

Las personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Una problemática que debería ser reevaluada

Diagnóstico y recomendaciones de política pública

PUBLICACIÓN

Septiembre
2026

FUENTES PRIMARIAS

Estadísticas oficiales
y bibliografía citada

ENFOQUE TEMÁTICO

Personas mayores
y políticas públicas

ALCANCE TERRITORIAL

Ciudad de
Buenos Aires

LAS PERSONAS MAYORES EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: una problemática que debería ser reevaluada

CEPOES

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la jurisdicción con el índice de envejecimiento demográfico más elevado de la República Argentina [1]. El aumento sostenido en la expectativa de vida, junto con una pronunciada disminución de la natalidad, ha transformado drásticamente la pirámide poblacional urbana [1]. La tasa global de fecundidad en el territorio es de 1,1 hijos por mujer, un valor que es significativamente inferior al nivel de reemplazo poblacional mínimo [1]. Este fenómeno se produce de manera acelerada en la capital argentina, a diferencia del envejecimiento progresivo observado en las naciones desarrolladas europeas a lo largo de dos siglos. Esta situación genera interrogantes en relación con la sustentabilidad de los sistemas de previsión social, la cobertura de los servicios sanitarios y la infraestructura urbana de la ciudad.

Datos estadísticos del envejecimiento porteño

Según los datos de la Dirección General de Estadística y Censos y el Consejo Económico y Social de la Ciudad (CESBA), el 22,2% de los habitantes de CABA posee 60 años o más, según la Encuesta Anual de Hogares 2025 [9]. Esto representa una brecha sustancial respecto al promedio nacional del país, el cual se sitúa en torno al 16,2% [1]. Si se analiza el grupo etario de personas mayores de 65 años dentro de la estructura de hogares particulares, el porcentaje es del 17,2% de la población residente, según la Encuesta Anual de Hogares 2025 [9]. La distribución interna de este grupo etario revela:

Feminización de la vejez: El 60,7% del total de la población de la tercera edad en la Ciudad de Buenos Aires corresponde a mujeres [2]. Esa composición responde a la brecha en la esperanza de vida al nacer —83,4 años para las mujeres frente a 77,2 para los varones, según las proyecciones vigentes [2]—, brecha que combina factores biológicos con diferencias sociales en la exposición a riesgos, los hábitos y el uso de los servicios de salud.

Sobreenvejecimiento: Se identifica un crecimiento sostenido del subgrupo de vejez intermedia y avanzada, es decir, de las personas que superan los 75 y los 85 años: envejece la propia población mayor [1].

Heterogeneidad territorial: Los barrios que componen la zona norte de la Ciudad (como Recoleta, Belgrano y Palermo) registran proporciones de adultos mayores de manera considerablemente superior en comparación con los barrios del cordón sur, evidenciando una fuerte segregación socioeconómica y ambiental en la longevidad urbana [1, 2].

Análisis de la pirámide poblacional por comunas

El envejecimiento demográfico en CABA no es uniforme, sino que evidencia una marcada diferencia entre el norte y el sur de la jurisdicción, observándose pirámides de población por comunas que muestran diferencias, a saber:

Zona Norte (conocido como el modelo de pirámide regresiva u "ojiva"): las comunas de esta zona de la Ciudad —fundamentalmente la Comuna 2 (Recoleta), la Comuna 14 (Palermo) y la Comuna 13 (Belgrano, Núñez, Colegiales)— presentan una pirámide con bases extremadamente estrechas y cúspides ensanchadas [1]. El porcentaje de personas mayores de 60 años en Recoleta alcanza el 27,6% de la población de esa comuna, el índice de envejecimiento más alto del distrito, seguida por la Comuna 14 (26,1%) y la Comuna 13 (25,6%); el conjunto de la zona norte promedia el 26,3% [9]. Además combina una tasa global de fecundidad muy baja con una supervivencia selectiva en edades avanzadas debido a las mejores condiciones socioambientales y un acceso preferencial a servicios médicos de alta complejidad [1, 2].

Zona Centro-Oeste (conocido como el modelo de pirámide estacionaria o "de campana"): las comunas del centro geográfico de CABA —como la Comuna 6 (Caballito) y la Comuna 7 (Flores, Parque Chacabuco)— muestran una estructura demográfica madura y estabilizada, con un perfil vertical homogéneo en los tramos de edad joven y adulta y con una reducción gradual recién a partir de los 65 años [1]. La proporción de la tercera edad se sitúa en torno al promedio general de la Ciudad (22,2%) [9]. El crecimiento de este segmento está amortiguado por la migración interna de adultos jóvenes que se asientan allí por motivos laborales o académicos [3].

Zona Sur (o modelo de pirámide progresiva u "asentada"): está integrada prioritariamente por la Comuna 8 (Villa Soldati, Villa Riachuelo, Villa Lugano) y la Comuna 4 (La Boca, Barracas, Parque Patricios, Nueva Pompeya) y presenta una configuración sustancialmente más joven [1]. La pirámide evidencia bases más anchas que denotan niveles de natalidad superiores a la media de la capital, junto con un adelgazamiento prematuro de las cohortes superiores [1]. En la Comuna 8, el segmento de mayores de 60 años desciende al 15,0% de la población total, el valor más bajo de la Ciudad, mientras que la Comuna 4 registra un 17,8% [9]. La menor proporción de población de la tercera edad responde a una menor esperanza de vida promedio al nacer y a condiciones de vulnerabilidad socioeconómica que limitan la longevidad en comparación con el eje norte [1, 2].

CONDICIONES DE VIDA, HÁBITAT Y VULNERABILIDAD ECONÓMICA

Situación económica en la actualidad

La jubilación mínima en la Argentina apenas llega a cubrir entre el 25% y el 30% de la Canasta Básica de los Jubilados (o de la Tercera Edad) en 2026 [4]. Esta profunda brecha se debe principalmente al congelamiento crónico del bono de refuerzo y al elevado costo de vida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y sus alrededores, impulsado fuertemente por los gastos en medicamentos, alimentos y vivienda [4].

El costo de vida de las Personas Mayores (CABA y centros urbanos)

Existen dos mediciones clave vigentes en 2026 para entender el costo de vida:

Canasta Básica de los Jubilados (Defensoría de la Tercera Edad): En su medición de marzo de 2026, la canasta calculada a nivel nacional (con fuerte peso en CABA y el conurbano) alcanzó los \$1.824.682 [4]. Los rubros con mayor impacto mensual fueron medicamentos (\$503.600), alimentación (\$410.640), vivienda (\$360.150) y servicios (\$151.350) [4].

Canasta de Consumo para Adultos Mayores (Defensoría del Pueblo de CABA): En su medición de junio de 2026 —la última publicada— el organismo porteño estimó que una pareja de jubilados requiere \$1.639.508 mensuales si cuenta con vivienda propia, y \$2.422.868 si debe pagar un alquiler en la Ciudad [5]. En esta última variante, el rubro alquiler, expensas y servicios concentra \$1.335.378, seguido por alimentos (\$610.507), cuidado personal y ropa (\$228.750), salud y farmacia (\$179.611) y mantenimiento del hogar (\$68.623) [5].

El Haber Mínimo más el Bono en 2026

Bajo la fórmula de movilidad previsional basada en la inflación del INDEC (con dos meses de rezago), el haber mínimo jubilatorio de ANSES ha ido registrando incrementos mensuales [4]. Sin embargo, el bono extraordinario se mantiene congelado en \$70.000 desde marzo de 2024, licuando de forma severa el poder de compra real de quienes menos perciben [4]. La evolución de los ingresos brutos mínimos en los meses de 2026 se conforma de la siguiente manera:

Julio 2026: \$411.989,33 (haber base) + \$70.000 (bono) = \$481.989,33 en total [4].

Agosto 2026: \$419.775,92 (haber base) + \$70.000 (bono) = \$489.775,92 en total [4].

Septiembre 2026: \$428.633,20 (haber base con aumento del 2,1%) + \$70.000 (bono) = \$498.633,20 en total [4]. Cabe señalar que el haber mínimo no constituye el piso efectivo del sistema: en agosto de 2026 la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM) ascendió a \$405.820,74 con bono incluido, y la pensión no contributiva por vejez o invalidez a \$363.843,14 [11].

Contraste y Brecha Económica

Ambas mediciones no son directamente comparables entre sí y conviene explicitarlo. La de la Defensoría de la Tercera Edad corresponde a una persona sola; la de la Defensoría del Pueblo porteña, a una pareja, lo que equivale a \$819.754 por persona. La canasta individual resulta así 2,2 veces la per cápita porteña, y casi toda la diferencia se concentra en un solo rubro: la primera imputa \$503.600 mensuales en medicamentos —el 28% de su canasta— mientras la segunda imputa \$179.611 de salud y farmacia para dos personas. Esa distancia metodológica es en sí misma un dato: mide cuánto pesa el medicamento en la estructura de gasto de la vejez y qué ocurre cuando su cobertura deja de ser universal. Al cruzar los ingresos de agosto de 2026 (\$489.775,92) con ambas canastas, tomadas en su última medición disponible, se evidencian las siguientes realidades:

Concepto de Costo de Vida	Monto de la Canasta	Cobertura de la Jubilación Mínima con Bono
Canasta Individual del Jubilado (Defensoría Tercera Edad)	\$1.824.682	Cubre el 26,8% del valor de marzo de 2026. Medido mes contra mes, en marzo el haber mínimo con bono (\$450.286) cubría el 24,7% [4].
Canasta de Pareja Mayor con Vivienda Propia (CABA)	\$1.639.508	El ingreso sumado de dos jubilaciones mínimas (\$979.552) cubre el 59,7% con vivienda propia y sólo el 40,4% si la pareja alquila [5].

El contraste matemático demuestra que el haber mínimo básico con el bono incluido en 2026 ha quedado relegado por debajo de las líneas elementales de pobreza para este grupo etario [4]. Tan es así que el gasto en un solo rubro, como medicamentos (\$503.600) o alimentos (\$410.640), es capaz

de consumir por completo el ingreso mensual de un adulto mayor [4]. La condición habitacional, por su parte, define por sí sola diecinueve puntos de cobertura: una pareja con dos haberes mínimos cubre el 59,7% de la canasta si es propietaria y el 40,4% si alquila [5].

La dimensión nacional del sistema previsional y de cobertura médica para adultos mayores en Argentina está articulada por el esquema de movilidad indexada, el otorgamiento de refuerzos de ingresos y la asistencia financiera de emergencia ante crisis operativas. A continuación, se detalla la situación estructural y de coyuntura para cada uno de los componentes mencionados:

Moratoria Previsional: Tras el vencimiento y restricciones sobre la Ley 27.705 (Plan de Pago de Deuda Previsional), la falta de un régimen de moratoria masivo y flexible provocó que las nuevas altas jubilatorias disminuyeran de forma drástica, cayendo prácticamente a la mitad en comparación con periodos anteriores.

Bono Extraordinario: El bono de refuerzo previsional para los haberes mínimos se mantiene congelado en \$70.000 [4]. Esto genera una licuación del poder de compra real del beneficio y hace que el aumento de bolsillo percibido por el jubilado sea menor al porcentaje inflacionario [4]. Aquellos beneficiarios que superan el haber mínimo pero cobran menos que el tope unificado (mínima + bono) reciben un plus proporcional hasta alcanzar la cifra máxima consolidada. Este refuerzo se liquida mensualmente y abarca tanto a jubilados del régimen general del SIPA como a titulares de la PUAM y de Pensiones No Contributivas (PNC).

Movilidad Jubilatoria: De acuerdo con el régimen de movilidad dispuesto por el Decreto 274/2024, los haberes se actualizan todos los meses utilizando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) del INDEC con dos meses de rezago. En agosto el haber mínimo básico se ubicó en \$419.775,93 (total de \$489.775,93 con bono) y en septiembre se elevó a \$428.633,20 (ingreso total de \$498.633,20 debido al 2,1% del IPC de julio) [4]. Aunque los haberes puros copian la inflación, el congelamiento del bono de \$70.000 genera una caída real acumulada del haber mínimo consolidado del 9,3% respecto de noviembre de 2023 [10]. El propio bono perdió el 57% de su poder de compra desde marzo de 2024: para conservar su valor inicial debería ubicarse en \$162.897 en septiembre de 2026 [10]. Como consecuencia, pasó de representar el 29% del haber total a apenas el 16% [10].

Financiamiento del PAMI: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados atraviesa una crítica situación financiera debida a deudas acumuladas con clínicas, farmacias y laboratorios, lo que generó cortes intermitentes en servicios médicos y entrega de medicamentos. Ante reclamos sectoriales y fallos de la Justicia Federal que exigían regularizar deudas en un lapso de 72 horas, el Ministerio de Economía elaboró la resolución conjunta 26/2026 para implementar una asistencia financiera de emergencia. El auxilio se canalizó mediante una ampliación de deuda por \$580.270 millones bajo un esquema de aportes reintegrables mediante Letras del Tesoro, distribuidos en tres tramos (fines de julio, agosto y septiembre), con la obligación legal de que el PAMI devuelva los fondos al Tesoro Nacional dentro del mismo ejercicio fiscal.

Configuración del hogar y entorno habitacional

El Observatorio Metropolitano del Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo (CPAU) indica que aproximadamente el 97% de los adultos mayores residentes en CABA viven en hogares particulares (casas o departamentos), mientras que solo cerca del 3% se encuentra institucionalizado en residencias de larga estadía o geriátricos [3]. A nivel habitacional, la Ciudad se distingue del resto del país por el peso del departamento: según el Censo 2022, el 73,7% de las viviendas particulares de CABA son departamentos, el 22,6% casas y el 3,7% viviendas precarias [8]. Sólo las comunas 8 (54,2% de casas) y 9 (53,1%) registran más casas que departamentos, mientras que en la Comuna 2 los departamentos alcanzan el 96,5% [8]. Esa forma de habitar —edificios en altura, escaleras, ascensores antiguos y expensas indexadas— define buena parte de las barreras de accesibilidad y del costo de sostener la vivienda en la vejez.

Vivir solo es, en la Ciudad, una condición extendida y marcadamente femenina. Según la Encuesta Anual de Hogares, casi el 40% de las personas mayores residentes en hogares particulares vive en hogares unipersonales, con una brecha de género pronunciada: el 45,9% de las mujeres de 65 años y más vive sola, frente al 26,3% de los varones [2]. Ese indicador debe distinguirse de la proporción de hogares unipersonales sobre el total de hogares, que mide un universo distinto: en 2025 alcanzó el 39,7% en el conjunto de la Ciudad, con 48,7% en la zona norte, 39,2% en el centro y 31,0% en el sur, y valores extremos del 55,4% en la Comuna 2 y del 22,3% en la Comuna 8 [9]. Ambas mediciones apuntan en el mismo sentido: la vejez en soledad se concentra en el norte, donde el envejecimiento es más alto y los hogares más pequeños, mientras que en el sur predominan los hogares con más integrantes y una pirámide poblacional más joven.

A nivel del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el presupuesto destinado de manera específica a la tercera edad se canaliza mediante la Secretaría de Bienestar Integral. A nivel de presupuesto consolidado, esta área de Bienestar Integral no funciona con autonomía total de giro, sino que sus fondos están supeditados de manera centralizada a las partidas del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. En términos nominales, el presupuesto social de la ciudad se incrementó en línea con las proyecciones anuales, alcanzando un aumento nominal del 17,7%. Sin embargo, auditorías y análisis de centros económicos revelan que el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat enfrenta un ajuste real en comparación con periodos previos, registrando caídas en términos reales de cara a la reestructuración general de las partidas de inversión. Las modificaciones presupuestarias dictadas durante el ejercicio reasignan fondos continuamente para compensar el impacto de la inflación. Históricamente, el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat es uno de los ministerios con mayor porcentaje de ejecución anual, habitualmente superando el 90% de su crédito vigente al cierre de cada ciclo fiscal en sus programas asistenciales directos. En el transcurso del año, las partidas de Bienestar Integral se han ido modificando a través de resoluciones internas para reajustar los subsidios asignados a los Centros de Jubilados y los gastos de funcionamiento de los dispositivos asistenciales de la tercera edad.

Capacidad instalada en residencias de larga estadía

La creciente demanda de cuidados institucionales de largo plazo presiona de forma crítica la infraestructura de residencias de larga estadía en la Ciudad. Este sector exhibe una marcada brecha entre la oferta pública gratuita y la oferta privada comercial.

El déficit del sector público: El sistema público de residencias de larga estadía administrado por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta una saturación estructural crónicamente alta [6]. La red de hogares públicos y de gestión asociada dispone de aproximadamente 2.500 plazas totales distribuidas en establecimientos emblemáticos y convenios específicos [6]. Esta oferta resulta insuficiente para cubrir el universo potencial de adultos mayores con dependencia funcional severa y sin red de contención familiar o recursos económicos en CABA [1]. Como consecuencia, las listas de espera institucionales promedian demoras de entre 6 y 14 meses para conseguir una vacante, forzando a las familias a mantener al adulto mayor en el hogar sin la asistencia profesional adecuada.

El mercado privado y la fragmentación socioeconómica: Para mitigar el déficit del sector estatal, la Ciudad cuenta con una red privada de más de 600 establecimientos residenciales autorizados, los cuales se segmentan nítidamente según la capacidad de pago del grupo familiar:

Residencias Premium (Eje Norte - Comunas 2, 13 y 14): Centros médicos gerontológicos con infraestructura de hotelería de alta categoría, actividades de estimulación cognitiva avanzada y personal multidisciplinario permanente. Las tarifas mensuales en este sector consolidan pisos que oscilan entre los \$1.800.000 y \$3.500.000 pesos, resultando altamente restrictivos.

Residencias Intermedias y Económicas (Eje Centro y Sur): Orientadas a la cobertura mediante convenios o subsidios parciales. Enfrentan dificultades financieras severas para sostener los estándares exigidos por las normativas vigentes debido al desajuste entre los aranceles cobrados y la inflación de costos médicos.

La habilitación y control de estos espacios se rige por leyes locales estrictas destinadas a garantizar la seguridad física y los derechos humanos de los residentes. La falta de plazas accesibles alimenta un mercado informal de residencias no declaradas que funcionan en casas particulares reacondicionadas. Estos sitios eluden los controles fiscales y exponen a los adultos mayores a situaciones de hacinamiento, precariedad edilicia y vulnerabilidad de derechos fundamentales.

Análisis comparativo de la cobertura médica pública y privada

La Ciudad de Buenos Aires presenta el mayor nivel de cobertura formal de salud del país para su población general, una condición que se vuelve prácticamente universal al alcanzar el umbral de los 65 años [1]. No obstante, el sistema de salud porteño funciona de manera fragmentada bajo tres subsistemas diferenciados [1]:

El Subsistema de Obras Sociales (El rol central de PAMI): El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) constituye el principal asegurador de salud para esta población en la Ciudad, cubriendo a más del 70% de los adultos mayores residentes [1]. La cobertura para medicamentos ambulatorios generales de uso común tienen descuentos parciales que oscilan entre el 50% y el 80% de cobertura para patologías crónicas (comunes entre las personas de la 3ra. Edad) y 40% de cobertura para medicamentos de uso eventual. Los afiliados que no pueden afrontar el elevado precio de los medicamentos tienen la posibilidad limitada de acceder al Subsidio Social si cumplen con los requisitos de haberes que no deben superar 1,5 haberes mínimos. Esta situación indica una clara disminución de los beneficios de los afiliados respecto a años anteriores. Es de destacar que la alta prevalencia de las patologías que afectan a los adultos mayores obviamente no se correlaciona con el nivel de ingreso. A esto debe agregarse que, aun tratándose de afiliados con ingresos por encima del mínimo, los haberes son insuficientes para sostener los tratamientos. El punto de fondo es que el acceso al medicamento dejó de operar como un derecho asociado a la condición de afiliado y pasó a funcionar como un subsidio sujeto a comprobación de medios: al tope de 1,5 haberes mínimos se suman requisitos patrimoniales —no contar con cobertura prepaga, no poseer más de un inmueble, no registrar vehículos de menos de diez años de antigüedad ni activos societarios—, con una excepción por razón social cuando el tratamiento indicado representa el 15% o más de los ingresos del afiliado [12].

El Subsistema de Medicina Prepaga y Mutuales (Sector Privado): Aproximadamente el 17,7% de la población adulta mayor en CABA canaliza su cobertura a través de planes de medicina prepaga privados o mutuales corporativas, concentrándose fundamentalmente en el corredor norte de la ciudad [1]. Los incrementos drásticos en las cuotas de afiliación ejercen un impacto severo en este sector. Para una pareja de adultos mayores, sostener una cobertura médica prepaga privada regular puede requerir un desembolso que eleva su costo de vida mensual total a \$2.749.141 pesos. El fenómeno inflacionario ha forzado a un segmento considerable de adultos mayores de sectores medios a realizar un "descenso" de categoría contractual o directamente a darse de baja del sistema privado, recurriendo a las redes del Estado.

El Subsistema Público (Red de Hospitales del GCBA): El sistema de salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, compuesto por los Hospitales de Agudos y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), absorbe de manera directa a la población mayor que carece de cobertura formal o que ha quedado desamparada por los costos del sector privado [1]. La migración forzada de usuarios desde el subsistema privado y de obras sociales hacia los efectores públicos ha sumado una

presión asistencial sin precedentes sobre la red de hospitales estatales de CABA. Mientras que en el norte de la ciudad los adultos mayores combinan PAMI con sanatorios privados, en la zona sur el hospital público se constituye como la única barrera de contención frente a las patologías crónicas no transmisibles [1].

Salud mental, deterioro cognitivo y redes de contención psicológica

La intersección entre la longevidad avanzada y la salud mental constituye uno de los desafíos sanitarios más complejos de la ciudad, correlacionando de manera directa con una mayor incidencia de trastornos neurocognitivos y padecimientos afectivos:

Prevalencia del deterioro cognitivo y la Enfermedad de Alzheimer: A nivel nacional y con un impacto concentrado en la estructura demográfica envejecida de CABA, se estima que el 23,2% de las personas mayores de 60 años presenta algún grado de deterioro cognitivo [7]. Esta prevalencia se comporta de manera exponencial conforme avanza la edad cronológica: afecta al 16,9% del subgrupo de entre 60 y 69 años; se eleva al 23,3% en la cohorte de 70 a 79 años, y escala críticamente hasta alcanzar al 42,5% de los adultos mayores de 80 años [7]. La Enfermedad de Alzheimer (EA) representa la causa principal de demencia progresiva, siendo responsable de entre el 60% y el 70% de los casos totales de trastornos neurocognitivos diagnosticados en el distrito [7]. Específicamente en la población que supera los 80 años, el 20% padece esta afección neurodegenerativa [7]. En concordancia con los perfiles demográficos de feminización de la vejez analizados previamente, la manifestación de patologías neurodegenerativas es significativamente mayor en mujeres, estimándose que dos de cada tres pacientes con Alzheimer pertenecen al sexo femenino debido a factores biológicos y a su mayor expectativa de vida [7].

Trastornos afectivos y el impacto del aislamiento social: Paralelamente a las patologías de origen orgánico, los trastornos del estado de ánimo —principalmente la depresión y los cuadros de ansiedad generalizada— muestran tasas elevadas en las Personas Mayores de la capital. Se calcula que la depresión está presente en el 27,5% de los individuos que ya transitan un deterioro cognitivo, actuando frecuentemente de forma bidireccional [7]. El aislamiento social severo derivado del incremento de hogares unipersonales en CABA, los déficits sensoriales no corregidos y la polifarmacia operan como detonantes clínicos de sintomatología psicótica secundaria, afectando fuertemente la autonomía y elevando las tasas de mortalidad a mediano plazo.

Redes de contención psicológica y apoyo al cuidador: La infraestructura de asistencia en salud mental en CABA se despliega bajo una lógica de atención mixta, aunque enfrenta barreras de accesibilidad y una alta demanda de contención para el entorno familiar:

Dispositivos Públicos del GCBA: La atención formal se canaliza a través de los servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales de Agudos y centros monovalentes, complementados por talleres de estimulación de la memoria y prevención del declive cognitivo operados en la red de Centros de Día.

El Rol de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs): Ante la saturación del sistema general, entidades civiles especializadas como la Asociación Alzheimer Argentina y programas universitarios como el PRONADIAL de la Facultad de Medicina de la UBA resultan fundamentales [7]. Estas redes proveen grupos de apoyo mutuo y asistencia terapéutica orientada a mitigar el "síndrome del cuidador quemado" [7].

El Impacto en el Entorno Familiar: Dado que el cuidado de pacientes con demencias avanzadas recae mayoritariamente en redes informales intrafamiliares, el estrés crónico y la carga económica asociada generan un desgaste psíquico profundo en los convivientes, consolidando la necesidad de expandir las políticas de respiro e intervención psicológica domiciliaria en todas las comunas de la

Ciudad [7].

TABLA 1: COMPARATIVA DE COBERTURA MÉDICA EN PERSONAS MAYORES (CABA)

Dimensión de Análisis	Subsistema Público (Hospitales GCBA)	Obra Social (PAMI / Estatales)	Medicina Prepaga (Privado)
Población usuaria principal	Adultos mayores sin cobertura o residentes del cordón sur [1].	Concentra más del 70% de los jubilados de la Ciudad [1].	Adultos de ingresos altos del corredor norte [1].
Costo financiero directo	Gratuito en el punto de atención.	Descuento directo sobre el haber previsional.	Cuotas privadas indexadas de alto impacto mensual [1].
Tiempo de respuesta para especialistas	Variable, con alta saturación en turnos programados.	Prolongado (60 a 90 días en promedio por sistema de cápitax).	Rápido a intermedio, supeditado a la cartilla médica de la empresa.
Cobertura en medicamentos	Sujeto a vademécum público formal y stock en farmacia hospitalaria.	Cobertura limitada en medicamentos crónicos esenciales [1].	Descuento regular (40%-50%), según el plan.

TABLA 2: RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA EN EL ENTORNO URBANO (CABA)

Dimensión de Análisis	Red Pública / Gestión Asociada	Sector Privado Tradicional (Medio)	Residencias Premium (Alta Complejidad)
Disponibilidad de vacantes	Críticamente baja (listas de espera prolongadas) [6].	Intermedia, sujeta a disponibilidad de plazas comunes.	Inmediata o con rotación programada.
Costo mensual aproximado	Gratuito (absorbido por presupuesto GCBA) [6].	\$850.000 a \$1.500.000 pesos mensuales.	\$1.800.000 a \$3.500.000+ pesos mensuales.
Perfil del usuario	Adultos vulnerables sin recursos ni red de cuidado [6].	Jubilados con aportes medios y soporte familiar.	Sectores de altos ingresos o cobertura premium.
Principales desafíos	Expandir la infraestructura y reducir la espera [6].	Sostener la calidad edilicia ante crisis de costos.	Retención de personal especializado y médico.

En resumen, el análisis integral sobre la situación de las Personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires permite identificar los siguientes nudos críticos y proyecciones de cara a la consolidación de su transición demográfica avanzada: Desafíos demográficos y segregación territorial; Crisis de ingresos y el costo de la vida urbana; Saturación del sistema de salud y de cuidados crónicos; El reto invisible de la salud mental y neurodegenerativa.

CONCLUSIONES

Considerando que el fenómeno central de la situación de las Personas Mayores en CABA es el envejecimiento demográfico acelerado y desigual, desde la perspectiva de las políticas públicas, el problema adquiere relevancia política debido a tres factores críticos:

Velocidad del cambio estructural: A diferencia de Europa, que envejeció a lo largo de dos siglos, en CABA el proceso es abrupto, combinando una tasa de fecundidad extremadamente baja con un

aumento de la longevidad avanzada (+75 y +85 años) [1]. Esto reduce el margen de planificación estatal.

Feminización de la vejez: El 60,7% de esta población son mujeres, con una esperanza de vida de 83,4 años frente a los 77,2 de los varones [2]. Esto exige incorporar un enfoque de género transversal, ya que las trayectorias laborales femeninas suelen ser más informales, derivando en mayor desprotección previsional en la vejez [2].

Segregación territorial (Heterogeneidad): Existe una clara fractura norte-sur [1, 3]. Las comunas del norte (Recoleta, Palermo, Belgrano) presentan pirámides regresivas con un 26% de adultos mayores y alta supervivencia selectiva [1]. El cordón sur (Comunas 4 y 8) registra apenas entre el 13% y 14% de adultos mayores, asociado a peores condiciones socioambientales y menor esperanza de vida [1]. El territorio determina, por lo tanto, la urgencia y el tipo de intervención requerida [3].

Como factores de Presión sobre la Capacidad Institucional, el documento expone cómo la crisis macroeconómica de 2026 impacta directamente sobre las herramientas de política pública vigentes, generando "cuellos de botella" institucionales:

Insuficiencia Presupuestaria y de Ingresos

Brecha Previsional: La jubilación mínima consolidada con bono (\$489.775,92 en agosto de 2026 y \$498.633,20 en septiembre) cubre el 26,8% de la Canasta Básica Individual del Jubilado de marzo (\$1.824.682); medida mes contra mes en marzo, la cobertura era del 24,7% [4]. Para una pareja con dos haberes mínimos, la cobertura de la canasta porteña es del 59,7% con vivienda propia y del 40,4% si alquila [5].

Pérdida de poder adquisitivo: El congelamiento del bono extraordinario en \$70.000 desde marzo de 2024 generó una caída real del 9,3% del haber mínimo consolidado respecto de noviembre de 2023, y una pérdida del 57% en el poder de compra del propio bono [10].

Impacto en políticas de empleo: Esta insuficiencia de ingresos se refleja en una tasa de empleo del orden del 17% entre los adultos mayores de la Ciudad, que permanecen en el mercado laboral por necesidad económica [2].

B. Restricciones en la Arquitectura Institucional de CABA

Dependencia Jerárquica: La Secretaría de Bienestar Integral de CABA carece de autonomía total de giro; sus fondos están supeditados centralizadamente al Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat.

Ajuste Fiscal Real: Aunque el presupuesto nominal aumentó un 17,7%, los análisis económicos revelan un ajuste real en las partidas de inversión de dicho ministerio. El Estado local debe modificar continuamente sus partidas mediante resoluciones internas para compensar la inflación y sostener los subsidios a los Centros de Jubilados.

Las políticas públicas exigen observar la interacción entre el nivel nacional, el local y el sector privado:

Tensión Nación-Ciudad en el Sistema Previsional: El fin de la moratoria amplia (Ley 27.705) dictada a nivel nacional redujo a la mitad las nuevas altas jubilatorias. Al limitar el acceso previsional nacional, el impacto de contención social se traslada de manera directa al presupuesto asistencial del Gobierno de la Ciudad.

El Estrés Financiero del PAMI: Como principal asegurador público (cubre a más del 70% de los jubilados de CABA), el PAMI enfrenta deudas críticas con clínicas y laboratorios [1]. Esto obligó al

Ministerio de Economía de la Nación a ejecutar un "rescate" de emergencia mediante Letras del Tesoro por \$580.270 millones. La reducción de beneficios en medicamentos (ahora condicionados a no superar 1,5 haberes mínimos para subsidio total) incrementa el gasto de bolsillo del jubilado.

Falla de Mercado y Migración al Sistema Público: La desregulación de las cuotas de medicina prepaga expulsó a los sectores de ingresos medios del sistema privado [1]. Este fenómeno genera un traspaso masivo de usuarios hacia la red de Hospitales Públicos del GCBA y los CeSAC, saturando la oferta estatal que ya funcionaba con alta presión asistencial [1].

En lo que respecta a la evaluación de Déficit en Servicios Públicos Esenciales, el documento revela dos áreas críticas donde la oferta pública se ve superada por la demanda social:

Infraestructura de Cuidados de Larga Estadía: Existe una severa insuficiencia en la red pública de residencias gratuitas, que apenas cuenta con 2.500 plazas totales para toda la ciudad [6]. Esto genera listas de espera de 6 a 14 meses para Personas Mayores con dependencia funcional severa [6]. Como contrapartida, el mercado privado se encuentra nítidamente fragmentado: residencias premium en el norte con costos restrictivos y un mercado informal/clandestino de residencias no declaradas que elude los controles fiscales y vulnera los derechos humanos de los residentes.

Salud Mental y el "Reto Invisible": El 23,2% de los mayores de 60 años en CABA presenta algún grado de deterioro cognitivo, cifra que trepa al 42,5% en mayores de 80 años (donde el Alzheimer afecta al 20% de esa cohorte) [7]. El Estado local carece de un sistema formal de cuidados domiciliarios. Al recaer el cuidado en redes informales intrafamiliares, se produce el "síndrome del cuidador quemado" y un desgaste psíquico profundo en las familias, lo que evidencia la falta de políticas de respiro o subsidios de cuidado domiciliario extendidos [7].

RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS

Para superar los nudos críticos identificados, la política pública de CABA debería reorientarse bajo los siguientes lineamientos:

Rediseño Presupuestario con Enfoque Territorial: Descentralizar y dotar de mayor autonomía financiera a la Secretaría de Bienestar Integral, priorizando la inversión en infraestructura socio-sanitaria en las Comunas del cordón sur (Comunas 4 y 8) para reducir la brecha de longevidad urbana [1, 3].

Regularización y Expansión del Sistema de Cuidados: Crear un Registro y Sistema de Subsidios para Cuidados Domiciliarios que formalice este trabajo, y diseñar un plan de contingencia conjunto (GCBA-Privados) para fiscalizar las residencias clandestinas, facilitando la reconversión o ampliación de plazas intermedias accesibles [6].

Articulación de una Red Metropolitana de Salud Mental: Fortalecer la atención en los CeSAC y Hospitales de Agudos mediante programas específicos para el deterioro cognitivo y el Alzheimer, ampliando los convenios de gestión asociada con ONGs especializadas y universidades (como el PRONADIAL de la UBA) para descentralizar los talleres de memoria y el apoyo al cuidador informal [7].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires [CESBA]. (2025). Buenos Aires enfrenta un desafío demográfico: el envejecimiento poblacional y sus implicaciones. Comisión de Trabajo y Seguridad Social. CESBA

[2] Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [IDECBA]. (2025). Envejecimiento de la población: Análisis demográfico de la Encuesta Anual de Hogares (EAH). Jefatura

de Gabinete de Ministros, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. IDECBA

[3] Tejido Urbano. (2026). Hogares unipersonales en la Ciudad de Buenos Aires: aportes, desafíos y perspectivas para un fenómeno en crecimiento. Foco Demográfico. Tejido Urbano

[4] Defensoría de la Tercera Edad. (2026). Medición de la Canasta Básica de los Mayores en centros urbanos: Brecha previsional en el haber mínimo. Asociación Civil Gerontovida. Gerontovida

[5] Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2026). Aumentos en la Canasta de Consumo para Adultos/as Mayores e Índice de Precios de Medicamentos (IPM). Monitor de Derechos de la Defensoría del Pueblo CABA. Defensoría del Pueblo CABA

[6] Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [GCBA]. (2025). Hogares de residencia permanente para personas mayores: Capacidad instalada y admisiones. Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. Buenos Aires Ciudad

[7] Asociación Alzheimer Argentina & Universidad de Buenos Aires. (2024). Programa Nacional de Docencia e Investigación en Alzheimer y Otras Demencias (PRONADIAL). Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA. UBA Medicina

[8] Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [IDECBA]. (2024). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Viviendas y hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Informe de resultados N.º 1877. Dirección General de Estadística y Censos, GCBA.

[9] Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [IDECBA]. (2026). Características de la población y los hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Encuesta Anual de Hogares 2025. Informe de resultados N.º 2041. Dirección General de Estadística y Censos, GCBA.

[10] Chequeado. (2026). Jubilaciones en septiembre de 2026: la mínima con bono pierde 9,3% frente a noviembre de 2023. Serie elaborada sobre haberes de ANSES deflactados por IPC-INDEC.

[11] Administración Nacional de la Seguridad Social [ANSES]. (2026). Haberes previsionales vigentes: haber mínimo, PUAM y pensiones no contributivas. Actualización de agosto de 2026, Decreto 274/2024 de movilidad.

[12] Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados [PAMI]. (2026). Cobertura de medicamentos: vademécum, porcentajes de cobertura y subsidio social por razones sociales. www.pami.org.ar/medicamentos