

# Desigualdades sociales y en salud en adultos mayores ecuatorianos

## *Social and health inequalities in Ecuadorian older adults*



---

William F. Waters\*, Wilma B. Freire\*\* y Julio Ortega\*\*\*

Recibido: 20/09/2019 - Aceptado: 12/05/2020

### **Resumen**

Mientras aumenta el número y la proporción de adultos mayores como producto de la transición demográfica y epidemiológica, es cada vez más importante reconocer la heterogeneidad de este grupo. Los determinantes socioeconómicos de salud afectan a los adultos mayores de varias maneras, generando desigualdades socioeconómicas y de salud. Este estudio analiza el estado de salud, acceso a servicios, grupo de edad, sexo, raza/etnia y nivel educativo para comprender las desigualdades en salud en este grupo de población en Ecuador. Se concluye que las condiciones de salud y los factores socioeconómicos reflejan desigualdades entre los ecuatorianos mayores.

**Palabras clave:** adultos mayores; acceso a servicios; desigualdad; determinantes sociales de salud; estado de salud; Ecuador.

### **Abstract**

As the number and proportion of older adults increase as a result of the demographic and epidemiological transition, it is increasingly important to recognize the heterogeneity of this group. Socioeconomic health determinants affect different older adults in several ways, generating socioeconomic and health inequalities. This study analyzes the state of health, access to services, age group, sex, race/ethnicity and educational level in this population to understand health inequalities in Ecuador. We conclude that health conditions and socioeconomic factors reflect inequalities among older Ecuadorians.

**Keywords:** older adults; access to services; inequality; social determinants of health; health status; Ecuador.

---

\* Profesor Emérito, Universidad San Francisco de Quito (USFQ), Ecuador. (wwaters@usfq.edu.ec)

\*\* Profesora Emérita, Universidad San Francisco de Quito, Ecuador. (wfreire@usfq.edu.ec)

\*\*\* Profesor de Matemáticas, USFQ, Ecuador. (jortega@usfq.edu.ec)

## Introducción

Existe un fuerte y creciente consenso en que los determinantes sociales de la salud son temas críticos en la salud global, por lo que muchos países han integrado este enfoque en sus políticas públicas (Donkin et al. 2018). De particular preocupación es la carga desigual de mala salud entre diferentes segmentos poblacionales dentro y entre países. Si bien las desigualdades en salud existen en todos los países, no son inevitables o inmutables (Marmot 2005; Marmot et al. 2011). Está cada vez más claro que la comprensión de las desigualdades en salud requiere un enfoque de ciclo de vida que considere, en particular, a los adultos mayores que hasta hace poco no habían sido estudiados (Artazcoz y Rueda 2007). Una comprensión de las desigualdades sociales (así como también respuestas organizadas) debería considerar a los adultos mayores, ya que, en la mayoría de los países, este grupo de edad representa una proporción cada vez mayor de la población, así como un mayor incremento en los costos de morbilidad y atención médica (Grundy y Holt 2001).

Un conjunto casi universal de normas y valores inherentes a la mayoría de las sociedades hace que los adultos mayores deban ser considerados y tratados como miembros respetados de la familia y la comunidad en reconocimiento de vidas de dedicación a sus responsabilidades familiares, sociales y económicas. Por lo tanto, se espera que las familias y las comunidades cuiden a sus mayores, más aún, cuando es evidente que, al pasar los años, se incrementa la dependencia. En particular, en la mayoría de las culturas, se espera que los hijos adultos deban a sus padres una “piedad filial” y, por lo tanto, deban velar por su bienestar físico, emocional y económico, lo cual incluye la residencia conjunta a largo plazo (Gans y Silverstein 2006; Lin y Yi 2011).

Por otro lado, las normas y valores socialmente definidos con respecto a los adultos mayores pueden diferir de la práctica y también pueden variar con el tiempo (Gans y Silverstein 2006). Específicamente —como se analiza en este trabajo—, mientras los adultos mayores en muchas sociedades son personas de prestigio y por ende son tratados de manera prioritaria y con respeto, en condiciones de pobreza generalizada y cambios sociodemográficos importantes (por ejemplo, la migración), esto no siempre ocurre. Por lo tanto, ciertos segmentos de adultos mayores viven en situaciones de vulnerabilidad, soledad, pobreza y enfermedad. El grado en que lo real no coincide con lo ideal también puede diferir de las intenciones individuales (Silverstein et al. 2006). La vida de los adultos mayores puede variar según los factores socioeconómicos que interactúan con el envejecimiento como el sexo, la raza y el origen étnico. Incluso en sociedades en las que se cree que las responsabilidades comunitarias y familiares de los adultos mayores son fundamentales para la identi-

dad colectiva, algunos adultos mayores pueden vivir en situaciones de vulnerabilidad y aislamiento. Por lo tanto, en las mismas sociedades, diferentes subgrupos de adultos mayores experimentan condiciones socioeconómicas muy diferentes.

Las desigualdades en salud en el envejecimiento son temas importantes por dos razones. Primero, como una cuestión ética; cuando la carga de la enfermedad es diferenciada entre grupos dentro y entre países, las desigualdades dejan de ser simplemente una cuestión de diferencias biológicas y se convierten en cuestiones de inequidad, es decir, de injusticia (OPS 2001). En segundo lugar, en lo que se refiere a las políticas públicas, el aumento de la longevidad y el envejecimiento de las poblaciones en muchos países, como productos de las transiciones demográfica y epidemiológica, se convierten en un tema de preocupación debido al aumento de las brechas en los servicios e instalaciones especializados y los recursos financieros requeridos para cubrir esas necesidades. La forma en que los factores sociales y económicos se cruzan con el proceso de envejecimiento sigue siendo un área de estudio descuidada en la que, además, los factores críticos como la clase y el género son temas importantes (Artazcoz y Rueda 2007). Por lo tanto, un enfoque del ciclo de vida para el estudio de las desigualdades en salud que incluya factores socioeconómicos estructurales puede facilitar un mejor entendimiento de las desigualdades en salud durante el envejecimiento (Smith 2003).

Entre los principales factores de las desigualdades o disparidades de salud en general se encuentran los ingresos, las condiciones de vida, el nivel de educación formal, la distribución geográfica (incluida la residencia urbana frente a la rural), la raza y el origen étnico, el género y el acceso a los servicios de salud, tanto físicos como financieros (Budrys 2003; Chor 2013; OPS 2001). Si bien la pobreza se menciona con frecuencia como el determinante más importante del mal estado de salud (Leon y Walt 2001), también se ha observado que esta relación compleja debe incluir factores relacionados con la edad (Davey Smith et al. 2001), a pesar de que este enfoque no se utiliza universalmente en el análisis de políticas públicas que abordan la reducción de la pobreza y la exclusión social (Gacitúa et al. 2001).

América Latina se caracteriza por tener los niveles desiguales de salud más altos en el mundo en términos de varios indicadores tales como la expectativa de vida (Dávila Cervantes y Aguedelo Botelo 2019; Montenegro y Stephens 2006) y la desnutrición infantil (Larrea y Freire 2002). Estas desigualdades se deben a varios determinantes sociales de la salud, incluyendo la raza y etnicidad (Hall y Patrinos 2006). Sin embargo, hasta la fecha, pocos estudios han analizado los temas interrelacionados de adultos mayores, salud y desigualdades en Ecuador (Guevara y Andrade 2015; Sempértegui et al. 2006). De esta forma, los estudios SABE fueron elaborados en siete países latinoamericanos (incluyendo Ecuador) para llenar ese vacío en toda la región.

En el Ecuador, el cuidado de los adultos mayores por parte de los miembros de la familia ha sido considerado tradicionalmente como una característica central de la identidad nacional (de Vos 1990; 1998). En general, se afirma que las familias cuidan de sus miembros mayores, a menudo en hogares multigeneracionales. Sin embargo, incluso en las comunidades indígenas donde se cree que los lazos familiares y comunitarios son particularmente fuertes, algunos adultos mayores informan que viven en condiciones de pobreza y soledad (Waters y Gallegos 2014). Ecuador está clasificado como un país de alto desarrollo humano por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 2016) y un país de ingresos medio-altos por el Banco Mundial (2018). Sin embargo, también se caracteriza por la persistente desigualdad; mientras que el coeficiente de Gini disminuyó de 0,553 en 2007 a 0,460 en 2016, la mitad de la población del país todavía vive en la pobreza. Por lo tanto, el caso del Ecuador representa un estudio útil para entender la edad como un factor decisivo frente a las desigualdades sociales, particularmente cuando se considera junto con los demás determinantes clásicos mencionados.

Si bien la imagen popular de las tendencias de la población ecuatoriana es que el país tiene una población joven y de rápido crecimiento, la realidad es muy diferente. Por un lado, Ecuador enfrenta una transición demográfica caracterizada por la reducción de la tasa de fertilidad que fue mayor a 6,0 en la década de 1970, bajando a 2,22 en el período 2015-2020, estimándose una disminución al 2,1 para el período 2020-2025 (Freire et al. 2010, 55). Al mismo tiempo, la esperanza de vida al nacer es actualmente superior a 75 años, en comparación con 57,4 años durante el período 1965-1970. En consecuencia, los adultos mayores, que ahora representan menos del 7% de la población, superarán el 25% para 2050. En términos absolutos, esto significa que de un total de menos de un millón según el censo más reciente (2010), habrá más de tres millones de adultos mayores para 2050.

La segunda tendencia poblacional es la transición epidemiológica descrita por Omran (1971) como un proceso global y más tarde como un proceso claramente observable en América Latina (Omran 1996). Esta transición se caracteriza por: i) la disminución de la morbilidad y la mortalidad atribuidas a condiciones “tradicionales”, incluyendo las enfermedades transmisibles, la morbilidad y mortalidad materna y la desnutrición; y ii) un aumento progresivo de la morbilidad y mortalidad atribuidas a condiciones “modernas” (especialmente crónicas) y problemas asociados con una esperanza de vida prolongada como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes e hipertensión. En países como Ecuador, estas dos tendencias se superponen ya que las condiciones tradicionales de salud no están siendo reemplazadas por condiciones modernas; más bien se presentan en diferentes proporciones en distintos grupos de la población (Freire et al. 2014; Waters 2006).

## Métodos

Este análisis se basa en la *Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010* (Freire et al. 2010). Esta encuesta se realizó con sustento en una muestra “con representatividad Costa Urbano y Rural, Sierra Urbano y Rural, en personas de 60 años y más [...] El muestreo fue probabilístico y bietápico proporcional al tamaño de la población” (Freire et al. 2010, 38). En la primera etapa de muestreo se seleccionaron sectores dentro de cada uno de los cuatro dominios mencionados. En la segunda etapa, se seleccionaron 12 viviendas (más seis de reemplazo) en cada sector incluido en la muestra. El tamaño de la muestra permitió un error de 0,05 con 95% de confianza (Freire et al. 2010, 39).

Se incluyeron a personas de 60 años o más (conforme a la definición de la Organización Mundial de la Salud) en las áreas rurales y urbanas de las regiones de la costa y sierra ecuatorianas, pero no en el oriente (región amazónica) ni Galápagos. En total, 5115 personas fueron incluidas en la encuesta.

Este trabajo presenta datos sobre la autopercepción de pertenencia de la raza o etnicidad (indígena, afroecuatoriano, mestizo, mulato, blanco u otro); condición social (muy buenas, buenas, regulares, malas o indigentes); autopercepción de salud (buena, regular o mala); área de residencia (costa o sierra, urbana o rural); grupo de edad (60 a 64, 65 a 75 o 75 años o más); sexo (hombre o mujer); y educación formal (ninguno, primaria incompleta o completa, secundaria completa o incompleta, alguna superior). La autopercepción del estado de salud es un indicador sensible del estado de salud diagnosticado (Lee 2000) y está estrechamente relacionado con las condiciones socioeconómicas estructurales (Borrell et al. 2004) y etnicidad (Saxena et al. 2002).

## Resultados

El cuadro 1 muestra la condición social reportada de los adultos mayores ecuatorianos. Los datos contradicen la imagen popular de que las familias siempre cuidan a los adultos mayores. Se puede ver que menos de uno de cada cuatro adultos mayores declararon que viven en buenas o muy buenas condiciones sociales, mientras que más de uno de cada tres declaró que vive en malas condiciones o de indigencia. Los datos del cuadro 1 permiten observar diferencias importantes dentro de la población de adultos mayores.

Cuadro 1. Condiciones socioeconómicas en adultos mayores ecuatorianos, porcentaje

	%
Muy buenas	10,8
Buenas	12,0
Regular	44,0
Malas	9,8
Indigente	23,4
Total	100,0

En cuanto a la convivencia familiar, la encuesta SABE muestra que 11,1% de los adultos mayores vive solo; 19% vive solamente con su cónyuge, y 5% vive con su cónyuge y nietos, lo cual implica que más de un tercio vive en una situación de vulnerabilidad. La diferencia es dramática: mientras el 30,8% de los adultos mayores que vive solo reporta que su situación socioeconómica es mala o indigente, solamente 11% reporta lo mismo cuando viven solo con sus hijos (Freire et al. 2010, 68 y 98).

En el cuadro 2 sobre las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores ecuatorianos por área de residencia, se observa diferencias sustanciales. Específicamente, la proporción de encuestados que vive en condiciones buenas o muy buenas varía mucho: desde más de la mitad en Quito y casi la mitad en otras ciudades de la sierra, a menos del 10% en las zonas rurales de la sierra y costa. Asimismo, la proporción de adultos mayores que vive en extrema pobreza o indigencia se acerca a la mitad en las zonas rurales de la sierra pero tan solo al 4% en Quito y alrededor del 13% en otras ciudades de la sierra.

Cuadro 2. Condiciones socioeconómicas por área de residencia, porcentaje

Condiciones socioeconómicas					
Región	Muy buenas	Buenas	Regular	Malas	Indigente
Sierra urbana	12,7	19,7	52,6	2,1	12,9
Sierra rural	0,9	4,9	27,4	17,9	48,9
Costa urbana	7,8	11,2	54,3	4,6	22,1
Costa rural	1,1	4,2	34,0	22,3	38,3
Quito	31,8	24,8	37,3	2,1	4,0
Guayaquil	16,8	10,3	54,8	10,4	7,6
Total	10,9	12,1	43,8	9,8	23,5

El grupo de edad y el sexo también son determinantes de la desigualdad entre los adultos mayores en Ecuador. El cuadro 3 muestra las condiciones socioeconómicas por grupo de edad; se observa que casi cuatro de cada 10 encuestados que tenían 75 años de edad o más informaron que viven en condiciones de pobreza o indigencia, en comparación con un poco más de dos de cada 10 en el grupo de edad de 60 a 64 años. Al analizar las diferencias por sexo, se observa que hay proporciones más altas de mujeres que hombres que son indigentes entre los encuestados menores de 75 años. Por el contrario, hay proporciones más altas de hombres que de mujeres que informan que viven en muy buenas condiciones socioeconómicas en cada uno de los grupos de edad.

Cuadro 3. Condiciones socioeconómicas de adultos mayores ecuatorianos por grupo de edad y sexo, porcentaje

Grupo de edad	Condiciones socioeconómicas	Mujeres	Hombres	Total
60-64 años	Muy buenas	15,1	16,3	15,6
	Buenas	7,2	13,1	10,0
	Regular	54,7	52,2	53,5
	Malas	6,0	10,1	7,9
	Indigente	17,1	8,4	13,0
65-74 años	Muy buenas	8,7	13,3	10,8
	Buenas	8,2	16,3	11,9
	Regular	47,5	37,4	42,9
	Malas	8,2	12,2	10,0
	Indigente	27,3	20,8	24,3
75 y más	Muy buenas	6,0	10,1	7,9
	Buenas	14,2	14,9	14,5
	Regular	44,3	33,2	39,1
	Malas	9,0	12,4	10,6
	Indigente	26,5	29,4	27,9

Fuente: Freire et al. 2010, 69.

La raza y la etnicidad también son determinantes sociales importantes de la salud y la desigualdad sanitaria en América Latina y el resto del mundo (Chor 2013; Hall y Patrinos 2006). En el Ecuador, los miembros de los diferentes grupos indígenas, en particular, viven en pobreza, en proporciones mucho mayores que otros grupos (Larrea y Montenegro 2006) y se enfrentan a la exclusión de los servicios de salud (Gallegos et al. 2016).

El cuadro 4 muestra que condiciones socioeconómicas pobres y extremadamente pobres (indigencia) son, desproporcionadamente, características de los adultos mayores indígenas en comparación con otros grupos, ya que casi dos tercios de los indígenas mayores (y cuatro de cada 10 adultos mayores afroecuatorianos) declararon que viven en condiciones socioeconómicas malas o muy malas. Por el contrario, menos del 2% de los encuestados indígenas y afroecuatorianos informaron que vivían en muy buenas condiciones.

**Cuadro 4. Condiciones socioeconómicas de adultos mayores ecuatorianos por raza y etnicidad, porcentaje**

	Indígena	Afroecuatoriano	Mulato	Mestizo	Blanco	Todos
Muy buenas	1,8	2,0	2,6	12,5	16,3	10,8
Buenas	4,7	9,2	7,1	13,9	12,2	12,0
Regular	27,8	47,5	51,8	45,4	47,1	44,0
Malas	12,4	21,7	9,4	9,3	8,1	9,8
Indigente	53,2	19,6	29,2	18,9	16,3	23,4

Fuente: Freire et al. 2010, 70.

El cuadro 5 demuestra que el nivel de educación formal también está asociado con las condiciones socioeconómicas. Se puede ver que las personas que viven en condiciones socioeconómicas malas o extremadamente malas reportan menos años de educación formal que las personas en los otros grupos, particularmente aquellas que reportan vivir en muy buenas condiciones. Además, con los mismos niveles de educación formal, proporciones más altas de hombres que de mujeres reportan que viven en condiciones socioeconómicas buenas o muy buenas.

**Cuadro 5. Condiciones socioeconómicas de adultos mayores ecuatorianas por sexo y nivel de educación, porcentaje**

Condiciones socioeconómicas	Sexo	Años de educación
Muy buenas	Mujeres	12,8
	Hombres	14,7
Buenas	Mujeres	5,0
	Hombres	5,3
Regular	Mujeres	4,7
	Hombres	4,5
Malas	Mujeres	3,2
	Hombres	3,3
Indigente	Mujeres	3,3
	Hombres	3,4

Fuente: Freire et al. 2010, 78.

El acceso a los servicios públicos también varía entre los adultos mayores. El cuadro 6 muestra que los adultos mayores que informan que viven en muy buenas o buenas condiciones socioeconómicas tienen acceso a electricidad, alcantarillado y agua potable en mayor proporción que las personas que informan que viven en malas o muy malas condiciones.

**Cuadro 6. Condiciones socioeconómicas de adultos mayores ecuatorianos por acceso a electricidad, alcantarillado y agua potable, porcentaje**

	Electricidad	Alcantarillado	Agua potable
Muy buenas	99,9	95,7	98,2
Buenas	99,8	87,9	94,4
Regular	98,7	63,2	77,6
Malas	95,9	22,5	47,6
Indigente	88,1	19,8	40,4
Total	96,2	55,5	73,9

Fuente: Freire et al. 2010, 88.

El cuadro 7 informa sobre el estado de salud en adultos mayores por sexo, grupo de edad, condición social y nivel de educación formal. Se puede ver que los hombres informan que su salud es buena o promedio en mayor proporción que las mujeres, y que la proporción de hombres y mujeres que reportan un mal estado de salud es mayor en el grupo de edad  $\geq 75$ . Del mismo modo, mientras casi dos tercios de los adultos mayores que informan que su estado social es muy bueno informan que su estado de salud es bueno, solo el 15% de los que evalúan su condición social como pobres o indigentes informan que su estado de salud es bueno, mientras que más de uno de cada cuatro informa que su estado de salud es malo, en comparación con el 6% que evalúa su estado social como muy bueno. Finalmente, aunque solo uno de cada cinco adultos mayores sin educación formal evalúa su estado de salud como muy bueno, casi tres cuartos de los que tienen educación universitaria lo hacen.

Cuadro 7. Autopercepción del estado de salud por sexo, grupo de edad, condición socioeconómica y nivel de educación, porcentaje

Estado de salud	Bueno	Regular	Malo
A. Sexo y grupo de edad			
Mujeres	22,1	54,6	23,2
60-64	25,5	53,9	20,6
65-74	21,1	55,2	23,7
≥ 75	20,9	54,3	24,4
Hombres	30,0	51,7	18,3
60-64	34,7	53,4	11,9
65-74	31,6	50,1	18,3
≥ 75	24,4	52,3	23,3
B. Condiciones socioeconómicas			
Muy buenas	63,5	30,4	6,1
Buenas	33,2	52,0	14,8
Regular	22,1	58,1	19,8
Malas	15,3	58,0	26,7
Indigente	15,3	53,1	31,6
C. Nivel de educación			
Ninguna	21,1	61,5	17,4
Primario incompleto	18,1	57,8	24,1
Primaria completa o secundaria incompleta	31,5	53,8	14,9
Secundaria completa	54,2	37,9	7,9
Universitaria	72,3	24,1	3,6

Fuente: Freire et al. 2010, 116-117.

## Conclusiones

Los adultos mayores en Ecuador experimentan condiciones de salud y socioeconómicas muy diferentes según sus circunstancias de vida. Los efectos físicos, mentales y emocionales del envejecimiento representan un proceso inevitable de deterioro. Pero mucho más allá, los adultos mayores son particularmente vulnerables a la pobreza debido al deterioro inevitable en su condición física y limitaciones en su capacidad de generar ingresos. Esto a su vez determina cómo procede el envejecimiento en casos específicos porque la pobreza y otros determinantes sociales de la salud no se distribuyen equitativamente entre los adultos mayores ecuatorianos. Los datos presentados aquí muestran que una proporción sustancial de ellos vive en la pobreza

y el aislamiento, lo que sugiere que las redes sociales familiares y comunitarias no necesariamente satisfacen sus necesidades básicas.

Los determinantes de la desigualdad social interactúan con la edad de tal forma que las condiciones de vida de muchos adultos mayores difieren drásticamente de la percepción generalizada de que los miembros de la familia y la comunidad brindan atención y protección universalmente a este grupo de individuos particularmente vulnerables. En particular, los datos presentados sugieren que las diferencias con respecto al lugar de residencia, el nivel de educación y el acceso a los servicios, la raza, el origen étnico y el sexo contribuyen a la desigualdad.

## Discusión

El concepto de “envejecimiento exitoso” ha sido destacado en la investigación sobre el envejecimiento (Bülow y Södeqvist 2014). Una creciente literatura ha demostrado la importancia de concentrarse menos en los procesos “normales” o “típicos” de envejecimiento desde las perspectivas biomédicas y psicosociales, y más en lo que podría considerarse caso óptimo, llamando así la atención a la brecha entre el envejecimiento exitoso y las experiencias vividas de los adultos mayores en general. Sin embargo, el envejecimiento exitoso no se logra a nivel individual, ya que no depende solo de comportamientos individuales “controlables y modificables” como la dieta, la nutrición y el ejercicio (Bülow y Södeqvist 2014, 141), sino de patrones socioculturales. La presente investigación resalta el papel fundamental que juegan los factores socioeconómicos, los mismos que varían entre los miembros de poblaciones heterogéneas de adultos mayores (Cattan et al. 2005; Minkler 1990 y 1996; Waters 2006).

En este sentido, las desigualdades existentes en los adultos mayores por factores socioeconómicos o por su condición de salud vuelven a ser fundamentales, de modo que el envejecimiento exitoso en sociedades desiguales (como es el caso ecuatoriano) depende de la comprensión y el abordaje de las desigualdades estructurales y de proporcionar oportunidades genuinas para que todos los adultos mayores participen y se beneficien de los procesos de desarrollo socioeconómico (Sen 2000).

Los datos presentados aquí sugieren que –en el contexto del número y proporción crecientes de adultos mayores en Ecuador (así como en prácticamente todos los países del mundo)– son dos temas los que serán motivo de mayor preocupación en un futuro no muy lejano. Primero, las políticas públicas dirigidas a la atención médica, vivienda y demás servicios sociales, así como otros servicios requerirán una atención especial de parte de los tomadores de decisiones a la heterogeneidad de

los adultos mayores y las necesidades de los miembros particularmente vulnerables de una población determinada. Por ejemplo, la atención a largo plazo de adultos mayores es crítica ya que, por un lado, representa una prestación de servicios a una población con necesidades propias del proceso de envejecimiento y, por otro lado, representa un enorme gasto privado y público. Sin embargo, en el Ecuador, esta categoría de servicios sigue siendo esencialmente desconocida. Más aún, es probable que la brecha entre la política y la implementación se vuelva cada vez mayor dado que los requerimientos asociados con la disponibilidad de infraestructura, personal y servicios especializados se agudizan. La brecha entre la demanda y la oferta de servicios de salud para los adultos mayores será aún más preocupante en lugares como Ecuador, donde los miembros de diferentes grupos sociales, étnicos y raciales viven lado a lado. En estos casos, la prestación de servicios de salud que sean cultural y lingüísticamente apropiados será fundamental para abordar los problemas de desigualdad en el envejecimiento.

Un segundo problema relacionado es que se tendrá que enfrentar desafíos financieros cada vez más complejos para cubrir desembolsos, cada vez mayores de pensiones, atención médica y otras formas de protección social financiadas públicamente (Lustig 2001). Esto implica que, si no se abordan estos problemas, las desigualdades socioeconómicas en el envejecimiento persistirán o incluso se aumentarán.

## Bibliografía

- Artazcoz, Lucía y Silvia Rueda. 2007. "Social inequalities in health among the elderly: A challenge for public health research". *Journal of Epidemiology and Community Health* 61 (6): 466-467.
- Banco Mundial. 2018. *Informe sobre el desarrollo mundial: aprender para hacer realidad la promesa de la educación*. Washington DC: International Bank for Reconstruction and Development / World Bank.
- Borrell, Carme, Carles Muntaner, Joan Benach y Lucía Artazcoz. 2004. "Social class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organisation, household material standards and household labour?" *Social Science and Medicine* 58 (10): 1869-1887.
- Budrys, Grace. 2003. *Unequal health*. Lanham, MD: Rowman / Littlefield Publishers.
- Bülow, Morton y Thomas Söderqvist. 2014. "Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept". *Journal of Aging Studies* 31: 139-149.

- Cattan, Mima, Martin White, John Bond y Alison Learmouth. 2005. "Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions". *Ageing and Society* 25 (1): 41-67.
- Chor, Dora. 2013. "Health inequalities in Brazil: Race matters". *Cadernos de Saúde Pública* 29 (7): 1272-1275.
- Davey Smith, George, David Gunnell y Yoav Ben-Shlomo. 2001. "Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality". En *Poverty, inequality, and health*, editado por David Leon y Gill Walt, 88-124. Oxford: Oxford University Press.
- Dávila Cervantes, Claudio y Marcela Aguedelo Botelo. 2019. "Health inequalities in Latin America: Persistent gaps in life expectancy". *The Lancet Planetary Health* 3 (12): e492-e493. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30244-X](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30244-X)
- De Vos, Susan. 1998. "Regional differences in living arrangements among the elderly of Ecuador". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 13 (2): 1-20.
- \_\_\_\_\_. 1990. "Extended family living among older people in six Latin American countries". *Journal of Gerontology* 45 (3): S87-S94.
- Donkin, Angela, Peter Goldblatt, Jessica Allen, Vivienne Nathanson y Michael Marmot. 2018. "Global action on the social determinants of health". *BMJ Global Health* 3 (1): 1-6.
- Freire, Wilma, Katherine Silva, María José Ramírez, William Waters y Ana Larrea. 2014. "The double burden of under nutrition and excess body weight in Ecuador". *American Journal of Clinical Nutrition* 100 (6): 1636S-1643S.
- Freire, Wilma, Edgar Rojas, Lourdes Pazmiño, Susan Tito, Patricio Buendía, Juan Salinas, Pablo Álvarez, William Waters y Marco Fornacini. 2010. *Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento: SABE I Ecuador, 2009-2010*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).
- Gacitúa, Estanislao, Carlos Sojo y Sheldon Davis. 2001. *Social exclusion and poverty reduction in Latin America and the Caribbean*. Washington DC: World Bank.
- Gallegos, Carlos Andrés, William Waters y Anne Sebert-Kuhlmann. 2016. "Discourse vs. practice: Are traditional practices and beliefs in pregnancy and childbirth included or excluded in Ecuador?" *International Health* 9 (2): 105-111.
- Gans, Daphna y Merrill Silverstein. 2006. "Norms of filial responsibility for ageing parents across time and generations". *Journal of Marriage and Family* 68 (4): 961-976.
- Grundy, Emily y Gemma Holt. 2001. "The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (12): 895-904.

- Guevara, Pilar Egúez y Flavia Andrade. 2015. "Socioeconomic and lifestyle factors associated with chronic conditions among older adults in Ecuador". *Revista Panamericana de Salud Publica* 38 (3): 226-232.
- Hall, Gillette y Harry Patrinos, eds. 2006. *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina 1994-2004*. Washington DC: World Bank.
- Larrea, Carlos y Wilma Freire. 2002. "Social inequality and child malnutrition in four Andean countries". *Revista Panamericana de Salud* 11 (5-6): 356-364.
- Larrea, Carlos y Fernando Montenegro. 2006. "Ecuador". En *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina 1994-2004*, editado por Gillette Hall y Harry Patrinos, 75-118. Washington DC: World Bank.
- Lee, Yunwan. 2000. "The predictive value of self-assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults". *Journal of Epidemiology and Community Health* 54 (2): 123-129.
- Leon, David y Gill Walt, eds. 2001. *Poverty, inequality, and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Lin, Ju-Ping y Chin-Chun Yi. 2011. "Filial norms and intergenerational support to ageing parents in China and Taiwan". *International Journal of Social Welfare* 20 (s1): S109-S120.
- Lustig, Norma, ed. 2001. *Shielding the poor: Social protection in the developing world*. Washington DC: Brookings Institution Press / Banco Interamericano de Desarrollo.
- Marmot, Michael. 2005. "Social determinants of health inequalities". *The Lancet* 365 (464): 1099-1104.
- Marmot, Michael, Jessica Allen, Ruth Bell y Peter Goldblatt. 2011. "Building of the global movement for health equity: From Santiago to Rio and beyond". *The Lancet* 379 (9811): 181-188.
- Minkler, Merideth. 1996. "Critical perspectives on ageing: New challenges for gerontology". *Ageing and Society* 16 (4): 74-87.
- \_\_\_\_\_. 1990. "Ageing and disability: Behind and beyond the stereotypes". *Journal of Aging Studies* 4 (3): 245-260.
- Montenegro, Raúl y Carolyn Stephens. 2006. "Indigenous health in Latin America and the Caribbean". *The Lancet* 367 (9525): 1859-1869.
- Omran, Abdel. 1996. *The epidemiologic transition in the Americas*. Washington DC: Pan American Health Organization / University of Maryland at College Park.
- \_\_\_\_\_. 1971. "The epidemiologic transition: A theory of epidemiology of population change". En *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49 (4): 509-538.
- OPS (Organización Panamericana de Salud). 2001. *Equity and health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington DC: Pan American Health Organization.

- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2016. *Desarrollo humano para todas las personas*. Nueva York: PNUD.
- Saxena, Sonia, Joseph Eliahoo y Azeem Maheed. 2002. "Socioeconomic and ethnic group differences in self-reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study". *BMJ* 325 (7362): 1-6.
- Sempértegui, Fernando, Bertha Estrella, Negar Elmieh, Michael Jordan, Tanvir Ahmed, Alicia Rodríguez, Katherine Tucker, Davidson Hamer, Philip Reeves y Simin Meydani. 2006. "Nutritional, immunological and health status of the elderly population living in poor neighbourhoods of Quito, Ecuador". *British Journal of Nutrition* 96: 845-853.
- Sen, Amartya. 2000. *Development as freedom*. Nueva York: Anchor Books.
- Smith, George Davey, ed. 2003. *Health inequalities: Lifecourse approaches*. Bristol: The Policy Press.
- Silverstein, Merrill, Daphna Gans, Frances Yang. 2006. "Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs". *Journal of Family Issues* 27 (8): 1068-1084.
- Waters, William. 2006. "Globalization and epidemiological overlap in 21<sup>st</sup> century Ecuador". *Globalization and Health* 2 (8): 1-13.
- Waters, William y Carlos Andrés Gallegos. 2014. "Aging and identity in Ecuador's indigenous communities". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 29 (4): 371-387.