



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

Impacto del incremento en la esperanza de vida de la población en las políticas públicas de salud en América Latina

AUTORA:

Méndez Cedeño, Mariela Elizabeth

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

Guayaquil, Ecuador

2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Psicóloga Clínica, Mariela Elizabeth, Méndez Cedeño**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

REVISOR

Ing. Miguel Bustamante Ubilla, Ph.D.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez L, Mgs.

Guayaquil, a los 18 días del mes de septiembre del año 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Mariela Elizabeth, Méndez Cedeño

DECLARO QUE:

El documento **Impacto del incremento en la esperanza de vida de la población en las políticas públicas de salud en América Latina** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del documento del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 18 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

Mariela Elizabeth, Méndez Cedeño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Mariela Elizabeth, Méndez Cedeño

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **documento** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Impacto del incremento en la esperanza de vida de la población en las políticas públicas de salud en América Latina**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 18 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

Mariela Elizabeth, Méndez Cedeño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

REPORTE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Mendez Cedeño REVISADO MABU
9 9 2024

3%
Textos
sospechosos



1% Similitudes
< 1% similitudes entre comillas
< 1% entre las fuentes
mencionadas
0% Idiomas no reconocidos
2% Textos potencialmente
generados por la IA

Nombre del documento: Mendez Cedeño REVISADO MABU 9 9 2024.docx
ID del documento: 31ae7183e16a7d5db8a237396cc1793a43991332
Tamaño del documento original: 103,69 kB
Autores: []

Depositante: María de los Angeles Núñez Lapo
Fecha de depósito: 11/9/2024
Tipo de carga: Interface
fecha de fin de análisis: 11/9/2024

Número de palabras: 7401
Número de caracteres: 49.295

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18864/3/1-UCSG-POS-EGM-GO-14.pdf.txt 12 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (129 palabras)
2	iris.paho.org https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58447/9/789275327975_spa.pdf?sequence=1&isAlic...	1%		Palabras idénticas: 1% (98 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	cuidadoygenero.org https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/06/Cuidados-en-la-vejez.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)

AGRADECIMIENTO

En la construcción de un mundo donde la salud no sea un privilegio, el liderazgo femenino en el sector sanitario ha sido un pilar de fortaleza y sabiduría. Por ello, con un profundo sentido de gratitud y reconocimiento, deseo honrar a las mujeres cuya visión y tenacidad han abierto el camino para una nueva generación de mujeres profesionales que anhelamos no solo seguir este camino, sino dirigirlo.

Inicié este proceso académico inspirada por la frase de Santiago Ramón y Cajal, que dice: “Todo hombre puede ser, si se lo propone, escultor de su propio cerebro”. Con la convicción del poder del esfuerzo y la voluntad para moldear la propia mente y, con ello, nuestro destino, he logrado hoy alcanzar este sueño.

Finalmente, agradezco a mi Alma Mater, la honorable Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, por haberme formado en el saber y el amor a la academia; a mis padres, Edmundo y Bella, cuyo amor incondicional ha sido mi fortaleza; y a mis hijos, Paulo y Stefano, por ser mi motivación.

Mariela Elizabeth, Méndez Cedeño

DEDICATORIA

Hogar es donde siempre quieres volver.

A Edmundo y Bella.

Mariela Elizabeth, Méndez Cedeño

Introducción

La esperanza de vida al nacer según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la cantidad promedio de años de vida que un ser humano podría vivir desde su nacimiento (OMS, 2020). Según Palloni et al. (2002) entre los años 1960 y 2015, la esperanza de vida al nacer (EV) se incrementó 18 años a nivel global; pasando de cincuenta y tres (53) a setenta y un (71) años. Esta mejoría se relaciona con la revolución médica y de salud pública que desencadenó el descenso de la mortalidad hace casi medio siglo. De acuerdo con esta tendencia, en la actualidad se espera que un recién nacido viva un promedio de unos veinte años por encima de los sesenta años.

Este incremento en la esperanza de vida de la población es una de las causas del fenómeno social que es el envejecimiento global, lo que representa una problemática para muchos países que han experimentado durante los últimos años una modificación en la distribución de los grupos etarios (OMS, 2022).

Este ensayo tiene como objetivo presentar un análisis del impacto del incremento de la esperanza de vida de la población, identificando las causas de este fenómeno que ha modificado la composición generacional con un enfoque específico en América Latina. Además, se expondrán las respuestas gubernamentales en términos de políticas públicas de salud ante esta contingencia. Para ello, se ha estructurado de la siguiente manera:

La primera sección presenta cifras y datos referentes a la esperanza de vida al nacer en América Latina según los reportes de la OMS, las causas de la modificación en la composición poblacional, los determinantes sociales de la salud, la caracterización del perfil demográfico y socioeconómico, además de sus necesidades en términos sanitarios.

En la segunda sección, se describen los principales modelos de sistemas de salud existentes en América Latina, las problemáticas comunes que enfrentan y ejemplos de las políticas públicas que han implementado.

Finalmente, en la tercera sección, se exponen las conclusiones para dar respuesta a las necesidades de salud y cuidado que tiene la población basada en los lineamientos de la OMS.

Cifras y Datos Referentes a la Esperanza de Vida al Nacer en América Latina

El incremento en la esperanza de vida al nacer produce el fenómeno del envejecimiento de la población, aunque no es el único factor causal (OMS, 2020). Para comprender esta variable, es necesario un análisis histórico de su evolución. Después de la Segunda Guerra Mundial, se produjo un pico en la tasa de natalidad a nivel global, y junto con los avances

en la medicina, esto influyó positivamente en la tasa de supervivencia y en la reducción de la mortalidad infantil y prematura (Palloni et al., 2002).

Para Albala (2020) el envejecimiento global es el resultado de la combinación de varios factores: la disminución de la mortalidad prematura (antes de los 60 años), la disminución de la mortalidad a partir de los 60 años y el incremento de la natalidad después de la Segunda Guerra Mundial. De acuerdo con las investigaciones de este autor, sobre estos factores tenemos que el descenso de la tasa de natalidad fue de 23.9 por 1000 habitantes en 1982 a 12.8 en el 2016; junto a esta disminución, la tasa de fecundidad a nivel global también descendió de 3.1 hijos promedio por mujer en 1982 a solo 1.7 hijos en el 2016. Otro autor, Dorling (2021), explica el cambio significativo que ha sufrido la composición de la población humana resumiendo que no están naciendo niños, la población actual está envejeciendo y además vivirá más tiempo.

Para contextualizar, según el informe de la OMS titulado “Envejecimiento y salud” (2022), se proyecta que la población mundial de personas mayores aumentará significativamente en las próximas décadas. La población de personas de 60 años o más se incrementará de 1000 millones en 2019 a 1400 millones en 2030; y se estima que para el año 2050, la población de adultos mayores alcanzará los 2100 millones (OMS, 2022).

En el documento “Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030” de la OMS se estima que en el año 2030 una de cada seis personas en el planeta tendrá 60 años o más, lo que representará el 16% de la población. En 2019, en América Latina, el 8% de la población pertenecía al grupo de adultos mayores, y se proyecta que para 2050 será el 19%, constituyéndose como el grupo poblacional de mayor crecimiento (OMS, 2020).

Ramos y Pinto (2015) señalan que el envejecimiento poblacional debe considerarse como un éxito para la salud pública. Esto se hizo evidente en los países desarrollados, destacándose España como el país europeo con la mayor esperanza de vida, superado por Japón, cuya población mayor de 60 años corresponde al 30% de sus habitantes. En América Latina, Chile encabeza la lista respecto a la esperanza de vida al nacer, la cual ha aumentado rápidamente, alcanzando los 79.5 años (Ramos & Pinto, 2015). Lo relevante es que este crecimiento de la población de adultos mayores se produce a un ritmo acelerado en países con menor desarrollo y con unas realidades socioeconómicas inferiores (OMS, 2020).

Los adultos mayores que alcanzaron los 60 años en el año 2000 son aquellos que se beneficiaron de los avances en materia de salud durante el periodo posterior a la Segunda

Guerra Mundial. Este es un dato importante, ya que, según Palloni et al. (2002), el historial médico de la población anciana es relevante porque implica la futura situación de salud y discapacidad de las personas adultas mayores. Por ello, el proceso de envejecimiento en esta región no solo se caracteriza por la velocidad y tamaño, sino también por la gran demanda de servicios médicos.

Determinantes Sociales de la Salud

La salud concebida como un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 1946) es influenciada por las condiciones de vida temprana, la situación social y económica, el lugar de residencia, junto a otras variables, que en conjunto se conocen como determinantes sociales. Estos factores intervienen en el perfil de salud de los adultos mayores, así como en la incidencia y el momento de inicio de las enfermedades crónicas y la discapacidad, las tasas de recuperación y los niveles de mortalidad (OMS, 2020).

Caracterización Demográfica y Socioeconómica

En América Latina, las condiciones socioeconómicas varían considerablemente y estas disparidades afectan la calidad de vida y el acceso a servicios de salud de la población adulta mayor. Por ello, el rápido envejecimiento de la población se caracteriza por la creciente demanda de servicios de salud, lo que plantea desafíos significativos para los sistemas sanitarios de la región.

En la caracterización demográfica del envejecimiento poblacional, destaca que existe una mayor proporción de mujeres en comparación con hombres en este grupo etario (OMS, 2020). Esta relación aumenta progresivamente a medida que avanza la edad. A nivel global, las mujeres representan el 55% de la población de mayores de 60 años y el 65% de la población de mayores de 80 años (Albala, 2020).

Analizando las cifras del Plan Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 de la OMS (2020), el género es una variable significativa, estadísticamente el sexo femenino suele vivir más. Se estima que para el año 2020 y 2025, las mujeres tendrán una esperanza de vida al nacer de tres años mayor que los hombres. Otro dato importante es la relación del género con la esperanza de vida total y la esperanza de vida saludable, indicador que evalúa la cantidad de años que una persona goza de buena salud y que está más relacionado a la calidad de vida que a la supervivencia; la esperanza de vida total para los hombres es de 76.5 años y de 82.4 años para las mujeres, mientras que la esperanza de vida saludable para los hombres es de 61.5 años y de 64.6 años para las mujeres (OMS, 2021). Esto sugiere que, en promedio, las mujeres viven más años que los hombres; sin

embargo, la diferencia de los años de esperanza de vida saludable es menor, lo que puede indicar que, aunque las mujeres viven más tiempo, no necesariamente disfrutaban de más años de vida saludable en comparación con los hombres.

Por otro lado, para ejemplificar la relevancia de las condiciones socioeconómicas en el envejecimiento, analizaremos brevemente la situación demográfica de Japón y su transición de ser el país líder en crecimiento económico y social entre 1955 y 1983, a experimentar un decrecimiento poblacional y una de las tasas más altas de población envejecida (BBC, 2023). La experiencia de Japón destaca la importancia de la estructura social en el cambio demográfico, pues se estima que su población disminuirá de 127,352 millones de personas en 2010 a 96,464 millones en 2070 (Ramírez Bonilla, como se citó en Ruiz et al., 2015). Según Ruiz et al. (2015), se proyecta que, de seguir este ritmo, los adultos mayores japoneses superarán a los jóvenes en edad de trabajar, lo que representará un problema para la población económicamente activa y la viabilidad del sistema de seguridad social. En conclusión, Japón no será sustentable (Makita, como se citó en Ruiz et al., 2015).

Pasando de la experiencia japonesa a Chile, su contraparte en la región latinoamericana, encontramos que Chile se ubica entre los países de altos ingresos con indicadores de salud equiparables a los encontrados en Estados Unidos, así como en países desarrollados de occidente (INE, 2022); sin embargo, prevalece la disparidad económica, lo cual impacta negativamente en el estado de salud de los adultos mayores. En general, los ingresos de los adultos mayores chilenos son menores que los del resto de la población (Albala, 2020).

Estas cifras reflejan una realidad común en América Latina, donde los adultos mayores son una población afectada tanto por la condición socioeconómica, la edad y la salud. En este contexto, aunque Chile es el país de la región con el mayor aumento de expectativa de vida al nacer con 79.5 años, enfrenta el desafío del envejecimiento poblacional en un entorno de enorme disparidad económica, de género y urbano-rural (INE, 2022).

Estado de Salud y Calidad de Vida en América Latina

El estado de salud y la calidad de vida de la población son dos variables fundamentales para el análisis del impacto del incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional en los sistemas de salud de América Latina. La calidad de vida se mide mediante indicadores como la esperanza de vida total (EVT) y la esperanza de vida saludable (EVS) (OMS, 2020). Conceptualmente, la calidad de vida implica la afectación que tienen las enfermedades y sus tratamientos en el estado de bienestar y satisfacción de

los seres humanos, considerando la esfera física, psicológica, ambiental y social (Zhang et al., 2016).

A nivel mundial, según la OMS (2016), la esperanza de vida total es de 73.3 años y la esperanza de vida saludable es de 63.1 años, es decir, hay una brecha aproximada de 10.2 años. En Chile, la EVS es de 69.7 años, con una brecha similar entre la EVT y la EVS que en los países desarrollados (Albala, 2020). Generalmente, las mujeres tienen más años de vida en condiciones de incapacidad que los hombres, y no existe una correspondencia entre una vida más larga y una vida en buena salud (Ramos & Pinto, 2015). Las cifras indican que, en términos generales, las adultas mayores viven esta etapa con una mayor carga de enfermedad, dolor y discapacidad.

Ante esto, surge la pregunta: ¿es la vejez sinónimo de enfermedad? Según la OMS (2024), la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social; y aunque en el proceso de envejecimiento es habitual que exista un deterioro progresivo de las funciones físicas y mentales, esto debe considerarse como parte de la evolución natural del ciclo de vida. Por ello, para evaluar el estado de salud de la población adulta mayor, los criterios deben basarse en indicadores como la autonomía y la capacidad funcional, que cuantifican el impacto de las enfermedades y el declive físico o mental (OMS, 2020). En consecuencia, el mejor predictor de salud y bienestar en el envejecimiento es la funcionalidad.

En este escenario, el concepto de envejecimiento saludable o exitoso es el nuevo paradigma que la OMS (2024) define como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”.

En la evaluación de la salud de la población, además de la esperanza de vida (EV), se debe considerar la esperanza de vida saludable (EVS), que según la OMS (2020) se describe como el número promedio de años que un ser humano podría vivir en un estado de plena salud, teniendo en consideración los años vividos con menos de plena salud a causa de una enfermedad o lesión.

En la tabla 1, se presenta la evolución del indicador EVS en algunos países de América Latina entre el período 2010 y 2019, que son los datos más recientes recogidos por la OMS, así también se incorporan los datos a nivel mundial para fines comparativos.

Tabla 1.*Evolución de la esperanza de vida saludable en algunos países de América Latina*

País	Esperanza de Vida Saludable	
	2010	2019
Chile	68,5	70
Panamá	67,5	68,68
Uruguay	67,1	67,5
Colombia	67,2	69
Ecuador	65,8	68,5
Argentina	66,3	67,1
Perú	67,5	69,5
Brasil	63,9	65,4
Paraguay	65,2	65,8
Venezuela	65,3	64,4
Bolivia	61,7	63,3
América	65	66,2
Mundo	61,5	63,7

Fuente: Datos tomados de la OMS de 2020

A nivel global, la esperanza de vida saludable (EVS) ha mejorado en 2.2 años desde 2010 hasta 2019. En América Latina, la EVS aumentó de 65 a 66.2 años. Ecuador fue el país que más incrementó su EVS en este período, pasando de 65.8 a 68.5 años, con un aumento de 2.7 años. Por el contrario, en Venezuela la EVS descendió de 65.3 a 64.4 años (OMS, 2020).

En Chile, según la Encuesta Nacional de Dependencia (ENADEAM, 2010), el 75% de los adultos mayores reportó tener al menos una patología crónica, siendo la hipertensión arterial (62.1%), la osteoartritis, la diabetes (21.81%) y la depresión (18%) las de mayor prevalencia, con un incremento notable en el grupo de mujeres. En el caso de enfermedades como las demencias en mayores de 60 años, se presenta una mayor prevalencia en mujeres (7.7%) en comparación con hombres (5.9%), siendo más alta a medida que avanza la edad y superior en áreas rurales que en urbanas (Albala, 2020).

Los datos del estado de salud de la población de adultos mayores en Chile, es reveladora; en la Encuesta de Protección Social del año 2004, se consultó sobre el grado de dependencia de los trabajadores y se recogió que los adultos mayores presentaban una tasa global de dependencia de 21.4%, las mujeres mayores de 60 años ascienden a 27% y los

hombres a 17%. En términos de discapacidad, los adultos mayores representan el 45% de este grupo.

Según Rueda (2022), después de los 60 años las personas son más vulnerables a las enfermedades no transmisibles, las cuales afectan a todos los países sin considerar su nivel de desarrollo, pero tienen efectos más graves en los países de bajos ingresos. El riesgo de esta población ante brotes epidemiológicos, como la pandemia de COVID-19, también es mayor debido a la existencia de patologías de base y alteraciones en su sistema inmunológico (OMS, 2020).

Asimismo, se puede analizar el Índice Global de Envejecimiento de Help Age, el cual es un indicador que clasifica a los países de acuerdo con el bienestar social y económico de sus adultos mayores. Este índice, diseñado en el año 2013, es utilizado para la captación de datos sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores relacionándolos con variables como la seguridad de ingresos, el estado de salud y el entorno favorable (Help Age International, 2015). Es una escala de 1 a 100, donde un valor más alto indica una mejor calidad de vida.

Tabla 2.

Variables Esperanza de vida, Población e Índice Global de Envejecimiento en varios países de América Latina.

País	Esperanza de vida	Población (millones)	Índice Global de Envejecimiento
Chile	80.04	19,10	66,27
Panamá	78.33	4,2	67,67
Uruguay	77.77	3,4	59,83
Colombia	77.11	50,3	54,29
Ecuador	76.80	17,2	50,89
Argentina	76.52	44,9	57,53
Perú	76.52	32,5	49,70
Brasil	75.67	210,1	46,16
Paraguay	74.13	7,1	38,87
Venezuela	72.13	28,5	35,91
Bolivia	71.24	11,5	46,21

Nota: La población corresponde a millones de habitantes. Datos tomados de Rueda, L. (2022). Esperanza de vida e inicio de la etapa de adulto mayor. Revista Salud Uninorte. 38(1), p.12. Epub October 26, 2022.

La tabla 2 presenta los resultados presentados por Rueda, tomados del Banco Mundial en sus estudios sobre la esperanza de vida, población y tasa de mortalidad realizados en 2020. De acuerdo con estos datos, el único país en América Latina que alcanza los 80.04 años en el indicador de esperanza de vida al nacer es Chile. Panamá, Uruguay, Colombia, Ecuador, Argentina, Perú y Brasil se encuentran en el rango de 75 a 79 años, mientras que Paraguay, Venezuela y Bolivia se sitúan en el rango de 70 a 74.9 años (Banco Mundial, 2020).

El Índice Global de Envejecimiento en América Latina se encuentra por debajo del 67.67%, ubicando a Panamá en primer lugar, seguido de Chile; el promedio apenas llega al 52.12% (Help Age International, 2015). Del análisis de estas cifras, se puede deducir que en América Latina el indicador de calidad de vida para adultos mayores está apenas por encima del 50%.

La importancia del análisis de estos datos radica en proyectar el futuro de la población en la región. Los factores socioeconómicos tienen un efecto significativo en el estado de salud, la calidad de vida y la esperanza de vida saludable de la población. Los países en desarrollo con economías frágiles deben enfocarse en estrategias que permitan a los gobiernos atender la demanda de servicios de salud y sociales que necesitan los adultos mayores.

El envejecimiento poblacional como fenómeno social trae consigo diversas particularidades, como la discriminación laboral debido a la edad, conocida como edadismo, y la marginación social, que puede resultar en abandono o aislamiento. Además, se observa un deterioro económico relacionado con la pérdida de ingresos y la reducción de pensiones (Alvarado & Salazar, 2014). Estos factores afectan significativamente la calidad de vida de las personas mayores y requieren un enfoque multidisciplinario para su abordaje. Por otro lado, este grupo poblacional, con sus condiciones y características ejerce un fuerte impacto en la economía de los sistemas de salud (Help Age International, 2015), constituyéndose en un tema de debate a nivel global, y por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó el documento *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*; en el cual, los altos directivos de las instituciones de salud de los países miembros acuerdan trabajar concertadamente en la *Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y Salud 2016-2030*, cuyo objetivo es realizar un trabajo colaborativo alineado a la *Agenda 2030* y a los *Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030*, poniendo énfasis en el envejecimiento saludable como eje principal.

Las estrategias de intervención en estos planes y programas se orientan a la preservación de la salud a fin de lograr un envejecimiento saludable, así como incidir en el fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales, como el sistema familiar y otros tipos de redes de apoyo y cuidados (OMS, 2020).

Políticas Públicas Y Programas De Salud En América Latina

En 1982, se celebró la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la cual se reconoció la necesidad de definir políticas públicas para enfrentar el desafío de atender las necesidades del grupo de personas adultas mayores (OMS, 1982). En 1986, con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de la OMS, se enfatiza sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud, y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, aprobado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, reforzó la necesidad de acciones nacionales e internacionales para la atención prioritaria de los adultos mayores (OMS, 2002). Estas iniciativas avanzaron con la publicación de “Ciudades Globales Amigables con los Mayores” por la Organización Panamericana de la Salud, que define ocho ámbitos de acción que contribuirían a un envejecimiento saludable y activo: espacios al aire libre, transporte y movilidad, vivienda, participación social, inclusión social y no discriminación, participación cívica y empleo, comunicación e información, apoyo comunitario y servicios de salud (OPS, 2015).

En este contexto, la Década de las Naciones Unidas se centra en los derechos humanos y en el derecho al grado más alto de salud que tienen las personas, siendo el incremento en la esperanza de vida un reto para los sistemas de salud (Naciones Unidas, 2020). Para ello, la OMS ha elaborado metodologías que permiten identificar y monitorear los nuevos perfiles epidemiológicos, para la elaboración de las políticas y programas de los sistemas de salud (OMS, 2020).

Para el diseño de políticas públicas de salud en los países de América Latina se consideran conceptos como esperanza de vida saludable, calidad de vida y carga de la enfermedad, además de sustentarse en marcos legislativos y normas internacionales sobre derechos humanos. La OMS contribuye con documentos como el plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 (OMS, 2019) y el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2015) que presentan objetivos, programas y acciones para unificar esfuerzos y compartir experiencias frente a los problemas de salud en el contexto global.

El envejecimiento saludable o exitoso es un objetivo que exige cuidados integrados centrados en la persona, el fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias, y acciones continuas durante todo el ciclo vital, consistentes en promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria, incluyendo, de ser necesarios, los cuidados paliativos (OMS, 2015). Para ello, surge la iniciativa Integrated Care for Older People (ICOPE) de la OMS, que ha incorporado estos conceptos debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores de 60 años. Esta iniciativa plantea varias líneas de acción: la prevención primaria en menores de 60 años, para mejorar el estado de salud de las nuevas cohortes; y la prevención primaria, detección precoz de las patologías y rehabilitación en adultos mayores para reducir la carga de la enfermedad (OMS, 2019).

Cabe considerar el aporte de James Fries (1980), uno de los primeros autores en abordar el estudio del envejecimiento positivo u óptimo quien, desde una perspectiva médica, distinguió entre las condiciones y factores biomédicos modificables y no modificables relacionados con la vejez. Además, identificó condiciones patológicas mortales y no mortales con la más alta incidencia y prevalencia (Fernández-Ballesteros et al., 2005).

Las cifras de la OMS (2021), indican que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las causas más frecuentes de morbimortalidad en este grupo etario, constituyendo las enfermedades fatales más importantes. Entre las enfermedades no fatales, pero con mayor probabilidad, se encuentran las enfermedades osteoarticulares y de espalda, como la artritis y la artrosis, además de la diabetes. Las enfermedades crónicas y degenerativas se imponen progresivamente; la morbilidad está relacionada con enfermedades relacionadas con hábitos y estilos de vida, como el sedentarismo, el estrés, la alimentación inadecuada y el consumo de tóxicos (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Estas enfermedades, de carácter degenerativo y crónico, suelen aparecer asociadas a otras (comorbilidad), resultando en afectaciones clínicas, detrimento funcional, deterioro de la autonomía y capacidad.

En este contexto, las políticas públicas de salud en los países de América Latina deben orientarse a mejorar el indicador de esperanza de vida libre de discapacidad, dada su importancia a nivel social e individual. En términos sociales, una población de adultos mayores saludables implica menores costos sociales y sanitarios, además de un mayor bienestar y calidad de vida, que son objetivos sociales primordiales. A nivel individual, influye en la modificación de los estereotipos sobre la vejez y enfermedad.

Fernández-Ballesteros et al. (2005) han descrito varios modelos de envejecimiento exitoso, satisfactorio, activo u óptimo, destacando el propuesto por Rowe y Khan (1997), que se categoriza en cuatro factores: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo, alto desempeño físico y compromiso con la vida. En concordancia con este modelo, desde una perspectiva de desarrollo y promoción individual, existen cuatro bloques de intervención a nivel poblacional: fomentar la salud y la adaptación física y evitar la discapacidad, optimizar y compensar las funciones cognitivas, desarrollar la afectividad y la personalidad, y maximizar la implicación social.

Esto concuerda con la Organización Mundial de la Salud (2002), que indica que los determinantes del envejecimiento activo, además de los factores macrosociales (ambientales, económicos, sociales y sanitarios), incluyen factores comportamentales o de estilo de vida y factores personales como la genética y la biología. También se suman las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia y el control interno, el comportamiento prosocial y el pensamiento positivo.

La Guía de la OPS sobre Programas Nacionales de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores recopila información sobre programas y políticas públicas para el envejecimiento activo, permitiendo identificar experiencias y aprendizajes (OPS, 2023). Estas acciones están enfocadas en fomentar la actividad física, reducir la incidencia de caídas, evitar el aislamiento social y la soledad, prevenir la violencia y el abuso, y mejorar el acceso al empleo y al aprendizaje a lo largo de la vida. Un ejemplo en América Latina es Veranópolis, en Rio Grande do Sul (Brasil), que está adecuando sus instalaciones y alrededores mediante la construcción de unidades de salud y asistencia social amigables con los adultos mayores (Centro Internacional para la Longevidad Brasil, 2022). Además, la colaboración con instituciones académicas, como universidades en Chile y Brasil, ha contribuido al estudio de iniciativas y programas con este objetivo (Centro Internacional para la Longevidad Brasil, 2022).

Por otra parte, Gómez-Dantés et al. (2011) exponen que América Latina es la región con más estudios nacionales de carga de la enfermedad realizados con metodología estandarizada, lo cual permite identificar los problemas de salud que más afectan a los servicios de atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone el estudio de la carga de la enfermedad como un indicador que proporciona evidencia cuantitativa sobre los daños letales prematuros que ocasiona una enfermedad, es decir, sus efectos en términos de discapacidad (OMS, 2021).

El Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe (2021) utiliza este indicador para unificar los criterios y esfuerzos de los países, comparar experiencias en la aplicación de metodologías y establecer mejores abordajes y resultados en las políticas públicas. Sin embargo, una de las problemáticas más importantes es la desigualdad en salud entendida como un problema estructural, cuya manifestación gira en las oportunidades de acceso y la diferenciación en la calidad de servicios e insumos de salud recibidos por la población (Martich, 2021). Según esta autora, las condiciones políticas institucionales del sistema de salud junto a las condiciones vitales son determinantes de la salud.

En los países de América Latina se distinguen varios modelos de sistemas de salud según la fuente de financiamiento: el universal, el seguro social y el seguro privado. El modelo universal se financia con el presupuesto del Estado, generado principalmente a partir de la recaudación fiscal, y brinda una cobertura de salud gratuita universal. El modelo de seguro social se sostiene con las aportaciones de los trabajadores y sus empleadores, generalmente tienen un nivel de cobertura básico que se brinda a través de prestadoras de servicios de salud públicos o privados. El modelo de seguro privado se financia con el pago del usuario, de manera directa o indirecta. Estos modelos se han adaptado según los contextos sociales, económicos e históricos de los países.

Martich (2021) analiza el caso de Brasil, donde el Sistema Único de Salud (SUS) sigue un modelo universal, aunque también incluye la participación de seguros privados. En Argentina, además del sistema de salud público, gratuito y universal, existe el seguro social, y la población trabajadora está cubierta por las denominadas obras sociales. En Chile, el sistema de salud es prioritariamente privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), aunque cuenta con servicios de salud públicos que operan mediante el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Dependiendo del modelo de salud implementado en un país, pueden existir barreras en el acceso a los servicios en términos de oportunidad y calidad, las cuales están estrechamente relacionadas con la disponibilidad de recursos humanos y presupuestarios para satisfacer las demandas de los usuarios. Los modelos de salud universal, cuando carecen de suficientes recursos, tienden a presentar dificultades en el acceso, como largas listas de espera (Martich, 2021). Los modelos de seguro social también enfrentan limitaciones en las prestaciones, mientras que el modelo privado opera principalmente en función de la capacidad de pago del usuario.

Adicional a las inequidades vinculadas al tipo de modelo, existen las relacionadas con déficit estructurales e históricos en el sector sanitario, a las generadas por la demanda poblacional y a la capacidad de incorporar nuevas tecnologías sanitarias (Martich, 2021).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2002), señala que el envejecimiento activo debe ser el enfoque que guíe políticas multisectoriales en áreas como salud, trabajo, seguridad social, educación y servicios sociales. Este enfoque puede reducir la cantidad de muertes prematuras en etapas productivas, disminuir la discapacidad relacionada con enfermedades crónicas en la vejez, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, aumentar su participación en actividades sociales, laborales y familiares, y mitigar los costos asociados a enfermedades y tratamientos médicos.

Invertir en programas y políticas para fomentar el envejecimiento activo tiene razones económicas significativas. De acuerdo con la OMS (2002), se ha calculado que una inversión de un dólar para fomentar la actividad física moderada conlleva un ahorro de 3,2 dólares en gastos médicos (Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

En la siguiente tabla (3) se detallan los sistemas de salud de varios países de América Latina, determinando la fuente de financiamiento.

Tabla 3.

Descripción de los sistemas de salud de acuerdo con la fuente de financiamiento de países de América Latina

País	Sistema de Salud	Fuente de Financiamiento
Argentina	Mixto	Financiamiento público (impuestos), seguro social (obras sociales) y seguro privado
Brasil	Universal (SUS)	Financiamiento público (impuestos) y seguro privado
Chile	Mixto	Seguro social (FONASA), seguro privado (ISAPRES) y financiamiento público (impuestos)
Colombia	Mixto	Seguro social (EPS), financiamiento público (impuestos) y seguro privado
México	Mixto	Financiamiento público (impuestos), seguro social (IMSS, ISSSTE) y seguro privado
Perú	Mixto	Financiamiento público (impuestos), seguro social (EsSalud) y seguro privado
Uruguay	Universal	Financiamiento público (impuestos) y seguro social (FONASA)
Cuba	Universal	Financiamiento público (impuestos)
Costa Rica	Universal	Financiamiento público (impuestos) y seguro social (CCSS)

Ecuador	Mixto	Financiamiento público (impuestos), seguro social (IESS) y seguro privado
---------	-------	---

Fuente: Estos datos fueron recopilados de la Organización Mundial de la Salud (2021) y la Organización Panamericana de la Salud (2023).

De acuerdo con el documento “Gasto en salud y resultados en América Latina y el Caribe” (OPS, 2023) el incremento del 1% en el gasto público en salud se asocia a un incremento del 0,0192% de la esperanza de vida al nacer. La misma relación se produce con el incremento del 1% del gasto privado, generando un aumento del 0,023% en este indicador. Por lo que se concluye que el incremento en el gasto público y privado en salud impacta positivamente en la esperanza de vida al nacer.

Según los datos del informe de Gutiérrez (2023), Brasil incrementó su gasto en salud, alcanzando el 9.5% del PIB, con un gasto público significativo. El indicador esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) ha mejorado, llegando a 65 años para hombres y 68 años para mujeres. La inversión pública fue clave para este logro. Chile, ha mantenido un gasto de salud del 8,1% del PIB, combinado entre gasto público y privado. Presenta una de las mayores EVLD en la región de América Latina, con 67 años para hombres y 70 años para mujeres. Es significativo el impacto de la combinación entre inversión pública y privada. México, tiene un gasto en salud del 6.2% del PIB con una proporción significativa de gasto privado. El EVLD es de 64 años para hombres y 67 años para mujeres. Colombia, incrementó su gasto en salud en el periodo analizado al 7.2% del PIB con una combinación entre inversión pública y privada. El EVLD es de 66 años para hombres y 69 años para mujeres. Venezuela, disminuyó su gasto en salud al 4.5% del PIB. El EVLD ha disminuido, con 60 años para hombres y 63 años para mujeres.

De estos datos, podemos concluir que existe una correlación positiva entre la inversión de salud y la EVLD. Los países con mayores inversiones en salud, tanto de fuente pública como privada, tienden a tener una mayor EVLD. Así también, los países con mayores recursos económicos y sistemas de salud más fortalecidos han logrado mejores resultados en este indicador.

Tabla 4.

Análisis comparativo entre la inversión en salud y la esperanza de vida en países de América Latina en la última década.

País	Inversión en Salud (2013)	Esperanza de Vida (2013)	Inversión en Salud (2022)	Esperanza de Vida (2022)
Argentina	13,50	76,30	21,00	77,30
Brasil	90,00	73,90	120,00	75,90

País	Inversión en Salud (2013)	Esperanza de Vida (2013)	Inversión en Salud (2022)	Esperanza de Vida (2022)
Chile	10,00	79,10	14,50	80,50
Colombia	15,00	74,80	19,50	77,10
México	60,00	74,50	78,00	75,10
Perú	8,00	74,20	12,50	76,00

Fuente: Estos datos fueron recopilados de la Organización Mundial de la Salud (2021) y la Organización Panamericana de la Salud (2023).

De lo observado en la tabla 4, evidenciamos que en la región ha existido un incremento en la inversión de salud en la última década, lo cual se correlaciona con una ligera mejora en el indicador esperanza de vida al nacer.

Conclusiones

El incremento en la esperanza de vida es un factor positivo para la humanidad y debe considerarse como una variable significativa en la planificación de políticas públicas en América Latina. En el ámbito de la salud, el objetivo principal no solo es la prolongación de la vida, sino la preservación de la capacidad funcional y la autonomía de la población.

A continuación, se presentan recomendaciones de políticas públicas basadas en este análisis:

Reducir la inequidad en el acceso a servicios sanitarios es crucial para garantizar que toda la población, independientemente de su situación socioeconómica pueda acceder a servicios de salud de calidad.

Fortalecer las estrategias de prevención y promoción de la salud en todo el ciclo vital para reducir la prevalencia de patologías crónicas y degenerativas es esencial.

Desarrollar y fortalecer un sistema de red institucional que brinde apoyo y contención a los entornos familiares que cuidan de los adultos mayores. Esto incluye la creación de centros de atención diurna y residencias para personas mayores.

Implementar programas de capacitación y redes de apoyo para cuidadores familiares y profesionales, para que puedan proporcionar cuidados de calidad, con conocimientos actualizados y prácticas seguras.

La inversión en salud debe enfocarse en la asignación eficiente de recursos, especialmente en la promoción de conductas saludables y la prevención de enfermedades no transmisibles.

Combinar la inversión pública y privada mediante la articulación de redes integradas y complementarias para mejorar el acceso oportuno y la calidad del servicio de salud.

Mitigar la escalada progresiva de los costos relacionados al cuidado y atención de salud de la población mayor mediante estrategias de financiamiento. Esto incluye la creación de fondos y seguros de salud específicos que cubran necesidades a largo plazo.

Estas recomendaciones están orientadas a mejorar la calidad de vida de la población, asegurando que las personas puedan vivir más años con buena salud y autonomía. Finalmente, el objetivo de la implementación de estas políticas públicas es contribuir significativamente a un envejecimiento saludable y a la viabilidad de los sistemas de salud en América Latina.

Referencias

- Albala, C. (2020). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31, 7-12.
- Alvarado, A. M., & Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 56-61. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Ayala-Beas SR, Rodriguez Minaya YE (2023). Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 47:136. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/58239>).
- Banco Mundial. (2020). World Development Indicators. <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>
- Datosmacro. (2023). Esperanza de vida al nacer. Recuperado de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida>
- Di Cesare, M. (2011). El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Dorling, D. (2021). 7: World population prospects at the UN: our numbers are not our problem?. In *The Struggle for Social Sustainability*. Bristol, UK: Policy Press. Recuperado Mar 9, 2024, de <https://doi.org/10.51952/9781447356127.ch007>
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Recuperado de <https://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Chronic Diseases in America. Recuperado de <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/infographic/chronic-diseases.htm>
- Córdova, et al. (2022). Gasto y Política de salud: Población de adultos mayores en Argentina y Chile. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, vol. XXVIII, núm. 2, 2022 Universidad del Zulia, República Bolivariana de Venezuela. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2807056501>
- Gómez Dantés, H., Et al. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Pública Mex.* Vol. 53, suplemento 2 de 2011. S72-S77.
- Fernández-Ballesteros, R. Et al (2005). Promoción del envejecimiento activo: Efectos del programa "Vivir con vitalidad". *Revista Española Geriatria Gerontología*. 40(2):92-102. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13073814>

- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130-135. doi:10.1056/NEJM198007173030304
- Frontier View. (2022). Latin American healthcare budgets in 2022. Recuperado de <https://frontierview.com/insights/latin-american-healthcare-budgets-in-2022/>
- Help Age International. (2015). Índice Global de Envejecimiento, Age Watch 2015. <https://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>
- Martich, E. (2021). Salud y desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos. *Revista Nueva Sociedad*. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/Nuevasociedad/2021/no293/9.pdf>
- Palloni, A., Pinto-Aguirre, G., Peláez, M. Condiciones demográficas y de salud del envejecimiento en América Latina y el Caribe. *Revista Internacional de Epidemiología*. Volumen 31, número 4, Edición 4, agosto de 2002, Páginas 762-7711, <https://doi.org/10.1093/ije/31.4.762>
- Organización Mundial de la Salud. (1982). Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Poblacional. <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española Geriatria Gerontología*. 2002;37(S2):74-105
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Década del envejecimiento saludable 2020-2030. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/decade-of-healthy-ageing-2020-2030>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Esperanza de vida al nacer (años). Recuperado de Esperanza de vida al nacer (años) (who.int)

- Organización Mundial de la Salud (2020). Esperanza de vida saludable al nacer (años). Recuperado de Esperanza de vida saludable al nacer (años) (who.int)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y Salud 2016-2030.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Metodologías para identificar y monitorear perfiles epidemiológicos.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Cardiovascular diseases (CVDs). Recuperado de [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Global Health Expenditure Database. Recuperado de <https://apps.who.int/nha/database>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Mundial de la Salud (2024). Recuperado de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Health in the Americas. Recuperado de <https://www.paho.org/en/health-americas>
- Organización Panamericana de la salud. (2023). Programas nacionales de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Una guía. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58447/9789275327975_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=
- Palloni, et al. (2002). Condiciones demográficas y de salud del envejecimiento en América Latina y el Caribe, *Revista Internacional de Epidemiología*, Volumen 31, número 4, Edición 4, agosto de 2002, Páginas 762-7711,
<https://doi.org/10.1093/ije/31.4.762>
- Ramos, P y Pinto, F. (2015). Las personas mayores y su salud: Situación actual. *Revista Avances de odontoestomatología*. 2015; 31 (3): 107-116. (pp.1)

- Restrepo-Betancur, Luis F.(2023). Inversión económica en salud en América en los últimos veinte años. *Universidad y Salud*, 25(2), 22-26. Epub 26 de junio de 2023. <https://doi.org/10.22267/rus.232502.303>
- Rueda, L. (2022). Esperanza de vida e inicio de la etapa de adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*. 38(1), 5-20. Epub October 26, 2022. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.1.613.041>
- Ruiz, José Fabián. (2016). «Japón después de ser el número uno. Del alto crecimiento al rápido envejecimiento». *CONfines de Relaciones Internacionales y Ciencia Política*. ISSN-e 1870-3569.Vol. 12. Nº. 22, 2016 p. 139-143. Recuperado de <https://confines.tec.mx/index.php/confines/article/view/201>
- Salech, Et al. (2020). Una visión transdisciplinaria del envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Volume 31, Issue 1, Enero - Febrero 2020. p. 13-20 <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.011>
- Superintendencia de Salud. (2020). *Informe de gestión 2020*. Superintendencia de Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471_recurso_1.pdf
- Temporelli, K., & Viego, V. (2011). Relación entre esperanza de vida e ingreso. Un análisis para América Latina y el Caribe. *Lecturas de Economía*. (74), 61-85. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-25962011000100003&script=sci_arttext#v3
- Thumala, D., Et al (2017). Aging and Health Policies in Chile: New Agendas for Research. *Health Systems & Reform*. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1353844>
- Zhang, Y., Zhou, L., & Liu, S. (2016). Quality of life and its influencing factors among the empty nest elderly in China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 62, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.09.007>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Méndez Cedeño Mariela Elizabeth, con C.C: # 0918202060 autora del trabajo de titulación: Impacto del incremento en la esperanza de vida de la población en las políticas públicas de salud en América Latina, previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 18 de septiembre de 2024.



f. _____

Nombre: MÉNDEZ CEDEÑO MARIELA ELIZABETH

C.C: 0918202060



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Impacto del incremento en la esperanza de vida de la población en las políticas públicas de salud en América Latina		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Méndez Cedeño Mariela Elizabeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Bustamante Ubilla Miguel Alejandro		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	18 de septiembre de 2024	No. DE PÁGINAS:	20
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud pública, expectativa de vida		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Envejecimiento saludable, política de salud		

RESUMEN/ABSTRACT:

Este ensayo tiene como objetivo presentar un análisis del impacto del incremento de la esperanza de vida de la población, identificando las causas de este fenómeno que ha modificado la composición generacional con un enfoque específico en América Latina. Además, se expondrán las respuestas gubernamentales en términos de políticas públicas de salud ante esta contingencia. Para ello, se ha estructurado de la siguiente manera: La primera sección presenta cifras y datos referentes a la esperanza de vida al nacer en América Latina según los reportes de la OMS, las causas de la modificación en la composición poblacional, los determinantes sociales de la salud, la caracterización del perfil demográfico y socioeconómico, además de sus necesidades en términos sanitarios. En la segunda sección, se describen los principales modelos de sistemas de salud existentes en América Latina, las problemáticas comunes que enfrentan y ejemplos de las políticas públicas que han implementado. Finalmente, en la tercera sección, se exponen las conclusiones para dar respuesta a las necesidades de salud y cuidado que tiene la población basada en los lineamientos de la OMS.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-80093972	E-mail: marielamendez2002@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: María de los Ángeles Núñez Lapo	
	Teléfono: +593-4-3804600	
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	