anclados en un punto. Entonces caminamos a media asta, sin la total energía o fuerza de vida necesaria para inversiones presentes para el día que nos toca hoy.

El fin del proceso de duelo nos conduce a la *aceptación*. Esta es una palabra que se dice fácilmente, pero requiere de un proceso, no desde el intelecto, sino desde lo psicológico-afectivo, que significa desalojarse de lo que ya no es, de lo que no es actual. Rescatar ese espacio que queda, o esa energía que se tenía ocupada o ligada a algo o a alguien, y disponerla para aplicar en el hoy.

Por eso según Victor Frankl, la muerte es consustancial a la vida. No se puede hablar de la vida sin tener en cuenta la muerte. Esta muerte es la que le otorga a la vida ese dinamismo. Cuando queremos saltar a la muerte y seguir como si todo fuera igual, permanecemos estáticos, coagulados en un punto, viviendo como muertos porque no disponemos de la energía para re-invertir en las personas, en los sucesos, en los intereses de hoy. Vivimos empobrecidos de vida. Si en cambio vivimos procesando los hechos que ya no son hoy, llegamos a la vejez con un monto de energía de vida disponible para cada momento del hoy. Energía que va a permitir enfrentar todos los caminos que tenga que realizar y encontrarle sentido, sin querer o desear “ser como antes”, sin estar en pugna con el pasado. Y

a pesar de, a lo mejor, estar debilitado físicamente, interiormente se estará muy fuerte y robustecido.

Si se transita por la vida de esa manera, es que se puede vivir una vida desplegando todas las posibilidades aunque haya encontrado muchos escollos, que seguro han servido para enriquecer en modos de apreciar, de actuar, en experiencia. Que eso es *sabiduría*. Y ahora en la vejez se puede en algo vivir de los “réditos” de las propias inversiones. Entonces, si se ha invertido en relaciones con amigos, con vecinos, ahora tal vez se tenga más tiempo para disfrutarlas y profundizarlas.

Si se ha invertido en afecto con los suyos, pero con un afecto desinteresado sin esperar cobrárselo, seguro que hoy podrá disfrutarlo.

Pero hay situaciones puntuales importantes en la vejez, de pérdidas que ocurren con frecuencia y que tenemos que elaborar. Por ejemplo la viudez en la mujer y la jubilación o pérdida del trabajo en el hombre. Vemos frecuentemente cómo viudas, después de la etapa del duelo, logran enlazarse en la vida con proyectos que son nuevos para su vida habitual, y están muy gratificadas con ellos. Por ejemplo, las mujeres que hacen tareas que nunca antes pensaron que podrían hacer mientras su marido vivía. Esto les aumenta la autoestima y les brinda una calidad de vida satisfactoria.

En los hombres, las pérdidas del trabajo les significa la pérdida de poder al ver disminuido el ingreso de dinero en la familia, con una subsiguiente caída de la autoestima. Pero una vez procesado el duelo, se logra invertir esta energía en nuevos roles, en otros intereses que van alentando nuevamente su estima.

En este momento de la vida y frente a estos duelos aparece una función que, si bien está presente a lo largo de la vida frente a cada duelo, ahora aparece compulsivamente, y es la *reminiscencia*. Ésta es una función saludable que ayuda a procesar y reciclar la vida, hecho necesario para poder proceder al cierre de la misma. No es lo mismo cerrar la vida con el duelo realizado que no haberlo hecho. La persona que realiza un duelo no es la misma antes que después: el duelo enriquece. Diríamos entonces que morir con un duelo realizado es la última oportunidad que da la vida de enriquecerse, es el último enriquecimiento.

Aquí nuestra tarea de geriatras es importantísima: esclarecer y ayudar a la familia que otorgue espacios para la reminiscencia. Que esos relatos que todos ya conocen y que por eso aburre, tengan espacio para ser expresados y no sean obturados con palabras y gestos que indican desvalorización y denigración. Porque es común que se puedan

tolerar muy bien las repeticiones de los niños que a veces son harto cansadoras. Pero estamos muy apurados y con poco tiempo y espacio interior para tolerar la de los viejos que deben abrochar su pasado... Cuando en realidad, acompañar y ayudarlos a procesar es dar espacio para hablar. No es silenciar como equivocadamente creemos: “de eso no se habla”... Cuando podemos hablar nos damos cuenta que lo que creíamos capaz de descompensar -el hablar de la muerte, sea inminente o próxima- resulta altamente benéfico para el viejo, y también para el interlocutor. ¡Hay que permitir hablar! En los viejos a veces esto no es más que permitirle distribuir sus pertenencias, dónde quiere que se destine cada una de sus cosas cuando él no esté.

Esto satisface una condición humana: *el trascender*, la trascendencia, aunque sea destinando los objetos después de su muerte. Otros cumplen esta condición con creces en los hijos, en la transmisión de su experiencia en trabajos u oficios, en los discípulos, en sus obras. Es de necesidad humana que mi vida le sirva al que viene detrás.

A través del espacio del relato de la reminiscencia, a veces es posible que los allegados puedan incluir su agradecimiento, que puedan despedirse. Este sería el cierre digno de la vida, la forma de muerte deseada por los seres humanos. Pensemos qué terrible sería el no poder hablar con nuestros seres queridos del último acto importante que debemos enfrentar en la vida: la muerte. Habitualmente los seres queridos escapan y lo dejan solo al viejo frente a deseos y fantasías. Tal vez porque sentimos que no estamos en condiciones de fortaleza para enfrentar eso. Ojalá pudiéramos llorar juntos, si así se diera. ¡Qué bien nos haría! ¡Cuánto nos ayudaría! Estaríamos haciendo el duelo juntos: el que se va y el que se queda sin él. Esto deja una experiencia no traumática de la muerte, es el cierre de la vida natural. Y si los niños y jóvenes de la familia participan de esto, la vivencia hacia la vejez será más benévola...

Todo esto queda incluido cuando se habla actualmente de *calidad de muerte*. Por supuesto que todo esto es distinto, tiene otro sentido que morir.

Las condiciones médicas por las cuales una persona vieja debe recurrir a la sala de terapia intensiva son específicas. Y cuando el motivo no son las condiciones específicas de la enfermedad, debe depender de la presión que hace a veces la familia que no acepta la muerte en su seno. O del propio médico, que no tolera que se le muera un paciente...

Porque en realidad la sala de terapia intensiva es para salvar vidas, no para ir a morir.

En cuanto a la familia, son los geriatras junto a los pediatras las especialidades médicas que más tienen que ver

con ella. Ésta a veces nos hace pesada la tarea. Muchas veces nos hace tomar partido frente a situaciones que no nos tocan directamente.

Debiéramos reflexionar pensando que estos hijos, esta familia, ha sido formada por el/la paciente que hoy muestra minusvalía frente a ella, y que hay historias de una vida de vínculos en la que la escena no aparece en este presente en el que estamos nosotros: ya se inició hace años, cuando nuestro paciente fue participante activo y hoy se muestra así a nosotros. Si podemos hacer esta reflexión tal vez seríamos más objetivos y comprenderíamos mejor la trama, y no caeríamos culpando quizá a los familiares que posiblemente, cuando tienen que enfrentar algunas situaciones así, se sienten culpables. Y esto no favorece al bienestar del paciente.

Cuando los padres envejecen en una familia se comienza a recrear a veces entre los hijos, actitudes de rivalidad y competencia como en su niñez, y se refrescan antiguos celos, alianzas entre hermanos, alianzas con los padres dejando afuera a los otros, como era antaño. Esto amarga la vida del viejo/vieja, que si algo desea a esta altura de su vida al partir, es que sus hijos queden unidos.

Pero es justo decir que esto no se improvisa en la vejez: se trabaja durante toda la vida. Casi todo lo que nos sirve para utilizar en la vejez no son cosas que se pueden generar en esta etapa de la vida: vienen de antes, de toda la vida anterior. Por eso con razón se dice que la vejez se prepara desde la niñez.

En cuanto a la Sociedad, a todos nos es patético la devaluación que tiene la imagen de la vejez en estas generaciones donde prima la velocidad, la eficiencia, el éxito, la estética, la belleza. La computación ha introducido códigos y un lenguaje que se ha popularizado y que le es propio. Esto ha incluido una ruptura generacional en el sentido de un antes y un después de la computación, que margina a los viejos que no han aprendido a utilizarla. Esto se da sobre todo en los viejos jubilados de profesiones donde la tecnología computarizada ha hecho grandes cambios que dan por tierra con lo “antiguo”. Primando los valores relacionados con el éxito, la rapidez, los cambios, va de suyo que la vejez es un disvalor.

Pensemos en la vejez de estas personas jóvenes de hoy. Aunque tal vez con la computadora agregarían un elemento de gran ayuda en cuanto a la comunicación: no estarían solos, disfrutarían con un gran entretenimiento. Y todo esto con muy poca inversión física en movilidad, fuerza, equilibrio...

Pero el afecto, lo afectivo que sería el valor primero en la vejez, está ausente. Entonces ¿frente a qué tipo de viejos estaríamos?

Otro tema es la desocupación: no hay *cultura del trabajo*. Si la vejez está marcada por la jubilación ¿cómo será entonces?

Es muy observable la fobia social que hay hacia la vejez: lo primero que hace la sociedad es negarla. Miremos qué difícil es instalar la vejez naturalmente en los medios. Miremos aún en lugares donde los viejos son asistidos:

hospitales, geriátricos y el fastidio, la irritación y el desprecio con que a menudo habla de ellos el personal. Esto no ocurre, por ejemplo, en la sala de niños.

Este maltrato lo estamos gestando en el vínculo con los otros, aún de viejos, y en condiciones de alta fragilidad física y económica. Somos iguales a lo que fuimos...

En cambio, si pudiéramos tornar saludables a nuestros vínculos, sería que “de un viejito amoroso nadie se desprende”...

Es nuestra responsabilidad ineludible ayudar a sanar los mitos personales, individuales, familiares y de la sociedad.

Abiven, M. (2005): “Vivre avec celui que meurt”. *Gérontologie et Société. La fin de la vie*, FNG, N° 90,137-146, París.

Frankl, V. (1950): *Psicoanálisis y Existencialismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Kübler, R. E. (1975): *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalva Mondadori.

_____ (1987): *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.

RICARDO IACUB

Doctor en Psicología.
Profesor de *Psicología de la Tercera Edad y Vejez*,
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.



REFLEXIONES

En las últimas décadas asistimos a dos transformaciones en el envejecimiento. A nivel demográfico llamamos un cambio en la estructura de edades que ha dado lugar a un aumento del número de adultos mayores. Por el otro una nueva cultura de la vejez ha generado modificaciones en los estilos de vida de este grupo etario y en las expectativas sociales del conjunto de la población.

Describir el cambio social acaecido requiere la mayor producción de conocimientos relativos a este tema. Sin embargo nuestro país se caracterizó por estudios que solían carecer de muestras lo suficientemente amplias para describir la realidad nacional. Por esta razón este Estudio, que ha permitido conocer tan diversos y novedosos aspectos del envejecimiento en nuestro país, constituye junto a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (INDEC, 2012), una suerte de cambio cultural en relación a la temática, ya que profundiza notoriamente los conocimientos generados y destaca el interés que suscita el envejecimiento en este momento histórico.

En este caso quisiera realizar ciertas observaciones sobre la investigación, relativas a aspectos puntuales, particularmente sensibles al conocimiento psicológico que se encuentran en dos ejes de los capítulos III y IV.

Quiero enfatizar que para la psicología esta investigación permite un nivel de acercamiento que no dudo que represente un hito en la producción de saber sobre la psicogerontología.

CAPÍTULO III: ESTADO, ATENCIÓN Y NECESIDADES DE SALUD

Eje Nº 2: El Malestar Psicológico

En el marco de esta investigación el malestar psicológico es definido *“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” (Rodríguez Espínola, 2010). Para ello se aplicó el KPDS-10 (Kessler Psychological Distress Scale) el cual indaga un conjunto de síntomas vinculados a la depresión y la ansiedad, tales como inquietud, agitación, desesperanza, tristeza, cansancio y nerviosismo.

Uno de los más interesantes hallazgos es que los niveles de malestar psicológico no difieren del resto de las edades y dentro del conjunto de las personas mayores el malestar no aumenta con la edad, por el contrario disminuye desde los 75 años.

De esta manera hallamos que las edades con menor malestar psicológico toman una forma de U invertida ya que tienen su ápice entre los 18 y 34 años, para luego aumentar entre los 35 y 64, y volver a disminuir a los 75 años.

La forma de U invertida permite realizar conexiones con otras investigaciones internacionales que toman como foco la felicidad y donde se presenta la forma de U. En estos estudios emerge el primer ápice a los 20-25 y el segundo a los 65-70 años. Con nuevas extensiones a edades aún más tardías.

Estos hallazgos darían lugar a la denominada “paradoja de la vejez” ya que interpelaría cierto sentido común asociado a que el bienestar subjetivo debería basarse en bienes tales como los mayores recursos físicos, la cantidad de años por vivir o a la más alta valoración atribuida a la juventud y adultez, factores que resultarían menos factibles en los adultos mayores. De esta manera el acceso al bienestar o el malestar no parecieran explicables desde los presupuestos clásicos y nos llevan a la necesidad de indagar nuevas respuestas.

Las investigaciones se levantan contra esta creencia con evidencias cada vez más sólidas. Entre estas, surge la perspectiva de Laura Carstensen, quien en línea con el existen-

cialismo filosófico, encuentra que tomar conciencia de la brevedad de la vida resulta un factor crucial en la mejor selectividad y con ello en la satisfacción vital (Carstensen, 2006). Otros toman la experiencia vital como un aprendizaje de manejo emocional que daría lugar a más efectivos controles ante los afectos negativos (Blanchard Fields, 2006).

Asimismo podemos notar la curiosa interpelación a un modelo de vida estimulado socialmente, el de la adultez, basado en una suma creciente de responsabilidades, el cual promovería un aumento del malestar o limitaría el acceso a la felicidad.

El momento de transición y adaptación a la vejez resulta el de mayor malestar, el cual podría pensarse como el efecto de un cambio de modo de vida donde el sujeto debe adaptarse a nuevos valores, estilos de vida y donde el efecto de la edad y sus creencias negativas, parece percibirse con particular intensidad, tanto en las cuestiones funcionales como estéticas.

Resulta destacable comparar los números del malestar, no solo por las edades sino también en una comparación por variables específicas que nos permiten hallar nueva luz sobre los resultados.

Si comparamos al interior de los niveles educativo y económico podemos analizar los siguientes hallazgos: en los niveles de menor educación con la edad crece levemente el malestar psicológico, de 26,8 a 27,8%, mientras que en los niveles más educados con la edad se reduce de 15,8 al 14%. En ambos estratos económicos hay una disminución notoria de los niveles de malestar con la edad. En el estrato más bajo pasa del 34,0 a 28,9% y en el más alto del 10,9 al 8,0%. De esta manera podemos considerar como el malestar psicológico es mediatizado por la educación o el estrato económico haciendo que el malestar pueda aumentarse o reducirse.

Finalmente cuando pensamos en el malestar psicológico según la percepción de la salud es importante considerar que más allá del objetivo incremento de problemas físicos de los adultos mayores cuando analizamos la autopercepción podemos notar que es mejor en los más grandes, tanto al señalar que tienen problemas como que no los tienen.

Este conjunto de perspectivas nos permite señalar un cambio positivo donde el sujeto establece nuevos marcos de interpretación que permiten, en ciertas condiciones, mejorar los niveles de bienestar. Sin embargo surgen algunas cuestiones que deberíamos seguir explorando tales como el factor de género, ya que el malestar psicológico aún cuando sigue la linealidad de los estudios internacionales sobre padecimientos como ansiedad y depresión, no pareciera coincidir con la capacidad adaptativa que muestran las mujeres adultas mayores frente a los cambios del envejecimiento.

CAPÍTULO IV: EL BIENESTAR SUBJETIVO Y LAS CAPACIDADES SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES

Eje N° 1: Estrategias de afrontamiento, incapacidad de tener proyectos personales y carencia de control externo.

El análisis propuesto está basado en el examen del cuarto capítulo relativo a los déficits en los recursos psicológicos que posibilitan el bienestar subjetivo y las capacidades sociales de los adultos mayores. Para ello se realizará una lectura sobre su primer eje, relativo a las estrategias de afrontamiento, incapacidad de tener proyectos personales y carencia de control externo.

En base a los hallazgos de este estudio quisiera realizar ciertas interpretaciones posibles que sirvan para generar nuevas lecturas que enriquezcan los ángulos de comprensión.

Los ejes de análisis propuestos por este estudio resultan de particular valor ya que se basan en presupuestos de gran importancia para los estudios psicológicos y que han generado importantes desarrollos científicos.

El primero de estos, las estrategias de afrontamiento o *coping*, resulta un ángulo interesante desde donde indagar los esfuerzos cognitivos y afectivos orientados a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales, tratando de “manejar, tolerar o reducir las demandas externas y/o internas y los conflictos entre ellas” (Lazarus y Folkman, 1980, p.223). Al interior de este constructo se elige el “afrontamiento pasivo o evitativo” para dar cuenta de un enfoque deficitario donde predominan las conductas destinadas a distraer, ignorar y evitar pensar en la situación problemática, sin realizar intentos activos por tratar de resolver la situación.

El segundo es la incapacidad de tener proyectos personales, comprendido como la imposibilidad de considerar objetivos a más largo plazo que la conformación de metas que surjan de lo cotidiano. Definición menos acabada que la anterior pero que se desprende de la pregunta.

El tercero es la “creencia en el control externo” entendido como la falta de convicción en la eficacia de la propia conducta para modificar positivamente el entorno. Lo que volvería al sujeto más influenciado a la coerción social, tener menos motivación al logro y expectativas hacia el futuro (Rodríguez Espínola, 2012).

De esta manera tomando en consideración las definiciones y sus hallazgos resulta importante destacar lo siguiente: por un lado observamos que las estrategias de afrontamiento, la incapacidad de tener proyectos personales y creencia en el control externo resultan aumentadas notoriamente por el

nivel educativo, el estrato social o el estado de salud percibido, determinando un nivel de continuidad en el conjunto de los cambios. Por el otro no resulta tan claro si tomamos cada uno de estos recursos en su conjunto y en comparación con los más jóvenes. Así como los mayores parecen usar más estrategias pasivas y cuentan con menos proyectos, no se distinguen por no creer en el control personal. Esta diferencia me parece de singular importancia ya que podría indicar cierto nivel de contradicción entre los datos emergentes, o que aquello que estamos describiendo como factores deficitarios podrían no serlos o podrían dar lugar a interpretaciones diversas. Para ello trataremos de cuestionar ciertas definiciones de los conceptos elegidos que facilitarían nuevas indagaciones.

Uno de los criterios acerca del afrontamiento pasivo consistió en la ausencia de oposición, a través de conductas evitativas y de negación, las cuales solían lograr menor éxito. Sin embargo, Lazarus y Folkman (1986) criticaron esta generalización del concepto, ya que no siempre afrontar activamente equivale a tener éxito, y estiman que tanto el afrontamiento como las defensas deben verse como algo que pueden funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones. Algunos de los factores que preocupan a los mayores, como ciertas enfermedades crónicas, duelos o la propia muerte, no encuentran más soluciones que el no pensar demasiado o distraerse ya que no existe una solución cierta o los modos de resolución pasan por andariveles de aceptación que pueden parecer evitativos en su enunciación. La eficacia parece depender de la interrelación de la persona con el contexto en que se encuentre, presentando gran variabilidad en función de la personalidad, los procesos cognitivos, la situación específica de crisis, los recursos sociales, etc.

Es importante reconocer también criterios generacionales, ya que los modos de afrontamiento toman características discursivas diferenciales. Es notorio que nuestra generación demanda un nivel de autonomía mayor que las anteriores y que la evitación o afrontamiento también toman formas propias de las sociedades actuales. Por ejemplo esta teoría toma el afrontamiento religioso como una forma de evitación, lo que no sería tan válido para otros contextos culturales e incluso generaría debates al interior del nuestro.

Otro eje de interrogación se basa en preguntarnos en qué medida ciertas respuestas no aparecen mediatizadas por discursos intelectualmente validados a nivel social, y responden

a una racionalidad compartida por niveles educativos y sociales más altos, así como de ciertos valores de género.

La exaltación del tipo de afrontamiento racional, autónomo e inmediato es parte de un discurso social que apela a un tipo de respuesta que no siempre incide en las prácticas cotidianas. Si consideramos la disminución de proyectos, particularmente en el grupo de más edad de los adultos mayores, y lo comparamos con la creencia en el control externo de este mismo grupo, donde entre las preguntas se apela a la planificación personal, podríamos notar cierta discontinuidad o contradicción entre los resultados.

La cuestión del proyecto también resulta importante de considerar ya que este término contiene una serie de significados variables que motivan la confusión. Es habitual entre las personas mayores que el término proyecto se refiera a objetivos de alto valor social, tales como el estudiar, trabajar o casarse, hallando en los objetivos individuales algo menos relevante o no considerable como proyecto.

La idea del proyecto en las personas mayores también encuentra limitaciones al confrontarse con la menor dimensión temporal de la vida. Esto lleva a que los proyectos tomen una medida más acotada, y donde el “día a día” adquiere un enorme valor para la consecución de metas cotidianas, al tiempo que resulta de un proceso de adaptación de compleja asimilación, pero sin que esto implique necesariamente un déficit.

El proyecto en los niveles más educados y de estratos sociales más altos toma un valor discursivo diferente, ya que suele estar más asociado a las metas personales sin un valor social preestablecido, donde el ideal de la autonomía y el disfrute personal tiene un sentido más legitimado.

Por lo tanto podríamos pensar que ciertos resultados tendrían que ver con valores culturales puestos en juego con ciertos márgenes de determinación sobre las prácticas sociales. El ideal de autonomía, los familiares o las expectativas de dependencia aparecen en interjuego con los recursos que cada relato ofrece, incidiendo particularmente sobre ciertos segmentos poblacionales.

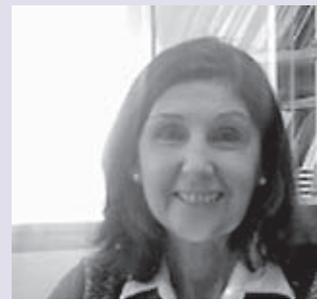
Es importante tener en cuenta que en los últimos años el cambio cultural ha promovido que los adultos mayores aumenten los niveles de autonomía personal en detrimento de ciertas pautas culturales que establecían el cuidado externo y la vida familiar como eje de la socialización de este grupo etario.

INDEC (2013): Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012: principales resultados, Serie Estudios INDEC N°46. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

ODSA-UCA (2010): 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. Buenos Aires: UCA.

MARÍA INÉS PASSANANTE

Doctora en Sociología
Instituto para el Matrimonio y la Familia,
Universidad Católica Argentina



COMENTARIO

El Barómetro de las Personas Mayores incluye acertadamente un capítulo referido a los recursos psicológicos para el bienestar subjetivo y también, a las capacidades sociales de quienes han “ascendido” en edad. Entre las capacidades sociales, se consideró el apoyo social, en sus tres tipos: afectivo, instrumental e informacional. Este tema ha sido estudiado en las investigaciones sobre ancianidad de la última década. Centraré mi comentario en las siguientes proposiciones:

1. LA FAMILIA, FUENTE DE APOYO SOCIAL DE LOS ANCIANOS

El apoyo social es la disponibilidad de personas en quien el sujeto puede confiar o en quien puede descansar y que lo hacen sentirse cuidado y valorado como persona. Carmen Barros Lezaeta, socióloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ha investigado el tema de la calidad de vida y la ancianidad, y señaló que el apoyo social “es percibir que hay otros que se preocupan de uno y que están disponibles en caso de necesitarlos” (Barros Lezaeta, 2005).

En América Latina, las investigaciones sociológicas sobre el apoyo social a los ancianos analizan los parámetros de solidaridad intergeneracional y especialmente los diferentes tipos de apoyo entre los miembros de la familia (CEPAL-CELADE, 2003).

Gran parte de estos trabajos destacan la reciprocidad entre los ancianos y su familia. El apoyo social es considerado también como un intercambio de servicios entre padres e hijos. Las personas mayores no sólo suelen recibir ayuda, sino que ellas mismas constituyen una importante fuente de solidaridad intergeneracional. Pertenecer a una familia y valorizar todos sus miembros constituyen la base de la solidaridad.

El concepto de solidaridad intergeneracional expresa un valor proclamado desde distintos ámbitos. En 1999,

año que la Organización de las Naciones Unidas dedicó a las personas de edad avanzada, San Juan Pablo II escribió a sus 79 años, la “*Carta a los Ancianos*”. Dirigida a sus coetáneos, su estilo es confidencial y cercano. Refiriéndose a la solidaridad intergeneracional, San Juan Pablo II señaló:

“Los aspectos de la fragilidad humana, relacionados de un modo más visible con la ancianidad, son una llamada a la mutua dependencia y a la necesaria solidaridad que une a las generaciones entre sí porque toda persona está necesitada de la otra y se enriquece con los dones y carismas de todos” (San Juan Pablo II, 1999).

En 2004, la Pontificia Academia de Ciencias Sociales, fundada por San Juan Pablo II, realizó su X Sesión Plenaria, sobre el tema “Solidaridad intergeneracional, bienestar y ecología humana”. En ella se propuso ofrecer un conocimiento claro sobre los recientes cambios en las relaciones entre las generaciones y analizar sus efectos en los servicios sociales, tanto en países donde está desarrollado el estado de bienestar como en los que este último es mínimo o inexistente (Pontificia Academia de Ciencias Sociales, 2004).

Las Naciones Unidas han considerado la solidaridad intergeneracional con otro significado. El concepto fue uno de los núcleos de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002. Las Naciones Unidas, se refiere a la idea de “una sociedad para todas las edades”, es decir, una sociedad en la que personas de todas las edades puedan vivir y que sea capaz de dar respuesta a las necesidades de todos y procurar su bienestar. Se trata de una sociedad en la que se practica la solidaridad intergeneracional que implica relaciones que satisfagan las necesidades de todos. En este sentido, la noción de solidaridad intergeneracional se relaciona con la de “envejecimiento activo”.

Los resultados del Barómetro de las Personas Mayores realizado en ODSA avalan la tesis de la familia como fuente de apoyo social de los ancianos.

¿Cuál es el perfil de las personas mayores donde es más frecuente el déficit de apoyo?

1. En cuanto al déficit de *apoyo afectivo* es más frecuente “en primer lugar, entre *quienes viven solos* (41%). Le sigue los de estrato socioeconómico más bajo (24,7%)”. En tanto, entre los mayores de 60 años el promedio de déficit de apoyo afectivo es 19,2%.
2. Con respecto al déficit de *apoyo instrumental*: “La condición que más determina este tipo de déficit es *vivir solo* (70,9%) En tanto, entre los mayores de 60 años, el porcentaje es 41,1%.
3. En relación al déficit *informativo*: “Nuevamente, es *entre las personas que viven solas* donde se encuentran los valores más altos de este tipo de déficit (63,1%)”. Mientras que entre los mayores de 60 años, el promedio es 43,3%.

Según un estudio realizado en Chile en 2010, muchas personas mayores *eligen vivir solas* considerándolo un derecho digno de ser respetado por la familia (La Nación de Chile, 21-5-2010). Un adulto mayor que vive solo potencia ciertas habilidades relacionadas con la *autonomía*. Ello depende de distintas condiciones.

En España, el 87,3% de las personas mayores prefiere vivir en su casa aunque sea solos, según datos de la Encuesta a los mayores de 2010 (IMSERSO, 2010). Esto es también así para el 65% de la sociedad española. Los ancianos quieren seguir viviendo en su casa aún cuando necesiten ser cuidados.

Si bien la familia es el lugar por excelencia donde el anciano puede vivir, no se trata sólo de un lugar físico, sino del *conjunto de relaciones que constituye la familia*, ya sea que el anciano viva o no con quienes tiene vínculos de sangre. La cuestión radica en la *frecuencia de las relaciones con la familia*.

¿Quiénes cuidan a las personas mayores dependientes?

La literatura sobre gerontología ha mencionado un patrón jerárquico de preferencia ante la necesidad de cuidar a los ancianos, quienes recurren primero al cónyuge, luego a los hijos adultos, después a los parientes y finalmente a los amigos.

La categoría “redes sociales” suele utilizarse como indicador del apoyo social que reciben los ancianos y comprende la protección de la familia que vive con la per-

sona de edad avanzada, la ayuda de otros familiares que no conviven, y el papel de los “cuidadores”. En esta línea, se destacan las investigaciones de la socióloga Carmen Barros Lezaeta, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en lo referente al significativo rol del cónyuge y de las hijas.

En este sentido, se destacan las *redes familiares de apoyo social* y las *redes no familiares* (amigos, vecinos). Por otra parte, las *redes comunitarias* (organizaciones privadas y públicas, voluntarias, confesionales o no-confesionales) se basan en la pertenencia a un grupo y en la territorialidad; la cercanía geográfica o la vecindad.

La participación de las personas mayores en actividades voluntarias y en organizaciones de la sociedad civil contribuye a la creación de *redes comunitarias de apoyo*. Cuando el anciano vive solo y carece de *redes familiares de apoyo*, ¿son las *redes comunitarias* posibles generadoras de servicios de cuidados y apoyo?

En América Latina, la familia aparece como la principal proveedora de cuidados y las redes comunitarias colaborarían en menor medida.

2. EL APOYO SOCIAL, UNO DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL BIENESTAR EN LA VEJEZ

Carmen Barros Lezaeta señala que el apoyo social tiene un doble efecto sobre el bienestar: 1) permite que el individuo se sienta parte integrante de una comunidad de personas unidas por lazos de solidaridad, y 2) preserva y protege de los efectos de las condiciones de estrés.

El Barómetro de las Personas Mayores constata que el mayor *déficit de felicidad* se da entre las *personas mayores que viven solas* (21,8%). Este porcentaje es un poco más alto que entre los que tienen muchos problemas de salud (20%) y casi igual que entre los que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos (20,9%). En tanto, el promedio de los mayores de 60 años que declaran sentirse poco o nada feliz es 15,4%.

Si bien las personas mayores que se declaran muy felices se encuentran con más frecuencia entre las de estrato socio-económico alto, no sería posible reducir el tema de la felicidad sólo a la pertenencia a este estrato. Los resultados del Barómetro indican que el factor que más incide en la infelicidad (sentirse poco o nada feliz) es el hecho de vivir en un hogar unipersonal. A esto cabría agregar, la falta de proyectos, que “es una especificidad de las personas mayores” pues una de cada cuatro (25,5%) respondió que no puede pensar proyectos más allá del día a día. Entre quienes presentan este déficit, se destacan

los de estratos socioeconómicos más bajos, los que tienen muchos problemas de salud y los que viven solos.

Por otra parte ¿cuál es el tipo de hogar que más ayuda contra la infelicidad? Aquel donde conviven sólo personas mayores, especialmente, parejas de edad. Ello sugiere la incidencia de la viudez y de la soledad en los sentimientos de infelicidad y podría interpretarse de acuerdo con las conclusiones de estudios que señalan al cónyuge como principal proveedor de apoyo social de los ancianos.

El *sentimiento de soledad* entre *las personas mayores que viven solas* (27,3%) supera al encontrado entre las personas mayores del *estrato socioeconómico más bajo* (21%). Pero también, la percepción de la soledad disminuye drásticamente cuando mejora el estrato. Ello podría relacionarse con las mejores oportunidades de sociabilidad de los estratos más altos. En este sentido las redes sociales y comunitarias, contribuirían a menores sentimientos de soledad.

En la vejez, suele deteriorarse la salud, puede perderse la autonomía, es probable cierta soledad afectiva, a causa de la viudez. En ese momento, los vínculos familiares y los lazos sociales son esenciales para una buena ancianidad.

3. LA ESPIRITUALIDAD Y LA CONFIANZA EN DIOS, FACTOR ASOCIADO AL BIENESTAR EN LA ANCIANIDAD

Merece destacarse la inclusión de la “espiritualidad” como una dimensión significativa de las personas, y de los ancianos. Barros Lezaeta se refiere a la “religiosidad” como un conjunto de factores: sentido de la vida, sosiego, y paz espiritual, que se asocian a la calidad de vida en la ancianidad. La confianza en Dios y la espiritualidad asigna un nuevo significado a lo que nos acontece.

Los últimos años de la vida son una etapa de “*ascenso espiritual*”. Una *buena noticia* surge del Barómetro de las Personas Mayores: *la paz espiritual* es un bien que aumenta con la mayor edad. De este bien suelen beneficiarse más las mujeres que los varones, las personas de estratos altos y quienes no tienen problemas de salud. Sin embargo, entre los que tienen un estado de salud más crítico, hay dos tercios que declaran haber alcanzado paz espiritual.

La carencia de paz espiritual alcanza a una de cada tres *personas mayores que viven solas*. Nuevamente, el *déficit de “acompañamiento”* y de *“relación social”* aparece como lo más negativo para una buena ancianidad.

Barros Lezaeta, C. (2005): “Calidad de vida en el adulto mayor”. *Revista Cuestiones Sociales y Económicas*, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, UCA, año 3, nro.4, pp.18-42.

CEPAL-CELADE (2003): “Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores”. *Revista Notas de Población*, número especial. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE.

Cruz, A. y Pérez, L. (2003): The Elderly in Uruguay. *Volunteer Work and Civic Service Actors*. Instituto de Comunicación Social y Desarrollo (informe inédito).

IMSERSO (2010): *Encuesta Mayores 2010*. Disponible en: <http://www.imserso.es>.

Instituto de Política Familiar-IPF (2010): “Los mayores en España”. *Boletín Demográfico* On line, nro.7, dic. 2009-enero 2010.

López Trujillo, A. (2000): *Familia. Vida y nueva evangelización*. Navarra: Verbo Divino.

Pontificia Academia de Ciencias Sociales (2004): “Conclusiones sobre Solidaridad Intergeneracional, Bienestar y Ecología Humana”, *X Sesión Plenaria*, 29 de abril al 3 de mayo 2004.

San Juan Pablo II (1999): *Carta a los Ancianos*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas.

Yañez, Cecilia (21/5/2010): *Cada vez más adultos mayores prefieren vivir solos*. Periódico La Nación, Chile. Disponible en: <http://www.lanacion.cl/cada-vez-mas-adultos-mayores-prefieren-vivir-solos/noticias/2010-05-20/184941.html>



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.

13 Para mayor detalle sobre la muestra ver anexo metodológico Barómetro de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA, 2011, 2012, 2013, 2014)

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 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 resultaba significativa. Por tal motivo se optó por una mirada más estructural que analizara la situación de las personas mayores en el período completo 2010-2013.

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 per-

sonas 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). ODSA, 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- HÁBITAT, VIVIENDA Y DERECHO A LA CIUDAD

2.1.1 ACCESO A UNA VIVIENDA DIGNA		
VIVIENDA PRECARIA	Viviendas que por su estructura o materiales de construcción no cumplen con las funciones básicas de aislamiento hidrófugo, resistencia, delimitación de los espacios, aislación térmica, acústica y protección superior contra las condiciones atmosféricas	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que habitan casillas, ranchos o viviendas sin revoque en las paredes
TENENCIA IRREGULAR DE LA VIVIENDA	Posesión jurídica de la vivienda en la que los habitantes no son propietarios ni inquilinos. Suele corresponderse con préstamo de terceros o con la ocupación de hecho	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que no son propietarios ni inquilinos de la vivienda que habitan
DÉFICIT DE SERVICIO SANITARIO	Situación en la que una vivienda no cuenta con baño, retrete, o en caso de tenerlo carece de descarga mecánica o arrastre de agua	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares sin baño, retrete o descarga mecánica o arrastre de agua
HACINAMIENTO	Número elevado de personas por cuarto habitable, lo que afecta la salubridad y la privacidad de las personas	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares en cuyas viviendas conviven tres o más personas por cuarto habitable
CONDICIONES DE HABITABILIDAD	Viviendas que presentan uno o más indicadores de déficit (en la calidad de la vivienda, en el régimen de tenencia, en el servicio sanitario y/o en las condiciones de hacinamiento)	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que presentan uno o más indicadores de déficit
2.1.2 ACCESO A SERVICIOS DOMICILIARIOS DE RED		
DÉFICIT DE CONEXIÓN A LA RED PÚBLICA DE AGUA CORRIENTE	Carencia de conexión a la red pública de agua corriente, lo que constituye un factor de riesgo sanitario por la transmisión de patologías infectocontagiosas	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares cuyas viviendas no se encuentran conectadas a la red pública de agua corriente
DÉFICIT DE CONEXIÓN A LA RED CLOACAL	Carencia de conexión a la red de cloacas, lo que constituye un problema con consecuencias sanitarias de fuerte impacto epidemiológico	Porcentaje de personas de 60 años y más en viviendas sin conexión a la red cloacal
DÉFICIT DE CONEXIÓN A LA RED DE GAS NATURAL	Carencia de conexión a la red de gas natural domiciliaria, con consecuencias en la seguridad de quienes deben utilizar garrafas	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares cuyas viviendas carecen de conexión a la red de gas natural
DÉFICIT DE ACCESO A SERVICIOS DOMICILIARIOS DE RED	Viviendas que presentan uno o más indicadores de déficit (acceso a red de agua potable, acceso a red cloacal, acceso a red de gas natural)	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que presentan uno o más indicadores de déficit de acceso a servicios

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 inde-

pendientes 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

A

Adaszko, D. (2010): "Hábitat, salud y situación económica de los hogares". En Salvia *et al.*, 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*. Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA), UCA, pp.: 53-134.

_____ (2011): "Las condiciones habitacionales y de acceso a bienes y servicios urbanos en la Argentina 2010. Urbanización y desigualdad estructural". En Salvia *et al.*, Barómetro de la Deuda Social Argentina del Bicentenario. Serie del Bicentenario (2010-2016), Año I. Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA, pp. 37-87.

_____ (2012): "Condiciones de vida en el hábitat urbano". En Salvia *et al.*, Barómetro de la Deuda Social Argentina del Bicentenario. Serie del Bicentenario (2010-2016), Año II. Buenos Aires: ODSA, UCA, pp. 85-131.

Alborch, Carmen (2014): *Los placeres de la edad*. Barcelona: Espasa Libros.

Alfano, A.; Andrés, H.; Rodríguez Elénico, L. y Vitelli, M. (2007, junio): *Desafíos éticos en la práctica de la atención de adultos mayores*. Trabajo presentado en el Cuarto Congreso Panamericano de Gerontología y Geriátrica, Puebla, México.

Antequera Jurado, R. y Blanco Picabia, A. (2013): "Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano". En Salvarezza, L. (comp.), *La vejez. Una mirada gerontológica*, pp.95-124. Buenos Aires: Paidós.

Araya Gutiérrez, A. (2012): *Autocuidado de la salud*. Cartillas Educativas Calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Arlegui, M.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, Buenos Aires. Disponible en: www.gerontología.org.

B

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, nro.4, pp.18-42.

Bazo Royo, M.T. y García Sanz, B. (2006): *Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Panamericana.

Blaistein, N. y Salvia, A. (comps.) (2011): *Derechos sociales para todos y entre todos. Hacia una ciudadanía plena*. Buenos Aires: AMIA.

Botella, J. (2005): "La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores". En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 93-114. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

Bueno, B. y Navarro, A.B. (2004): "Afrontamiento y calidad de vida". *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 39 supl. 3, pp.31-37.

Buz Delgado, J. (2013): "Envejecimiento y soledad: la importancia de los factores sociales". En Cubillo, M. y Quintanar, F. (comps.), *Por una cultura del envejecimiento*. Puebla-México: CMUCH.

C

Caro, F. y Sánchez, M. (2005): "Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos". En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 457-488. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

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, F. y Aymerich, M. (2005): "Calidad de vida de las personas mayores". En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 117-144. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

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: <http://www.cepal.org/>.

_____ (2005): *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://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: <http://www.cepal.org/>.

_____ (2011): *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org/>.

CEPAL (2007, dic.): *Declaración de Brasilia*. Segunda 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: <http://www.cepal.org/>.

Constitución Nacional de la República Argentina (2004): Disponible en: www.senado.gov.ar.

D

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.

F

FAO-OMS (1994): *Situación de la seguridad alimentaria en América Latina*. Disponible en: <http://www.fao.org>.

Fernández Ballesteros R. y otros (1999): ¿Qué es la psicología de la vejez?. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fernández Ballesteros, R. (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.

G

Galvanovskis, A. y Villar, E. (2000): "Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el período de jubilación". *Geriatrka*, 16, pp. 40-47.

Gragnotati, M.; Rofman, R.; Apella, I. y Troiano, S. (2014): *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial.

Gastrón, L. (coord.) (2013): *Dimensiones de la representación social de la vejez*. Mar del Plata: EUDEM.

Gastrón, L., Lacasa, D. (2009): "La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según edad". *Población y Sociedad*, N°16, pp.3-28. Disponible en: <http://www.cevir.unlu.edu.ar>.

H

Hermida, P. y Stefani, D. (2011): "La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas". *Perspectivas en Psicología*, vol. 8, noviembre 2011, pp. 101 – 107.

Hurtis, S. (comp.) (2007): *Ver y vivir la ancianidad. Hacia el cambio cultural*. Buenos Aires: Fundación Navarro Viola.

I

Iacub, R. (2006): *Erótica y vejez: perspectivas de Occidente*. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2011): *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.

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

IMSERSO (2004): *Informe 2004: Las personas mayores en España*. 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. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

_____ (2014a): Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares ENGHo 2012/13. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar>.

_____ (2014b): Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares ENGHo 2012. Aspectos metodológicos. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar>.

Instituto de Política Familiar-IPF (2010): "Los mayores en España". *Boletín Demográfico* on line, nro.7, dic. 2009-enero 2010.

K

Kalache A. y Kickbusch I. (1997): A global strategy for healthy ageing. *World Health*, Jul-Aug. 50(4), pp. 4-5.

Krzemien, D.; Monchiatti, A. y Urquijo, S. (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), pp.183-210. Disponible en: <http://www.scielo.org>.

L

LARNA-SEMANA (2013): *Nuevos paradigmas del envejecimiento en América Latina*. Cuarta Conferencia Internacional Oxford Institute of Ageing. Santiago de Chile: CIEDESS.

León, D., Rojas M. y Campos F. (2011): *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

M

Mariluz, G. 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*. Buenos Aires: Centro de Documentación en Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social (GCBA).

Mazzeo, V. (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: <http://www.aacademica.com>.

Mella, R. et al (2004): "Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor". *Revista Psykhe*, vol.13, n°1, Santiago de Chile.

Moos, R.H. y Billings, A.G. (1982): "Conceptualizing and measuring coping resources and processes". En L. Goldberger y S. Breznitz (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, pp. 212-230. New York: The Free Press, A Division of Macmillan Inc.

N

Navarro, A., y otros (2007): "Jubilación y tiempo libre". En C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.

O

Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) (2005): *Barómetro de la Deuda Social Argentina, n° 1. Las grandes desigualdades*. Salvia, A. y Tami, F. (coord.). Buenos Aires: Universidad Católica Argentina.

_____ (2006): *Barómetro de la Deuda Social Argentina, n° 2. Las desigualdades persistentes*. Salvia, A. (coord.). Buenos Aires: Universidad Católica.

_____ (2007): *Barómetro de la Deuda Social Argentina, n° 3. Progresos sociales 2004-2006. Avances y retrocesos de una sociedad polarizada*. Salvia, A. y Lépre, S. (coord.). Buenos Aires: UCA.

_____ (2008): *Barómetro de la Deuda Social Argentina, n° 4. Índices de desarrollo humano y social: 2004-2007*. Salvia, A. (coord.). Buenos Aires: Bouquet Editores.

_____ (2009): *Barómetro de la Deuda Social Argentina, n° 5. La deuda social argentina: 2004-2008*. Salvia, A. (coord.). Buenos Aires: Bouquet Editores.

_____ (2010): *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*. Buenos Aires: UCA.

_____ (2011a.): *Barómetro de la Deuda Social Argentina, n° 7. Asimetrías en el desarrollo humano y social (2007/2010-2011). Progresos económicos en un contexto de vulnerabilidad persistente*. Salvia, A. (ed.). Buenos Aires: UCA.

_____ (2011b.): *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*, Salvia, A. (ed.). Buenos Aires: UCA.

_____ (2013): *Estimaciones de Tasas de Indigencia y Pobreza (2010-2012). Totales Urbanos*. Buenos Aires: UCA.

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

_____ (2014b.): *Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Hacia una Argentina para todas las edades: las personas mayores en la sociedad*. Buenos Aires: UCA.

OCDE (2006): *Live Longer, Work Longer*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Oddone, M.J. y Aguirre, M. (2005): "Impacto de la diversidad en el envejecimiento". *Psicólogos. Revista de Psicología*, Nro. Extraordinario: La vejez II. XV (15). Universidad Nacional de Tucumán.

Oddone, M.J. y Lynch, G. (2008): "Las memorias de los hechos socio-históricos en el curso de la vida". *Revista Argentina de Sociología*, año 6, nro.10. Disponible: <http://www.scielo.org.ar>.

Oddone, M.J. y Salvarezza, L. (2010): "Una mirada gerontológica sobre la vejez". Roisinblit, R. y colab., *Odontología para las personas mayores*, pp. 3-17. Buenos Aires: E-Book.

Oddone, M.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, Julio-Diciembre de 2012, pp. 117-139. México.

____ (2012b.): "Envejecimiento y familia en un contexto de cambio". *Revista de Ciencias Sociales*, N°81, agosto 2012. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires.

____ (2012c.): "Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión". *Revista Población, año 5, vol.9, sept.2012*. Argentina: 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, nro.9. Buenos Aires. Disponible en: <http://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, julio 2014, pp.82-90. Buenos Aires: UBA.

____ (2014b.): "Ancianas y cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales". *Cadernos de Pesquisa*, vol.44, N°152, pp.354-377. Sao Paulo.

OMS (2002): Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nro.37 (S2), pp. 74-105.

____ (1948): *Constitución de la Organización Mundial de la salud*. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitution-sp.pdf>.

____ (s/f): *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Disponible en: <http://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: http://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 Resol 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: <http://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: <http://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.

P

Pérez, L. (2005): "Envejecimiento y género". En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*, pp.71-92. Madrid: Pearson.

Pérez Díaz, J. (2004): *La Feminización de la Vejez*. Madrid: IMSERSO.

Pinazo, S. (2005): "El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores". En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*, pp.219-256. Madrid: Pearson.

Pírez, P. (2000): "Servicios urbanos y equidad en América Latina. Un panorama con base en algunos casos". CEPAL/ECLAC, Serie Medio Ambiente y Desarrollo, n° 26, Santiago de Chile, septiembre.

R

Repetto, F.; Potenza, F.; Marazzi, V. y Fernández, J.P. (2011): "Políticas y acciones orientadas a los adultos mayores". Documento de trabajo n° 75. Buenos Aires: CIPPEC. Disponible en: www.cippec.org.

Rodríguez Espínola, S. (2012): "Las maneras de afrontar la adversidad según el entorno social y económico. En A. Salvia (ed.), *Asimetrías en el desarrollo humano y social (2007/2010-2011): progresos económicos en un contexto de vulnerabilidad persistente*, pp.205-207. Buenos Aires: UCA.

Rojas M.; Campos E; Herrera S. y Fernández B. (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 - Caja Los Andes.

S

Salvarezza, L. (comp.) (2013): *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.

Salvia, A.; Tuñon, I. y Musante, B. (2012): *Informe sobre la Inseguridad Alimentaria en la Argentina. Hogares Urbanos. Año 2011*. Documento de trabajo del Observatorio de la Deuda Social Argentina. Buenos Aires: ODSA, UCA.

San Juan Pablo II (1999): *Carta a los Ancianos*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas.

Santrok, J. (2006): *Psicología del Desarrollo: el ciclo vital* (10° ed.). Madrid: Mc Graw Hill.

Stafford, J. y Rylko, S. (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: <http://www.redadultosmayores.com.ar/>.

Stefani, D. y Feldberg, C. (2006): "Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados". *Anales de Psicología*, vol.22, nro.2 (diciembre), pp. 276-272. España: Universidad Nacional de Murcia.

T

Triadó, C. y Villar, F. (coords.) (2007): *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.

V

Villar Posada, F. (2005): "El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento". En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 147-181. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

Y

Yujnosvsky, O. (1984): *Claves políticas del problema habitacional argentino 1955-1981*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Z

Zapata Fariás, H. (2001): "Adulto Mayor: participación e identidad". *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. X, n°1, Santiago de Chile.

