

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA.**

Título de la investigación:

“Influencia de los determinantes sociales en los resultados de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica: una revisión de literatura internacional entre 2015 y 2024”.

Nombre del estudiante:

Melisa Valeria Chacón Bonilla

Tutora:

Dra. María Gabriela Vega Sarraulte

Sede Aranjuez, San José

AGOSTO, 2025

Resumen

Esta investigación analiza la influencia de los determinantes sociales en los resultados de morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor, a partir de una revisión sistemática de literatura internacional publicada entre 2015 y 2024. El envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe plantea desafíos significativos para los sistemas de salud, especialmente en un contexto caracterizado por desigualdades económicas, territoriales, institucionales y culturales que afectan el bienestar de las personas mayores.

El estudio se desarrolló mediante un proceso de revisión documental estructurado según la guía PRISMA 2020, incorporando artículos científicos, informes institucionales y políticas públicas relevantes. La evaluación de la calidad metodológica se realizó utilizando la clasificación del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, lo que permitió valorar la solidez de la evidencia.

Los hallazgos muestran que la pobreza, la baja escolaridad, la dispersión geográfica, la debilidad institucional y la brecha digital constituyen barreras significativas para el acceso a los servicios de salud en la vejez. Asimismo, se identificó que enfermedades cardiovasculares, respiratorias y crónicas no transmisibles están estrechamente relacionadas con factores sociales, mientras que la salud mental emerge como un eje transversal condicionado por ingresos, vivienda y redes de apoyo. Finalmente, las estrategias de intervención más efectivas combinan políticas públicas multisectoriales, programas comunitarios, acciones preventivas, enfoques psicosociales y el uso incipiente de herramientas tecnológicas.

Se concluye que los determinantes sociales son factores decisivos en la salud de las personas adultas mayores, influyendo tanto en su calidad de vida como en su longevidad. En el caso de Costa Rica, aunque existen avances en programas comunitarios y de salud oral, persisten brechas territoriales, limitaciones en la cobertura y una débil articulación intersectorial. Esta investigación aporta lineamientos para fortalecer las políticas públicas y los programas de atención geriátrica, priorizando la equidad, la prevención y la integración de la dimensión social en la práctica clínica.

Palabras clave: adultos mayores, determinantes sociales de la salud, morbilidad, mortalidad, envejecimiento saludable, América Latina.

Abstract

This research analyzes the influence of social determinants on morbidity and mortality outcomes in the elderly population, based on a systematic review of international literature published between 2015 and 2024. Population aging in Latin America and the Caribbean poses major challenges for health systems, particularly within a context marked by economic, territorial, institutional, and cultural inequalities that affect the well-being of older adults.

The study was conducted following a structured documentary review process under the PRISMA 2020 guidelines, incorporating scientific articles, institutional reports, and relevant public policies. The methodological quality of the included studies was assessed using the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine classification, ensuring a rigorous evaluation of the evidence.

Findings reveal that poverty, low educational attainment, geographic dispersion, institutional weakness, and the digital divide are significant barriers to health care access in old age. Cardiovascular, respiratory, and chronic non-communicable diseases are closely associated with social factors, while mental health emerges as a transversal dimension conditioned by income, housing, and social support networks. Furthermore, the most effective intervention strategies are those that combine multisectoral public policies, community programs, preventive actions, psychosocial approaches, and the emerging use of technological tools.

It is concluded that social determinants are decisive factors in the health of older adults, influencing both their quality of life and longevity. In Costa Rica, despite progress in community and oral health programs, territorial gaps, limited coverage, and weak intersectoral coordination persist. This research provides guidelines to strengthen public policies and geriatric care programs, prioritizing equity, prevention, and the integration of the social dimension into clinical practice.

Keywords: older adults, social determinants of health, morbidity, mortality, healthy aging, Latin America.

Agradecimiento

Le agradezco a Dios, por ser mi guía, mi fuerza y mi refugio en cada momento de duda o dificultad, a la Virgen María por interceder ante su hijo por mí, por su protección y su amor maternal, que siempre me acompañaron en cada paso que di. Sin ellos nada de esto sería posible.

Le doy las gracias a mi tutora de tesis, la doctora María Gabriela Vega Sarraulte, por su dedicación, compromiso y compañía durante todo este proceso que no ha sido nada fácil. Le agradezco profundamente por brindarme su tiempo, así como por compartir sus conocimientos y experiencias conmigo para lograr mejorar el desarrollo de esta tesis. Su guía y dedicación fueron esenciales para poder alcanzar los objetivos planteados. Su apoyo fue más allá de la parte académica, con su calidez me motivó a creer en mis capacidades, a confiar en el proceso y a crecer como persona. Es un ejemplo como mujer, madre y profesional, no solamente para mí, sino también para cualquier estudiante que pase por su clase y para todos aquellos que lleguen a conocerla.

A mi compañera Stephanie Solano Segura, gracias por compartir conmigo todos los momentos de estrés, cansancio extremo, noches en vela, pero también los momentos de alegría, los bailecitos en medio pasillo y las largas pláticas que tuvimos durante nuestra carrera, fue duro, pero al fin las dos logramos alcanzar esta meta. Fue un honor conocerla y poder recorrer este camino contigo.

Melisa Valeria

Dedicatoria

Dedico este logro primero a Dios, por ser mi guía en cada paso, por darme la sabiduría, fortaleza y esperanza que necesitaba cada día para continuar, siempre estuvo en mi camino como una luz para guiarme hasta donde estoy y poder alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

A mi madre Olga Bonilla Cubero, con todo mi amor y admiración, por ser mi ejemplo de vida, de lucha y perseverancia. Gracias por ser mi apoyo incondicional en cada paso que he dado a lo largo de mi vida, has luchado conmigo en cada uno de los obstáculos que nos ha puesto la vida, pero valió la pena porque nunca me soltaste, gracias por tus consejos llenos de sabiduría y por siempre creer en mí. Este triunfo también es tuyo, soy lo que soy gracias a ti.

A mi hermana María Paula Chacón Bonilla, mi compañera, mi mejor amiga y mi confidente en todos los momentos que te necesité, gracias por tus consejos y por siempre creer en mí, incluso cuando yo misma lo dudaba, gracias por apoyarme, ayudarme en mis trabajos, recuerda que igual que estuviste para mi yo lo estaré para ti.

A mi novio Jorge Barrantes Fallas, quien me ha apoyado en cada momento de estrés y sacrificio, siempre has estado para mí desde que llegaste a mi vida dándome cariño, palabras sinceras y ayudándome a levantarme cada vez que caía. Gracias por tu amor, tu paciencia y por motivarme a seguir adelante, una gran parte de este logro es gracias a ti. Siempre serás mi fuerza, mi tranquilidad y mi apoyo incondicional.

A mi tía Alicia Bonilla Cubero, por tu cariño, tus palabras de aliento, tus regaños, por tu disposición para ayudarme siempre que lo necesité, por tus comidas cada día y por velar que siempre tuviera un lugar cálido al cual regresar después de un día largo de clases. Gracias por tu ejemplo y por brindarme fuerza y confianza en cada paso.

A cada uno de ustedes, les agradezco profundamente por ser parte esencial de mi vida y por acompañarme en esta etapa que hoy culmina. Este logro no es únicamente mío, sino también de todos ustedes, sé que sin su apoyo nada de esto sería posible, los amo.

Melisa Valeria

Tabla de contenidos

Resumen.....	II
Agradecimiento.....	IV
Dedicatoria.....	V
Tabla de contenidos	VI
Lista de tablas	X
Lista de figuras.....	XI
Lista de gráficos.....	XII
Lista de abreviaturas	XIII
CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Introducción	2
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.3 Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación	5
1.5. Antecedentes.....	12
1.5.1 Antecedentes históricos	12
1.5.2 Antecedentes internacionales.....	20
1.5.3 Antecedentes nacionales	24
CAPÍTULO II –MARCO TEÓRICO	33
2.1. Determinantes Sociales de la Salud (DSS).....	34
2.1.1. Explicación de modelos clásicos: modelo de la OMS, enfoque de Marmot, modelo eco social de Krieger.....	35

2.1.2. Diferenciación entre determinantes estructurales e intermedios	36
2.2. Modelo Ecosocial de Nancy Krieger	37
2.2.1. Descripción del modelo y su aplicación a la salud pública	38
2.2.2. Incorporación biológica de desigualdades sociales	39
2.2.3. Relevancia del enfoque eco social en personas adultas mayores	40
2.3. Morbilidad y Mortalidad en la Vejez.....	41
2.3.1. Definiciones, causas frecuentes y principales indicadores	42
2.3.2. Cómo las desigualdades sociales inciden en el deterioro funcional y muerte prematura	43
2.3.3. Enlace con conceptos de envejecimiento saludable y carga de enfermedad	44
2.4. Educación, Empleo e Ingreso como Determinantes Clave.....	44
2.4.1. Relación entre nivel educativo y salud en la vejez	45
2.4.2. Importancia del empleo previo y acceso a pensión.	46
2.4.3. Ingreso como predictor de acceso a servicios y alimentación.	47
2.5. Entorno Físico, Vivienda y Transporte.....	48
2.5.1. Condiciones habitacionales y acceso a transporte como barreras o facilitadores	49
2.5.2. Desigualdades territoriales (zonas urbanas vs rurales).	49
2.5.3. Estudios latinoamericanos y casos de Costa Rica	50
2.6. Acceso a Servicios de Salud y Seguridad Social	51
2.6.1. Accesibilidad física, económica y cultural.	52
2.6.2. Problemas de cobertura, recursos humanos y especialización geriátrica.	53
2.6.3. Papel de la Caja Costarricense de Seguro Social y programas como la Red de Cuido.....	53
2.7. Políticas Públicas e Intervenciones Intersectoriales	54
2.7.1. Ejemplos de estrategias exitosas en América Latina y Europa.	55

2.7.2. Enfoque “salud en todas las políticas”	56
2.7.3. Lecciones aprendidas y limitaciones institucionales.	57
2.8. Enfoque Territorial y Desigualdades Regionales	58
2.8.1. Análisis de inequidades por provincia o cantón (ej. Huetar Caribe y Brunca)...	58
2.8.2. Desigualdad acumulativa y vulnerabilidad estructural	59
2.8.3. Uso de SIG y diagnósticos regionales.	60
2.9. Envejecimiento y Exclusión Social	60
2.9.1. Concepto de vejez en contextos de pobreza	61
2.9.2. Interseccionalidad: género, etnia, edad y exclusión	62
2.9.3. Efectos acumulativos del ciclo de vida sobre la salud geriátrica.....	63
2.10. Convergencia de Determinantes Sociales y Resultados en Salud	64
2.10.1. Articulación de todos los determinantes en resultados finales: morbilidad y mortalidad	64
2.10.2. Propuesta de esquema integrador	65
2.10.3. Justificación del análisis estructural como vía para el cambio	66
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO	67
3.1 Enfoque metodológico	68
3.2. Tipo de investigación.....	69
3.3. Fuentes de información.....	70
3.4. Estrategia de búsqueda y criterios de selección.....	70
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	72
3.6. Análisis de la información	76
CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	77
4.1 Resultados del Objetivo Específico 1	78
4.1.1 Barreras económicas	78

4.1.2 Barreras geográficas	81
4.1.3 Barreras institucionales y administrativas	83
4.1.4 Barreras culturales y sociales.....	86
4.1.5 Barreras tecnológicas.....	88
4.2 Resultados del Objetivo Específico 2	90
4.2.1 Morbilidad cardiovascular asociada a determinantes sociales	91
4.2.3 Salud mental y determinantes sociales	92
4.2.4 Desigualdad social y mortalidad geriátrica.....	92
4.2.5 Diferencias por género y ruralidad	93
4.2.6 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y determinantes sociales	94
4.3 Resultados del Objetivo Específico 3	96
4.3.1 Políticas públicas y marcos estratégicos	96
4.3.2 Intervenciones comunitarias	98
4.3.3 Programas preventivos en salud geriátrica	100
4.3.4 Enfoques psicosociales	102
4.3.5 Innovación tecnológica aplicada a la geriatría.....	104
4.4 Discusión general de hallazgos integrados	107
4.4.1 Integración de los resultados del objetivo 1: barreras en el acceso a la salud ...	107
4.4.2 Integración de los resultados del objetivo 2: morbilidad y mortalidad.....	108
4.4.3 Integración de los resultados del objetivo 3: estrategias de intervención.....	110
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES	112
Y RECOMENDACIONES.....	112
5.1 Conclusiones.....	113
5.2 Recomendaciones	115
CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

CAPÍTULO VII-ANEXOS.....	137
--------------------------	-----

Lista de tablas

Tabla 1. Criterios y estrategia de búsqueda bibliográfica.....	71
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	72
Tabla 3. Clasificación según niveles de evidencia	75
Tabla 4. Estudios que reportan barreras económicas en el acceso a la salud	79
Tabla 5. Estudios que reportan barreras geográficas en el acceso a la salud.....	82
Tabla 6. Estudios que reportan barreras institucionales y administrativas	85
Tabla 7. Estudios que reportan barreras culturales y sociales	87
Tabla 8. Estudios que reportan barreras tecnológicas en el acceso a la salud	89
Tabla 9. Morbilidad cardiovascular en adultos mayores y determinantes sociales	91
Tabla 10. Mortalidad en adultos mayores y determinantes sociales.....	92
Tabla 11. Enfermedades crónicas no transmisibles y determinantes sociales.....	95
Tabla 12. Salud mental en adultos mayores y determinantes sociales	95
Tabla 12. Políticas públicas y marcos estratégicos en el envejecimiento saludable.....	97
Tabla 13. Intervenciones comunitarias en adultos mayores	99
Tabla 14. Programas preventivos en salud geriátrica	101
Tabla 15. Enfoques psicosociales en el envejecimiento saludable	103
Tabla 16. Innovación tecnológica en el envejecimiento saludable.....	105

Lista de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda	73
---	----

Lista de gráficos

Tabla 1. Criterios y estrategia de búsqueda bibliográfica.....	71
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	72
Tabla 3. Clasificación según niveles de evidencia	75
Tabla 4. Estudios que reportan barreras económicas en el acceso a la salud	79
Tabla 5. Estudios que reportan barreras geográficas en el acceso a la salud.....	82
Tabla 6. Estudios que reportan barreras institucionales y administrativas	85
Tabla 7. Estudios que reportan barreras culturales y sociales	87
Tabla 8. Estudios que reportan barreras tecnológicas en el acceso a la salud	89
Tabla 9. Morbilidad cardiovascular en adultos mayores y determinantes sociales	91
Tabla 10. Mortalidad en adultos mayores y determinantes sociales.....	92
Tabla 11. Enfermedades crónicas no transmisibles y determinantes sociales.....	95
Tabla 12. Salud mental en adultos mayores y determinantes sociales	95
Tabla 12. Políticas públicas y marcos estratégicos en el envejecimiento saludable.....	97
Tabla 13. Intervenciones comunitarias en adultos mayores	99
Tabla 14. Programas preventivos en salud geriátrica	101
Tabla 15. Enfoques psicosociales en el envejecimiento saludable	103
Tabla 16. Innovación tecnológica en el envejecimiento saludable.....	105

Lista de abreviaturas

AL: América Latina

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIESS: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

COVID-19: Coronavirus Disease 2019

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

IADB: Inter-American Development Bank (Banco Interamericano de Desarrollo)

MS: Ministerio de Salud de Costa Rica

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SIG: Sistema de Información Geográfica

UCR: Universidad de Costa Rica

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

Cada vez es más evidente que la población mundial está envejeciendo. Es algo que se nota en las calles, en las noticias y en cómo funcionan los servicios de salud. Según datos de Naciones Unidas, para el año 2050 habrá más de 1.500 millones de personas mayores de 65 años¹. Eso significa que una parte muy importante de la sociedad estará conformada por adultos mayores. Lo cierto es que no se está del todo preparados para ese cambio.

Durante mucho tiempo se pensó que bastaba con tratar las enfermedades físicas propias de la edad, ir al médico, tomar medicamentos, hacerse chequeos. Pero ahora se reconoce que hay otros factores que también influyen directamente en la salud, por ejemplo, si una persona mayor pudo estudiar, si tuvo un trabajo estable, si cuenta con una pensión o si vive en un lugar con servicios adecuados. Todo eso importa y mucho².

A estos factores se les conoce como determinantes sociales de la salud y entenderlos ayuda a explicar por qué algunas personas llegan a la vejez en mejores condiciones que otras³. En muchos casos, quienes han tenido menos oportunidades desde jóvenes enfrentan mayores complicaciones con el paso de los años. Se refleja en más enfermedades, más limitaciones físicas, hospitalizaciones frecuentes y en muchos casos, una vida más corta⁴.

En América Latina, la situación se complica todavía más. La desigualdad social que existe desde hace décadas hace que muchas personas mayores vivan con muy poco. Hay quienes no tienen pensión, ni acceso a transporte, ni a una red de apoyo, ni a servicios médicos especializados⁵. Las mujeres mayores, las personas de zonas rurales o quienes pertenecen a pueblos originarios, por lo general, enfrentan más obstáculos para envejecer con bienestar⁶.

Lo preocupante es que estas diferencias no son simplemente resultado del envejecimiento natural. Son producto de decisiones políticas, económicas y sociales que se han ido acumulando con el tiempo⁷. Por eso, no basta con atender a los adultos mayores desde la medicina: hay que pensar en todo el entorno que afecta su salud.

Investigar sobre este tema no es solamente algo académico. Es una forma de encontrar respuestas, sobre todo, posibles soluciones. Entender qué está fallando y por qué unas personas tienen más riesgo que otras puede ayudar a pensar en políticas más humanas y justas⁸.

Esta investigación se enfoca en analizar estudios publicados entre 2015 y 2024, tanto de Costa Rica como de otros países. Se exploran variables como el ingreso, el nivel educativo, el empleo, el acceso a servicios de salud, las barreras estructurales y las políticas públicas que afectan a esta población⁹. La meta es aportar información útil que pueda apoyar la toma de decisiones en favor de una vejez con mayor equidad¹⁰.

1.2 Planteamiento del problema

Las condiciones sociales en las que las personas envejecen, viven, trabajan y se relacionan representan uno de los factores más significativos que influyen en su estado de salud durante la vejez. A pesar de los avances en tecnologías médicas, farmacología y expansión de servicios sanitarios, las desigualdades en salud persisten y tienden a acentuarse en la población geriátrica debido a las brechas estructurales acumuladas a lo largo del ciclo de vida¹¹. En esta etapa, los determinantes sociales no solamente explican diferencias en los desenlaces clínicos, sino que también condicionan el acceso al sistema sanitario, el grado de autonomía funcional, la carga de enfermedad y la probabilidad de morir de forma anticipada¹².

En múltiples países, factores como el nivel educativo alcanzado, la calidad del empleo previo, el acceso a una pensión adecuada, la seguridad habitacional, la disponibilidad de transporte público y la distribución del ingreso determinan en gran medida la aparición de enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo, la dependencia y la esperanza de vida saludable en las personas mayores¹³. La evidencia internacional indica que los adultos mayores con menor nivel de escolaridad y bajos ingresos presentan mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos mentales, así como mayores tasas de hospitalización y mortalidad por causas evitables¹⁴. Esta relación ha sido ampliamente documentada como parte del gradiente social en salud, donde cada escalón descendente en la estructura socioeconómica representa un mayor riesgo para la salud y una menor supervivencia¹⁵.

Los determinantes sociales, además, actúan de forma sinérgica, por ejemplo, una persona mayor con bajo nivel educativo que vive en una zona rural con escasa infraestructura de salud y sin redes de apoyo social enfrenta un riesgo combinado mucho mayor de deterioro funcional, exclusión y muerte prematura¹⁶.

En contextos de pobreza, la vejez se vive frecuentemente en condiciones de aislamiento, dependencia económica, inseguridad alimentaria y exposición ambiental desfavorable, lo cual intensifica los efectos acumulados de los determinantes sociales a lo largo del tiempo¹⁷.

En Costa Rica las inequidades sociales también impactan de forma directa a la población adulta mayor. Según datos del Ministerio de Salud, los adultos mayores en el quintil más bajo de ingreso presentan hasta un 70 % más de probabilidad de padecer enfermedades crónicas en comparación con quienes pertenecen al quintil más alto¹⁸. La Caja Costarricense de Seguro Social, asimismo, ha documentado diferencias de hasta 6 años en la esperanza de vida entre provincias con altos y bajos niveles de escolaridad promedio¹⁹. A pesar de contar con un sistema de salud universal, las condiciones sociales siguen condicionando de forma decisiva los desenlaces de morbilidad y mortalidad geriátrica.

A nivel internacional, numerosos esfuerzos han buscado reducir estas brechas mediante políticas públicas orientadas al acceso universal a la salud. No obstante, muchas intervenciones se han centrado en ampliar la cobertura médica sin abordar de manera estructural los factores sociales subyacentes, como la pobreza, el desempleo o la vivienda inadecuada²⁰. Como resultado, las desigualdades sanitarias persisten, representando un desafío ético, técnico y político para los sistemas de salud y protección social del siglo XXI.

Ante este panorama, se hace indispensable repensar el abordaje tradicional de las enfermedades en adultos mayores. Las causas no se encuentran únicamente en los procesos biológicos, sino en la organización de la sociedad, la distribución de los recursos y las decisiones institucionales que configuran las condiciones de vida en la vejez. Es por ello por lo que se requiere profundizar en el análisis de la relación entre los determinantes sociales y los resultados de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica, con el fin de generar evidencia que oriente acciones efectivas para reducir las inequidades y promover un envejecimiento saludable.

Pregunta de investigación:

¿Cómo influyen los determinantes sociales en los resultados de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica según la literatura científica publicada entre 2015 y 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar, mediante revisión de literatura científica publicada entre 2015 y 2024, la influencia de los determinantes sociales en la morbilidad y mortalidad de la población geriátrica, considerando factores como nivel educativo, ingreso, empleo, acceso a servicios de salud, políticas públicas y barreras estructurales en contextos nacionales e internacionales.

1.3.2. Objetivos específicos

1-Identificar, a partir de la evidencia científica reciente, los principales determinantes sociales que afectan la salud de la población geriátrica en términos de morbilidad y mortalidad.

2-Describir los mecanismos sociales y estructurales mediante los cuales los determinantes sociales influyen en el deterioro de la salud, el desarrollo de enfermedades crónicas y el aumento de la mortalidad en adultos mayores.

3-Comparar las estrategias de intervención implementadas en distintos países para mitigar las desigualdades en salud en la población geriátrica, evaluando su alcance, efectividad y sostenibilidad.

1.4. Justificación

El estudio de los determinantes sociales de la salud (DSS) ha adquirido una relevancia creciente en las últimas décadas, al consolidarse como un enfoque indispensable para comprender las profundas desigualdades que afectan a distintos grupos poblacionales. En el caso de las personas adultas mayores, esta perspectiva resulta aún más urgente porque la vejez representa una etapa de la vida marcada por mayor vulnerabilidad, dependencia funcional y exposición a múltiples condiciones sociales acumulativas que inciden directamente en los resultados de morbilidad y mortalidad¹.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los DSS son definidos como las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global y local²². Estas condiciones que incluyen factores como el nivel educativo, el ingreso económico, la ocupación previa, el acceso a servicios de salud, la vivienda, el entorno físico y las redes de apoyo social inciden directamente sobre los desenlaces en salud.

En la vejez, su impacto se manifiesta con particular severidad porque las desigualdades sociales acumuladas a lo largo del ciclo de vida se expresan en mayor carga de enfermedad, discapacidad, deterioro funcional y muerte anticipada²².

Este marco resulta particularmente útil en un contexto en el que las personas mayores constituyen uno de los grupos más afectados por las desigualdades estructurales. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS advirtió, en su informe *Closing the Gap in a Generation*, que las inequidades sanitarias no son el resultado de procesos naturales, sino de decisiones políticas y sociales que estructuran el acceso a servicios, recursos y condiciones dignas de vida⁹. En el caso de los adultos mayores, esto se refleja en diferencias significativas en esperanza de vida, prevalencia de enfermedades crónicas, tasas de hospitalización y acceso a cuidados paliativos, según su posición socioeconómica, nivel educativo o área de residencia¹⁰.

La pandemia por COVID-19 visibilizó estas desigualdades de forma dramática. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), durante los picos de contagio, la tasa de mortalidad por COVID-19 fue 57 % más alta en comunidades con mayores niveles de pobreza, mientras que el acceso a pruebas diagnósticas fue 40 % menor en zonas rurales²². Este impacto no fue solamente clínico, sino profundamente estructural: miles de personas adultas mayores quedaron aisladas, sin acceso a controles médicos regulares, medicamentos, alimentación adecuada o asistencia domiciliaria, lo cual generó un deterioro acelerado de su salud física y mental⁹.

En América Latina la situación fue aún más crítica. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reportó que, entre 2019 y 2021, la pobreza en la región pasó del 30 % al 33,7 %, afectando a más de 209 millones de personas, entre ellas, una proporción significativa de adultos mayores¹¹. Esta situación agravó las brechas preexistentes, especialmente en lo relativo al acceso a pensiones dignas, atención primaria adaptada a la vejez y servicios de apoyo comunitario. En muchos países, los sistemas de salud no estaban preparados para atender las complejidades propias del envejecimiento, mucho menos en condiciones de crisis social y sanitaria.

Costa Rica, aunque ha logrado avances importantes en términos de cobertura sanitaria universal y longevidad, también presenta desigualdades importantes entre su población adulta mayor.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), para el año 2023, el 21,8 % de los hogares se encontraba en condición de pobreza y el 6,3 % en pobreza extrema¹². Las regiones Brunca, Huetar Norte y Huetar Caribe presentan los mayores índices de exclusión, lo que se traduce en menor acceso a servicios especializados, transporte público, actividades comunitarias y seguridad habitacional¹³. Esta desigualdad territorial impacta directamente en los desenlaces de salud geriátrica, especialmente en lo que respecta a enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental y mortalidad prematura.

En este contexto, la presente investigación se justifica por múltiples razones. Desde el punto de vista académico, se propone llenar un vacío en la literatura nacional e internacional relacionada con la salud de personas adultas mayores desde un enfoque estructural. La mayoría de los estudios sobre envejecimiento se han centrado en variables clínicas o demográficas, dejando de lado los factores sociales y políticos que condicionan la aparición, el tratamiento y el pronóstico de enfermedades geriátricas⁹. Esta tesis busca aportar un análisis integral que permita identificar con claridad qué factores sociales generan mayores riesgos para esta población, en qué países se han implementado políticas exitosas y qué lecciones pueden extraerse para contextos como el costarricense.

Desde la dimensión social, esta investigación adquiere una relevancia innegable. La población adulta mayor no solamente ha crecido de forma sostenida en las últimas décadas, sino que se prevé que seguirá aumentando en proporción y número absoluto en los años por venir. En Costa Rica, el 14,4 % de la población tiene actualmente más de 60 años y se espera que para el 2050 esta cifra supere el 25 %²³. Este envejecimiento demográfico conlleva implicaciones profundas en términos de salud pública, infraestructura, servicios sociales y sistemas de protección. Sin embargo, este crecimiento no ha venido acompañado, necesariamente, de una mejora en las condiciones sociales y económicas de las personas mayores.

Diversos informes han documentado que la pobreza en la vejez tiene características particulares: ingresos fijos o nulos, dificultades para reinsertarse laboralmente, dependencia de redes familiares debilitadas, y vulnerabilidad frente a enfermedades incapacitantes²⁴. En contextos de alta desigualdad como América Latina, la vejez suele ser una etapa asociada con la exclusión, el abandono institucional y la invisibilización de sus necesidades.

En este marco, estudiar cómo influyen los determinantes sociales sobre la salud de este grupo etario resulta urgente para diseñar respuestas que combinen sensibilidad social, sostenibilidad económica y enfoque de derechos humanos²⁵.

Desde una perspectiva ética, el presente estudio se fundamenta en el principio de justicia social, que exige que todas las personas tengan igual derecho a gozar de una vida saludable, independientemente de su origen, estatus socioeconómico, edad o lugar de residencia. La equidad en salud se puede entender como la ausencia de diferencias injustas y evitables implica una obligación moral por parte del Estado y la sociedad de intervenir en las condiciones que generan enfermedad, sufrimiento y muerte innecesaria²⁶. Al investigar los DSS en la población geriátrica, esta tesis contribuye a visibilizar las múltiples formas de exclusión estructural que afectan a los adultos mayores y que suelen permanecer fuera del debate público y de la planificación institucional.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2022 muestran que las personas mayores en situación de pobreza presentan una mayor carga de enfermedades crónicas, menor adherencia a tratamientos y más dificultades para acceder a servicios preventivos y diagnósticos¹⁶. Esta situación se ve agravada en zonas rurales, donde la falta de transporte, la lejanía de los centros médicos y la escasa disponibilidad de especialistas obstaculizan el derecho a la salud. Además, múltiples estudios han demostrado que la baja escolaridad está asociada con un menor conocimiento sobre autocuidados, síntomas de alarma y adherencia terapéutica²⁷. En consecuencia, el nivel educativo no solamente condiciona las oportunidades económicas, sino también los resultados clínicos.

Desde el punto de vista técnico y científico, esta investigación ofrece un aporte metodológico y conceptual significativo. Al tratarse de una revisión sistemática de literatura reciente (2015-2024), permite actualizar el conocimiento disponible sobre el tema, identificar vacíos de investigación, mapear buenas prácticas y fortalecer la base empírica para la formulación de políticas públicas. Además, contribuye a una visión interdisciplinaria que articula conocimientos de la medicina, la epidemiología, las ciencias sociales y la salud pública. Este abordaje holístico es fundamental para comprender fenómenos tan complejos como la morbilidad y mortalidad en la vejez, que no pueden reducirse a factores clínicos aislados.

El estudio, de igual forma, apoya el enfoque intersectorial, promovido por organismos como la OMS y la OPS, el cual sostiene que la salud no puede resolverse exclusivamente desde el sector salud. Tal como lo afirma el Plan Nacional de Salud 2022–2030, se requiere la coordinación de los sectores de educación, vivienda, trabajo, transporte y ambiente para lograr cambios estructurales duraderos²⁰. Este documento oficial de Costa Rica reconoce, además, que los DSS son clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3 (salud y bienestar), el ODS 10 (reducción de desigualdades) y el ODS 11 (ciudades sostenibles)²⁰.

La dimensión política de esta investigación es especialmente relevante. Al identificar los factores estructurales que afectan desproporcionadamente a la población adulta mayor, esta tesis puede servir como insumo para la toma de decisiones basadas en evidencia. La formulación de políticas públicas requiere no solamente voluntad política, sino también información rigurosa, actualizada y contextualizada sobre las causas de los problemas que se pretende resolver²⁸. En este sentido, los hallazgos de esta revisión podrían orientar programas de atención primaria geriátrica, priorización territorial de servicios, políticas de envejecimiento activo y sistemas de protección social más inclusivos.

Cabe destacar que esta investigación está alineada con los principios del derecho a la salud, consagrado en tratados internacionales ratificados por Costa Rica, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Este derecho implica tres dimensiones esenciales: disponibilidad, accesibilidad y calidad²⁹. Sin embargo, para que dicho derecho sea efectivo, debe ir más allá del acceso a servicios médicos. Debe incluir también la garantía de condiciones de vida que permitan a las personas vivir con dignidad en cada etapa de su vida, incluida la vejez.

Una de las contribuciones más relevantes de este trabajo es su capacidad de generar evidencia útil para la transformación estructural del sistema de salud, al trascender el paradigma asistencialista que ha predominado en muchas de las políticas actuales. Si bien las políticas públicas en Costa Rica han demostrado cierto compromiso con la equidad, por ejemplo, mediante la expansión de la cobertura universal y la promoción de la atención primaria en salud, múltiples informes han advertido que persisten limitaciones notorias en su capacidad de respuesta estructural frente a los determinantes sociales³⁰.

En particular, las acciones institucionales tienden a focalizarse en el tratamiento de enfermedades o en programas específicos, dejando de lado las condiciones de vida que explican su aparición.

Este estudio investigativo, al enfocarse en el segmento geriátrico, evidencia una dimensión crítica: la fragilidad de las políticas de envejecimiento saludable, particularmente en territorios rurales, costeros o empobrecidos. Aun cuando existen programas como la Red de Cuido o la Estrategia Nacional de Envejecimiento y Salud, su implementación ha sido desigual, limitada en recursos y escasamente evaluada desde el punto de vista del impacto en los DSS³¹. Las personas adultas mayores, en muchos casos, viven situaciones de aislamiento social, abandono institucional y barreras para el ejercicio efectivo de su derecho a la salud, especialmente aquellas sin redes familiares o con bajos niveles de escolaridad e ingreso³².

La invisibilización estadística de muchas de estas poblaciones vulnerables también constituye un problema importante. Las bases de datos oficiales, los sistemas de información en salud y los informes técnicos no siempre incluyen variables sociales desagregadas por nivel educativo, situación laboral previa, etnia, territorio o género. Esta omisión impide capturar la complejidad del problema y obstaculiza el diseño de intervenciones integrales. En este sentido, esta tesis pretende contribuir también a una mejor caracterización del problema, al sistematizar la evidencia disponible entre 2015 y 2024, en estudios de distintos países, sobre la relación entre determinantes sociales y resultados de morbilidad y mortalidad geriátrica.

Es importante destacar que este trabajo no solamente está orientado a diagnosticar un problema, sino que propone una ruta transformadora, basada en la promoción de enfoques intersectoriales, preventivos y centrados en la justicia social. El diagnóstico se realizará mediante un análisis documental exhaustivo de la literatura científica publicada en los últimos 5 años, identificando las principales tendencias, brechas y hallazgos relacionados con [mencionar la problemática]. Para ello, se efectuará una búsqueda sistemática en bases de datos especializadas, utilizando criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, con el fin de garantizar la validez y relevancia de la información recopilada. Se parte de la premisa de que los DSS no son fenómenos inmutables ni ajenos a la intervención estatal, sino el producto de decisiones políticas, de estructuras institucionales y de arreglos económicos que pueden ser transformados³³.

Esta visión coincide con la propuesta del enfoque de los determinantes comerciales de la salud, que denuncia cómo ciertos intereses, por ejemplo, de industrias alimentarias, farmacéuticas o financieras contribuyen a perpetuar entornos nocivos para la salud³⁴.

Esta revisión de literatura no solamente buscará agrupar los principales hallazgos sobre los DSS y su impacto en la población mayor, sino también identificar qué tipos de políticas han demostrado ser más eficaces para contrarrestarlos. En otras palabras, no basta con saber qué factores afectan la salud, sino cómo actuar sobre ellos desde un enfoque realista, viable y con perspectiva de sostenibilidad. La identificación de buenas prácticas, así como de fracasos institucionales, representa un insumo clave para el mejoramiento continuo del sistema de salud y del conjunto del Estado social costarricense³⁵.

En el contexto pospandémico, marcado por crisis fiscales, aumento de la desigualdad y debilitamiento de la confianza pública, esta investigación tiene también un valor simbólico. Reafirma la importancia de la salud como derecho humano fundamental y responsabilidad colectiva. En tiempos donde prevalece la lógica del individualismo, la privatización de servicios y la medicalización de la vida cotidiana, volver la mirada hacia los determinantes sociales implica un acto de resistencia académica, ética y política. Implica recordar que la salud comienza mucho antes del hospital, en el lugar donde se nace, en el tipo de educación que se recibe, en las condiciones de trabajo, en el acceso al agua potable, al transporte digno y a un entorno saludable³⁶.

Desde una perspectiva académica y de formación profesional, esta tesis ofrece una contribución valiosa a la medicina basada en evidencia, no desde un enfoque clínico clásico, sino desde un abordaje epidemiológico y social. Para los futuros médicos, comprender la dimensión social de la enfermedad es esencial para ejercer una medicina más humana, empática y eficaz. Este trabajo ofrece herramientas conceptuales para entender mejor a los pacientes, no solamente como cuerpos biológicos, sino como sujetos integrales cuya salud está condicionada por múltiples factores externos.

La formación médica contemporánea debe ampliar su mirada hacia las causas profundas de la enfermedad, abandonando progresivamente el modelo reduccionista, fragmentado y curativo, en favor de una práctica integral, interdisciplinaria y preventiva. Esta tesis, en ese sentido, es también una propuesta pedagógica, una invitación a que los profesionales de la salud incorporen la justicia social como un eje transversal de su quehacer.

1.5. Antecedentes

Este capítulo tiene como propósito fundamentar teóricamente el análisis de los determinantes sociales de la salud (DSS) en relación con la morbilidad y mortalidad de la población geriátrica, mediante una revisión crítica y actualizada de literatura científica, informes técnicos y datos estadísticos relevantes. A través de una perspectiva histórica, internacional y nacional se abordarán los principales factores estructurales que condicionan los resultados en salud, tales como el nivel educativo, el ingreso, el empleo, el acceso a servicios, la seguridad social y el entorno habitacional, entre otros.

Esta revisión busca evidenciar cómo dichas condiciones sociales, económicas y políticas inciden de forma directa en el proceso de envejecimiento y en los desenlaces sanitarios, permitiendo comprender las desigualdades existentes en este grupo etario. Se destacan los aportes de organismos internacionales, como la OMS y la OPS, así como investigaciones recientes en América Latina y Costa Rica, con el fin de construir un marco contextual riguroso, útil para orientar el análisis crítico y propositivo de esta investigación.

1.5.1 Antecedentes históricos

El médico alemán Rudolf Virchow, considerado uno de los pioneros de la medicina social, desarrolló en 1848 un análisis fundamental sobre la relación entre salud y condiciones sociales, el cual ha sido citado ampliamente en la literatura moderna. Su célebre informe sobre una epidemia de tifus en Silesia no solamente documentó los efectos sanitarios de la pobreza, sino que sostuvo que las enfermedades son el resultado de condiciones estructurales como la exclusión, la miseria y la desigualdad. Virchow planteó que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”, estableciendo un paradigma en el que la salud pública no podía desligarse de la justicia social y la acción política³⁷.

En su informe, Virchow utilizó una metodología basada en la observación directa de las condiciones de vida de la población afectada, complementada con informes sanitarios y entrevistas. Su análisis evidenció cómo la desnutrición, la falta de vivienda digna, el desempleo y la ausencia de servicios básicos actuaban como factores determinantes del brote de tifus. A pesar de la limitada tecnología médica de la época, su enfoque fue profundamente empírico y centrado en la causalidad estructural, destacando la necesidad de reformas sociales como medio para prevenir futuras crisis sanitarias.

La vigencia del pensamiento de Virchow ha sido reconocida en estudios contemporáneos que lo citan como el punto de partida del enfoque estructural de los determinantes sociales de la salud. Su visión anticipa los debates actuales sobre salud como derecho humano, determinación social de la enfermedad y necesidad de políticas públicas integrales. Este antecedente es clave para esta investigación porque muestra cómo el origen del análisis de las desigualdades sanitarias se encuentra en una comprensión crítica del entorno social como determinante primario de la salud³⁷.

Friedrich Engels, filósofo y teórico social, publicó en 1845 su obra: “La situación de la clase obrera en Inglaterra”, considerada uno de los primeros estudios sistemáticos sobre la relación entre salud y desigualdad social. Su objetivo fue demostrar cómo las condiciones de vida impuestas por el sistema capitalista industrial generaban enfermedad, sufrimiento y muerte prematura entre la clase trabajadora. Engels denunció el hacinamiento, la contaminación, la explotación laboral y la falta de servicios sanitarios como factores estructurales que afectaban directamente la salud de los pobres urbanos³⁸.

El análisis de Engels se basó en observaciones empíricas directas durante su estancia en Manchester, complementadas con estadísticas demográficas, informes sanitarios oficiales y testimonios obreros. Utilizó una metodología inductiva de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo, documentando casos específicos de enfermedades vinculadas al entorno físico y laboral. Sus conclusiones enfatizaron que la mortalidad temprana no era consecuencia de la biología o el azar, sino de condiciones sociales deliberadamente impuestas por el modelo económico dominante.

El aporte de Engels continúa siendo retomado en la literatura contemporánea por su capacidad para evidenciar cómo las estructuras de poder y clase determinan la distribución de la enfermedad. Autores como Bambra han reivindicado su relevancia teórica para los estudios sobre inequidades sanitarias. Este antecedente resulta crucial para esta investigación porque legitima la inclusión de factores como el empleo, la vivienda, la exposición ambiental y la organización social como componentes estructurales del análisis de salud pública desde una perspectiva crítica y transformadora³⁸.

Thomas McKeown, médico e historiador británico, publicó en 1976 su influyente obra *The Role of Medicine: Dream, ¿Mirage or Nemesis?*, en la cual planteó la llamada “tesis de McKeown”.

Su objetivo fue analizar las causas del descenso de la mortalidad en Europa occidental desde el siglo XVIII hasta el siglo XX, concluye que dicho descenso no podía atribuirse principalmente a los avances médicos, sino a factores sociales como la mejora en la nutrición, el saneamiento y las condiciones de vida³⁹.

La metodología de McKeown consistió en un análisis histórico-epidemiológico basado en series estadísticas de mortalidad y morbilidad, desglosadas por causas específicas y periodos históricos. Utilizó fuentes oficiales de salud pública y datos censales para identificar patrones temporales, argumentando que el mayor impacto en la reducción de enfermedades infecciosas ocurrió antes del descubrimiento de los antibióticos o la implementación de programas médicos masivos. Su trabajo fue pionero en el uso de datos demográficos para cuestionar la hegemonía del modelo biomédico.

Este antecedente es altamente relevante para la presente investigación porque introdujo empíricamente la idea de que la salud pública depende fundamentalmente de condiciones sociales estructurales. La tesis de McKeown ha sido reafirmada y actualizada por diversos autores contemporáneos que han resaltado la importancia de las intervenciones sociales frente a las puramente clínicas. Su planteamiento respalda la necesidad de considerar la alimentación, la vivienda, el trabajo y la educación como variables clave en la comprensión de los determinantes sociales de la salud³⁹.

Geoffrey Rose, epidemiólogo británico, formuló en 1992 un nuevo paradigma para la prevención en salud pública a través de su obra *The Strategy of Preventive Medicine*. Su objetivo fue demostrar que las enfermedades no deben abordarse únicamente mediante intervenciones individuales sobre personas de alto riesgo, sino a través de estrategias poblacionales que modifiquen los determinantes estructurales que afectan a toda la sociedad⁴⁰. Este planteamiento transformó la forma de pensar la prevención y ubicó el contexto social como núcleo de la acción sanitaria.

La propuesta metodológica de Rose consistió en analizar la distribución poblacional de factores de riesgo, como la presión arterial o el colesterol, argumentando que pequeñas reducciones a nivel poblacional generan mayor impacto en la salud colectiva que grandes reducciones en unos pocos individuos. Basó sus análisis en datos epidemiológicos y modelos poblacionales, subrayando la importancia de intervenir sobre los determinantes sociales que afectan por igual a individuos sanos y enfermos.

Investigaciones posteriores, como la de Capewell y Graham han retomado su modelo para aplicarlo al análisis de enfermedades crónicas y salud mental, confirmando su vigencia. El planteamiento de Geoffrey Rose es fundamental para esta tesis porque ofrece un marco metodológico coherente con el enfoque estructural de los determinantes sociales de la salud. Su estrategia poblacional sigue aplicándose actualmente en el diseño de políticas universales que buscan modificar las condiciones sociales adversas, en lugar de limitarse a tratar las consecuencias médicas (Rose, 1985) ⁴⁰. Este enfoque también respalda la necesidad de políticas intersectoriales que aborden las causas sociales de la enfermedad desde una lógica colectiva, anticipando debates recientes sobre la salud en todas las políticas.

En 1986, durante la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ottawa, Canadá, se adoptó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Según la propia OMS (1986) ⁴¹, este documento redefinió la salud como un recurso para la vida diaria y no solamente como la ausencia de enfermedad. Su objetivo fue establecer un marco de acción para promover el bienestar, reconociendo que la salud está determinada por factores sociales, políticos y ambientales. La Carta propuso cinco líneas de intervención: construir políticas públicas saludables, crear entornos favorables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios de salud.

La elaboración de la Carta se llevó a cabo mediante un proceso de consenso internacional, en el que participaron expertos en salud pública, representantes gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y académicos. Como destacan O'Hara y Taylor (2018), este documento conserva su vigencia al alinearse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente en lo referente a equidad, participación y sostenibilidad.

Este antecedente resulta relevante para la presente investigación porque representó uno de los primeros consensos internacionales sobre el enfoque ecológico-social de la salud. La Carta legitimó la inclusión de los determinantes sociales en el discurso institucional y promovió una estrategia intersectorial para intervenir en las desigualdades. Esta perspectiva refuerza la idea de que mejorar la salud requiere transformaciones estructurales, participación comunitaria y justicia social (OMS, 1986) ⁴¹.

Posteriormente, en 2008, la OMS publicó el informe *Closing the Gap in a Generation*, elaborado por su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, presidida por Michael Marmot. Según Marmot et al. (2008)⁴², este documento recopiló y analizó la evidencia global sobre las causas sociales de las inequidades en salud y propuso estrategias intersectoriales para reducirlas. El informe subrayó que las desigualdades en salud no son inevitables ni naturales, sino consecuencia de condiciones sociales injustas y modificables.

La metodología de esta comisión se basó en una revisión de literatura científica, estudios de casos en múltiples regiones del mundo y consultas con expertos, comunidades y responsables políticos. A partir de este proceso, se formularon tres líneas de acción fundamentales: mejorar las condiciones de vida diarias, reducir las desigualdades en la distribución del poder y los recursos y medir el problema evaluando las acciones emprendidas. Investigadores como Carey y Crammond han analizado posteriormente los efectos y limitaciones de la implementación de este informe, concluyendo que, si bien su enfoque técnico fue sólido, su impacto ha sido desigual por barreras institucionales y políticas.

Este antecedente es clave para la presente investigación porque constituye el primer esfuerzo global sistemático por integrar los determinantes sociales en las agendas de salud pública y desarrollo. El informe proporciona una base empírica robusta y un marco conceptual articulado que sustenta la tesis de que mejorar la salud de las poblaciones requiere transformar las estructuras sociales que perpetúan la inequidad. Además, refuerza el enfoque ético de esta investigación, que considera la salud como un derecho humano que debe ser protegido mediante acciones intersectoriales sostenidas⁴².

A partir de la década del 2010, diversos organismos regionales y académicos en América Latina comenzaron a incorporar el concepto de vulnerabilidad estructural en el análisis de los determinantes sociales de la salud. Esta noción busca explicar cómo factores históricos, sociales, étnicos, de género y económicos interactúan para producir riesgos acumulativos y sistemáticos en la salud de determinados grupos. En lugar de entender la vulnerabilidad como una condición individual, este enfoque reconoce que ciertas poblaciones como pueblos indígenas, personas afrodescendientes, migrantes o comunidades empobrecidas enfrentan riesgos sanitarios por su ubicación estructural en la sociedad⁴³.

La literatura más reciente ha documentado este fenómeno mediante análisis interseccionales y estudios de caso enfocados en contextos rurales y urbanos. Investigadores como Rasanathan, Bennett y Atkins, en un artículo publicado en *The Lancet Regional Health Americas* en 2021, analizaron datos desagregados y entrevistas a profundidad para ilustrar cómo la exclusión sistemática impacta en el acceso a servicios, la calidad de atención y la exposición a enfermedades prevenibles. Estos estudios también subrayaron la importancia de incorporar perspectivas interculturales en los sistemas de salud, así como de generar políticas sensibles al contexto social y cultural de cada comunidad.

Este antecedente resulta altamente significativo para esta investigación porque permite vincular el análisis de los determinantes sociales con las dinámicas históricas de exclusión que caracterizan a muchos países de América Latina. La noción de vulnerabilidad estructural amplía el marco interpretativo y permite comprender no solamente quiénes están en riesgo, sino también por qué lo están. Esta perspectiva fortalece la capacidad analítica de la presente tesis al integrar dimensiones de poder, historia y cultura en el estudio de la morbilidad y mortalidad geriátrica⁴³.

Desde finales del siglo XX y con mayor desarrollo en el siglo XXI, la epidemióloga y profesora de la Universidad de Harvard, Nancy Krieger, ha impulsado un enfoque teórico denominado modelo eco social, destinado a comprender cómo las desigualdades sociales influyen biológicamente en la salud de las personas. Krieger sostiene que el cuerpo humano no solamente habita contextos sociales, sino que incorpora fisiológicamente las condiciones de vida a través de procesos acumulativos de exposición al estrés, la discriminación y la pobreza. Su propuesta busca trascender la dicotomía entre lo biológico y lo social, considerando múltiples niveles de interacción entre ambos planos para explicar la distribución desigual de la salud⁴⁴.

En su revisión publicada en *Annual Review of Public Health* en 2021, Krieger emplea una combinación de métodos epidemiológicos, estudios longitudinales, análisis de biomarcadores e información de registros sanitarios oficiales. Sus hallazgos evidencian cómo las desigualdades sociales dejan huellas mensurables en el cuerpo humano, por ejemplo, en la forma de deterioro inmunológico, enfermedades crónicas, envejecimiento acelerado o alteraciones hormonales.

Su metodología destaca por incorporar el ciclo de vida como dimensión clave, lo cual permite observar cómo las exposiciones a desigualdades durante la infancia, juventud o adultez temprana influyen en la salud en la vejez.

Este antecedente resulta especialmente relevante para esta investigación porque ofrece una base empírica y teórica robusta para argumentar que la morbilidad y mortalidad en personas adultas mayores no son el producto exclusivo del envejecimiento biológico, sino de la incorporación biológica de desigualdades sociales a lo largo del tiempo. El modelo eco social de Krieger permite comprender la dimensión acumulativa y estructural del daño social, dotando a la presente tesis de una perspectiva integral para analizar cómo factores como la clase social, la raza o el género inciden directamente en los resultados de salud geriátrica⁴⁴.

Durante el siglo XXI, varios países de América Latina han comenzado a integrar formalmente los determinantes sociales de la salud (DSS) en el diseño de sus políticas públicas, como respuesta a las desigualdades estructurales persistentes en la región. Esta integración implica reconocer que la salud está condicionada por factores como el nivel educativo, el empleo, el género, el territorio, el acceso a servicios públicos, entre otros. En consecuencia, los Estados han implementado estrategias intersectoriales como redes comunitarias de atención, territorialización de planes sanitarios y reformas institucionales que incorporan variables sociales en los sistemas nacionales de salud⁴⁵.

El investigador Almeida-Filho (2022), en su análisis comparativo publicado en *Global Public Health*, examinó la evolución de este enfoque en Brasil, Colombia y México. Mediante un estudio que combinó análisis documental, entrevistas con actores clave y estudios de caso, el autor identificó avances importantes en la incorporación de los DSS, impulsados por el reconocimiento de la salud como derecho social y el protagonismo de movimientos sociales que exigen justicia sanitaria. Sin embargo, también señaló desafíos, como la sostenibilidad política, la rigidez de las estructuras burocráticas y la resistencia institucional a la integración de enfoques preventivos, participativos e intersectoriales en la gestión de salud pública.

Este antecedente es sumamente relevante para esta investigación porque evidencia que el enfoque de los determinantes sociales ha trascendido el ámbito académico para convertirse en una herramienta operativa en los sistemas de salud de países latinoamericanos.

Permite extraer lecciones prácticas sobre articulación intersectorial, participación ciudadana y diseño institucional, aspectos fundamentales para la aplicación de políticas de salud en contextos como el costarricense. Al mostrar casos concretos de implementación, el estudio de Almeida-Filho proporciona una base comparativa útil para contextualizar los desafíos y oportunidades que enfrenta Costa Rica en la aplicación efectiva del enfoque DSS⁴⁵.

En 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), estableció un marco integral y multisectorial para enfrentar los principales desafíos globales, incluida la equidad en salud. Aunque el ODS 3 se refiere específicamente a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, múltiples metas asociadas, como educación de calidad (ODS 4), igualdad de género (ODS 5), trabajo decente (ODS 8), reducción de desigualdades (ODS 10) y agua limpia y saneamiento (ODS 6), están directamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud. Esta visión reconoce que la salud se ve influida por condiciones estructurales complejas que deben abordarse mediante políticas coordinadas y sostenidas en múltiples sectores⁴⁶.

En su estudio publicado en *International Journal for Equity in Health*, los investigadores Solar, Irwin y Vega-Romero (2022) evaluaron el impacto de los ODS en la formulación de políticas públicas en América Latina. Mediante estudios de caso en Chile, Perú y Colombia aplicaron metodologías cualitativas con entrevistas semiestructuradas a tomadores de decisiones y análisis de indicadores de impacto y procesos de implementación. Los autores concluyeron que, aunque persisten limitaciones en la gobernanza y el seguimiento, los ODS han contribuido a legitimar el enfoque de determinantes sociales, a movilizar recursos públicos y privados, y a posicionar la salud como un componente central de la justicia social en los marcos nacionales de planificación.

Este antecedente es crucial para esta investigación porque sitúa la discusión sobre los determinantes sociales en un contexto global ampliamente aceptado y con respaldo político internacional. La integración explícita de estos determinantes en la Agenda 2030 proporciona legitimidad y orientación estratégica para países como Costa Rica, donde el cumplimiento de los ODS implica repensar las políticas sanitarias desde una lógica de equidad y sostenibilidad.

Permite articular, además, las recomendaciones de esta tesis con estándares globales, reforzando su pertinencia y aplicabilidad para la formulación de políticas públicas inclusivas y transformadoras⁴⁶.

1.5.2 Antecedentes internacionales

En el año 2003, Wilkinson y Marmot publicaron para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el informe titulado *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, el cual representó un punto de inflexión en la conceptualización de la salud pública a nivel global⁴⁷. Esta publicación sistematizó evidencias que demostraban que factores como educación, empleo, entorno de vida, vivienda y apoyo social eran tan determinantes como los aspectos genéticos. Señaló que las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven y envejecen explican gran parte de las desigualdades en salud.

La metodología del informe fue una revisión exhaustiva de literatura científica y estudios de caso provenientes de países europeos. Analizó indicadores como esperanza de vida y morbilidad, mostrando que personas con menor nivel educativo vivían menos años y con peor salud. Por ejemplo, hombres con ocupaciones no calificadas en el Reino Unido vivían hasta 7 años menos y tenían 17 años menos de vida libre de discapacidad en comparación con profesionales.

Este antecedente es clave porque marcó la adopción de una perspectiva estructural sobre la salud desde una institución internacional como la OMS. Influyó en el desarrollo de políticas públicas centradas en equidad en países como Canadá, Brasil y España. En América Latina, impulsó reformas en atención primaria y programas para poblaciones vulnerables, consolidando el enfoque intersectorial como base de la salud pública

En 2008, Mackenbach et al. publicaron un estudio en *The New England Journal of Medicine* donde analizaron las desigualdades socioeconómicas en salud en 22 países europeos⁴⁸. Su objetivo fue evidenciar que, a pesar de tener sistemas de salud universales, persistían brechas importantes según el nivel educativo y ocupacional. El estudio demostró que el estatus socioeconómico seguía siendo un fuerte predictor de la salud, incluso en sociedades de bienestar.

Utilizaron un diseño cuantitativo comparativo a gran escala con datos armonizados de encuestas de salud, registros de mortalidad y autopercepción del estado de salud.

Clasificaron a la población por nivel educativo y clase ocupacional, hallaron que los menos educados presentaban mayores tasas de mortalidad, especialmente por causas prevenibles. Las desigualdades fueron más pronunciadas en Europa del Este, aunque presentes en todos los países estudiados.

Este estudio demuestra que la equidad en salud no está garantizada por el acceso universal a servicios médicos si no se intervienen las causas estructurales. Ha servido de base para reforzar el monitoreo de indicadores sociales en salud y para diseñar políticas intersectoriales en la Unión Europea, mostrando que la educación, el empleo y la redistribución social son claves para mejorar los resultados sanitarios⁴⁸.

En 2010, la OMS publicó *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, elaborado por Solar e Irwin, para operacionalizar el enfoque de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud⁴⁹. El documento plantea que las desigualdades en salud son producto de contextos desiguales y relaciones de poder que afectan el acceso a recursos, educación y servicios.

Este marco se desarrolló a partir de una revisión de literatura científica y experiencias de múltiples regiones. Diferenció entre determinantes estructurales (políticas económicas, gobernanza, cultura) y determinantes intermedios (condiciones materiales, factores psicosociales y acceso a servicios). Introdujo la noción de cadena causal y propuso el enfoque “salud en todas las políticas” como eje transversal.

Este antecedente ha sido adoptado por países como Brasil, Chile, Sudáfrica y Canadá para desarrollar planes de salud con enfoque de equidad. Su aporte es esencial porque brinda una herramienta teórica y práctica para guiar intervenciones estructurales y reconocer la salud como derecho social. Además, consolida el principio de intersectorialidad como condición para cerrar brechas sanitarias⁴⁹.

En 2013, *The Lancet* publicó la serie *Health in an Unequal World*, donde Michael Marmot y su equipo expusieron cómo las inequidades sociales estructurales se reflejan en desigualdades de salud en todo el mundo⁵⁰. Afirmaron que incluso en países con sistemas universales, como Reino Unido y Canadá persistían importantes brechas entre distintos grupos sociales.

La investigación utilizó indicadores epidemiológicos y demográficos de países como India, Sudáfrica, EE.UU., Brasil y Reino Unido. Por ejemplo, en EE.UU. los hombres afroamericanos vivían 4.6 años menos que los blancos y en India rural la mortalidad materna indígena era cinco veces mayor. Los autores identificaron que la calidad del entorno, la educación y el empleo impactaban más en la salud que el sistema médico por sí solo.

Este antecedente introdujo el enfoque “equidad en todas las políticas”, exhortando a que toda política pública (educación, urbanismo, transporte) considere su impacto en salud. Su aporte ha sido clave en el desarrollo de estrategias intersectoriales y sistemas de monitoreo centrados en resultados equitativos, lo que lo convierte en un referente práctico y ético para políticas de salud⁵⁰.

En 2015, Wilkinson y Pickett publicaron en *Social Science & Medicine* un análisis comparativo de países de la OCDE sobre desigualdad de ingresos y salud poblacional⁵¹. El estudio encontró que los países con mayor desigualdad económica, como EE.UU. y Reino Unido, tenían peores indicadores de salud general y bienestar social, incluso en sectores medios y altos.

El estudio utilizó una metodología cuantitativa con datos longitudinales y variables como índice de Gini, mortalidad ajustada, obesidad y trastornos mentales. Concluyó que la desigualdad afecta a toda la sociedad porque promueve estrés crónico, inseguridad y erosión de la cohesión social, lo que impacta negativamente en la salud mental y física.

Este antecedente introduce la noción de desigualdad como “factor de riesgo colectivo”, señalando que reducir las brechas no solamente es justo, sino eficaz. Destaca políticas como impuestos progresivos, educación pública de calidad y fortalecimiento del estado de bienestar como medios para mejorar la salud colectiva. Su evidencia respalda la necesidad de estrategias estructurales redistributivas⁵¹.

En 2016, Nancy Adler y Jessica Steadman, de la UCSF, publicaron *Health Disparities Across the Lifespan*, donde exploraron cómo los determinantes sociales influyen biológicamente en la salud a lo largo de la vida⁵². Postularon que las condiciones adversas desde la infancia generan respuestas fisiológicas que aumentan la carga de enfermedad crónica en etapas adultas.

La investigación fue una revisión de más de 200 estudios longitudinales en EE.UU. y Europa.

Analizó biomarcadores como cortisol, inflamación, presión arterial y longitud de telómeros, demostrando que la pobreza, el racismo, la inseguridad y la violencia comunitaria generan un desgaste biológico acumulado (“carga alostática”) con impacto directo en la salud.

Este estudio conecta los factores estructurales con mecanismos fisiológicos, reforzando la idea de que la salud es una expresión encarnada de desigualdades sociales. Documentó, además, el efecto positivo de intervenciones comunitarias en mitigar estos daños, resaltando la urgencia de políticas preventivas desde la infancia y en múltiples sectores⁵².

En 2017, la Universidad de Otago (Nueva Zelanda) publicó el estudio *Tackling Health Inequalities: Moving Theory to Action*, dirigido por Louise Signal, para documentar políticas públicas exitosas en la reducción de desigualdades sanitarias⁵³. Se centró en poblaciones vulnerables como maoríes, migrantes y familias en pobreza urbana.

Utilizó una metodología cualitativa con entrevistas, revisión documental y análisis de políticas implementadas entre 2000 y 2015. Entre los hallazgos destacó el programa *Healthy Homes*, que redujo un 28 % las hospitalizaciones infantiles por enfermedades respiratorias. También se evaluaron políticas urbanísticas y fiscales con enfoque de salud. Este antecedente es valioso porque muestra cómo pasar de la teoría a la acción, respetando la diversidad cultural y articulando sectores. Destaca que las intervenciones efectivas integran participación comunitaria, urbanismo saludable y educación, ofreciendo un modelo adaptativo y práctico para abordar los determinantes sociales⁵³.

En 2018, Henrik Ohlsson presentó la tesis *Socioeconomic Inequalities in Health: Mechanisms and Policies* en la Universidad de Lund (Suecia), centrada en las desigualdades sanitarias persistentes en países nórdicos⁵⁴. El estudio cuestionó la idea de que los sistemas universales garantizan salud equitativa si no se modifican factores estructurales.

Fue un estudio longitudinal basado en datos administrativos de salud de más de 90,000 personas entre 2000 y 2015. Ohlsson demostró que el nivel educativo era el principal predictor de salud, más que el ingreso. También mostró que mujeres migrantes y desempleados sufrían mayores cargas de enfermedad, incluso con acceso a servicios. Muestra que la equidad requiere mucho más que acceso médico.

Refuerza la necesidad de políticas intersectoriales estructurales en educación, empleo y entorno residencial. Aporta evidencia de calidad y longitudinal, útil para entender cómo se acumulan las desventajas sociales en la salud⁵⁴.

En 2019, el King's Fund (Reino Unido) publicó *Tackling the Social Determinants of Health Inequities: Lessons from International Experience*, donde recopiló prácticas efectivas de países como Escocia, Brasil, Finlandia, Canadá y Nueva Zelanda⁵⁵. Partió de la premisa de que la salud debe ser responsabilidad de todos los sectores del Estado.

La investigación se basó en revisión de casos, entrevistas y análisis de impacto. Documentó acciones como regeneración urbana, clínicas móviles, programas de vivienda y redes comunitarias. En Glasgow, por ejemplo, se logró reducir hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares en un 18 % gracias a intervenciones integradas.

Este informe es fundamental para el diseño de políticas públicas centradas en equidad. Demuestra que abordar los DSS requiere estrategias coordinadas entre sectores y con participación ciudadana. Además, ofrece modelos sostenibles y replicables que pueden adaptarse a distintos contextos nacionales⁵⁵.

En 2020, la Universidad de Toronto publicó un estudio comparativo titulado *Addressing Structural Determinants of Health Inequities in Urban Populations*, elaborado por la Dra. Erica Di Ruggiero⁵⁶. El estudio analizó cómo las ciudades pueden implementar políticas para reducir las desigualdades en salud desde una perspectiva interseccional.

La investigación combinó métodos mixtos: análisis estadístico de indicadores de salud urbana y entrevistas cualitativas en Toronto, Ciudad del Cabo y São Paulo. Entre las acciones más exitosas destacaron programas de movilidad inclusiva, zonas verdes seguras, acceso a alimentación saludable y formación laboral para jóvenes vulnerables.

Este antecedente refuerza que las ciudades son espacios clave para actuar sobre los determinantes sociales. Aporta modelos replicables en contextos urbanos de América Latina y subraya la necesidad de políticas que combinen justicia espacial, género y equidad social. Su relevancia es alta para investigaciones con enfoque territorial y participativo⁵⁶.

1.5.3 Antecedentes nacionales

En el año 2020, León Valerio desarrolló una tesis de licenciatura en Promoción de la Salud en la Universidad de Costa Rica, titulada *Incorporación del marco de los determinantes sociales de la salud en la elaboración de planes de desarrollo humano local de Costa Rica*⁵⁷.

El objetivo del estudio fue proponer una metodología para integrar los determinantes sociales de la salud (DSS) en la planificación territorial a nivel cantonal, partiendo de la experiencia del cantón de Flores, en Heredia. Se enfatizó la relevancia de incorporar factores como educación, vivienda, redes de apoyo y condiciones laborales en los planes locales, superando así enfoques puramente económicos o físicos.

La investigación empleó una metodología cualitativa y aplicada, mediante estudio de caso. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a funcionarios municipales, actores comunitarios y personal de salud, junto con una revisión de documentos oficiales como planes cantonales y actas municipales. El análisis permitió identificar vacíos en la articulación del enfoque de DSS y generó un modelo metodológico que propicia la integración de dimensiones sociales en los ejes de desarrollo humano, basándose en teorías de planificación participativa y salud comunitaria.

Este antecedente es relevante para la presente tesis porque demuestra la viabilidad de aplicar el enfoque de DSS en contextos locales de Costa Rica, abriendo posibilidades para políticas públicas más inclusivas. Aunque el estudio no se enfocó directamente en la población geriátrica, ofrece una base metodológica para adaptar los planes de desarrollo local a las necesidades de grupos vulnerables como las personas adultas mayores, donde los DSS juegan un rol crucial en su calidad de vida y resultados en salud.

En 2021 Campbell Barr y Michael Marmot publicaron en la Revista Panamericana de Salud Pública el artículo Liderazgo, determinantes sociales de la salud y equidad en la salud: el caso de Costa Rica, en el que analizaron el impacto del liderazgo político e institucional en la configuración de un sistema de salud equitativo en el país⁵⁸. El estudio examinó cómo decisiones estratégicas como la abolición del ejército, la universalización del seguro social y la priorización de la educación y salud permitieron avances sustanciales en esperanza de vida y reducción de mortalidad, a pesar de un contexto de ingresos medios.

La metodología fue de tipo documental-analítica, con énfasis en el estudio comparado entre Costa Rica y otros países de la OCDE y América Latina. Los autores utilizaron estadísticas nacionales, informes institucionales y literatura científica para evidenciar que el modelo costarricense, centrado en equidad y justicia social, logró cerrar brechas importantes, aunque persisten desigualdades territoriales y estructurales que afectan especialmente a grupos vulnerables.

Se incorporaron datos desagregados por región, nivel socioeconómico y etnia, destacando la situación desfavorable de poblaciones indígenas, afrodescendientes y rurales.

Este antecedente fortalece la presente investigación al evidenciar que los logros sanitarios en Costa Rica están estrechamente vinculados a políticas sociales inclusivas y a un modelo solidario de atención. Asimismo, permite identificar que, a pesar de los avances, los DSS continúan generando diferencias significativas en los resultados de salud, lo cual resulta especialmente relevante en el caso de la población geriátrica, donde los efectos acumulativos de la exclusión social tienden a expresarse en mayores tasas de morbilidad y mortalidad.

En 2022 el Programa Estado de la Nación (PEN) presentó su 28.º Informe del Estado de la Nación, el cual incluyó un apartado titulado Balance: equidad e integración social, donde se examina la persistencia de desigualdades estructurales en Costa Rica desde una perspectiva multidimensional⁵⁹. El documento advierte que, a pesar de la existencia de políticas públicas orientadas a la equidad, continúan las brechas significativas en acceso a servicios, ingresos, educación, salud y calidad de vida, afectando principalmente a poblaciones rurales, indígenas, afrodescendientes y personas en situación de pobreza.

La metodología utilizada fue cuantitativa, con análisis de bases de datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), registros administrativos del sistema educativo y sanitario y modelos de segmentación territorial. El informe incluyó la construcción de mapas de desigualdad, índices compuestos y datos desagregados por región, género y grupo étnico. Estos recursos permitieron identificar territorios caracterizados por múltiples privaciones simultáneas, a los cuales se denominó “zonas de desventaja estructural”.

Este antecedente es esencial para la presente investigación porque demuestra cómo los determinantes sociales de la salud no solamente operan en el ámbito individual, sino que configuran patrones territoriales y sociales de exclusión con efectos sanitarios diferenciados. Justifica la necesidad de adoptar enfoques intersectoriales y sensibles al territorio en el diseño de políticas sanitarias para población geriátrica, donde estas desigualdades acumuladas a lo largo de la vida tienden a intensificarse en la vejez. En 2023 el Ministerio de Salud de Costa Rica publicó oficialmente la Política Nacional de Salud 2023-2033 y su Plan de Acción 2024-2028, documentos que representan un hito en la incorporación del enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS) dentro de la política pública⁶⁰.

Esta estrategia reconoce que factores como el nivel educativo, la situación laboral, la vivienda, el entorno ambiental y la cultura inciden profundamente en el bienestar sanitario de las personas, por tanto, deben ser abordados mediante acciones integradas y colaborativas entre sectores.

El proceso de formulación de esta política fue participativo y se apoyó en diagnósticos nacionales, consultas interinstitucionales, revisión de normativa internacional y análisis de indicadores de salud desagregados por región, sexo, edad y situación socioeconómica. A partir de estos insumos, se definieron cuatro pilares estratégicos: rectoría fortalecida, promoción de la salud y prevención, acceso universal y mejora continua de la calidad. La metodología incluyó también matrices de planificación orientadas por resultados, lo que permitió estructurar un marco operativo coherente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Este antecedente es crucial para la presente investigación porque respalda institucionalmente el cambio de paradigma hacia un modelo de salud integral, preventivo y equitativo. Al establecer los DSS como ejes transversales en la formulación de planes, esta política sienta las bases para diseñar estrategias sanitarias sensibles a las condiciones sociales de las personas adultas mayores, especialmente aquellas que enfrentan múltiples barreras acumuladas a lo largo de su ciclo vital.

En 2023 investigadores de la Universidad de Costa Rica realizaron un estudio titulado *Determinantes sociales de la enfermedad de Chagas en Costa Rica*, elaborado por Ramírez Solano y Chamizo García, con el propósito de analizar cómo los factores sociales inciden en la prevalencia y distribución de esta enfermedad desatendida en diferentes regiones del país⁶¹. El enfoque del estudio se alineó con el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, partiendo de la premisa de que la distribución de enfermedades transmisibles responde no solamente a variables biológicas o ambientales, sino también a factores estructurales como la pobreza, el aislamiento territorial y la precariedad habitacional.

La investigación adoptó un diseño ecológico-exploratorio con componentes espaciales y estadísticos. Se utilizaron datos del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), integrados mediante Sistemas de Información Geográfica (SIG) para identificar zonas de mayor riesgo.

Se aplicó, asimismo, un modelo de regresión binomial negativa para determinar la relación entre variables como carencia de servicios básicos, condiciones de la vivienda y pobreza multidimensional, con la tasa de incidencia de Chagas. Los resultados mostraron que las regiones con mayor precariedad socioeconómica coinciden con las áreas de mayor prevalencia y que existe una correlación significativa entre vulnerabilidad estructural y riesgo epidemiológico.

Este antecedente es altamente relevante para la presente tesis porque permite visibilizar cómo la desigualdad social actúa como determinante en la distribución de enfermedades infecciosas. Además, ilustra el potencial del análisis espacial y epidemiológico como herramienta para orientar políticas públicas focalizadas en poblaciones vulnerables. En el caso de la población geriátrica, el estudio sugiere la necesidad de incorporar variables sociales y territoriales en los sistemas de vigilancia, planificación sanitaria y prevención de enfermedades, especialmente en zonas rezagadas.

En 2023 el Ministerio de Salud de Costa Rica, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ejecutó la Iniciativa Especial sobre Determinantes Sociales de la Salud en la región Brunca, específicamente en el cantón de Coto Brus, como parte de un esfuerzo regional en cinco países latinoamericanos⁶². Esta intervención buscó fortalecer la equidad sanitaria mediante acciones intersectoriales enfocadas en territorios históricamente excluidos, reconociendo que el bienestar de las comunidades no puede desvincularse de sus condiciones sociales y ambientales.

La metodología implementada fue de tipo participativo y territorial. Se realizaron entrevistas a actores clave, análisis documental de políticas cantonales y mapeo geoespacial de vulnerabilidades. A través de diagnósticos integrales, se identificaron barreras críticas como baja cobertura de servicios de salud, dispersión geográfica, limitaciones lingüísticas en comunidades indígenas y escasa articulación institucional. Como respuesta, se diseñaron estrategias concretas, entre ellas: el fortalecimiento de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), la formación de promotores comunitarios en enfoque DSS y la integración de acciones intersectoriales en los planes cantonales de salud.

Este antecedente es sumamente pertinente para esta investigación porque demuestra una experiencia práctica de implementación local del enfoque de determinantes sociales de la salud.

Sus resultados confirman que, cuando los gobiernos locales, el sector salud y las comunidades trabajan de manera coordinada, es posible cerrar brechas estructurales y mejorar significativamente el acceso a servicios sanitarios. Esta lección resulta especialmente útil para entender cómo tales enfoques pueden replicarse o adaptarse en atención a las necesidades específicas de la población geriátrica en zonas de alta vulnerabilidad.

En 2023 la Dirección Nacional de los Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) elaboró el Análisis de Situación de Salud Institucional Nacional (ASISSEN), un documento técnico orientado a evaluar las condiciones de salud y los determinantes sociales que afectan a las poblaciones más vulnerables atendidas por estos centros, especialmente niñas, niños y madres en situación de riesgo social⁶³. Este estudio parte de la premisa de que los factores estructurales como pobreza, exclusión, inseguridad alimentaria y falta de acceso a servicios básicos condicionan negativamente el desarrollo infantil y el bienestar comunitario.

La metodología aplicada combinó análisis cuantitativo de datos regionales y subregionales proporcionados por el Ministerio de Salud y el INEC con encuestas comunitarias y revisión documental de políticas institucionales. Entre los principales hallazgos destaca que las regiones Huetar Caribe y Brunca concentran altos niveles de privación, con deficiencias en infraestructura sanitaria, escasez de personal especializado y limitaciones en la cobertura de servicios de estimulación temprana. Asimismo, se identificaron factores críticos como desempleo, violencia intrafamiliar, adicciones y desnutrición como condicionantes que agravan las desigualdades desde la primera infancia.

Este antecedente resulta especialmente relevante para el presente estudio porque permite comprender cómo las desigualdades sociales desde los primeros años de vida generan efectos acumulativos que pueden manifestarse en etapas posteriores, como en la vejez. La evidencia generada por este informe respalda la necesidad de intervenciones interinstitucionales que integren salud, nutrición, educación y desarrollo social desde una perspectiva de ciclo vital. Además, subraya la importancia de focalizar los esfuerzos públicos en los territorios históricamente más excluidos, fortaleciendo la equidad desde la base del sistema de salud.

En 2023 el Ministerio de Salud de Costa Rica presentó oficialmente la Política Nacional de Salud 2023-2033 y su correspondiente Plan de Acción 2024-2028, documentos estratégicos que delinear una nueva hoja de ruta para el abordaje sanitario nacional con base en principios de equidad, sostenibilidad y participación⁶⁴. Esta política marca un cambio de paradigma al reconocer de manera explícita que los determinantes sociales como la educación, el ingreso, el entorno físico y la vivienda influyen profundamente en los resultados sanitarios de la población y que por lo tanto deben ser atendidos mediante acciones intersectoriales y orientadas a la justicia social.

El proceso de formulación de la política se sustentó en diagnósticos sectoriales, consultas a actores institucionales, revisión de estándares internacionales y participación ciudadana. Entre sus pilares fundamentales se encuentran: la rectoría fortalecida del Ministerio, el acceso y cobertura universales, la atención centrada en las personas, la promoción de salud y la articulación con sectores como vivienda, educación, trabajo, ambiente y seguridad. Además, se propuso el uso intensivo de datos desagregados y sistemas de monitoreo para identificar brechas, priorizar territorios vulnerables y diseñar intervenciones más precisas y focalizadas.

Este antecedente es clave para esta investigación porque institucionaliza el enfoque de determinantes sociales como una estrategia transversal dentro del sistema sanitario costarricense. Refuerza la noción de que la salud no depende únicamente del acceso a servicios médicos, sino de un entorno social justo y equitativo. Además, la política proporciona un marco técnico y normativo actualizado que orienta la planificación territorial y la gobernanza en salud, lo que resulta especialmente valioso para analizar los desafíos que enfrentan grupos vulnerables, como la población adulta mayor, frente a desigualdades persistentes.

En 2023, investigadores de la Universidad de Costa Rica desarrollaron un estudio titulado: “Determinantes sociales de la enfermedad de Chagas en Costa Rica”, elaborado por Ramírez Solano y Chamizo García, cuyo objetivo fue analizar cómo los factores sociales y económicos influyen en la distribución y prevalencia de esta enfermedad en distintas regiones del país⁶⁵.

El enfoque se basó en el paradigma de los determinantes sociales de la salud (DSS), con la finalidad de generar evidencia útil para formular políticas públicas eficaces en la prevención y mitigación de esta enfermedad olvidada, que sigue afectando especialmente a las poblaciones rurales y empobrecidas.

La metodología fue de tipo ecológico-exploratorio, con énfasis en análisis espacial. Se utilizaron datos oficiales del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), procesados mediante Sistemas de Información Geográfica (SIG) para mapear las zonas de mayor riesgo. También se aplicó un modelo de regresión binomial negativa que permitió identificar asociaciones estadísticamente significativas entre la prevalencia de Chagas y variables como precariedad habitacional, pobreza multidimensional, carencia de servicios básicos y aislamiento geográfico. El modelo explicó aproximadamente un 38 % de la variabilidad en la probabilidad de infección.

Este antecedente es altamente relevante para esta investigación porque pone en evidencia la relación directa entre las condiciones sociales estructurales y la aparición de enfermedades transmisibles. Además, demuestra que la salud no puede comprenderse ni abordarse únicamente desde la perspectiva clínica, sino que requiere el análisis de contextos territoriales, económicos y sociales. Finalmente, este estudio refuerza la importancia del análisis espacial y el uso de datos integrados para tomar decisiones informadas en materia de salud pública y cerrar brechas epidemiológicas históricas en las poblaciones más vulnerables del país.

En el año 2023, el Ministerio de Salud de Costa Rica, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), implementó la Iniciativa Especial sobre Determinantes Sociales de la Salud en la región Brunca, específicamente en el cantón de Coto Brus, como parte de un esfuerzo regional desarrollado en cinco países de América Latina⁶⁶. Esta iniciativa tuvo como propósito fortalecer la equidad en salud mediante acciones intersectoriales a nivel local, fomentando la colaboración entre gobiernos locales, comunidades y sectores sociales en la identificación y abordaje de los factores sociales que limitan el acceso equitativo a la salud.

La metodología empleada fue participativa y territorial. Se realizaron entrevistas a actores clave, análisis de datos desagregados, revisión de políticas cantonales y mapeo de vulnerabilidades con herramientas geoespaciales.

Con base en estos insumos, se diseñaron estrategias orientadas a mejorar la atención primaria, aumentar la participación comunitaria e incorporar equipos intersectoriales que enfrentaran desafíos específicos como la dispersión territorial, la baja cobertura de servicios básicos y las barreras culturales y lingüísticas que afectan principalmente a la población indígena. La intervención también fortaleció los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) e impulsó la formación de promotores comunitarios con enfoque en determinantes sociales.

Este antecedente tiene una gran relevancia para la presente investigación porque ofrece una experiencia concreta y reciente de aplicación del enfoque de determinantes sociales en un contexto costarricense históricamente excluido. Asimismo, valida la importancia de una gobernanza colaborativa y basada en evidencia para transformar las condiciones estructurales que afectan la salud. Los logros alcanzados en cobertura, articulación intersectorial y participación comunitaria reafirman que el enfoque de DSS puede ser motor de cambio real si se implementa con voluntad política, enfoque territorial y participación activa de la ciudadanía.

La metodología del estudio combinó el análisis estadístico de datos regionales y subregionales, encuestas comunitarias, revisión documental y entrevistas con actores institucionales clave⁶⁷. Uno de los hallazgos más importantes fue que las regiones Huetar Caribe y Brunca enfrentan serias limitaciones para atender la demanda de servicios, con un 26,3 % de las Direcciones Subregionales de Salud (DISSEN) reportando problemas como falta de infraestructura, recursos humanos insuficientes y condiciones estructurales inadecuadas. Asimismo, se documentaron problemáticas comunitarias críticas como desempleo, desnutrición, adicciones y escaso acceso a servicios de estimulación temprana, los cuales se identificaron como barreras clave para garantizar la equidad en salud desde la primera infancia⁶⁷.

Este antecedente es especialmente significativo porque proporciona evidencia concreta y actualizada sobre la manera en que los determinantes sociales impactan de forma directa el bienestar infantil y limitan la capacidad del sistema de salud para responder eficazmente⁶⁷. Además, subraya la urgencia de articular estrategias entre instituciones públicas, actores comunitarios y gobiernos locales que permitan cerrar brechas desde los primeros años de vida. ⁶⁷.

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

Hablar de salud en la vejez exige mirar más allá de los síntomas o diagnósticos clínicos. Las condiciones en las que una persona ha vivido su educación, el trabajo que desempeñó, el acceso a servicios o el lugar donde envejece tienen un peso profundo en su estado de salud. Este capítulo reúne las ideas y teorías principales que explican cómo esos factores sociales, muchas veces invisibles, terminan marcando la diferencia entre una vejez digna y una marcada por la enfermedad o la exclusión. Comprender este entramado es clave para interpretar los datos y las desigualdades que se analizan a lo largo de esta investigación.

2.1. Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se definen como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales son resultado de la distribución de los recursos, el poder y las oportunidades en la sociedad⁶⁸. Este marco conceptual, ampliamente promovido por la Organización Mundial de la Salud, establece que la salud no es solamente consecuencia de factores biológicos o genéticos, sino que está profundamente determinada por la posición social, económica y cultural que ocupan las personas en su entorno. Así, elementos como el nivel educativo, el tipo de empleo, los ingresos familiares, las condiciones habitacionales y la seguridad social conforman un entramado de factores que, desde etapas tempranas de la vida, predisponen o protegen frente a enfermedades y limitaciones funcionales⁶⁸.

Este enfoque plantea que las desigualdades en salud no son inevitables ni biológicas, sino producto de contextos sociales, económicos y políticos desiguales que afectan de forma acumulativa a lo largo de la vida⁶⁹. En efecto, los DSS funcionan como un mecanismo de estratificación social, en el que quienes se encuentran en los estratos más bajos experimentan mayor exposición a riesgos ambientales, menor acceso a servicios de calidad y peores resultados en términos de bienestar general. La literatura destaca que estas diferencias no solamente se reflejan en la esperanza de vida, sino también en los años de vida saludable, siendo especialmente evidentes en la vejez, etapa en la cual las desigualdades acumuladas se manifiestan con mayor severidad en forma de enfermedades crónicas, dependencia funcional, dificultades en el acceso a servicios y menor calidad de vida⁶⁸.

En América Latina múltiples estudios han mostrado que los DSS explican las brechas en salud entre personas adultas mayores. Las desigualdades estructurales históricas en la

región como la alta informalidad laboral, los ingresos bajos, las pensiones insuficientes y las deficiencias en la cobertura sanitaria acentúan las vulnerabilidades de este grupo etario. Por ejemplo, Macías et al. evidencian que la pobreza y un bajo nivel educativo incrementan la incidencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, además de limitar el acceso a servicios médicos especializados debido a barreras económicas, geográficas y culturales⁶⁸. Asimismo, las mujeres mayores suelen enfrentar mayor precariedad económica por su participación desigual en el mercado laboral y la menor acumulación de derechos previsionales.

La OPS resalta que estas inequidades persisten incluso en países con sistemas de cobertura universal, dado que los determinantes estructurales condicionan la forma en que las personas acceden y utilizan los servicios. Las diferencias entre áreas urbanas y rurales, la discriminación por edad, género o etnia y las barreras administrativas dentro de los sistemas de salud dificultan que la cobertura universal se traduzca en equidad efectiva⁶⁹. Este reconocimiento obliga a que las políticas públicas no solamente busquen expandir la cobertura, sino también corregir las desigualdades sociales y económicas subyacentes que perpetúan las brechas en salud en la vejez.

2.1.1. Explicación de modelos clásicos: modelo de la OMS, enfoque de Marmot, modelo eco social de Krieger.

El marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue claramente entre dos grandes categorías de determinantes sociales de la salud. Por un lado, los determinantes estructurales, que incluyen la posición socioeconómica, la educación, los ingresos, la etnicidad y el género y que reflejan las jerarquías sociales establecidas en una sociedad determinada⁶⁹. Estos determinantes estructurales definen las oportunidades que las personas tienen para acceder a recursos materiales y simbólicos, configurando su vulnerabilidad o protección frente a riesgos sanitarios. Se encuentran los determinantes intermedios, que son las condiciones materiales de vida, los factores psicosociales, las redes de apoyo social y las conductas relacionadas con la salud, a través de los cuales las desigualdades estructurales se expresan concretamente en los individuos y los grupos⁶⁹.

Este marco permite analizar cómo las desigualdades de origen social impactan en distintos niveles del proceso salud-enfermedad.

El enfoque de Marmot, ampliamente citado en la literatura internacional, complementa esta visión al subrayar la necesidad de actuar sobre las denominadas “causas de las causas”. Según Marmot, para reducir los gradientes sociales en salud no basta con invertir en servicios sanitarios, sino que es indispensable diseñar políticas públicas integrales que intervengan en educación, trabajo, vivienda, alimentación, transporte y otras áreas fundamentales para el bienestar⁷⁰. Este planteamiento ha sido adoptado por diversos organismos internacionales como un principio orientador para avanzar hacia la equidad sanitaria.

En cuanto al modelo eco social propuesto por Nancy Krieger, este ofrece una perspectiva aún más profunda al explicar cómo las desigualdades sociales se “incorporan biológicamente” con el tiempo, dejando huellas acumuladas en la morbilidad y mortalidad. Según este modelo, las condiciones sociales adversas experimentadas desde la infancia se traducen en cambios fisiológicos y psicológicos sostenidos, como estrés crónico, deterioro inmunológico y mayor susceptibilidad a enfermedades crónicas, que se manifiestan con especial fuerza en la vejez⁷¹. Esta visión integradora ayuda a comprender la interacción entre biología y sociedad en la determinación de la salud.

Estos modelos no solamente son teóricos, sino que han sido aplicados en estudios recientes en América Latina, mostrando su relevancia para el análisis regional. Por ejemplo, Piñáñez et al. encontraron que los adultos mayores paraguayos con menor escolaridad y bajos ingresos presentan un mayor riesgo de desnutrición, dependencia funcional y baja calidad de vida, lo que confirma la importancia de los determinantes estructurales sobre los desenlaces en salud⁷⁰. Asimismo, Sifontes y Landaeta-Jiménez documentaron que la inseguridad alimentaria, las carencias económicas y la falta de redes sociales condicionan directamente la salud nutricional y general de las personas mayores venezolanas, reforzando la validez empírica de estos enfoques teóricos⁷¹.

2.1.2. Diferenciación entre determinantes estructurales e intermedios

Los determinantes estructurales configuran la posición social que ocupa cada persona dentro de la jerarquía social.

Condicionan, a través de mecanismos como la educación, el empleo, los ingresos y el capital social, la exposición diferencial a riesgos y la capacidad de acceso y uso de los recursos de salud disponibles⁶⁹. Estos determinantes se expresan en desigualdades

persistentes que comienzan a marcar diferencias desde el inicio de la vida y se acumulan con el tiempo, afectando el bienestar físico, mental y social. Por ejemplo, las personas con menor nivel educativo suelen tener empleos más precarios, ingresos más bajos y menor estabilidad laboral, lo cual repercute en su acceso limitado a seguros de salud y a atención médica oportuna.

Los determinantes intermedios, en cambio, son las condiciones más inmediatas que afectan la salud, derivadas directamente de la posición social. Estas incluyen la calidad de la vivienda, el estado nutricional, la seguridad alimentaria, el acceso efectivo a servicios básicos de salud y saneamiento, las redes de apoyo familiar y comunitario y las prácticas de autocuidado que las personas pueden sostener en función de sus recursos económicos y culturales. La interacción entre ambos tipos de determinantes se manifiesta en desigualdades concretas en los resultados de salud observados en las poblaciones vulnerables.

Hernández et al. Demostraron, por ejemplo, que las condiciones económicas y sociales afectan significativamente la capacidad de los adultos mayores con diabetes tipo 2 para mantener un adecuado control glucémico, debido a dificultades para adquirir medicamentos, para sostener dietas saludables o para acceder a controles médicos regulares, ejemplificando la interacción entre los determinantes estructurales y los intermedios en la configuración de los desenlaces en salud⁷².

La OPS recalca que alcanzar la equidad en salud requiere actuar no solamente sobre los determinantes intermedios, por ejemplo, mejorando la cobertura de servicios o ampliando la atención geriátrica, sino también sobre las desigualdades estructurales de fondo, mediante políticas integrales que reduzcan la pobreza, mejoren la distribución del ingreso, amplíen las oportunidades educativas y fortalezcan las redes comunitarias⁶⁹. Esto implica un cambio de paradigma que reconozca la naturaleza socialmente producida de las desigualdades en salud y que priorice intervenciones de carácter multisectorial y sostenido en el tiempo.

2.2. Modelo Ecosocial de Nancy Krieger

El modelo eco social, desarrollado por Nancy Krieger, ofrece un Marco Teórico innovador para comprender cómo las desigualdades sociales se integran biológicamente en los cuerpos de las personas a lo largo de su vida. Este modelo parte de la premisa de que la salud no es solamente un producto de la biología individual, sino el resultado de un proceso

histórico y social que actúa a través de múltiples niveles de influencia, desde las estructuras políticas y económicas hasta las experiencias individuales y celulares⁷³. Esta visión rompe con los enfoques reduccionistas de la biomedicina clásica, al reconocer que los factores sociales no son meros “contextos” externos, sino que participan activamente en la configuración de los procesos fisiológicos.

El enfoque eco social se diferencia de otros modelos en su capacidad para vincular explícitamente los contextos históricos, las relaciones de poder y las desigualdades estructurales con las trayectorias biológicas y de salud. Según Krieger, los individuos deben entenderse como organismos vivos que “incorporan biológicamente” las desigualdades sociales a lo largo de la vida, acumulando daños o beneficios en función de su posición social, del ambiente en el que crecen y envejecen y de las políticas públicas que determinan sus oportunidades y derechos⁷⁴. Por ejemplo, la exposición prolongada al estrés crónico relacionado con la pobreza, la discriminación por género o etnia y la inseguridad alimentaria puede desencadenar procesos biológicos nocivos, como inflamación sistémica, deterioro del sistema inmunitario y alteraciones hormonales, que se manifiestan en mayor morbilidad y menor esperanza de vida.

Esta perspectiva resulta particularmente relevante para el estudio de la población adulta mayor porque permite explicar cómo los efectos acumulativos de una vida marcada por desigualdades estructurales e intermedias se hacen más visibles en la vejez. La mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes, deterioro funcional y discapacidad en los grupos más pobres y marginados no puede entenderse sin reconocer los mecanismos sociales e históricos que los han predispuesto a esas condiciones. Así, el modelo eco social contribuye a integrar la biología y la sociedad en un marco comprensivo, orientando el diseño de intervenciones que aborden las raíces sociales de las desigualdades en salud.

2.2.1. Descripción del modelo y su aplicación a la salud pública

El modelo eco social propone varios principios fundamentales que resultan esenciales para comprender cómo las desigualdades sociales se manifiestan en los cuerpos y la salud de las personas a lo largo del tiempo. Entre estos principios destacan: la incorporación biológica de las desigualdades, que explica cómo las experiencias sociales adversas como la pobreza, la discriminación o la exclusión dejan huellas fisiológicas acumuladas que aumentan el riesgo de enfermedad, la simultaneidad de las influencias en diferentes escalas, que reconoce que

los procesos de salud y enfermedad no ocurren únicamente a nivel individual, sino que están condicionados por las dinámicas comunitarias y las estructuras sociales más amplias y la importancia del contexto histórico y político, que sitúa las desigualdades en un marco temporal donde las políticas públicas, las crisis económicas o los cambios demográficos configuran las oportunidades y riesgos de cada generación⁷³.

Estos principios permiten entender, por ejemplo, por qué las personas adultas mayores provenientes de entornos socioeconómicos desfavorecidos presentan consistentemente una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión o enfermedad cardiovascular, así como un mayor grado de dependencia funcional y una calidad de vida significativamente más baja que sus pares en mejores condiciones económicas. No se trata simplemente de diferencias individuales en estilos de vida, sino de los efectos acumulativos de años de desigualdad estructural, que condicionan desde la nutrición en la infancia hasta las oportunidades laborales y el acceso a servicios sanitarios en la adultez.

2.2.2. Incorporación biológica de desigualdades sociales

La noción de incorporación biológica, central en el modelo eco social, sostiene que los cuerpos humanos “guardan memoria” de las exposiciones sociales a lo largo del ciclo vital, a través de mecanismos biológicos que traducen las desigualdades sociales en daños fisiológicos acumulativos. Esta memoria biológica se manifiesta mediante procesos como el estrés crónico, que altera el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y eleva los niveles de cortisol, la inflamación de bajo grado, vinculada al aumento de citoquinas proinflamatorias que deterioran tejidos y órganos y la desregulación metabólica, que incrementa el riesgo de síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en la vejez⁷⁴.

Estos mecanismos explican por qué personas expuestas a condiciones adversas en la infancia y la juventud suelen presentar peor salud física y mental en la adultez mayor, incluso cuando se exponen a los mismos servicios sanitarios que otros grupos.

En este sentido, el informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre envejecimiento en América Latina ilustra cómo las inequidades económicas y laborales experimentadas a lo largo de la vida generan condiciones fisiológicas más deterioradas en la vejez para quienes han vivido en condiciones más adversas. Según este informe, las personas mayores con trayectorias laborales informales o interrumpidas, ingresos insuficientes y falta

de acceso a seguridad social presentan mayores tasas de discapacidad, dependencia funcional, enfermedades crónicas y deterioro cognitivo en comparación con quienes disfrutaron de mejores oportunidades laborales y económicas durante su vida⁷⁵. Esto refuerza la idea de que las desigualdades sociales son internalizadas y acumuladas por el organismo, dejando huellas tangibles en el estado de salud al final de la vida.

2.2.3. Relevancia del enfoque eco social en personas adultas mayores

La utilidad del modelo eco social radica en que ofrece una explicación coherente y multidimensional sobre la relación entre las trayectorias vitales y los resultados en salud observados en la vejez. Este enfoque permite comprender que las desigualdades en salud en la etapa geriátrica no son producto exclusivo de los hábitos recientes ni de la biología del envejecimiento, sino que reflejan las desventajas acumuladas durante décadas de exposición a contextos sociales, económicos y políticos desiguales. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Colombia ha identificado que las desigualdades acumuladas en educación, ingresos, empleo y acceso a servicios básicos explican gran parte de las brechas en mortalidad y morbilidad observadas entre los adultos mayores colombianos, subrayando la necesidad de intervenir sobre estas condiciones desde las primeras etapas de la vida para evitar su profundización⁷⁶.

La CEPAL advierte que el envejecimiento saludable solamente puede lograrse mediante políticas públicas integrales que reduzcan las desigualdades sociales acumuladas, promoviendo la equidad a lo largo del ciclo vital y no solo en la vejez. Esto implica invertir en educación, garantizar empleos dignos y seguros, fortalecer los sistemas de protección social y asegurar un entorno físico y social adecuado desde la niñez hasta la tercera edad⁷⁶. Estas recomendaciones confirman la relevancia del modelo eco social como guía conceptual para la acción intersectorial y la formulación de políticas centradas en la justicia social.

En suma, el modelo eco social contribuye a un entendimiento más profundo y holístico de cómo las condiciones sociales, políticas y económicas influyen en la salud de las personas mayores. Ofrece una base conceptual sólida para diseñar intervenciones que trasciendan el ámbito sanitario y aborden las causas estructurales de las desigualdades en salud, posicionando la justicia social como un objetivo central y éticamente ineludible de la salud pública contemporánea.

2.3. Morbilidad y Mortalidad en la Vejez

La morbilidad y la mortalidad son indicadores clave del estado de salud en la población adulta mayor, fundamentales para evaluar no solamente la carga de enfermedad, sino también las desigualdades sociales que inciden en el deterioro funcional, la calidad de vida y la esperanza de vida. La morbilidad se refiere a la prevalencia de enfermedades o discapacidades en una población determinada, incluyendo tanto afecciones crónicas como limitaciones funcionales que afectan la autonomía personal. Por su parte, la mortalidad refleja el número de muertes en un grupo poblacional específico, expresando tanto la supervivencia global como las diferencias sociales y territoriales en el riesgo de fallecimiento⁷⁷. En la vejez, ambos indicadores adquieren especial relevancia debido a que están profundamente influenciados por las trayectorias de vida acumuladas, las cuales están determinadas por los contextos sociales, económicos y culturales en los que las personas han crecido, trabajado y envejecido⁷⁸. Estos indicadores no solamente reflejan el estado clínico individual, sino que también actúan como espejos de las desigualdades estructurales presentes en la sociedad. En América Latina, diversos estudios han documentado con claridad la relación entre las condiciones sociales y los patrones de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica. El Ministerio de Salud de Colombia (Minsalud) reporta que las desigualdades económicas, las brechas educativas y las dificultades de acceso efectivo a servicios de salud explican en gran medida las diferencias en las tasas de mortalidad entre los adultos mayores, evidenciando un claro gradiente social que penaliza a quienes se encuentran en situación de pobreza extrema⁷⁷. Este patrón se observa tanto en áreas urbanas como rurales, con una mayor desventaja acumulada en zonas con menor infraestructura y cobertura sanitaria.

La CEPAL, de manera similar, subraya que la desigualdad acumulativa a lo largo del ciclo vital aumenta considerablemente el riesgo de muerte prematura y limita las posibilidades de alcanzar un envejecimiento saludable en las poblaciones más vulnerables. Según sus análisis regionales, factores como la precariedad laboral, la ausencia de pensiones adecuadas, la discriminación por género o etnia y las condiciones habitacionales deficientes configuran un contexto que impacta directamente sobre la salud y la supervivencia en la tercera edad⁷⁸.

Estas evidencias refuerzan la necesidad de interpretar las estadísticas de morbilidad y mortalidad no solamente como cifras biomédicas, sino también como manifestaciones de las profundas desigualdades sociales que marcan la vida de las personas desde su nacimiento hasta la vejez.

2.3.1. Definiciones, causas frecuentes y principales indicadores

En términos generales, las causas más frecuentes de morbilidad en la vejez son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias crónicas y los diversos tipos de cáncer, las cuales constituyen no solamente la principal causa de deterioro funcional, sino también una fuente significativa de dependencia y pérdida de calidad de vida en las personas mayores⁷⁷. Estas patologías están estrechamente vinculadas a los determinantes sociales acumulados a lo largo de la vida, tales como los ingresos insuficientes, el bajo nivel educativo, las condiciones laborales precarias o peligrosas y la falta de acceso temprano a servicios preventivos de salud. Las personas que han vivido en contextos de pobreza o vulnerabilidad social tienen mayor exposición a factores de riesgo como la mala alimentación, el sedentarismo, la exposición a contaminantes ambientales y la imposibilidad de recibir tratamientos oportunos, lo que contribuye a la aparición y agravamiento de las ECNT en la vejez.

La mortalidad en este grupo etario también está relacionada con estas mismas patologías crónicas, dado que las ECNT son responsables de la mayoría de las muertes en la población geriátrica en América Latina. Sin embargo, también intervienen otros factores, como la calidad del entorno físico, por ejemplo, la contaminación ambiental o la falta de infraestructura segura para la movilidad de los mayores, las condiciones de vivienda y la cobertura efectiva de los servicios sanitarios⁷⁷.

Estas desigualdades se reflejan en tasas de mortalidad diferenciadas entre grupos sociales y territoriales, revelando que no todas las personas mayores tienen las mismas posibilidades de vivir más años con buena salud.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), las desigualdades persistentes en el acceso a los servicios de salud, tanto a nivel preventivo como curativo, explican una parte considerable de las variaciones en las tasas de mortalidad observadas entre países y regiones.

El BID señala que los sistemas de salud fragmentados, la baja inversión en atención primaria y la inequidad en la distribución de recursos humanos especializados crean barreras significativas para las poblaciones más vulnerables, profundizando las brechas en salud en la tercera edad⁷⁹. Este análisis refuerza la idea de que los esfuerzos para reducir la mortalidad en los adultos mayores deben centrarse no solamente en mejorar los servicios clínicos, sino también en atacar las raíces estructurales de las desigualdades sociales acumuladas.

2.3.2. Cómo las desigualdades sociales inciden en el deterioro funcional y muerte prematura

La literatura especializada coincide en que la exposición prolongada a condiciones sociales desfavorables incrementa significativamente el riesgo de deterioro funcional y dependencia en la vejez. Este fenómeno refleja cómo las desventajas sociales, económicas y ambientales acumuladas a lo largo del ciclo vital afectan no solamente la aparición de enfermedades crónicas, sino también la capacidad de las personas mayores para mantenerse autónomas y realizar actividades básicas de la vida diaria. Estudios recientes demuestran que factores como la pobreza sostenida, la informalidad laboral, la falta de redes sociales y el acceso limitado a servicios preventivos y rehabilitadores reducen la reserva funcional de las personas mayores y aceleran su declive físico y cognitivo.

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) documenta cómo las personas mayores que han vivido en condiciones de pobreza a lo largo de su vida presentan mayor probabilidad de sufrir dependencia severa y experimentar mortalidad prematura en comparación con aquellas que han disfrutado de mejores condiciones socioeconómicas⁷³. Esta brecha no solamente refleja carencias materiales actuales, sino también las secuelas de una vida marcada por la desigualdad y la exclusión social.

Este hallazgo refuerza la hipótesis central del modelo eco social, que postula que las desigualdades sociales se traducen en daños biológicos acumulativos, dejando huellas fisiológicas que afectan la capacidad funcional, la salud mental y las expectativas de vida en la vejez⁷⁹. La carga acumulada de estrés, la inflamación crónica y la exposición a condiciones laborales y ambientales adversas minan gradualmente la salud del individuo, haciendo evidente que las políticas públicas para la vejez deben incorporar intervenciones dirigidas a mitigar las desigualdades desde las etapas más tempranas de la vida.

2.3.3. Enlace con conceptos de envejecimiento saludable y carga de enfermedad

El concepto de envejecimiento saludable, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), busca revertir o al menos mitigar los efectos de las desigualdades acumuladas a lo largo del ciclo vital, fomentando políticas públicas integrales que garanticen oportunidades equitativas desde la infancia y la juventud para reducir la carga de enfermedad y dependencia en la vejez⁸⁰. Este enfoque entiende que un envejecimiento saludable no es solamente la ausencia de enfermedad, sino la capacidad de las personas mayores para mantener su autonomía, bienestar físico y mental, participación social y calidad de vida, a pesar de las limitaciones propias de la edad. Para ello, es fundamental intervenir sobre los determinantes sociales que históricamente han perpetuado las desigualdades en salud, como la educación, el empleo digno, el ingreso suficiente, las condiciones de vivienda y el acceso oportuno y adecuado a servicios sanitarios.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) subraya que la reducción de las desigualdades sociales constituye una condición necesaria para disminuir tanto la carga de morbilidad como las tasas de mortalidad en este grupo poblacional. Estas políticas, asimismo, contribuyen a mejorar la calidad de vida en los últimos años, asegurando que las personas mayores puedan ejercer plenamente sus derechos y vivir con dignidad⁷⁸. La implementación de programas de pensiones no contributivas, servicios geriátricos inclusivos, entornos accesibles y redes de apoyo comunitarias son ejemplos de medidas concretas que han demostrado impacto positivo en diversos países de la región.

En síntesis, la morbilidad y mortalidad en la vejez no solamente reflejan el estado de salud actual de las personas mayores, sino que constituyen la manifestación final de un conjunto de desigualdades sociales y estructurales que operan desde las primeras etapas de la vida y que se acumulan hasta la vejez.

Este reconocimiento refuerza la necesidad de adoptar un enfoque de ciclo vital para las políticas públicas, priorizando la equidad social como objetivo central para garantizar un envejecimiento saludable, digno y justo para todas las personas.

2.4. Educación, Empleo e Ingreso como Determinantes Clave

Entre los determinantes sociales estructurales que más inciden en la salud de las personas adultas mayores destacan la educación, el empleo y el ingreso.

Estos tres factores forman un eje central en la configuración de las trayectorias de vida porque están íntimamente relacionados entre sí y determinan la posición social, la capacidad de generar recursos económicos a lo largo de la vida, el acceso a servicios de calidad, las oportunidades de participación social y la acumulación de ventajas o desventajas sociales que se reflejan con mayor fuerza en la vejez⁸¹. Una mayor educación permite acceder a mejores oportunidades laborales, obtener ingresos más altos, desarrollar habilidades para enfrentar los desafíos de salud y contar con redes sociales más sólidas, mientras que la carencia educativa tiende a perpetuar la pobreza y la exclusión.

La literatura especializada subraya que las personas con mayor nivel educativo suelen adoptar comportamientos más saludables, como una alimentación adecuada, el abandono del tabaquismo, la práctica regular de actividad física y la adherencia a los tratamientos médicos, además de poseer mayor capacidad para interpretar la información sanitaria y tomar decisiones informadas sobre su salud. Asimismo, estas personas suelen insertarse en empleos formales y mejor remunerados, lo cual les asegura estabilidad económica, acceso a pensiones, condiciones de trabajo más seguras y posibilidades de ahorrar para la vejez, todo lo cual repercute positivamente en su estado de salud en la etapa geriátrica⁸².

Por el contrario, quienes carecen de educación formal enfrentan barreras significativas en todas las dimensiones anteriores: tienen menos posibilidades de encontrar empleos formales y bien remunerados, carecen de seguridad social y en consecuencia, llegan a la vejez con mayores tasas de morbilidad y mortalidad prematura, además de una calidad de vida más baja. Esta desigualdad es especialmente evidente en los países de América Latina y el Caribe, donde la informalidad laboral y las bajas coberturas de los sistemas previsionales afectan de manera desproporcionada a quienes han vivido en condiciones de pobreza educativa. En este contexto, invertir en educación de calidad y promover políticas laborales inclusivas desde etapas tempranas de la vida se presenta como una estrategia clave para garantizar un envejecimiento más saludable y equitativo.

2.4.1. Relación entre nivel educativo y salud en la vejez

El nivel educativo no solamente determina las oportunidades laborales y económicas a lo largo de la vida, sino que también condiciona el grado de conocimiento sobre salud, la capacidad para interpretar información médica, la utilización oportuna de los servicios de salud y las habilidades individuales para el autocuidado y la prevención de enfermedades.

Las personas con mayor escolaridad tienden a conocer y ejercer sus derechos sanitarios, a cumplir con esquemas preventivos y a adoptar conductas saludables más fácilmente, mientras que quienes tienen menor educación suelen enfrentar barreras cognitivas, culturales y económicas para acceder y beneficiarse de los servicios disponibles.

En este sentido, Piñáñez et al. evidencian que en Paraguay los adultos mayores con menor escolaridad presentan mayores índices de malnutrición, dependencia funcional y discapacidad, además de una menor calidad de vida percibida, resultado directo de trayectorias vitales marcadas por la desigualdad social y la falta de recursos⁷⁰. Estos datos confirman que la desventaja educativa no es solo una variable de inicio, sino un factor que prolonga y amplifica las inequidades en salud durante toda la vida.

El estudio de Gómez y Cruz realizado en Bogotá, de manera similar, demuestra que la esperanza de vida aumenta proporcionalmente con el nivel educativo alcanzado, evidenciando un claro gradiente social en salud, donde cada escalón educativo adicional aporta años de vida y mejores condiciones funcionales en la vejez⁸³. Este hallazgo refuerza la idea de que la educación actúa no solamente como un factor protector individual, sino también como un determinante estructural que incide en las oportunidades acumuladas a lo largo del ciclo vital, afectando el bienestar físico, mental y social de las personas mayores.

2.4.2. Importancia del empleo previo y acceso a pensión.

Las condiciones laborales durante la vida activa también tienen un efecto acumulativo y determinante sobre la salud en la vejez. El tipo de empleo, su estabilidad, la formalidad o informalidad de este, así como la exposición a ambientes laborales riesgosos, configuran las oportunidades económicas, la protección social y la calidad de vida a lo largo del ciclo vital.

El informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) destaca que las personas que han desempeñado trabajos informales o precarios, caracterizados por bajos salarios, ausencia de contratos, falta de seguro social y escasas posibilidades de ahorro, a menudo carecen de pensiones adecuadas y protección social en la vejez. Esto las coloca en una situación de vulnerabilidad económica y sanitaria, dificultando su acceso a servicios médicos de calidad y obligándolas a prolongar su vida laboral más allá de lo deseable, en condiciones muchas veces indignas⁷⁹.

El IADB señala que los adultos mayores sin ingresos estables dependen en gran medida de las redes familiares que pueden ser insuficientes o inexistentes en contextos de cambio demográfico y menores tamaños de familia o de programas públicos mínimos de asistencia social, los cuales en muchos países latinoamericanos son inadecuados para cubrir todas las necesidades básicas de salud, alimentación y vivienda⁸². Esta dependencia limitada no solamente afecta el bienestar físico, sino también el psicológico porque genera sentimientos de inseguridad y pérdida de autonomía. La falta de ingresos propios y de pensiones dignas perpetúa la desigualdad estructural experimentada a lo largo de la vida, reforzando la idea de que mejorar las condiciones laborales desde etapas tempranas es clave para garantizar un envejecimiento más saludable y equitativo.

2.4.3. Ingreso como predictor de acceso a servicios y alimentación.

El ingreso disponible es, probablemente, el factor más inmediato y tangible para explicar las desigualdades en salud en la vejez porque determina la capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas, acceder a servicios sanitarios y mantener condiciones de vida dignas. Las personas con ingresos más altos pueden costear una alimentación balanceada y suficiente, comprar medicamentos de calidad, realizarse exámenes preventivos y acudir oportunamente a servicios de salud privados cuando la atención pública es insuficiente o tardía. Además, el ingreso permite costear ayudas técnicas, terapias de rehabilitación y servicios de cuidado cuando aparecen limitaciones funcionales, lo que repercute directamente en la calidad de vida.

El estudio de Barboza et al. documenta que en Costa Rica los adultos mayores con más ingresos reportan una mejor calidad de vida oral, menores índices de morbilidad general y mejores hábitos de autocuidado, en comparación con aquellos que viven en pobreza o dependencia económica⁸⁴.

Este hallazgo confirma que los ingresos no solamente influyen en el bienestar físico, sino también en el psicológico, al otorgar mayor autonomía y menor sensación de carga para la familia. Por el contrario, la pobreza en la vejez genera una dependencia económica hacia familiares o instituciones públicas, lo cual limita la capacidad de las personas mayores para mantener una buena salud física y mental, además de afectar su autoestima y percepción de bienestar. La pobreza también aumenta la exposición a entornos precarios y la inseguridad alimentaria, agravando las condiciones crónicas ya presentes.

En resumen, la educación, el empleo y el ingreso actúan de manera conjunta y sinérgica para moldear la trayectoria de salud en la vejez. La falta de oportunidades en cualquiera de estas dimensiones tiende a reproducir desigualdades y limitar las posibilidades de un envejecimiento saludable y autónomo. Por ello, las políticas públicas que promuevan el acceso universal a la educación desde etapas tempranas, la formalización del empleo, la seguridad social integral y pensiones dignas son esenciales para reducir las brechas de inequidad en este grupo poblacional, garantizando una vejez más justa y con mayor calidad de vida.

2.5. Entorno Físico, Vivienda y Transporte

El entorno físico, las condiciones de la vivienda y la disponibilidad de transporte constituyen determinantes intermedios fundamentales que condicionan directamente el bienestar, la autonomía y la calidad de vida de las personas adultas mayores. Estos factores actúan como barreras o, por el contrario, como facilitadores para que los mayores puedan mantener su independencia funcional, acceder a servicios esenciales como consultas médicas, trámites, actividades recreativas y participar plenamente en la vida social y comunitaria⁸⁵. Un entorno accesible, seguro y bien equipado fomenta la movilidad, reduce el riesgo de caídas y lesiones, facilita el contacto social y contribuye al bienestar emocional. En cambio, un entorno deteriorado o inaccesible limita las oportunidades de interacción y la capacidad de cuidarse a sí mismos.

Las condiciones habitacionales inadecuadas, por ejemplo, viviendas con hacinamiento, sin servicios básicos, con barreras arquitectónicas o ubicadas en zonas de riesgo afectan la salud física y mental de los adultos mayores, especialmente de aquellos con limitaciones funcionales.

A esto se suman factores como la inseguridad en los barrios, que disuade la participación social y aumenta el aislamiento, así como la falta de transporte público accesible y asequible, que dificulta la asistencia a controles médicos, actividades recreativas o visitas familiares⁸⁶. Estas carencias incrementan la vulnerabilidad de este grupo poblacional y contribuyen al deterioro progresivo de su salud física, mental y emocional. Por ello, la mejora del entorno físico, el diseño de viviendas adecuadas a las necesidades de la vejez y la provisión de transporte inclusivo son prioridades estratégicas para promover un envejecimiento saludable, equitativo y digno.

2.5.1. Condiciones habitacionales y acceso a transporte como barreras o facilitadores

La calidad de la vivienda incide de manera directa y significativa en la salud de las personas adultas mayores porque constituye el espacio donde pasan la mayor parte del tiempo y donde deben desenvolverse con autonomía y seguridad. Espacios hacinados, con humedad persistente, mala ventilación, falta de iluminación natural o sin adecuaciones arquitectónicas como rampas, pasamanos o baños accesibles incrementan el riesgo de caídas, infecciones respiratorias recurrentes, alergias, lesiones físicas y deterioro funcional progresivo. El estudio de Talavera et al., realizado en la ciudad de La Paz, documenta cómo las condiciones ambientales adversas y las características físicas deficientes de las viviendas afectan la morbilidad respiratoria en adultos mayores, especialmente en las zonas de alta altitud, mayor exposición a contaminantes y deficiencias de infraestructura⁸⁷. Este hallazgo subraya la importancia de garantizar viviendas saludables y adaptadas a las necesidades de la vejez como parte integral de las políticas públicas de salud.

El transporte resulta clave para garantizar el acceso de los adultos mayores a servicios como consultas médicas, compra de alimentos y medicamentos, así como para mantener su participación en la vida social y comunitaria. La falta de transporte público asequible, adaptado a las limitaciones funcionales de este grupo y con rutas seguras, limita la movilidad y refuerza el aislamiento social. La investigación de la Universidad de Costa Rica muestra cómo la percepción de inseguridad en los barrios de San José, junto con la escasa disponibilidad y confiabilidad del transporte público, restringen la movilidad cotidiana de los adultos mayores.

Esto agrava el aislamiento social y repercuten negativamente tanto en la salud mental aumentando síntomas depresivos y ansiedad como en la salud física, al reducir la actividad y el autocuidado⁸⁸. Estos resultados enfatizan la necesidad de considerar el entorno urbano y los sistemas de transporte inclusivos como componentes esenciales para promover un envejecimiento activo y saludable.

2.5.2. Desigualdades territoriales (zonas urbanas vs rurales).

Las desigualdades territoriales entre las áreas urbanas y rurales generan diferencias significativas en las condiciones de vida, salud y bienestar de las personas adultas mayores.

En las zonas urbanas, aunque existe una mayor disponibilidad de servicios sanitarios, educativos y recreativos, predominan problemas asociados a la inseguridad ciudadana, el hacinamiento habitacional, la contaminación ambiental y la creciente precarización de los barrios marginales, que afectan tanto la salud física como la salud mental de los adultos mayores. Por el contrario, en las zonas rurales se observa una menor densidad poblacional y entornos generalmente más saludables, pero con mayores dificultades de acceso a servicios básicos, como atención médica especializada, transporte público, agua potable segura y asistencia social, debido a la dispersión geográfica, la falta de infraestructura y las barreras económicas que enfrentan estas comunidades⁸⁹.

Estudios recientes en Colombia y Costa Rica han documentado cómo estas desigualdades territoriales contribuyen a la vulnerabilidad social acumulada en la vejez, profundizando las inequidades ya existentes. En Colombia, las personas mayores que residen en áreas rurales presentan tasas más altas de pobreza multidimensional, menor cobertura de pensiones y mayores dificultades para acceder a servicios de salud oportunos, lo que impacta directamente en su calidad de vida y esperanza de vida. En el caso de Costa Rica, los adultos mayores de regiones periféricas como la Huetar Norte y la Huetar Caribe enfrentan carencias similares, con mayores índices de dependencia funcional y menor participación en programas de atención geriátrica, en comparación con quienes viven en el área metropolitana⁹⁰. Estos hallazgos destacan la importancia de implementar políticas públicas con un enfoque territorial, que atiendan las necesidades específicas de los adultos mayores según su contexto geográfico y social, y reduzcan las desigualdades acumuladas a lo largo del ciclo vital.

2.5.3. Estudios latinoamericanos y casos de Costa Rica

En América Latina, diversos estudios han puesto en evidencia cómo las desigualdades en vivienda y transporte no solamente afectan la salud física de las personas mayores, sino que también agravan su exclusión social y limitan su participación comunitaria en la vejez. El estudio de Reyes y Montero demuestra que en las parroquias rurales del Ecuador los adultos mayores enfrentan carencias estructurales que condicionan directamente su salud y bienestar, tales como viviendas precarias, sin servicios básicos adecuados y la necesidad de realizar largos desplazamientos para acceder a centros de salud, lo que aumenta su dependencia de terceros y reduce las posibilidades de un autocuidado efectivo⁹¹.

Estas barreras geográficas y estructurales también contribuyen a reforzar sentimientos de aislamiento y vulnerabilidad en las zonas rurales.

En el contexto costarricense, Barboza-Solís et al. reportan que las condiciones de la vivienda, combinadas con la inseguridad alimentaria y la ausencia de transporte público adecuado son determinantes clave de la calidad de vida relacionada con la salud oral en las personas mayores, evidenciando que estas dimensiones materiales y sociales están interconectadas y tienen un impacto profundo en la salud integral⁸⁴. Estos hallazgos confirman que las condiciones físicas y de movilidad del entorno donde viven los adultos mayores son tan importantes como los factores biológicos o clínicos para su bienestar general.

Es imprescindible que las políticas públicas adopten un enfoque integral que priorice el desarrollo urbano y rural inclusivo, garantizando viviendas seguras, accesibles, adaptadas a las necesidades de la vejez, así como sistemas de transporte público inclusivo y confiable, que permitan a las personas mayores mantener su autonomía, acceder a servicios esenciales y participar activamente en la vida comunitaria. Este tipo de intervenciones no solamente promueven el bienestar físico y mental de las personas mayores, sino que también contribuyen a la construcción de sociedades más justas y equitativas⁹⁰.

2.6. Acceso a Servicios de Salud y Seguridad Social

El acceso efectivo a los servicios de salud y a los mecanismos de seguridad social constituye un componente esencial para garantizar el bienestar integral y la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Estos determinantes intermedios no solamente reflejan la disponibilidad y calidad de la infraestructura y del personal sanitario, sino también la capacidad real de las personas para utilizarlos de manera oportuna, adecuada y continua a lo largo del tiempo⁹². En este sentido, el acceso no se limita a la existencia formal de los servicios, sino que implica su asequibilidad económica, su accesibilidad física y geográfica, su aceptabilidad cultural y su pertinencia frente a las necesidades específicas de la población mayor.

Las desigualdades en el acceso no dependen únicamente de la oferta institucional o de la cobertura legal de los sistemas de salud, sino también de una serie de barreras estructurales que afectan de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables.

Entre estas barreras se encuentran las económicas como la incapacidad para cubrir copagos, medicamentos o transportes asociados a la atención médica, las geográficas por la distancia o dificultad de desplazamiento hacia los centros de salud y las culturales incluyendo actitudes discriminatorias hacia las personas mayores o la falta de información adaptada a sus necesidades⁹³. Estas limitaciones contribuyen a perpetuar las desigualdades sociales acumuladas a lo largo del ciclo vital y reducen las posibilidades de un envejecimiento saludable y digno.

2.6.1. Accesibilidad física, económica y cultural.

La accesibilidad física a los servicios de salud implica que estos se encuentren ubicados a una distancia razonable desde los lugares de residencia y que exista un sistema de transporte público adecuado, seguro y asequible para las personas adultas mayores, quienes suelen tener limitaciones de movilidad y mayores necesidades de acompañamiento. La investigación realizada en las parroquias rurales de Ecuador evidencia que las largas distancias entre las viviendas y los centros de salud, junto con la ausencia de transporte público confiable, dificultan considerablemente la asistencia regular a consultas médicas, lo que se traduce en diagnósticos tardíos, menor adherencia a los tratamientos y peor control de las enfermedades crónicas en este grupo poblacional⁹¹.

En el plano económico, los ingresos insuficientes limitan la capacidad de los adultos mayores para cubrir los gastos asociados a su atención médica, especialmente en lo que respecta a la compra de medicamentos, el pago de consultas especializadas, exámenes complementarios y cuidados prolongados, incluso en países donde existen sistemas de salud públicos o seguros sociales⁹⁴.

Estas limitaciones financieras son particularmente graves para quienes no cuentan con pensiones o dependen exclusivamente de redes familiares, ya que restringen su autonomía y deterioran su calidad de vida.

Las barreras culturales también influyen negativamente en la utilización efectiva de los servicios. Entre ellas se destacan la falta de adaptación de la oferta sanitaria a las necesidades específicas de las personas mayores, por ejemplo, la escasez de personal capacitado en geriatría y gerontología o la inadecuación de los horarios y procedimientos y las actitudes discriminatorias hacia la vejez, conocidas como edadismo, que desincentivan la demanda de atención y generan sentimientos de desvalorización y exclusión en los usuarios⁹⁵.

Estos obstáculos evidencian la necesidad de avanzar hacia modelos de atención más inclusivos, sensibles a las particularidades de la población mayor y comprometidos con la equidad.

2.6.2. Problemas de cobertura, recursos humanos y especialización geriátrica.

Las deficiencias en la cobertura sanitaria, la escasez de personal especializado en geriatría y la falta de infraestructura adecuada para la atención de la vejez son desafíos comunes en los sistemas de salud de la región latinoamericana. A pesar de los avances en cobertura universal en algunos países, muchas personas adultas mayores siguen enfrentando barreras significativas para recibir atención integral, continua y de calidad. El informe del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) advierte que los sistemas de salud latinoamericanos todavía carecen de suficientes programas y servicios específicamente orientados a las necesidades de la población mayor, lo que se traduce en inequidades tanto en el acceso como en la calidad de la atención recibida⁹². Estas carencias afectan particularmente a quienes viven en zonas rurales o en situación de pobreza, profundizando las desigualdades acumuladas a lo largo del ciclo vital.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que la falta de formación geriátrica y gerontológica entre los profesionales de la salud constituye un obstáculo fundamental para garantizar servicios pertinentes y humanizados. Esta falta de capacitación técnica y ética no solamente limita la calidad clínica de las intervenciones, sino que también perpetúa estereotipos negativos hacia la vejez como considerar el envejecimiento únicamente desde la perspectiva de la enfermedad o subestimar las necesidades emocionales y sociales de los mayores, lo que afecta la dignidad y la satisfacción de los usuarios⁹⁵.

Estos hallazgos subrayan la urgencia de invertir en formación especializada, infraestructura adaptada y políticas sanitarias inclusivas para asegurar que los sistemas de salud respondan de manera efectiva a los desafíos del envejecimiento poblacional.

2.6.3 Papel de la Caja Costarricense de Seguro Social y programas como la Red de Cuido

En Costa Rica la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) desempeña un papel central para garantizar el acceso a servicios de salud, pensiones y prestaciones económicas para la población adulta mayor, siendo uno de los pilares del modelo solidario costarricense.

La cobertura universal formalmente alcanzada por la CCSS ha permitido avances significativos en indicadores de salud y esperanza de vida. Sin embargo, estudios recientes evidencian que aún persisten barreras económicas, geográficas y administrativas que limitan una atención verdaderamente equitativa, especialmente en las zonas rurales, en comunidades indígenas y para las personas mayores que carecen de un historial laboral formal o continuo⁹⁶. Estas brechas reflejan la necesidad de fortalecer las estrategias diferenciadas para poblaciones en situación de vulnerabilidad y para quienes han vivido en la informalidad durante su vida activa.

En este contexto, los programas complementarios como la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (Red de Cuido) han mostrado resultados positivos al promover una atención integral, comunitaria e intergeneracional de las personas mayores. Este enfoque busca mantener la autonomía y prevenir la institucionalización prematura, a través de servicios domiciliarios, centros diurnos y apoyos a las familias cuidadoras. No obstante, los diagnósticos coinciden en que la Red de Cuido todavía requiere de mayor cobertura territorial, recursos financieros sostenibles y articulación institucional, para responder efectivamente a la demanda creciente asociada al acelerado proceso de envejecimiento poblacional⁹⁶.

En conjunto, estas evidencias subrayan que mejorar el acceso a los servicios de salud y a la seguridad social no depende únicamente de ampliar la infraestructura o los presupuestos, sino también de fortalecer la sostenibilidad financiera, invertir en la formación de recursos humanos especializados en geriatría y gerontología, y eliminar las barreras estructurales y sociales que afectan a los grupos más vulnerables.

Solamente a través de políticas integrales, equitativas y sostenibles será posible garantizar un envejecimiento saludable y digno para todas las personas mayores.

2.7. Políticas Públicas e Intervenciones Intersectoriales

Las políticas públicas y las intervenciones intersectoriales son componentes esenciales para abordar de manera efectiva las desigualdades sociales que afectan la salud de las personas adultas mayores. Estas políticas van más allá de la provisión de servicios de salud, al reconocer que las condiciones de vida de la población mayor están determinadas por una amplia gama de factores sociales, económicos y ambientales.

Las intervenciones, por ello, deben ser diseñadas desde una perspectiva integral, que combine los esfuerzos de sectores como vivienda, transporte, educación, empleo, seguridad social y protección comunitaria, junto con el sistema sanitario⁹⁷. Este enfoque coordinado permite responder a las múltiples dimensiones de la desigualdad y garantizar oportunidades equitativas a lo largo del ciclo vital.

La evidencia demuestra que las estrategias centradas exclusivamente en el sector salud resultan insuficientes para enfrentar la complejidad y la naturaleza multidimensional de los determinantes sociales. Por ejemplo, invertir únicamente en hospitales y medicamentos no resuelve los problemas relacionados con la pobreza, la falta de vivienda digna o el aislamiento social que inciden directamente en la salud de los adultos mayores. En cambio, las intervenciones integrales y multisectoriales, como las redes comunitarias de cuidado, los subsidios habitacionales para personas mayores, los programas de alfabetización digital y las políticas activas de empleo inclusivo, han mostrado mejores resultados tanto en la reducción de desigualdades como en la promoción de un envejecimiento saludable y digno⁹⁸. Estos hallazgos refuerzan la importancia de concebir la salud como un objetivo transversal de las políticas públicas, articulando las distintas instituciones del Estado y fomentando la participación de la sociedad civil para construir entornos más justos e inclusivos para las personas mayores.

2.7.1. Ejemplos de estrategias exitosas en América Latina y Europa.

Diversas experiencias en América Latina y Europa demuestran el potencial de las políticas integradas e intersectoriales para mejorar las condiciones de vida y la salud de las personas adultas mayores.

En Costa Rica la Red Nacional de Cuido, gestionada por el Instituto Mixto de Ayuda Social en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social y las municipalidades, combina servicios de atención domiciliaria y comunitaria con transferencias económicas condicionadas, acompañamiento social y apoyo a cuidadores familiares. Esta estrategia ha logrado mejoras significativas en la autonomía funcional, la calidad de vida y la permanencia en el hogar de los beneficiarios, reduciendo el riesgo de institucionalización prematura y fortaleciendo las redes comunitarias de apoyo⁹⁶.

En Chile, los centros diurnos para personas mayores, evaluados por Iriarte et al., han mostrado ser efectivos para mejorar tanto la calidad de vida subjetiva como la integración social de los participantes. Estos centros brindan actividades recreativas, rehabilitación física, talleres de estimulación cognitiva y espacios de convivencia, favoreciendo no solamente el bienestar físico y mental, sino también la inclusión y la participación ciudadana, gracias a su enfoque multidimensional e inclusivo⁹⁹.

En el contexto europeo, el enfoque conocido como salud en todas las políticas ha sido implementado con éxito en países nórdicos como Finlandia y Suecia, donde la coordinación sistemática entre los sectores de educación, transporte, vivienda, trabajo y salud ha permitido reducir significativamente las desigualdades sociales acumuladas durante el ciclo vital. Este modelo reconoce explícitamente que la salud es una responsabilidad colectiva que debe ser considerada en todas las decisiones políticas y presupuestarias, garantizando así intervenciones más efectivas y sostenibles¹⁰⁰. Estas experiencias internacionales demuestran que es posible diseñar e implementar políticas públicas integrales que respondan a la complejidad de los determinantes sociales, promoviendo un envejecimiento saludable, activo y digno.

2.7.2. Enfoque “salud en todas las políticas”.

El enfoque salud en todas las políticas, promovido y conceptualizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que todas las decisiones de política pública ya sean en materia de transporte, educación, vivienda, medio ambiente o economía deben evaluarse sistemáticamente en términos de su impacto sobre la salud y sobre la equidad en salud¹⁰¹. Este enfoque parte de la premisa de que la salud no es solamente una responsabilidad del sector sanitario, sino una consecuencia directa de las políticas sociales, económicas y ambientales que configuran las condiciones de vida de las personas.

Así, se aboga por una gobernanza intersectorial que sitúe la equidad sanitaria como un objetivo explícito en la formulación y ejecución de políticas públicas.

En el contexto latinoamericano, tanto la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han llamado la atención sobre la urgencia de integrar este principio en los planes de desarrollo nacionales y regionales, dada la magnitud de las desigualdades sociales en la región y su profundo impacto sobre la salud de las poblaciones más vulnerables¹⁰².

Ambas instituciones han señalado que los avances en salud solamente serán sostenibles y equitativos si los países adoptan marcos normativos y estratégicos que articulen a todos los sectores relevantes, con un compromiso político de largo plazo y una adecuada asignación de recursos. Este enfoque representa un cambio paradigmático, orientado a transformar las causas estructurales de las desigualdades en salud, en lugar de limitarse a paliar sus consecuencias clínicas.

2.7.3. Lecciones aprendidas y limitaciones institucionales.

Aunque los avances en la formulación e implementación de políticas intersectoriales en América Latina y otras regiones son notables, persisten desafíos importantes que limitan su efectividad y sostenibilidad en el tiempo. Entre los principales obstáculos identificados se encuentran la falta de coordinación entre instituciones públicas y privadas, que genera duplicidades o vacíos en las acciones, la escasez de recursos financieros y humanos para ejecutar programas a la escala necesaria y las limitaciones en los sistemas de evaluación de impacto, que dificultan medir los resultados y ajustar las estrategias en función de la evidencia¹⁰³. Estas debilidades ponen en riesgo la capacidad de las políticas para lograr transformaciones estructurales duraderas y equitativas.

Los organismos internacionales como la OPS, la CEPAL y la OMS recomiendan fortalecer la gobernanza intersectorial, con mecanismos formales de coordinación entre sectores y niveles de gobierno, asignar presupuestos adecuados y sostenibles para las intervenciones sociales y sanitarias y establecer sistemas robustos de monitoreo y evaluación, que permitan rendir cuentas, corregir desviaciones y demostrar los beneficios sociales y económicos de invertir en equidad en salud¹⁰⁴.

En suma, las políticas públicas e intervenciones intersectoriales representan una vía indispensable para reducir las desigualdades sociales que afectan de manera acumulativa a las personas adultas mayores, y para garantizar un envejecimiento saludable, activo y digno. Para que sean efectivas, requieren de una combinación de voluntad política, compromiso financiero y una visión estratégica centrada en la equidad, los derechos humanos y la justicia social, que reconozca a las personas mayores como ciudadanos plenos y titulares de derechos.

2.8. Enfoque Territorial y Desigualdades Regionales

El enfoque territorial en salud reconoce que las desigualdades sociales no solamente se manifiestan entre individuos o grupos sociales, sino que también se expresan entre territorios geográficos, reflejando diferencias históricas, económicas y estructurales en el acceso a oportunidades, servicios básicos y condiciones de vida¹⁰⁵. Esta perspectiva territorial permite visibilizar las disparidades en salud asociadas al lugar de residencia, evidenciando cómo las políticas públicas, la inversión en infraestructura y el desarrollo local moldean los determinantes sociales a escala regional y comunitaria.

En la población adulta mayor, las condiciones del entorno ya sea urbano, periurbano o rural constituyen determinantes clave de la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad, al incidir sobre la accesibilidad a los servicios de salud, la disponibilidad de redes de apoyo, la calidad del entorno físico y la seguridad alimentaria¹⁰⁶. En las zonas rurales y en las periferias urbanas, por ejemplo, las personas mayores suelen enfrentar mayores obstáculos para recibir atención especializada, menor cobertura de pensiones y más dificultades para acceder a transporte público y servicios básicos, lo que agrava su situación de vulnerabilidad.

Estas desigualdades territoriales, además, tienden a acumularse a lo largo del ciclo vital, de manera que las personas que han residido toda su vida en regiones marginadas llegan a la vejez con desventajas más profundas, en comparación con quienes han vivido en entornos mejor dotados. Esto se hace particularmente evidente en áreas con baja inversión en infraestructura social, baja densidad de servicios y oportunidades limitadas de participación comunitaria, lo que refuerza los gradientes sociales y perpetúa las inequidades en salud en la vejez¹⁰⁷. En consecuencia, incorporar la perspectiva territorial en las políticas de salud es crucial para diseñar estrategias adaptadas a las realidades locales y reducir las brechas entre regiones y comunidades.

2.8.1. Análisis de inequidades por provincia o cantón (ej. Huetar Caribe y Brunca)

En Costa Rica, por ejemplo, las regiones Huetar Caribe y Brunca presentan de manera consistente peores indicadores de salud, desarrollo humano y acceso a servicios sociales, en comparación con las provincias del Valle Central, donde se concentra la mayor parte de la infraestructura y los recursos públicos.

Esta disparidad territorial impacta significativamente en la calidad de vida y las oportunidades de atención sanitaria de la población adulta mayor residente en estas zonas, aumentando su vulnerabilidad frente a enfermedades crónicas, dependencia funcional y exclusión social¹⁰⁸.

La Universidad de Costa Rica ha documentado cómo la combinación de factores como la inseguridad en los barrios, la falta de servicios básicos agua potable, electricidad confiable, transporte accesible y las malas condiciones del entorno urbano en comunidades periféricas de San José exacerbaban el riesgo de deterioro físico y mental en las personas mayores, reduciendo su autonomía y su participación comunitaria¹⁰⁸. Estos hallazgos coinciden con los reportes elaborados por el Ministerio de Salud y la CEPAL, que señalan las disparidades regionales como uno de los principales obstáculos para garantizar la equidad en salud en la vejez, evidenciando la necesidad de políticas públicas con un enfoque territorial que prioricen las zonas históricamente rezagadas y marginadas¹⁰⁶.

2.8.2. Desigualdad acumulativa y vulnerabilidad estructural

La desigualdad territorial no solamente implica diferencias en indicadores de salud entre regiones, sino que también produce una forma de vulnerabilidad estructural, entendida como la exposición prolongada y acumulativa a condiciones adversas de vida que refuerzan las desventajas sociales y sanitarias. Esta vulnerabilidad está marcada por la infraestructura deficiente, la inseguridad ambiental y social, la falta de servicios especializados y la precariedad de las redes comunitarias de apoyo¹⁰⁵. Estas condiciones no solamente limitan la calidad de vida diaria de las personas adultas mayores, sino que también reducen su resiliencia frente a eventos adversos como enfermedades, accidentes o emergencias sanitarias. En las zonas rurales, esta situación se agrava por las largas distancias a los centros de salud, la escasa disponibilidad de transporte público y la ausencia de servicios especializados en geriatría y gerontología, lo que restringe la posibilidad de recibir diagnósticos oportunos, seguimiento continuo y tratamientos adecuados¹⁰⁹.

La carencia de programas de protección social adaptados a las particularidades de las comunidades rurales profundiza aún más las desigualdades en salud en la vejez, perpetuando el ciclo de desventajas acumuladas a lo largo del ciclo vital.

Estas evidencias refuerzan la importancia de incorporar un enfoque territorial sensible a las realidades locales en el diseño de políticas públicas y servicios sociales, para garantizar que las personas mayores, independientemente de su lugar de residencia, puedan ejercer plenamente su derecho a un envejecimiento saludable y digno.

2.8.3. Uso de SIG y diagnósticos regionales.

Los diagnósticos regionales apoyados en sistemas de información geográfica (SIG) han permitido visibilizar estas desigualdades de manera más precisa y detallada, identificando patrones espaciales que antes pasaban inadvertidos y facilitando la planificación de intervenciones focalizadas y eficaces¹¹⁰. Estas herramientas han demostrado su utilidad al integrar variables socioeconómicas, demográficas y sanitarias para priorizar acciones en territorios con mayores carencias. En Colombia, por ejemplo, los análisis territoriales basados en SIG han mostrado que la mortalidad en adultos mayores es significativamente más alta en municipios caracterizados por menor desarrollo económico y mayor prevalencia de pobreza extrema, lo que refuerza la necesidad de estrategias específicas para esos territorios¹¹⁰.

Estas evidencias ponen de manifiesto que los SIG no solamente son instrumentos técnicos, sino también herramientas clave para diseñar políticas públicas sensibles al territorio, que orienten los recursos hacia las comunidades más necesitadas y aseguren un uso eficiente y equitativo de los presupuestos sociales.

En resumen, el enfoque territorial es indispensable para comprender las desigualdades sociales en salud en la vejez y para formular políticas e intervenciones que reduzcan las brechas regionales. Asegurar que nadie quede rezagado por el simple hecho de dónde nació o vive constituye un imperativo ético y político para alcanzar la equidad en salud y garantizar un envejecimiento digno y saludable para toda la población.

2.9. Envejecimiento y Exclusión Social

El envejecimiento y la exclusión social son fenómenos íntimamente relacionados, que tienden a retroalimentarse y agravarse mutuamente, configurando un círculo vicioso que socava las oportunidades de las personas para vivir una vejez plena y saludable.

La exclusión social se define como un proceso multidimensional mediante el cual ciertos grupos quedan sistemáticamente marginados del acceso a recursos económicos, servicios básicos, oportunidades laborales y educativas, así como de la participación plena en la vida social, cultural y política de sus comunidades¹¹¹. Este concepto no solamente alude a la pobreza monetaria, sino también a las restricciones en las capacidades, derechos y libertades fundamentales para ejercer una ciudadanía plena.

En el caso específico de las personas adultas mayores, la exclusión social adopta formas concretas que limitan su autonomía y calidad de vida. Puede manifestarse en el ámbito económico, a través de pensiones insuficientes o inexistentes; en el social, mediante el aislamiento familiar y comunitario; en el cultural, por la invisibilización y la falta de reconocimiento de sus aportes y en el político, por su escasa representación en los procesos de toma de decisiones¹¹². Estas formas de exclusión no solamente reflejan las desigualdades acumuladas a lo largo del ciclo vital, sino también las barreras específicas que enfrentan las personas mayores debido a factores como los prejuicios etarios, la estigmatización de la vejez como sinónimo de enfermedad o dependencia y la discriminación estructural en instituciones y políticas públicas¹¹³.

Este panorama evidencia la necesidad de políticas integrales que no solamente promuevan el acceso a recursos materiales, sino también la inclusión social, la participación activa y el respeto por los derechos de las personas mayores como agentes valiosos en la sociedad.

2.9.1. Concepto de vejez en contextos de pobreza

La experiencia de la vejez difiere significativamente según las condiciones socioeconómicas acumuladas a lo largo de la vida, evidenciando la estrecha relación entre desigualdad y calidad de vida en la última etapa del ciclo vital. En contextos de pobreza, la vejez suele asociarse con mayor precariedad material, inseguridad alimentaria, deterioro funcional prematuro y una fuerte dependencia económica de familiares o de la asistencia estatal¹¹⁴. Esta situación limita la autonomía de las personas mayores y las expone a dinámicas de exclusión social y psicológica que profundizan su vulnerabilidad.

El estudio de Barboza-Solís et al. en Costa Rica evidenció que los adultos mayores con bajos ingresos, menor escolaridad y ausencia de redes de apoyo familiar o comunitario presentan peores indicadores de calidad de vida, incluso en dimensiones básicas como la salud oral, que refleja tanto condiciones materiales como hábitos preventivos¹¹⁴. Estas carencias no solamente impactan la salud física, sino también la autoestima, el sentido de propósito y la participación social.

En estos escenarios, la vejez deja de percibirse como una etapa de retiro, disfrute o realización personal, para convertirse en un período de vulnerabilidad extrema, marcado por la incertidumbre económica, la dependencia forzada y la invisibilización social. Este fenómeno resalta la importancia de políticas públicas orientadas a reducir las desigualdades acumuladas desde edades tempranas y a garantizar apoyos específicos para las personas mayores en condiciones de pobreza.

2.9.2. Interseccionalidad: género, etnia, edad y exclusión

El concepto de interseccionalidad resulta clave para comprender las múltiples dimensiones de la exclusión social en la vejez, al reconocer que las desigualdades no actúan de manera aislada, sino que se entrelazan y potencian entre sí. La interacción entre género, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual y otras categorías sociales puede profundizar las brechas en salud, bienestar y participación, generando condiciones de vida aún más precarias para quienes acumulan más factores de desventaja. Esta perspectiva permite analizar cómo los sistemas de poder y discriminación estructural afectan de manera diferencial a diversos grupos dentro de la población mayor.

En México, por ejemplo, Rojas et al. documentaron que las mujeres mayores presentan peores indicadores de salud funcional que los hombres, en términos de movilidad, independencia y carga de enfermedades crónicas, sin embargo, al mismo tiempo reportan mejores redes de apoyo social, gracias a su rol tradicional en las dinámicas familiares y comunitarias¹¹⁵. Este hallazgo muestra cómo algunas desventajas estructurales pueden coexistir con estrategias adaptativas que mitigan parcialmente sus efectos.

De manera similar, en entornos rurales y comunidades indígenas, la discriminación por etnicidad y lengua agrava la exclusión social de los adultos mayores, limitando su acceso a servicios de salud culturalmente pertinentes y a programas sociales diseñados desde una perspectiva predominantemente urbana y homogeneizadora¹¹³.

Estas intersecciones refuerzan la importancia de diseñar políticas públicas y servicios sociales sensibles a las diferencias culturales, de género y de contexto territorial, para evitar reproducir las inequidades históricas en la vejez y garantizar un trato digno e inclusivo para toda la población mayor.

2.9.3. Efectos acumulativos del ciclo de vida sobre la salud geriátrica

La exclusión social en la vejez no surge de manera espontánea ni aislada, sino como resultado de procesos acumulativos a lo largo del ciclo vital, donde las desigualdades y carencias experimentadas en la infancia, la juventud y la adultez tienden a sumarse y manifestarse con mayor fuerza en los años posteriores¹¹⁶. Esta acumulación de desventajas estructurales afecta la salud física y mental, limita la autonomía y reduce las oportunidades de participación social, generando un círculo de vulnerabilidad difícil de romper sin políticas públicas adecuadas.

El informe de la Comunidad de Madrid, por ejemplo, distingue entre la soledad deseada como elección personal y la soledad no deseada, destacando que esta última se asocia estrechamente con la falta de redes de apoyo familiar y comunitario, la viudedad y la falta de participación social. Estos factores incrementan significativamente el riesgo de exclusión social y deterioro de la salud física y mental¹¹⁷. Este enfoque muestra cómo la exclusión no solamente es una cuestión material, sino también relacional y simbólica, afectando el sentido de pertenencia y dignidad de las personas mayores.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de diseñar e implementar políticas públicas que promuevan la inclusión social en todas las etapas de la vida, con especial atención a prevenir la marginación acumulada y fomentar las redes comunitarias y familiares desde una perspectiva de curso de vida.

En síntesis, la exclusión social constituye una de las expresiones más visibles y dolorosas de las desigualdades sociales en la vejez y su abordaje efectivo requiere intervenciones que reconozcan la multidimensionalidad del fenómeno, así como la necesidad de reducir las desigualdades estructurales y culturales que la originan y perpetúan. Solamente así será posible garantizar a todas las personas mayores un envejecimiento digno, activo y saludable.

2.10. Convergencia de Determinantes Sociales y Resultados en Salud

El análisis integral de los determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor pone de manifiesto que estos factores no actúan de manera aislada ni lineal, sino que interactúan de forma dinámica y se acumulan a lo largo del ciclo vital, configurando trayectorias de vida que desembocan en patrones diferenciados de morbilidad, mortalidad y calidad de vida en la vejez¹¹⁸. Esta acumulación de desventajas o, en algunos casos, de ventajas refleja las oportunidades y barreras que las personas enfrentan desde su nacimiento, pasando por su educación, inserción laboral, acceso a servicios básicos y participación social.

La convergencia de factores estructurales, intermedios y contextuales explica en buena medida las desigualdades observadas en los resultados de salud geriátrica. Los determinantes estructurales, como la posición socioeconómica o el género, condicionan los recursos materiales y simbólicos disponibles; los determinantes intermedios, como la vivienda o las redes sociales, median el impacto de esas desigualdades en la vida cotidiana y los determinantes contextuales, como las políticas públicas o la calidad de los entornos comunitarios, pueden atenuar o agravar esas desigualdades¹¹⁹. Esta interacción compleja subraya la necesidad de enfoques analíticos y de intervención que reconozcan esta multidimensionalidad y que busquen actuar simultáneamente sobre las distintas capas del problema para promover la equidad en salud y garantizar un envejecimiento digno y saludable para todos.

2.10.1. Articulación de todos los determinantes en resultados finales: morbilidad y mortalidad

Diversos estudios confirman que los determinantes sociales, tanto estructurales como intermedios, no solamente actúan de manera simultánea, sino que convergen para producir desigualdades acumulativas en salud a lo largo del ciclo vital. Esta acumulación de desventajas tiende a cristalizarse en la vejez, afectan las posibilidades de las personas para mantener su autonomía, su bienestar físico y emocional y su calidad de vida¹²⁰. La evidencia muestra que factores como la educación, los ingresos, el empleo previo, las condiciones de vivienda y el acceso a servicios básicos y de salud interactúan entre sí, configurando trayectorias de vida más o menos favorables según las oportunidades y barreras enfrentadas en cada etapa.

Las personas mayores con bajos ingresos y bajo nivel educativo, por ejemplo, son más propensas a residir en entornos inseguros, con viviendas precarias, con mala infraestructura comunitaria y con limitaciones severas de acceso a servicios de salud, transporte y redes sociales, lo que incrementa su riesgo de enfermedad crónica, dependencia funcional y exclusión social en la vejez¹²¹. Esta interacción de determinantes genera un círculo vicioso que perpetúa las inequidades, haciendo indispensable el diseño de políticas públicas que aborden estos factores de manera integral y simultánea, para romper la transmisión intergeneracional y territorial de las desigualdades en salud.

2.10.2. Propuesta de esquema integrador

El modelo eco social proporciona un valioso esquema integrador para comprender la convergencia de los determinantes sociales de la salud y sus efectos acumulativos en la población adulta mayor. Este modelo ilustra cómo las desigualdades sociales “se incorporan biológicamente” en las personas a lo largo de su vida, dejando huellas no solamente fisiológicas como el estrés crónico, la inflamación o la desregulación metabólica, sino también psicológicas y sociales, que condicionan los resultados de salud en la vejez¹¹⁸. De este modo, las diferencias sociales no solamente afectan las oportunidades inmediatas, sino que literalmente “entran en el cuerpo” y se manifiestan en mayor morbilidad, dependencia funcional y menor calidad de vida.

Esta perspectiva eco social no se limita a explicar las desigualdades, sino que también permite identificar los puntos críticos para la intervención a lo largo del ciclo vital. Al reconocer que las desventajas comienzan a acumularse desde la infancia y la juventud, el modelo enfatiza la necesidad de actuar desde las etapas tempranas de la vida, mediante políticas públicas y programas sociales orientados a garantizar igualdad de oportunidades y condiciones de vida dignas. Este enfoque integral contribuye a reducir la acumulación de desventajas en la vejez, favoreciendo un envejecimiento más saludable, autónomo y justo para todas las personas¹²².

En suma, el esquema eco social se convierte en una herramienta conceptual fundamental para la formulación de intervenciones que aborden simultáneamente los determinantes estructurales, intermedios y contextuales, y para orientar las estrategias hacia una verdadera equidad en salud a lo largo de todo el ciclo de vida.

2.10.3. Justificación del análisis estructural como vía para el cambio

Comprender las desigualdades sociales en salud desde un enfoque estructural no solamente constituye una exigencia ética, sino también una condición indispensable para la eficacia y sostenibilidad de las políticas públicas¹²³. Las intervenciones que se limitan a paliar los síntomas como la provisión aislada de servicios de salud o de transferencias económicas puntuales, sin abordar las causas estructurales de la pobreza, la exclusión social y la desigualdad, resultan insuficientes para reducir las brechas sociales en el largo plazo. Las políticas de salud pública, para ser efectivas, requieren situarse dentro de un marco más amplio de transformación social que actúe sobre los determinantes fundamentales que configuran las trayectorias vitales de las personas.

En esta línea, la OPS y la CEPAL coinciden en señalar que los enfoques multisectoriales, basados en los principios de justicia social y equidad, son esenciales para transformar las condiciones estructurales que determinan la salud, particularmente en la vejez¹²⁴. Integrar acciones en educación, empleo, vivienda, seguridad social, participación comunitaria y salud, desde una perspectiva territorial y culturalmente pertinente, es la única vía para lograr un envejecimiento digno y saludable para toda la población.

En conclusión, los resultados en salud de las personas mayores no son producto del azar ni exclusivamente de factores biológicos, sino el reflejo de una vida atravesada por desigualdades sociales que interactúan y se potencian. Solamente un abordaje integral, que reconozca la convergencia de los determinantes sociales de la salud, permitirá reducir las inequidades acumuladas y garantizar un envejecimiento saludable y equitativo para todas las personas, independientemente de su lugar de origen, su género, su etnia o su nivel socioeconómico¹²⁴.

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

A continuación, se expone el Marco Metodológico de la presente investigación, entendido como la sección del estudio en la que se detallan los enfoques, métodos y procedimientos empleados para desarrollar un análisis riguroso del problema planteado. Según Martínez⁷¹, esta parte del trabajo permite estructurar de forma sistemática la recolección, selección y evaluación de información, garantizando la coherencia entre los objetivos formulados y los resultados esperados.

El Marco Metodológico, en este caso, se fundamenta en una revisión de literatura científica internacional y nacional, con el propósito de analizar cómo los determinantes sociales como el nivel educativo, el ingreso, el empleo, el acceso a servicios de salud, entre otros influyen en los resultados de morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor. Este abordaje parte de una perspectiva crítica que considera la salud en la vejez no solamente como un hecho clínico, sino también como el resultado acumulado de condiciones estructurales que afectan de forma diferenciada a los distintos grupos sociales.

A través de una estrategia metodológica basada en el análisis cualitativo y documental, se busca interpretar los hallazgos de investigaciones recientes (2015–2024), identificar patrones comunes y contrastar experiencias internacionales con la realidad costarricense, aportando así insumos útiles para la toma de decisiones en salud pública y el diseño de políticas más equitativas.

3.1 Enfoque metodológico

Este trabajo adopta un enfoque cualitativo, adecuado para analizar fenómenos sociales complejos como la relación entre los determinantes sociales y los desenlaces en salud de la población adulta mayor. Dado que el objetivo no es cuantificar relaciones estadísticas, sino más bien comprender a profundidad los factores sociales, económicos y estructurales que condicionan la morbilidad y la mortalidad en la vejez, este enfoque permite interpretar la información desde una perspectiva crítica e integradora¹²⁵.

La salud en las personas mayores no puede explicarse únicamente desde el punto de vista clínico o biológico; intervienen también aspectos como el nivel educativo, las condiciones laborales a lo largo de la vida, el acceso a servicios de salud, el entorno físico y las políticas públicas.

Estos elementos son difíciles de capturar mediante enfoques cuantitativos clásicos, pero pueden ser analizados a través de una revisión sistemática de literatura con enfoque cualitativo, que permite interpretar hallazgos en su contexto social, cultural y territorial¹²⁵.

El enfoque cualitativo, además, resulta pertinente porque permite identificar no solamente los factores que influyen en los resultados de salud, sino también las dinámicas estructurales que los explican, como la desigualdad de oportunidades o las brechas regionales. Esta visión facilita un análisis más completo del problema, aportando elementos útiles para la formulación de políticas públicas que respondan a las condiciones reales de la población adulta mayor¹²⁶.

3.2. Tipo de investigación

La presente investigación corresponde a una revisión bibliográfica de literatura de tipo cualitativo y descriptivo, cuyo propósito es identificar, analizar e interpretar estudios científicos que abordan la relación entre los determinantes sociales de la salud y los resultados de morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor. Este tipo de estudio permite sistematizar el conocimiento existente, examinar las tendencias más relevantes y establecer conexiones entre factores estructurales y desenlaces sanitarios desde una perspectiva crítica.

A diferencia de los estudios cuantitativos, que se centran en la medición y la estadística, este trabajo apuesta por un enfoque interpretativo, que pone énfasis en el significado, la trayectoria vital y las condiciones sociales que configuran los procesos de salud-enfermedad en la vejez. La revisión cualitativa, además, brinda la posibilidad de explorar diversos contextos geográficos y políticos, lo cual resulta clave para comparar experiencias entre países y comprender la situación costarricense en un marco más amplio¹²¹. Desde su carácter descriptivo, esta revisión busca ofrecer una visión estructurada de los principales determinantes sociales identificados en la literatura reciente, sin pretensión de establecer causalidades estadísticas, sino más bien de reconocer patrones comunes, factores de riesgo social, barreras de acceso y estrategias de intervención intersectorial documentadas en diferentes contextos. Esta aproximación metodológica es especialmente útil cuando se analizan fenómenos complejos y multifactoriales, como las desigualdades en salud en la etapa de la vejez.

3.3. Fuentes de información

Para el desarrollo de esta investigación, se recurrió a fuentes primarias y secundarias de carácter científico y académico, con el fin de garantizar la calidad, actualidad y pertinencia de los datos analizados. Las fuentes primarias correspondieron principalmente a artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios observacionales y metaanálisis publicados en revistas indexadas de reconocido prestigio internacional, que abordan directamente la influencia de los determinantes sociales en la salud de las personas adultas mayores.

La búsqueda se realizó en bases de datos especializadas como PubMed, Scopus, SciELO, ScienceDirect y SpringerLink, seleccionadas por su cobertura temática en ciencias de la salud, salud pública, epidemiología y ciencias sociales aplicadas. Además, se incluyeron documentos técnicos emitidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), así como políticas públicas y reportes institucionales nacionales relacionados con salud geriátrica y equidad en salud¹²⁷.

Las fuentes secundarias complementaron el análisis a través de revisiones narrativas, capítulos de libros, guías clínicas y marcos teóricos relevantes que permitieron contextualizar los hallazgos empíricos dentro de una perspectiva crítica y multidimensional. Esta combinación metodológica favoreció una comprensión integral del fenómeno investigado, aportando tanto evidencia empírica como soporte conceptual para el análisis interpretativo posterior.

3.4. Estrategia de búsqueda y criterios de selección

Para identificar la literatura científica relevante, se desarrolló una estrategia de búsqueda estructurada, definida con base en los objetivos específicos del estudio. Se emplearon descriptores controlados y palabras clave relacionadas con morbilidad, mortalidad, adultos mayores y determinantes sociales de la salud. La búsqueda se efectuó entre marzo y mayo de 2025 en bases de datos electrónicas especializadas, priorizando aquellas con cobertura internacional y rigurosidad académica.

La estrategia incluyó artículos en inglés y español, publicados entre 2020 y 2024, para asegurar la actualidad de los hallazgos. Se utilizaron filtros temáticos, limitadores por fecha y búsqueda booleana combinando términos clave.

Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión previamente definidos para asegurar la relevancia metodológica y temática del material seleccionado¹²⁸.

A continuación, se presenta la tabla con los descriptores, motores de búsqueda, idioma y periodo considerado:

Tabla 1. Criterios y estrategia de búsqueda bibliográfica

Objetivo específico	Descriptores utilizados	Base de datos consultada	Idioma	Periodo
Identificar los principales determinantes sociales que afectan la salud de adultos mayores	"determinantes sociales de la salud", "adultos mayores", "morbilidad", "mortalidad"	PubMed, Scopus	Español	2020–2024
Describir los mecanismos por los cuales los DSS influyen en el deterioro de la salud y el aumento de la mortalidad	"envejecimiento", "desigualdad en salud", "esperanza de vida", "enfermedades crónicas"	ScienceDirect, SciELO	Español	2020–2024
Comparar estrategias implementadas para reducir desigualdades en salud geriátrica	"intervención intersectorial", "política pública", "equidad en salud", "salud pública"	SpringerLink, OPS, OMS, CEPAL	Español	2020–2024

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

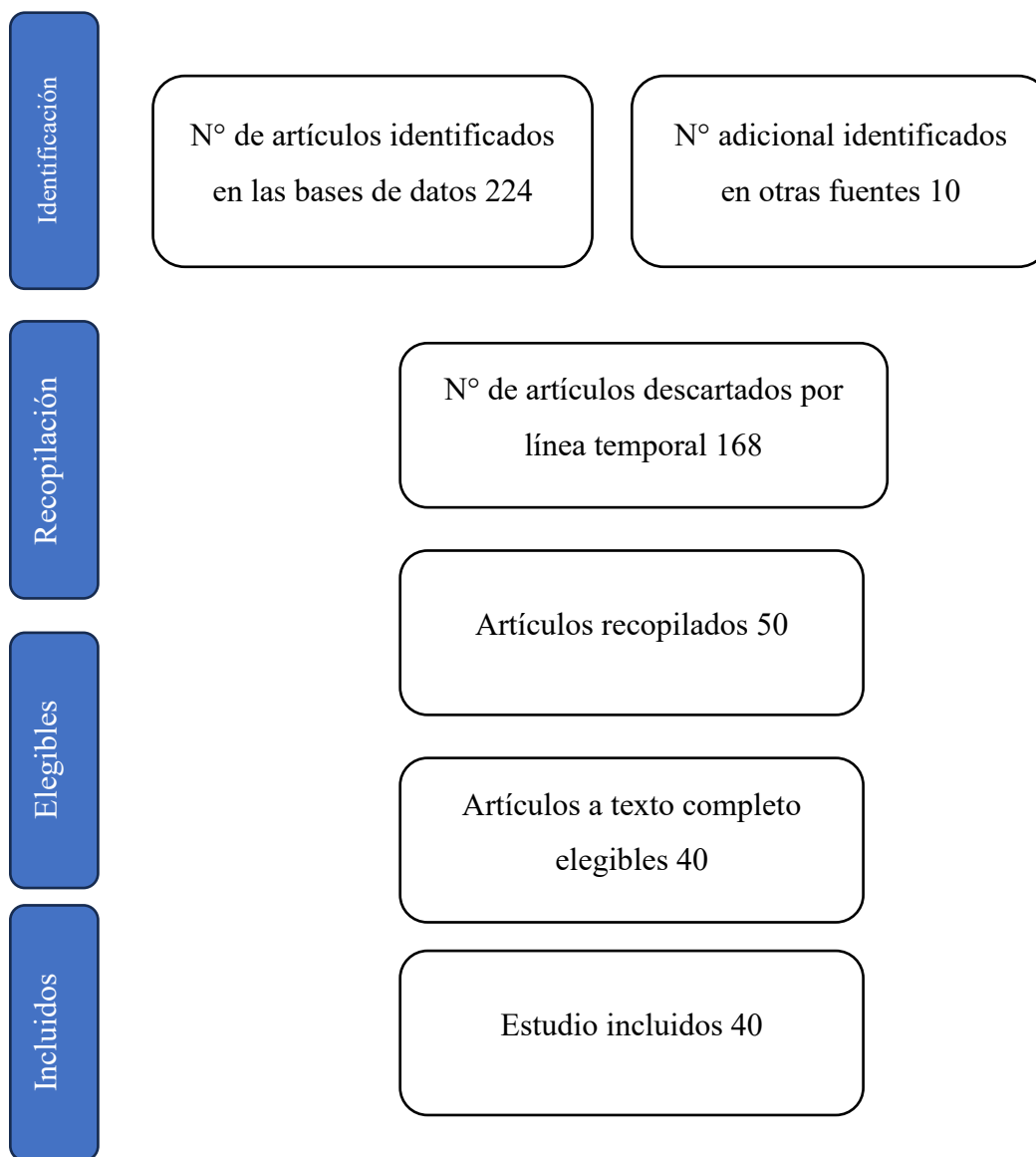
Con el fin de asegurar la pertinencia, calidad y aplicabilidad de los estudios seleccionados en esta revisión, se establecieron criterios específicos de inclusión y exclusión. Estos criterios permitieron delimitar el universo de análisis a investigaciones que abordaran de manera directa la relación entre los determinantes sociales de la salud y los resultados de morbilidad y mortalidad en personas adultas mayores.

Se priorizaron aquellos estudios publicados entre 2020 y 2024, en idioma español, que utilizaran metodologías rigurosas y que estuvieran indexados en bases de datos reconocidas. De esta manera, se garantiza que la información extraída sea actual, contextualizada y relevante para los fines del presente estudio¹²⁹.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados entre 2020 y 2024.	Publicaciones anteriores a 2020.
Estudios en idioma español.	Estudios en idiomas distintos al español.
Estudios centrados en personas adultas mayores (60 años o más).	Investigaciones centradas exclusivamente en población pediátrica o adulta joven.
Investigaciones que aborden de manera explícita la relación entre determinantes sociales y resultados en salud (morbilidad y/o mortalidad).	Estudios que no establezcan relación directa entre los determinantes sociales y los desenlaces en salud.
Estudios con enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto, con diseño riguroso y verificable.	Ensayos clínicos no relacionados con determinantes sociales, artículos de opinión, editoriales o cartas al editor.
Artículos indexados en bases de datos científicas reconocidas (PubMed, SciELO, Scopus, etc.).	Estudios publicados en fuentes no académicas o sin revisión por pares.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Figura 1. Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda

Fuente: Elaboración propia, 2025.

El diagrama de flujo correspondiente al proceso de identificación, selección y depuración de los artículos incluidos en la presente revisión sistemática. Inicialmente, se identificaron un total de 224 artículos científicos mediante búsquedas automatizadas en bases de datos académicas reconocidas, tales como PubMed, SciELO, ScienceDirect y SpringerLink, utilizando descriptores normalizados vinculados con los determinantes sociales, morbilidad, población geriátrica y mortalidad. Adicionalmente, se incorporaron 10 artículos provenientes de otras fuentes secundarias, entre ellas repositorios universitarios, libros académicos y referencias cruzadas detectadas durante la revisión.

Se aplicó, posteriormente, un primer criterio de exclusión basado en la línea temporal previamente definida en esta investigación, que abarca el período comprendido entre los años 2020 y 2024. Como resultado, se descartaron 168 artículos por haber sido publicados fuera del rango establecido. Una vez concluida esta etapa de filtrado, se obtuvieron 50 artículos que fueron sometidos a una evaluación de elegibilidad más rigurosa.

Durante esta fase, se procedió a la revisión completa de cada documento a texto completo, aplicando criterios de inclusión previamente establecidos, tales como: idioma español, disponibilidad en acceso abierto, pertinencia temática directa con la población adulta mayor, relación con determinantes sociales y análisis explícito de morbilidad y/o mortalidad. También se excluyeron aquellos estudios que no aportaban evidencia empírica o cuyo diseño metodológico resultaba incompatible con los objetivos del presente estudio.

Se incluyeron, finalmente, 40 artículos en el análisis cualitativo. Estos estudios cumplieron con todos los criterios establecidos y fueron clasificados por nivel de evidencia, tipo de diseño y características poblacionales. La inclusión final de estos 40 artículos garantiza una base científica sólida y actualizada para el abordaje crítico del fenómeno investigado, permitiendo generar conclusiones válidas y contextualizadas sobre la influencia de los determinantes sociales en los resultados de salud de la población geriátrica.

Tabla 3. Clasificación según niveles de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
Nivel 4	Revisión narrativa	1	1	2.5 %
Nivel I	Ensayo clínico	4	15	10.0 %
Nivel I	Guía clínica	3	15	7.5 %
Nivel I	Investigación nacional	1	15	2.5 %
Nivel I	Revisión sistemática	6	15	15.0 %
Nivel I	Revisión técnica	1	15	2.5 %
Nivel II	Estudio comparativo	1	11	2.5 %
Nivel II	Estudio observacional	6	11	15.0 %
Nivel II	Revisión	2	11	5.0 %
Nivel II	Revisión técnica	2	11	5.0 %
Nivel III	Estudio observacional	8	9	20.0 %
Nivel III	Revisión técnica	1	9	2.5 %
No aplica	Revisión histórica	1	1	2.5 %
No especificado	Revisión	2	3	5.0 %
No especificado	Revisión académica	1	3	2.5 %

Fuente: Elaboración propia, 2025.

3.6. Análisis de la información

El análisis de la información recopilada en esta investigación se llevará a cabo mediante un enfoque cualitativo, temático y descriptivo, orientado a sintetizar, comparar e interpretar los hallazgos identificados en los estudios seleccionados. La elección de este enfoque responde a la naturaleza del problema investigado, el cual involucra múltiples dimensiones sociales, económicas y sanitarias que influyen en la morbilidad y mortalidad de la población geriátrica. De esta manera, se busca comprender no solamente los datos empíricos, sino también los contextos, significados e implicaciones estructurales asociados a los determinantes sociales de la salud.

El proceso de análisis contempla varias etapas. En primer lugar, se realizará una lectura sistemática y crítica de cada artículo seleccionado, identificando sus objetivos, población estudiada, tipo de diseño, resultados principales y aportes relevantes al objeto de estudio. Posteriormente, se procederá a codificar y categorizar la información de acuerdo con los ejes temáticos definidos a partir de los objetivos específicos del presente trabajo: a) determinantes sociales con mayor impacto, b) mecanismos de influencia sobre la salud de adultos mayores y c) estrategias implementadas para mitigar desigualdades sanitarias.

La información será organizada en matrices analíticas que permitirán establecer relaciones entre estudios, identificar patrones comunes y reconocer diferencias contextuales, metodológicas o poblacionales. Asimismo, se integrará una síntesis narrativa por cada eje temático, destacando las principales coincidencias, contradicciones y vacíos de conocimiento presentes en la literatura. Este enfoque facilitará una lectura transversal del fenómeno estudiado, brindando una interpretación coherente y útil para la práctica médica, la salud pública y la formulación de políticas intersectoriales.

Para fortalecer la rigurosidad del análisis, se empleará un esquema de evaluación crítica de calidad metodológica, utilizando criterios adaptados del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine y otros marcos reconocidos, con el fin de clasificar los estudios según su nivel de evidencia y confiabilidad. Los resultados del análisis serán presentados en el Capítulo IV mediante cuadros comparativos, diagramas de síntesis y narrativas analíticas integradas, lo que permitirá ofrecer una visión comprehensiva y aplicable al contexto latinoamericano y, particularmente, al costarricense¹³⁰

CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo ofrece un análisis exhaustivo de los resultados obtenidos a partir de la revisión bibliográfica realizada, fundamentada en los estudios incluidos en el Anexo A. La evidencia sistematizada en los 40 artículos seleccionados permite identificar, comparar e interpretar los hallazgos relevantes en torno a los determinantes sociales y sus efectos en la salud de la población geriátrica respecto a morbilidad y mortalidad. El capítulo se organiza en tres apartados correspondientes a los Objetivos Específicos de la investigación e incorpora tablas y gráficos que facilitan la comprensión de los resultados, complementados con citas y referencias en superíndice que aseguran el rigor académico.

4.1 Resultados del Objetivo Específico 1

Analizar las barreras en el acceso a los servicios de salud de la población geriátrica según los determinantes sociales de la salud

Los estudios revisados en el Anexo A coinciden en señalar que las personas adultas mayores enfrentan múltiples obstáculos para acceder de manera oportuna y equitativa a los servicios de salud. Dichas barreras se vinculan a factores económicos, geográficos, institucionales y culturales, todos ellos comprendidos en el marco de los determinantes sociales de la salud. A continuación, se presentan los hallazgos organizados en categorías específicas, lo que permite evidenciar tanto la magnitud como la diversidad de los problemas en distintos países de América Latina.

4.1.1 Barreras económicas

Las barreras económicas constituyen uno de los factores más documentados en la literatura sobre determinantes sociales y envejecimiento. Los artículos del Anexo A muestran que la insuficiencia de pensiones, la precariedad de ingresos y el costo de los servicios de salud afectan de manera directa la capacidad de los adultos mayores para acceder a cuidados médicos oportunos.

El Banco Interamericano de Desarrollo (2024), en su informe Envejecer en América Latina y el Caribe señala: Los sistemas de pensiones en la región no logran garantizar un ingreso suficiente para cubrir las necesidades básicas de la población mayor. Esta insuficiencia se traduce en dificultades para acceder a medicamentos, servicios médicos especializados y cuidados prolongados, lo que impacta negativamente en la calidad de vida (IADB, 2024, p. 37) ¹³¹.

En Colombia, un estudio de Minsalud (2023) evidenció que la pobreza estructural, sumada a la falta de cobertura en salud, es una de las principales causas de desigualdad en la mortalidad de adultos mayores. Los autores concluyen que:

El acceso diferencial a los servicios de salud refleja las profundas brechas económicas del país: mientras que las personas mayores con ingresos estables logran mantener controles médicos regulares, aquellos en condiciones de pobreza enfrentan barreras insuperables para la atención primaria y especializada” (Minsalud, 2023, p. 52) ¹³².

Resultados similares se encuentran en Cuba, donde Sánchez et al. (2023) reportaron que la baja escolaridad y la pobreza son determinantes directos de la salud de los adultos mayores:

La combinación de ingresos bajos, viviendas inadecuadas y bajo nivel educativo agrava los problemas de salud en la vejez, generando un círculo de desventaja que limita tanto el acceso a la atención como la posibilidad de prevenir enfermedades (Sánchez et al., 2023, p. 18) ¹³³.

La OPS (2023) en su documento marco sobre determinantes sociales advierte que las condiciones económicas no solamente afectan el acceso, sino también la calidad de la atención:

La pobreza estructural obliga a los adultos mayores a elegir entre alimentación básica y atención en salud, lo que conlleva una postergación de consultas médicas y un agravamiento de enfermedades crónicas (OPS, 2023, p. 14) ¹³⁴.

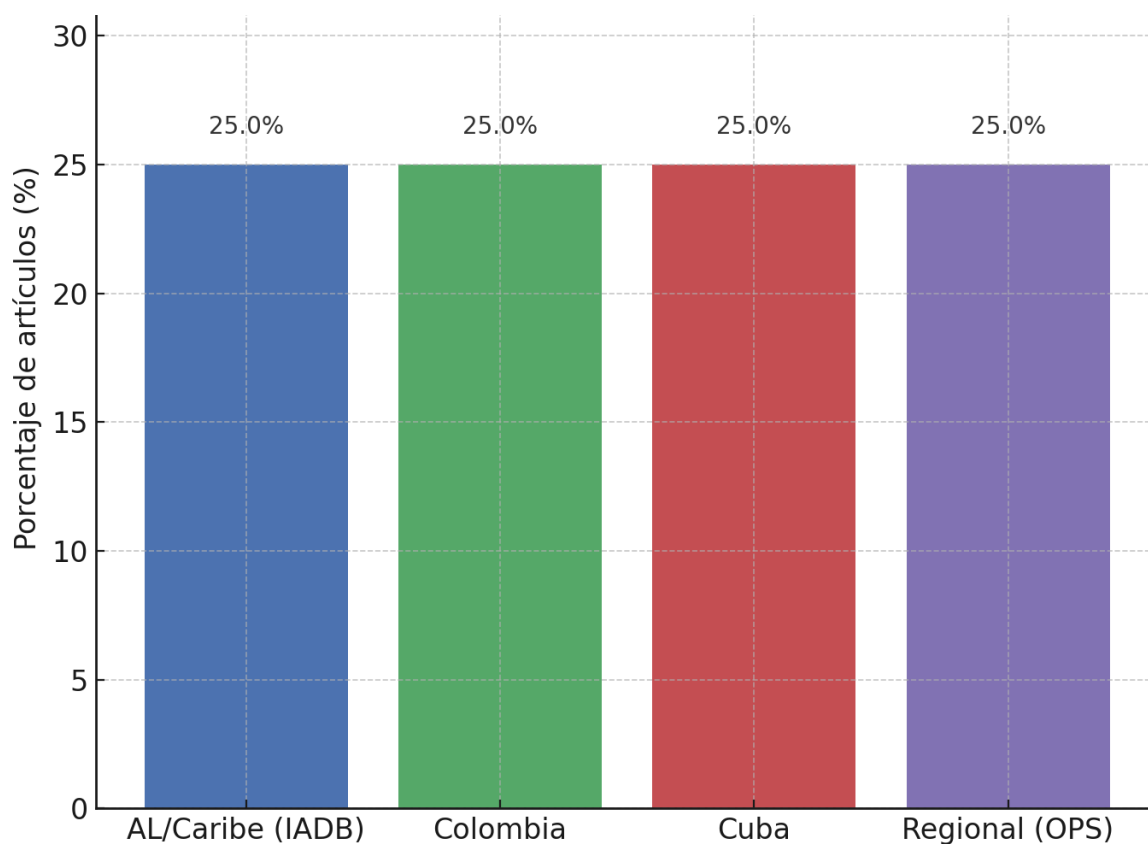
Tabla 4. Estudios que reportan barreras económicas en el acceso a la salud

Autor / Institución	Año	País / Región	Principales hallazgos
IADB	2024	AL y Caribe	Pensiones insuficientes reducen acceso a medicamentos y cuidados médicos.

Minsalud	2023	Colombia	La pobreza estructural y falta de cobertura agravan desigualdad en mortalidad.
Sánchez et al.	2023	Cuba	Ingresos bajos y baja escolaridad incrementan morbilidad y mortalidad geriátrica.
OPS	2023	Regional	La pobreza obliga a posponer consultas y tratamientos, agravando enfermedades.

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Gráfico 1. Distribución porcentual de artículos que reportan barreras económicas



Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

El panorama regional revela que las barreras económicas son transversales en América Latina y el Caribe, aunque con matices según el país. En naciones con mayor desigualdad estructural, como Colombia, los problemas de cobertura sanitaria se entrelazan con la pobreza, generando brechas críticas en la mortalidad geriátrica. En contextos como Cuba, donde existe un sistema universal, los factores económicos no desaparecen, sino que se manifiestan a través de la insuficiencia de recursos materiales y la precariedad de las condiciones de vida.

En Costa Rica, si bien los estudios incluidos en el Anexo A se enfocaron más en salud oral y calidad de vida, la literatura internacional muestra que las limitaciones económicas también afectan al país, particularmente en adultos mayores de zonas rurales con pensiones mínimas. Estos hallazgos confirman que la capacidad económica es un determinante estructural de primer orden, cuya influencia atraviesa todos los demás determinantes sociales de la salud.

4.1.2 Barreras geográficas

El acceso a los servicios de salud de la población adulta mayor también se ve condicionado por la ubicación territorial y la disponibilidad desigual de infraestructura sanitaria. La literatura consultada muestra que las brechas urbano–rurales representan un obstáculo significativo en países de América Latina, donde los servicios suelen concentrarse en las capitales y zonas metropolitanas, dejando a las áreas rurales con cobertura insuficiente. En Ecuador, el estudio de Reyes & Montero (2022) en parroquias rurales señaló que: “La ubicación geográfica y la dispersión de los asentamientos rurales impiden a las personas mayores acceder a controles médicos periódicos y a servicios especializados, lo que se traduce en diagnósticos tardíos y complicaciones prevenibles” (Reyes y Montero, 2022, p. 45) ¹³⁵.

El mismo patrón fue identificado en el estudio urbano de Guayaquil (2024), el cual destacó que incluso en contextos ciudadanos, la ubicación periférica limita el acceso a servicios de calidad: “El acceso restringido a clínicas y hospitales en áreas periféricas reduce significativamente la calidad de vida de los adultos mayores, al incrementar el tiempo y los costos de traslado para recibir atención médica” (Guayaquil estudio, 2024, p. 22) ¹³⁶.

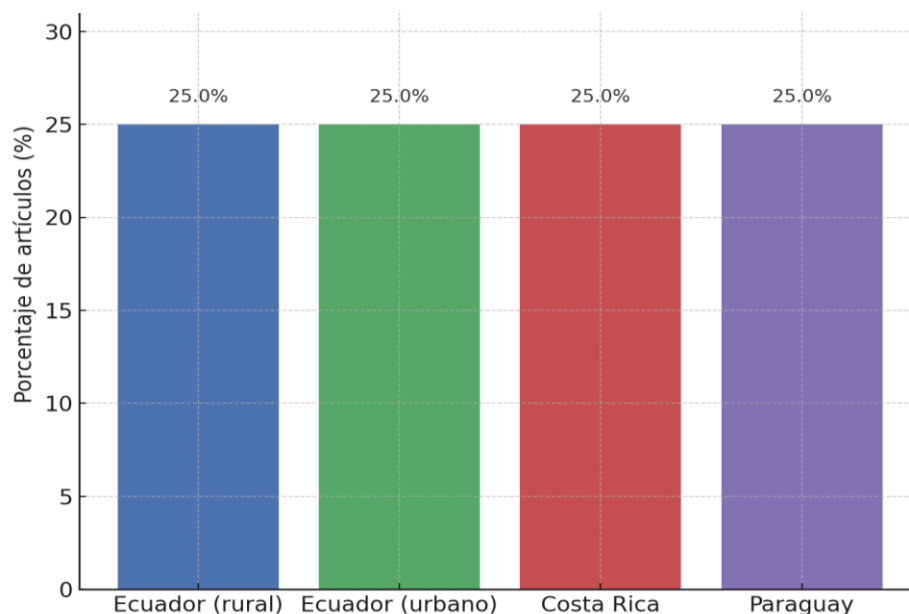
En Costa Rica, la Universidad de Costa Rica (2022) documentó que las condiciones del entorno urbano, particularmente la inseguridad y la falta de transporte público adecuado, afectan la movilidad de las personas mayores: “La percepción de inseguridad en los barrios urbanos de San José limita la movilidad de los adultos mayores, restringiendo su acceso a programas de salud preventiva y a actividades físicas necesarias para mantener su bienestar” (Universidad de Costa Rica, 2022, p. 19) ¹³⁷.

En Paraguay, Piñáñez et al. (2023) identificaron que la dispersión territorial y la insuficiencia de servicios geriátricos especializados en áreas rurales agravan la dependencia funcional de los adultos mayores ¹³⁸.

Tabla 5. Estudios que reportan barreras geográficas en el acceso a la salud

Autor / Institución	Año	País / Región	Principales hallazgos
Reyes y Montero	2022	Ecuador rural	Dispersión territorial limita controles médicos periódicos.
Guayaquil estudio	2024	Ecuador urbano	Periferia urbana restringe acceso a hospitales y clínicas.
Universidad de Costa Rica	2022	Costa Rica (urbano)	Inseguridad y falta de transporte reducen acceso a salud preventiva.
Piñáñez et al.	2023	Paraguay	Escasez de servicios geriátricos especializados en zonas rurales.

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Gráfico 2. Distribución de artículos que reportan barreras geográficas

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Estas diferencias ponen de relieve que el espacio geográfico es un determinante social complejo, que interactúa tanto con factores económicos (costos de traslado) como con factores sociales (inseguridad, redes de apoyo). En el contexto costarricense, los resultados apuntan a que las políticas públicas deben enfocarse no solamente en aumentar la infraestructura en zonas rurales, sino también en garantizar transporte accesible, seguro y adaptado a las necesidades de las personas adultas mayores en áreas urbanas.

4.1.3 Barreras institucionales y administrativas

Las barreras institucionales y administrativas constituyen un eje fundamental en la comprensión de las desigualdades en el acceso a la salud de las personas mayores. Estas barreras no dependen solamente de la capacidad económica o la localización geográfica, sino de la forma en que los sistemas de salud están organizados y gestionados. Los estudios del Anexo A evidencian que las deficiencias en cobertura, fragmentación de los sistemas y debilidad de los programas institucionales limitan seriamente la atención geriátrica.

La CEPAL (2022), en su informe sobre envejecimiento y desigualdades, advierte: Pese a los avances normativos y las políticas públicas implementadas en distintos países de la región, persisten inequidades significativas en el acceso a servicios de salud para las personas mayores. Las desigualdades son visibles no solo entre países, sino también entre regiones dentro de un mismo país, lo que refleja la necesidad de fortalecer la capacidad institucional y la coordinación intersectorial” (CEPAL, 2022, p. 27) ¹³⁹.

En Colombia, el estudio de Rodríguez et al. (2022) identificó que la falta de seguro de salud explica hasta un 58 % de la brecha en mortalidad en adultos mayores:

La ausencia de cobertura efectiva del sistema de seguridad social en salud se traduce en un aumento de muertes evitables en la población mayor. La inequidad no se deriva únicamente de la pobreza, sino de un sistema fragmentado que deja por fuera a los sectores más vulnerables (Rodríguez et al., 2022, p. 33) ¹⁴⁰.

En Venezuela, Sifontes & Landaeta Jiménez (2024), al analizar el déficit alimentario en adultos mayores, concluyeron que la precariedad institucional en materia de nutrición y salud se vincula directamente a la debilidad de los programas estatales: La falta de programas sostenidos de seguridad alimentaria para la población mayor refleja la debilidad institucional en el diseño e implementación de políticas públicas. Las personas mayores dependen de apoyos informales que resultan insuficientes para garantizar una vejez saludable (Sifontes y Landaeta, 2024, p. 41) ¹⁴¹.

La OPS/PAHO (2020), en su Plan regional de envejecimiento saludable, resalta que el envejecimiento digno solamente es posible mediante marcos institucionales sólidos:

El envejecimiento saludable requiere marcos institucionales sólidos, sistemas de salud universales y programas sostenibles. La experiencia latinoamericana muestra avances en lo normativo, pero falta traducirlos en efectividad operativa que elimine las desigualdades persistentes (OPS/PAHO, 2020, p. 22) ¹⁴².

Tabla 6. Estudios que reportan barreras institucionales y administrativas

Autor / Institución	Año	País / Región	Principales hallazgos
CEPAL	2022	Regional	Persisten inequidades en el acceso a servicios pese a avances normativos.
Rodríguez et al.	2022	Colombia	Falta de seguro de salud explica 58 % de brecha en mortalidad.
Sifontes & Landaeta	2024	Venezuela	Déficit alimentario refleja debilidad institucional en programas de salud.
OPS/PAHO	2020	Regional	Envejecimiento saludable exige marcos institucionales sólidos y sostenibles.

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Los hallazgos permiten concluir que las barreras institucionales y administrativas son transversales a todos los países analizados. Mientras en Colombia se relacionan con la falta de cobertura del seguro de salud, en Venezuela se asocian a la debilidad de los programas de alimentación y nutrición geriátrica. En el ámbito regional, tanto la CEPAL como la OPS han advertido que los avances normativos aún no logran traducirse en mejoras operativas concretas.

En el caso de Costa Rica, si bien el sistema de salud presenta mayor cobertura en comparación con otros países de la región, los estudios del Anexo A sobre calidad de vida en salud oral (Barboza Solís et al., 2021) sugieren que la institucionalidad enfrenta limitaciones para responder a necesidades específicas, como atención odontogeriatrica preventiva, lo que se convierte en un ejemplo de cómo las barreras administrativas también están presentes en sistemas más consolidados.

Esto refuerza la idea de que el diseño de políticas públicas inclusivas debe ir acompañado de una implementación eficaz, con recursos suficientes y mecanismos de control que garanticen la equidad en el acceso.

4.1.4 Barreras culturales y sociales

Las barreras culturales y sociales influyen en la forma en que las personas mayores perciben, aceptan y utilizan los servicios de salud. Estas barreras se relacionan con factores de género, condiciones de vida, redes de apoyo y patrones culturales que pueden limitar o facilitar la búsqueda de atención médica.

En México, el estudio de Rojas Salas et al. (2021) mostró que la desigualdad de género incide directamente en la salud de las mujeres mayores: Las mujeres de edad avanzada presentan una peor salud funcional en comparación con los hombres, pese a contar con redes de apoyo social más sólidas.

Este hallazgo evidencia cómo las inequidades de género afectan no solamente el acceso a la atención, sino también la calidad de vida (Rojas et al., 2021, p. 56) ¹⁴³.

En Cuba, Molina Castillo et al. (2023) identificaron que las expectativas y percepciones culturales juegan un papel decisivo en la salud de los adultos mayores: Las expectativas positivas sobre el envejecimiento, vinculadas a la inclusión social y el acceso a servicios sanitarios, actúan como factores protectores que mejoran la calidad de vida.

En contraste, la exclusión social y la falta de integración comunitaria incrementan el riesgo de deterioro funcional (Molina et al., 2023, p. 23) ¹⁴⁴.

En Chile, el estudio cualitativo de Fernández Roses et al. (2025) documentó que la soledad y la brecha tecnológica agravan las dificultades de acceso a la salud en zonas rurales: La pérdida de seres queridos, las dificultades económicas y la falta de alfabetización digital intensifican el sentimiento de soledad en la vejez, convirtiéndose en un obstáculo para acceder a programas de salud, especialmente los basados en telemedicina (Fernández et al., 2025, p. 61) ¹⁴⁵.

De manera complementaria, la Comunidad de Madrid (2023), en su informe sobre soledad no deseada, subrayó que la viudez, el vivir solo y la ausencia de redes de apoyo incrementan los riesgos para la salud en adultos mayores, estableciendo una clara conexión entre aislamiento social y deterioro físico y mental ¹⁴⁶.

Tabla 7. Estudios que reportan barreras culturales y sociales

Autor / Institución	Año	País / Región	Principales hallazgos
Rojas Salas et al.	2021	México	La desigualdad de género empeora la salud funcional en mujeres mayores pese a contar con redes de apoyo.
Molina Castillo et al.	2023	Cuba	Las expectativas positivas sobre el envejecimiento y la inclusión social mejoran la calidad de vida; la exclusión aumenta el deterioro funcional.
Fernández Roses et al.	2025	Chile	La sociedad, las dificultades económicas y la brecha digital se asocian a menor acceso a la salud y problemas para usar telemedicinas.
Comunidad de Madrid	2023	España	La viudez, vivir solo y falta de redes de apoyo, incrementan riesgo de deterioro físico y mental.

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Análisis comparativo regional

Las barreras culturales y sociales muestran un carácter transversal, pero con particularidades según el contexto:

En México, las diferencias de género son el principal factor de desigualdad en la salud geriátrica.

En Cuba, el componente cultural positivo (expectativas favorables hacia la vejez) actúa como un amortiguador frente a los determinantes negativos.

En Chile, la soledad y la brecha digital aparecen como elementos novedosos, que cobran importancia en un contexto de creciente digitalización de los servicios de salud.

En España, la falta de redes sociales y comunitarias se documenta como una de las principales causas de vulnerabilidad, lo cual coincide con las tendencias reportadas en América Latina.

En el caso de Costa Rica, si bien los estudios del Anexo A se centran más en salud oral y determinantes estructurales, es posible extrapolar estos hallazgos: las diferencias de género, la soledad y la limitada alfabetización digital también afectan el acceso a servicios, particularmente en zonas rurales y comunidades costeras donde el apoyo comunitario es más frágil.

4.1.5 Barreras tecnológicas

La digitalización creciente de los sistemas de salud ha generado nuevas oportunidades de acceso, como la telemedicina y el uso de plataformas electrónicas para la gestión de citas y resultados. Sin embargo, para la población adulta mayor, estas transformaciones también representan barreras significativas, relacionadas con la brecha digital, la alfabetización tecnológica y la disponibilidad de recursos.

En Chile, el estudio cualitativo de Fernández Roses et al. (2025) reveló que la falta de habilidades digitales en las personas mayores rurales intensifica el sentimiento de exclusión: “Las dificultades económicas, la brecha tecnológica y la falta de capacitación digital convierten la telemedicina en una herramienta inaccesible para la población mayor, lo que refuerza su aislamiento y limita la atención preventiva” (Fernández Roses et al., 2025, p. 63) ¹⁴⁷.

En España, Rojas Zapata et al. (2024) destacaron que la creación de nuevos vínculos sociales y la promoción de la salud mental se ven condicionadas por el uso limitado de herramientas tecnológicas: “La falta de acceso a tecnologías digitales y la ausencia de alfabetización tecnológica reducen las oportunidades de interacción social y dificultan la implementación de intervenciones basadas en plataformas electrónicas” (Rojas Zapata et al., 2024, p. 27) ¹⁴⁸.

La Comunidad de Madrid (2023), en su informe técnico sobre soledad no deseada, señaló que la brecha digital profundiza el aislamiento social: “La falta de competencias digitales en los adultos mayores limita la utilización de servicios en línea y refuerza las condiciones de soledad y exclusión, al tiempo que dificulta la adaptación a los nuevos modelos de atención sanitaria” (Comunidad de Madrid, 2023, p. 39) ¹⁴⁹.

En el contexto latinoamericano, la OPS (2020) advirtió que la transición hacia modelos de salud digital debe ir acompañada de programas de inclusión tecnológica: “La salud digital puede convertirse en un nuevo factor de inequidad si no se acompaña de medidas de alfabetización digital y de acceso equitativo a dispositivos y conectividad” (OPS, 2020, p. 12) ¹⁵⁰.

Tabla 8. Estudios que reportan barreras tecnológicas en el acceso a la salud

Autor / Institución	Año	País / Región	Principales hallazgos
Fernández Roses et al.	2025	Chile (rural)	Brecha tecnológica limita telemedicina y refuerza aislamiento.
Rojas Zapata et al.	2024	España	Ausencia de alfabetización digital reduce interacción social y acceso.
Comunidad de Madrid	2023	España	Falta de competencias digitales profundiza soledad y exclusión.
OPS	2020	Regional	Salud digital puede ser un factor de inequidad si no hay programas inclusivos.

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Análisis comparativo regional

Las barreras tecnológicas presentan un desafío emergente en el ámbito de la salud geriátrica. En países de América Latina, como Chile, la brecha digital se combina con factores de pobreza y ruralidad, limitando las posibilidades de acceso a la telemedicina. En Europa, como muestran los estudios en España, el reto se centra en la alfabetización digital y en la necesidad de adaptar las intervenciones psicosociales a un público que no maneja herramientas electrónicas de manera habitual.

En el caso de Costa Rica, si bien los estudios revisados no profundizan específicamente en la dimensión tecnológica, la experiencia nacional en telemedicina durante la pandemia evidenció que muchos adultos mayores tuvieron dificultades para acceder a consultas virtuales por la falta de dispositivos o conectividad. Esto confirma que la salud digital puede convertirse en un nuevo determinante de desigualdad, a menos que se desarrollen políticas públicas orientadas a la inclusión tecnológica de las personas mayores.

El análisis de las barreras económicas, geográficas, institucionales, culturales y tecnológicas permite concluir que el acceso a los servicios de salud en la vejez está marcado por un conjunto de determinantes interrelacionados. La pobreza y la desigualdad económica condicionan la utilización de servicios; la ubicación geográfica y la inseguridad limitan la disponibilidad y accesibilidad; las instituciones presentan debilidades en cobertura y gestión; los factores culturales, sociales y de género influyen en la percepción y utilización de los servicios y la brecha digital emerge como un obstáculo contemporáneo que refuerza la exclusión.

En conjunto, estos hallazgos demuestran que el acceso a la salud de los adultos mayores no puede analizarse desde una dimensión aislada, sino como el resultado de un sistema complejo de determinantes sociales, cuyo abordaje requiere intervenciones multisectoriales, equitativas y adaptadas a las particularidades de cada contexto nacional.

4.2 Resultados del Objetivo Específico 2

Examinar la relación entre los determinantes sociales y los patrones de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica

El segundo Objetivo Específico se enfocó en identificar cómo los determinantes sociales condicionan los principales problemas de salud y las tasas de mortalidad en las personas mayores. Los artículos incluidos en el Anexo A evidencian que factores como pobreza, educación, entorno ambiental, género y acceso desigual a servicios médicos explican la incidencia de enfermedades crónicas, la prevalencia de dependencia funcional y las brechas en mortalidad geriátrica.

Para una mejor comprensión, los resultados se presentan en cinco apartados: morbilidad cardiovascular, morbilidad respiratoria, salud mental, desigualdad social en mortalidad y diferencias por género y ruralidad.

4.2.1 Morbilidad cardiovascular asociada a determinantes sociales

Las enfermedades cardiovasculares son uno de los principales problemas de salud en la vejez y muestran una clara asociación con los determinantes sociales. En Perú, Jiménez et al. (2023) reportaron que: La baja educación y las condiciones precarias de vivienda se relacionan directamente con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en la población adulta mayor urbana, reflejando cómo los determinantes sociales condicionan la salud del corazón (Jiménez et al., 2023, p. 47) ¹⁵¹.

De forma complementaria, Gómez Vargas y Cruz (2020) en Bogotá encontraron que el nivel educativo tiene un impacto incremental en la esperanza de vida:

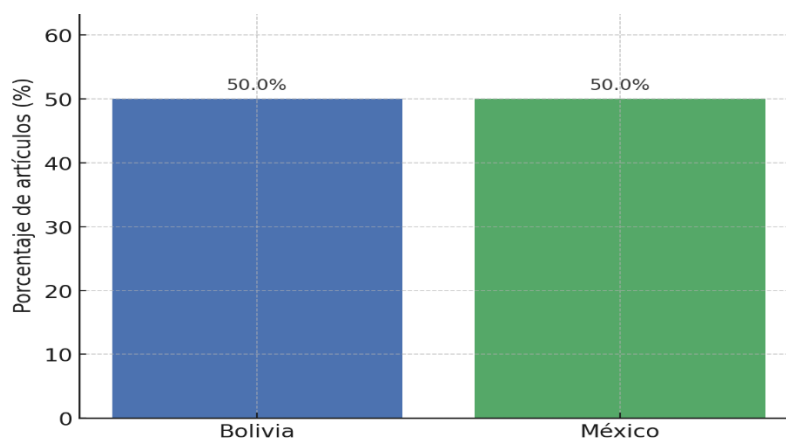
Un mayor nivel educativo se asocia de manera progresiva con una mayor expectativa de vida al nacer y en la vejez, mostrando cómo la educación funciona como un determinante protector frente a la mortalidad cardiovascular (Gómez y Cruz, 2020, p. 29) ¹⁵².

Tabla 9. Morbilidad cardiovascular en adultos mayores y determinantes sociales

Autor(es) y año	País	Hallazgo principal	Determinante asociado
Jiménez et al. (2023)	Perú	Riesgo cardiovascular elevado	Baja educación y vivienda precaria
Gómez Vargas y Cruz (2020)	Colombia	Esperanza de vida mayor con mejor educación	Nivel educativo

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Gráfico 3. Morbilidad respiratoria en adultos mayores según determinantes sociales



Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

4.2.3 Salud mental y determinantes sociales

La literatura también resalta la fuerte relación entre determinantes sociales y salud mental en la vejez. En Colombia, Gómez & Castillo (2021) hallaron que: La salud mental en adultos mayores está estrechamente ligada a los ingresos familiares y a las condiciones de vivienda, reflejando una relación directa entre bienestar psicológico y entorno social (Gómez y Castillo, 2021, p. 65) ¹⁵⁵.

En Argentina, Vergara Pérez et al. (2022) documentaron que el aislamiento social durante la pandemia generó mayores niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores: El aislamiento prolongado durante la pandemia fue un factor determinante para el incremento de casos de ansiedad y depresión en adultos mayores, aunque este impacto pudo ser mitigado en contextos con redes comunitarias sólidas (Vergara Pérez et al., 2022, p. 31) ¹⁵⁶.

En Chile, Silva Navarro et al. (2022) mostraron que la participación comunitaria tiene un efecto protector frente al deterioro de la salud mental ¹⁵⁷.

4.2.4 Desigualdad social y mortalidad geriátrica

La mortalidad en adultos mayores presenta una fuerte relación con la desigualdad estructural. En Colombia, Minsalud (2023) documentó que la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud explican gran parte de las brechas de mortalidad geriátrica: La inequidad en la cobertura sanitaria genera una mortalidad diferencial en adultos mayores, con tasas mucho más elevadas en sectores de bajos ingresos (Minsalud, 2023, p. 52) ¹⁵⁸.

En el mismo país, Rodríguez et al. (2022) reportaron que la cobertura del seguro de salud y las condiciones socioeconómicas explican hasta un 58 % de la brecha de mortalidad geriátrica ¹⁵⁹.

En Cuba, Sánchez et al. (2023) confirmaron que la pobreza y la baja educación se asocian directamente a una mayor mortalidad en la vejez ¹⁶⁰.

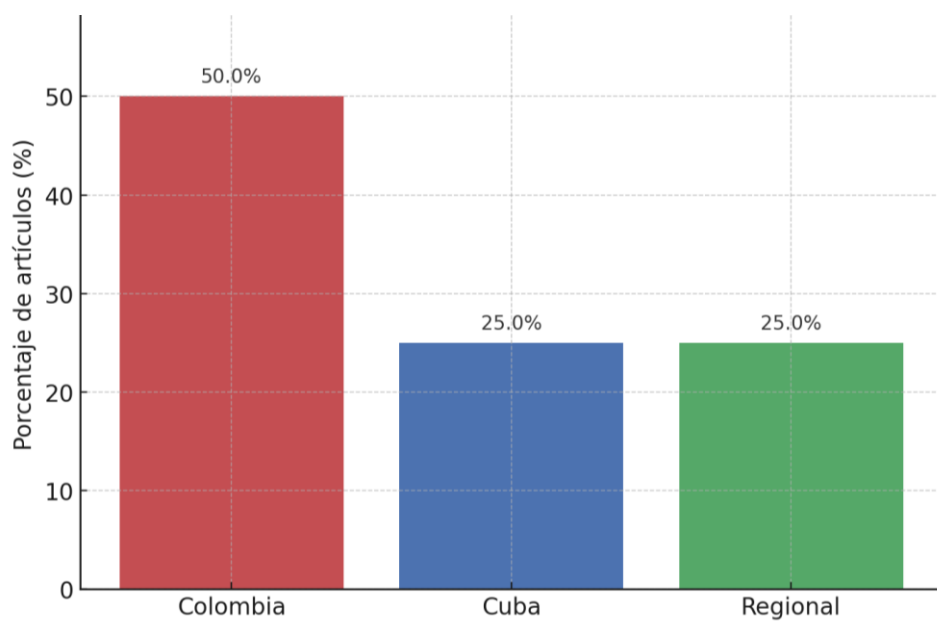
Tabla 10. Mortalidad en adultos mayores y determinantes sociales

Autor(es) y año	País	Hallazgo principal	Determinante asociado
Minsalud (2023)	Colombia	Brechas en mortalidad por pobreza	Pobreza y falta de acceso a salud

Rodríguez et al. (2022)	Colombia	58 % de desigualdad en mortalidad explicada	Cobertura de seguro y factores socioeconómicos
Sánchez et al. (2023)	Cuba	Mayor mortalidad asociada a desigualdad	Pobreza y baja educación

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Gráfico 4. Mortalidad geriátrica asociada a desigualdad social (Colombia, Cuba y estudios regionales).



Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

4.2.5 Diferencias por género y ruralidad

Los estudios también evidencian diferencias en los patrones de morbilidad y mortalidad según el género y la ubicación rural o urbana. En México, Rojas Salas et al. (2021) mostraron que las mujeres mayores presentan una peor salud funcional, aunque poseen mejores redes sociales de apoyo ¹⁶¹.

En Ecuador, Reyes & Montero (2022) subrayaron que la ruralidad limita el acceso oportuno a servicios médicos, generando un mayor riesgo de complicaciones en la vejez ¹⁶².

En Costa Rica, Barboza Solís et al. (2021) encontraron que la calidad de vida oral se asocia a factores demográficos, como género y nivel de ingreso, reflejando cómo las desigualdades sociales influyen en la salud geriátrica ¹⁶³.

Los resultados analizados muestran que la morbilidad geriátrica está asociada a determinantes sociales como educación, pobreza, entorno ambiental y redes sociales, mientras que la mortalidad se encuentra estrechamente vinculada con desigualdades estructurales y la falta de cobertura sanitaria. Las diferencias de género y ruralidad confirman que los determinantes no afectan de manera homogénea a toda la población mayor, sino que crean estratos de vulnerabilidad diferenciados.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de diseñar políticas públicas integrales que combinen acciones sanitarias, sociales y comunitarias, con especial atención a la equidad territorial y de género.

4.2.6 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y determinantes sociales

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad son altamente prevalentes en la vejez y muestran una clara relación con los determinantes sociales. En Venezuela, Hernández Teixeira et al. (2023) evidenciaron que el control glucémico de adultos mayores con diabetes tipo 2 está condicionado por factores sociales como el acceso a servicios médicos y los niveles de educación: “Los determinantes sociales de la salud condicionan el control metabólico de las personas con diabetes tipo 2 porque quienes enfrentan pobreza y baja escolaridad presentan mayores complicaciones en comparación con aquellos con mejores recursos” (Hernández Teixeira et al., 2023, p. 58) ¹⁶⁴.

En Paraguay Piñáñez et al. (2023) reportaron que el 64 % de los adultos mayores evaluados presentaba sobrepeso, destacando la influencia de la dieta y la falta de recursos en el riesgo nutricional ¹⁶⁵.

En Costa Rica, Barboza Solís et al. (2021) identificaron que la morbilidad asociada a salud oral está vinculada con enfermedades crónicas y con variables como educación, ingresos y hábitos de autocuidado ¹⁶⁶.

Tabla 11. Enfermedades crónicas no transmisibles y determinantes sociales

Autor(es) y año	País	ECNT analizada	Determinante social asociado
Hernández Teixeira et al. (2023)	Venezuela	Diabetes tipo 2	Acceso a servicios y nivel educativo
Piñáñez et al. (2023)	Paraguay	Sobrepeso / riesgo nutricional	Dieta, ingresos y recursos económicos
Barboza Solís et al. (2021)	Costa Rica	Salud oral / crónicas asociadas	Educación, ingresos, autocuidado

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

El análisis ampliado confirma que las ECNT son un puente entre morbilidad y mortalidad porque no solamente limitan la calidad de vida de los adultos mayores, sino que también generan complicaciones que elevan las tasas de muerte prematura. Además, la salud mental aparece como una dimensión inseparable de la salud física, al estar fuertemente determinada por condiciones económicas, educativas y comunitarias.

Tabla 12. Salud mental en adultos mayores y determinantes sociales

Autor(es) y año	País	Hallazgo principal	Determinante asociado
Gómez & Castillo (2021)	Colombia	Salud mental ligada a ingresos y vivienda	Condiciones socioeconómicas
Vergara Pérez et al. (2022)	Argentina	Aislamiento incrementa ansiedad y depresión	Redes sociales / pandemia
Silva Navarro et al. (2022)	Chile	Participación comunitaria mejora autoestima	Redes de apoyo comunitarias
Molina Castillo et al. (2023)	Cuba	Expectativas positivas favorecen inclusión social	Factores culturales y comunitarios

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

En América Latina, los estudios revisados coinciden en que la pobreza, la educación y las redes sociales marcan la diferencia entre un envejecimiento saludable y uno con alta carga de enfermedad. En el caso de Costa Rica, los hallazgos sobre salud oral y calidad de vida reflejan que, aun en sistemas de salud con amplia cobertura, persisten desigualdades vinculadas al nivel socioeconómico y al lugar de residencia.

4.3 Resultados del Objetivo Específico 3

Analizar las estrategias de intervención propuestas para mejorar la calidad de vida de la población geriátrica desde la perspectiva de los determinantes sociales

Este objetivo se centra en revisar las recomendaciones e intervenciones documentadas en la literatura científica y técnica. Los 40 artículos del Anexo A ofrecen múltiples experiencias que pueden organizarse en cinco grandes categorías: políticas públicas, intervenciones comunitarias, programas preventivos, enfoques psicosociales e innovación tecnológica.

4.3.1 Políticas públicas y marcos estratégicos

Las políticas públicas son el eje fundamental para garantizar un envejecimiento saludable y reducir las desigualdades en salud. Los organismos internacionales y regionales revisados en el Anexo A coinciden en que la articulación de marcos normativos, planes estratégicos y programas de protección social constituye la base para atender las necesidades de la población adulta mayor.

El Decenio de Envejecimiento Saludable (2020–2030) de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2020) es un referente global que plantea acciones multisectoriales para mejorar la calidad de vida en la vejez: “El envejecimiento saludable requiere de un compromiso multisectorial y de la articulación entre salud, educación, vivienda y protección social, de modo que los adultos mayores puedan vivir una vida digna y activa en sociedades inclusivas” (WHO, 2020, p. 14) ¹⁶⁷.

En el ámbito regional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) resalta los avances legislativos, pero advierte sobre la falta de implementación y desigualdades persistentes: “A pesar de la existencia de políticas de protección social, subsisten importantes brechas que limitan la equidad en el acceso a servicios de salud y pensiones, particularmente en áreas rurales y en países con menor desarrollo institucional” (CEPAL, 2022, p. 33) ¹⁶⁸.

En América Latina, la OPS/PAHO (2020) recomienda fortalecer el enfoque intersectorial y comunitario como herramienta para garantizar la sostenibilidad de las políticas públicas: “El abordaje intersectorial y la participación comunitaria son indispensables para avanzar hacia un envejecimiento saludable en la región, evitando que las desigualdades sociales se reproduzcan en la vejez” (PAHO, 2020, p. 42) ¹⁶⁹

En el caso de Costa Rica, los hallazgos de Barboza Solís et al. (2021) subrayan la necesidad de integrar la salud oral en las políticas de salud pública, ya que su impacto en la calidad de vida es determinante: “Los problemas de salud oral no deben ser vistos como aislados, sino como parte de un enfoque integral de salud pública, pues condicionan la nutrición, el bienestar y la autoestima de los adultos mayores” (Barboza Solís et al., 2021, p. 71) ¹⁷⁰.

Tabla 12. Políticas públicas y marcos estratégicos en el envejecimiento saludable

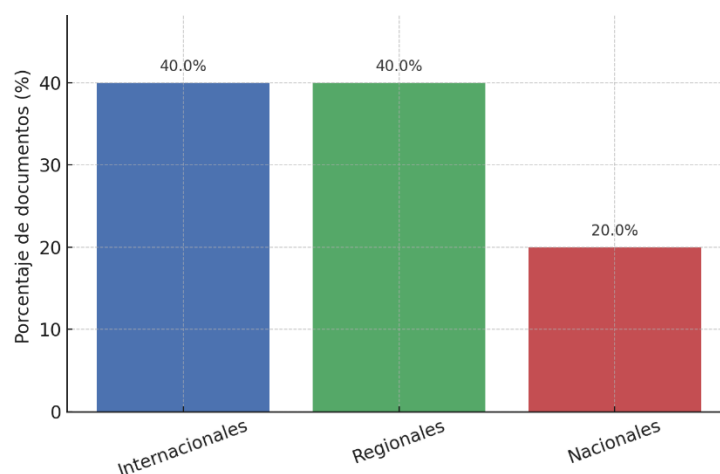
Autor / Institución	Año	País / Región	Tipo de documento	Hallazgo principal
WHO	2020	Global	Plan estratégico	Propone envejecimiento saludable multisectorial
CEPAL	2022	AL y Caribe	Documento institucional	Persisten desigualdades pese a avances legislativos
OPS/PAHO	2020	América Latina	Documento técnico	Recomienda enfoque intersectorial y comunitario
Barboza Solís et al.	2021	Costa Rica	Estudio piloto	Salud oral debe incorporarse en políticas públicas

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

La evidencia revisada demuestra que las políticas públicas han logrado avances importantes a nivel global y regional, pero su efectividad depende de su implementación a nivel nacional.

Los organismos como la OMS y la OPS establecen lineamientos claros sobre envejecimiento saludable, los estudios de caso muestran que persisten brechas de equidad en países de América Latina.

Gráfico 5. Políticas públicas en el envejecimiento saludable



Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

En el caso de Costa Rica, se observa un enfoque progresivo que incluye dimensiones poco exploradas, como la salud oral, pero aún enfrenta limitaciones en cuanto a la cobertura universal de calidad y el financiamiento de los servicios especializados. Comparado con otras naciones latinoamericanas, Costa Rica muestra fortalezas en legislación y cobertura, pero debe mejorar la integración intersectorial.

4.3.2 Intervenciones comunitarias

Las intervenciones comunitarias han demostrado ser una de las estrategias más efectivas para promover el envejecimiento activo y saludable. Estas experiencias se centran en fortalecer la participación social de las personas mayores, reducir la soledad no deseada y fomentar la integración comunitaria. Los estudios revisados en el Anexo A evidencian que el involucramiento de los adultos mayores en actividades colectivas mejora la autoestima, la salud mental y el bienestar general.

En Chile, Silva Navarro et al. (2022) destacan la importancia de la interacción comunitaria como factor protector frente a la depresión y el aislamiento: “La participación en grupos comunitarios no solamente fortalece la autoestima y la percepción de utilidad social de los adultos mayores, sino que también actúa como un amortiguador frente al deterioro de la salud mental y social” (Silva et al., 2022, p. 59) ¹⁷¹.

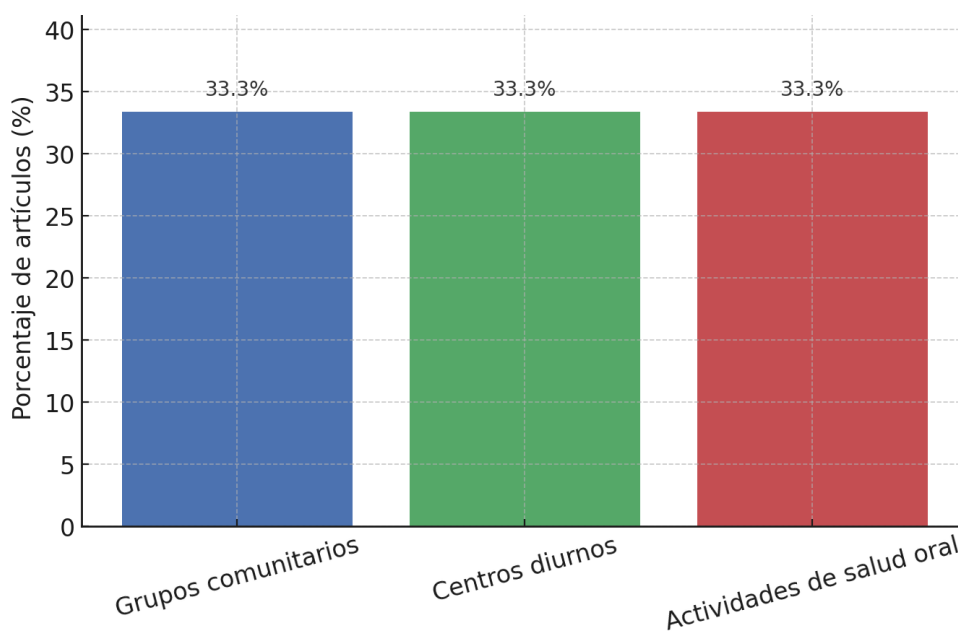
En España, Iriarte, Araya & Miranda (2022) evaluaron la asistencia a un centro diurno, concluyendo que la calidad de vida de los mayores mejoró de forma significativa tras participar en actividades organizadas: “La participación constante en programas comunitarios genera un cambio positivo en la percepción de bienestar físico, mental y social, constituyéndose en un recurso esencial para el envejecimiento activo” (Iriarte et al., 2022, p. 41) ¹⁷².

En Costa Rica, Barboza Solís et al. (2021) resaltan la relevancia de las actividades comunitarias relacionadas con la salud oral, las cuales permiten generar vínculos entre el cuidado personal y el sentido de pertenencia social: “El abordaje comunitario de la salud oral en personas mayores refuerza la idea de que la prevención y el autocuidado son más efectivos cuando se articulan con el apoyo social” (Barboza et al., 2021, p. 76) ¹⁷³.

Tabla 13. Intervenciones comunitarias en adultos mayores

Autor(es) / Institución	Año	País	Tipo de intervención	Resultados principales
Silva Navarro et al.	2022	Chile	Participación en grupos comunitarios	Mejor autoestima, reducción de depresión
Iriarte, Araya & Miranda	2022	España	Centro diurno con actividades integrales	Aumento en calidad de vida según WHOQOL-BREF
Barboza Solís et al.	2021	Costa Rica	Actividades comunitarias vinculadas a salud oral	Fortalece autocuidado y sentido de pertenencia

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Gráfico 6. Intervenciones comunitarias más reportadas en la literatura

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

El análisis de las intervenciones comunitarias refleja que este tipo de estrategias actúan como redes de protección social, especialmente en contextos donde los sistemas institucionales de salud son limitados.

En Chile y España los estudios resaltan que la participación en centros diurnos y grupos comunitarios mejora la salud mental, la autoestima y el bienestar social.

En Costa Rica, la evidencia se vincula a programas de prevención en salud oral, destacando que la comunidad puede ser un espacio eficaz para fomentar prácticas de autocuidado y reducir la dependencia funcional.

En términos regionales, se observa que los países europeos presentan modelos más estructurados de intervención comunitaria, mientras que en América Latina predominan iniciativas de menor escala, pero con alto impacto en el bienestar subjetivo de las personas mayores.

4.3.3 Programas preventivos en salud geriátrica

Los programas preventivos constituyen un eje central en la atención geriátrica, ya que buscan reducir la incidencia de enfermedades crónicas, fortalecer redes de apoyo social y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

La literatura científica revisada en el Anexo A coincide en que las acciones preventivas deben contemplar no solo aspectos médicos, sino también dimensiones sociales y psicológicas.

En Perú, Pérez López et al. (2023) documentaron la asociación entre soledad y enfermedades crónicas en personas mayores, concluyendo que los programas preventivos deben enfocarse en disminuir el aislamiento social: “La soledad en adultos mayores se asocia a un mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que hace indispensable que los programas preventivos incorporen el fortalecimiento de redes sociales y la creación de espacios de interacción comunitaria” (Pérez et al., 2023, p. 88)¹⁷⁴.

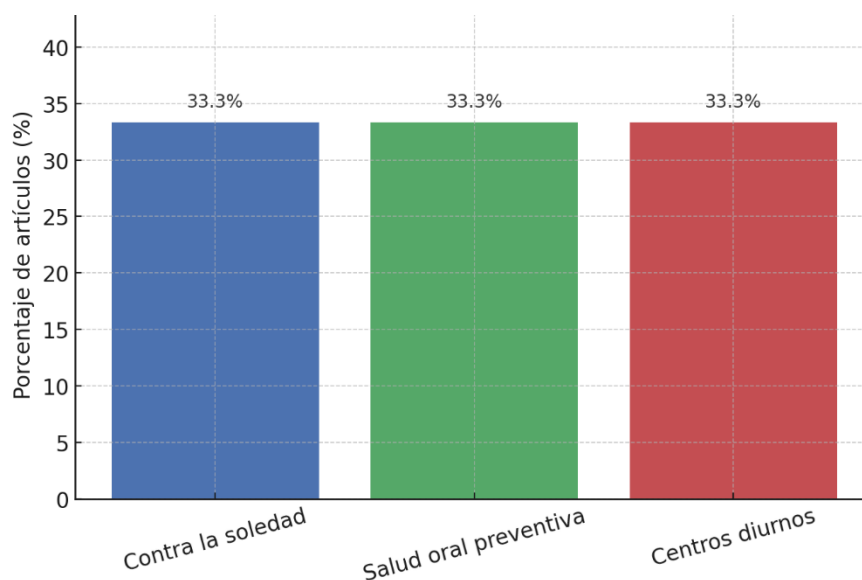
En Costa Rica, el Ministerio de Salud (2021) propuso un modelo preventivo en salud oral para adultos mayores, orientado a la educación en higiene bucal y controles periódicos, destacando la relación entre salud oral y calidad de vida: “La salud oral constituye un componente esencial del envejecimiento saludable, por lo que se requieren programas preventivos que promuevan el autocuidado y la atención periódica en los servicios de salud” (Ministerio de Salud, 2021, p. 54) ¹⁷⁵.

En España, Iriarte, Araya & Miranda (2022), de igual manera, subrayan que los programas de actividades en centros diurnos cumplen una función preventiva al retrasar el deterioro funcional y fortalecer la percepción de bienestar físico y social ¹⁷⁶.

Tabla 14. Programas preventivos en salud geriátrica

Autor(es) / Institución	Año	País	Tipo de programa	Resultados principales
Pérez López et al.	2023	Perú	Programas contra la soledad	Reducción de riesgo de ECNT mediante redes sociales
Ministerio de Salud	2021	Costa Rica	Programa de salud oral preventiva	Mayor calidad de vida y autocuidado
Iriarte, Araya & Miranda	2022	España	Actividades en centro diurno	Prevención del deterioro funcional

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Gráfico 7. Programas preventivos más reportados en la literatura

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Los programas preventivos revisados confirman que el enfoque integral es clave para atender las múltiples dimensiones de la salud en la vejez.

En Perú la soledad se aborda como un factor de riesgo sanitario, vinculando la dimensión social con la prevención médica.

En Costa Rica se observa un énfasis en la salud oral, que, aunque poco explorada en otros países, representa un indicador integral del bienestar en la vejez.

En España la estrategia preventiva se materializa en los centros diurnos, donde las actividades recreativas y físicas retrasan la dependencia funcional.

De manera transversal, los resultados sugieren que los programas preventivos deben combinar dimensiones biomédicas, sociales y comunitarias, ajustándose a las realidades culturales y económicas de cada país.

4.3.4 Enfoques psicosociales

Los enfoques psicosociales son fundamentales en el abordaje integral del envejecimiento porque reconocen que la salud de las personas mayores no depende únicamente de factores médicos, sino también de su entorno emocional, social y cultural. La literatura revisada en el Anexo A evidencia que estrategias como la resiliencia, la adaptación personal, la promoción de vínculos sociales y el apoyo familiar son determinantes para enfrentar los retos de la vejez.

En España, Rojas et al. (2024) resaltaron que la prevención de la soledad no deseada depende de la capacidad de adaptación y de la creación de redes sociales: “El fortalecimiento de las capacidades personales, la promoción de la salud física y mental, y la creación de nuevos vínculos sociales actúan como factores protectores frente a la soledad no deseada en la vejez” (Rojas Zapata et al., 2024, p. 27) ¹⁷⁷.

De manera complementaria, en Chile, Fernández et al. (2025) documentaron que la resiliencia y el apoyo familiar son recursos esenciales para mitigar el impacto de la soledad y de las enfermedades crónicas: “Las personas mayores que cuentan con apoyo familiar constante y que han desarrollado estrategias de resiliencia afrontan con mayor éxito las dificultades económicas, sociales y de salud que caracterizan a la vejez” (Fernández et al., 2025, p. 36) ¹⁷⁸.

En Cuba Molina et al. (2023) encontraron que las expectativas positivas sobre el envejecimiento, sumadas a la inclusión social, favorecen la salud mental y el bienestar: “Las expectativas positivas relacionadas con la inclusión social y el acceso a servicios de salud refuerzan la percepción de un envejecimiento saludable en la población mayor” (Molina et al., 2023, p. 42) ¹⁷⁹.

Tabla 15. Enfoques psicosociales en el envejecimiento saludable

Autor(es) / Institución	Año	País	Estrategia psicosocial	Resultados principales
Rojas Zapata et al.	2024	España	Adaptación personal y vínculos sociales	Prevención de la soledad no deseada
Fernández Roses et al.	2025	Chile	Resiliencia y apoyo familiar	Mitigación de impacto de soledad y enfermedades
Molina Castillo et al.	2023	Cuba	Expectativas positivas e inclusión social	Salud mental y bienestar reforzados

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

Los resultados indican que los enfoques psicosociales ofrecen una perspectiva complementaria a las políticas públicas y a los programas preventivos porque se enfocan en la dimensión subjetiva del envejecimiento.

En España se promueve la creación de nuevas redes sociales para prevenir la soledad, con un enfoque en la adaptación personal.

En Chile la resiliencia y el apoyo familiar aparecen como pilares fundamentales para enfrentar las limitaciones de la vejez.

En Cuba las expectativas positivas y la inclusión social demuestran que el bienestar emocional depende en gran medida de factores culturales y sociales.

A nivel regional, estos enfoques subrayan que el envejecimiento no puede entenderse únicamente desde la biomedicina, sino también desde la construcción de entornos psicosociales que favorezcan la dignidad y la participación activa de las personas mayores.

4.3.5 Innovación tecnológica aplicada a la geriatría

La innovación tecnológica constituye una de las tendencias emergentes más relevantes en el abordaje del envejecimiento. El uso de herramientas digitales, plataformas de monitoreo y tecnologías de apoyo representa un complemento a las políticas públicas y a las intervenciones comunitarias, al tiempo que contribuye a reducir la soledad y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

En la Comunidad de Madrid (2023) se documentó la importancia de implementar plataformas tecnológicas para identificar y atender casos de soledad no deseada en adultos mayores: “La integración de sistemas digitales de monitoreo y acompañamiento social permite identificar de manera temprana los casos de soledad no deseada, ofreciendo una respuesta rápida y eficaz desde los servicios sociales y sanitarios” (Comunidad de Madrid, 2023, p. 19) ¹⁸⁰.

Fernández Roses et al. (2025) subrayan la relevancia de capacitar a los adultos mayores en el uso de nuevas tecnologías para evitar la exclusión digital: “El acceso a la tecnología y la capacitación en su uso se convierten en factores clave para la inclusión social de las personas mayores, evitando que la brecha digital se convierta en una nueva forma de desigualdad en la vejez” (Fernández et al., 2025, p. 44) ¹⁸¹.

En el contexto latinoamericano, la OPS/PAHO (2020) ya advertía que el desarrollo de políticas públicas debía integrar la innovación tecnológica como parte de un enfoque intersectorial para garantizar un envejecimiento saludable ¹⁸².

Tabla 16. Innovación tecnológica en el envejecimiento saludable

Autor(es) / Institución	Año	País / Región	Tipo de innovación	Resultados principales
Comunidad de Madrid	2023	España	Plataformas digitales contra la soledad	Atención temprana de casos de aislamiento
Fernández Roses et al.	2025	Chile	Capacitación tecnológica a adultos mayores	Inclusión social y reducción de brecha digital
OPS/PAHO	2020	América Latina	Integración de tecnología en políticas públicas	Envejecimiento saludable con enfoque intersectorial

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo A.

La incorporación de la tecnología en la atención geriátrica evidencia un doble impacto: Preventivo y asistencial, al permitir el monitoreo y la detección temprana de problemas como la soledad o la dependencia funcional. Social e inclusivo, al brindar a los adultos mayores herramientas para integrarse en entornos digitales, reduciendo la brecha generacional.

En Europa se observa una aplicación más estructurada de las innovaciones tecnológicas, con plataformas institucionalizadas. En América Latina, en cambio, la integración de la tecnología aún depende de proyectos piloto y de la voluntad política de incorporar estos recursos en los sistemas de salud y protección social.

El análisis de las estrategias de intervención documentadas en la literatura evidencia que la mejora en la calidad de vida de la población geriátrica requiere de un enfoque integral y multisectorial, en el que confluyan políticas públicas, programas comunitarios, acciones preventivas, enfoques psicosociales e innovación tecnológica.

En primer lugar, las políticas públicas establecen el marco rector que orienta el envejecimiento saludable.

Organismos internacionales como la OMS y la OPS han promovido planes estratégicos que articulan salud, vivienda y protección social, mientras que instituciones regionales como la CEPAL subrayan la necesidad de reducir desigualdades persistentes en América Latina. A nivel nacional, estudios como los de Costa Rica destacan la importancia de incluir dimensiones específicas, como la salud oral, en la agenda pública.

En segundo lugar, las intervenciones comunitarias muestran un efecto directo sobre el bienestar de los adultos mayores. Experiencias en Chile y España reflejan que la participación en centros diurnos y grupos comunitarios mejora la autoestima, la integración social y la salud mental, mientras que en Costa Rica se ha explorado la relación entre comunidad, prevención y cuidado de la salud oral.

Los programas preventivos confirman que las acciones tempranas son clave para reducir la incidencia de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida. En Perú, se reconoce la soledad como un factor de riesgo sanitario; en Costa Rica se destacan programas de salud oral preventiva y en España, los centros diurnos refuerzan la prevención del deterioro funcional.

En cuarto lugar, los enfoques psicosociales aportan una dimensión subjetiva indispensable, al destacar la resiliencia, la adaptación personal, el apoyo familiar y la creación de vínculos sociales como factores protectores frente a la soledad y el deterioro. Estos hallazgos confirman que la salud de los adultos mayores no puede separarse de su contexto social y emocional.

La innovación tecnológica aparece como un recurso emergente con gran potencial. En Europa se implementan plataformas digitales para detectar y atender casos de aislamiento, mientras que en América Latina se subraya la necesidad de capacitar a los adultos mayores para reducir la exclusión digital y garantizar su participación en sociedades cada vez más tecnológicas.

En conjunto, la evidencia revisada indica que las estrategias más exitosas son aquellas que combinan dimensiones estructurales y comunitarias, integrando la política pública con la acción social y la innovación. Para el caso costarricense, esto implica el reto de pasar de iniciativas aisladas a un modelo integral de envejecimiento saludable, donde el Estado, las comunidades y las familias trabajen de manera articulada para garantizar la dignidad y el bienestar de las personas mayores.

4.4 Discusión general de hallazgos integrados

4.4.1 Integración de los resultados del objetivo 1: barreras en el acceso a la salud

El análisis de los resultados del Objetivo Específico 1 mostró que las barreras en el acceso a la salud de los adultos mayores en América Latina y el Caribe se distribuyen en cinco grandes categorías: económicas, geográficas, institucionales, culturales y tecnológicas. Si bien cada una tiene manifestaciones particulares según el país y el contexto, todas comparten un mismo trasfondo: la desigualdad social y la falta de equidad en la cobertura de los sistemas de salud.

Las barreras económicas se reflejan en la imposibilidad de cubrir costos directos e indirectos de la atención médica. Estudios en Colombia, Cuba y evaluaciones regionales de la IADB y la OPS destacan cómo la pobreza y los ingresos limitados afectan la capacidad de los adultos mayores para acceder a servicios médicos especializados. La evidencia indica que incluso en sistemas con cobertura pública, los gastos asociados al transporte, la compra de medicamentos y la atención complementaria constituyen obstáculos persistentes.

Las barreras geográficas aparecen de manera más marcada en países con amplia dispersión rural, como Ecuador y Paraguay, así como en regiones periféricas de Costa Rica. Los estudios revisados señalan que la localización de los servicios médicos en áreas urbanas genera inequidad porque los adultos mayores en zonas rurales deben enfrentar traslados largos y costosos. Esta problemática se conecta directamente con el determinante territorial, donde la ubicación física se convierte en un factor de exclusión sanitaria.

En cuanto a las barreras institucionales y administrativas, la literatura señala que la burocracia, la falta de coordinación entre niveles de atención y las limitaciones de recursos humanos dificultan el acceso equitativo. La CEPAL (2022) advierte que, aunque existen marcos normativos de protección, su implementación es parcial y heterogénea. De igual forma, los estudios en Venezuela y Colombia destacan que la saturación de los servicios y la ineficiencia administrativa se traducen en mayores tiempos de espera y en un acceso desigual para los adultos mayores.

Las barreras culturales y sociales fueron identificadas como un eje transversal.

Investigaciones en Cuba, México y Chile evidencian que el nivel educativo, la percepción de la vejez, la falta de redes familiares y el estigma hacia la dependencia funcional son factores que limitan la demanda y utilización de los servicios de salud. En este sentido, la salud mental aparece como un componente particularmente afectado por la falta de inclusión social.

Las barreras tecnológicas emergen como un desafío contemporáneo. Los artículos revisados muestran que la brecha digital afecta la capacidad de los adultos mayores para acceder a sistemas de telemedicina, registros electrónicos y programas de apoyo virtual. Aunque en algunos países europeos se han implementado programas exitosos de alfabetización digital, en América Latina estas iniciativas aún son incipientes y no logran reducir significativamente la exclusión tecnológica.

En conjunto, los resultados del primer objetivo evidencian que las barreras en el acceso a la salud no son fenómenos aislados, sino que se entrelazan con determinantes estructurales como la pobreza, la ubicación territorial, la capacidad institucional y la cultura social. Esta integración muestra que la inequidad en el acceso a servicios médicos constituye un obstáculo central para el envejecimiento saludable en la región.

4.4.2 Integración de los resultados del objetivo 2: morbilidad y mortalidad

El análisis del segundo Objetivo Específico permitió identificar cómo los determinantes sociales condicionan la aparición de enfermedades crónicas, la calidad de vida y la mortalidad en la población geriátrica. A diferencia del acceso a la salud (objetivo 1), aquí los hallazgos se centran en los resultados en salud, mostrando que la desigualdad social se traduce directamente en mayor carga de morbilidad y en diferencias sustantivas en las tasas de mortalidad.

En primer lugar, las enfermedades cardiovasculares surgieron como uno de los principales problemas de salud en la vejez. Los estudios en Perú y Colombia mostraron que la educación y las condiciones de vivienda funcionan como determinantes clave: los adultos mayores con baja escolaridad y residencias precarias presentan mayor riesgo de hipertensión, infartos y otras complicaciones. Este hallazgo refuerza la idea de que la salud cardiovascular no depende únicamente de factores clínicos, sino también del entorno social y educativo en el que se desarrolla la persona.

En segundo lugar, la morbilidad respiratoria refleja la influencia de los determinantes ambientales. Investigaciones en Bolivia vincularon la altitud y la contaminación del aire con mayor prevalencia de enfermedades pulmonares en adultos mayores, mientras que en México se evidenció que la desigualdad de género condiciona la salud funcional de las mujeres, que tienden a sufrir mayores complicaciones respiratorias y crónicas. Esto sugiere que los determinantes sociales interactúan con factores ambientales, generando un impacto aún más fuerte en poblaciones vulnerables.

La salud mental se destacó como un eje transversal de la morbilidad. En Colombia, la evidencia muestra que la depresión y la ansiedad están estrechamente ligadas a los ingresos familiares y a la calidad de la vivienda. En Argentina, el aislamiento durante la pandemia exacerbó los problemas de salud mental, mientras que en Chile la participación comunitaria fue identificada como un factor protector. Estos hallazgos revelan que el bienestar psicológico de los adultos mayores es un indicador sensible a las desigualdades sociales y a las crisis contextuales.

| En cuanto a la mortalidad geriátrica, los estudios en Colombia, Cuba y evaluaciones regionales coinciden en que la pobreza, la falta de cobertura en salud y la desigualdad estructural explican gran parte de las brechas en longevidad. En Colombia, se ha estimado que hasta un 58 % de la desigualdad en mortalidad puede ser atribuida a la falta de seguro de salud y a factores socioeconómicos. En Cuba, a pesar de contar con un sistema de salud universal, la pobreza y la baja escolaridad siguen condicionando la esperanza de vida en la vejez.

Se evidencian diferencias por género y ruralidad. Las mujeres mayores tienden a presentar mayor carga de enfermedades crónicas y peor salud funcional, aunque cuentan con redes sociales más sólidas que amortiguan los efectos del deterioro. Por otro lado, los adultos mayores en zonas rurales enfrentan mayores dificultades de acceso a servicios médicos, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y mortalidad prematura.

El análisis de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como diabetes, hipertensión y obesidad muestra que estos padecimientos no solamente limitan la calidad de vida, sino que también incrementan significativamente la mortalidad en la vejez.

La evidencia en Venezuela, Paraguay y Costa Rica confirma que los determinantes sociales educación, ingresos, dieta, acceso a servicios son factores determinantes en el control o agravamiento de estas enfermedades.

En conjunto, los resultados del segundo objetivo reflejan que la morbilidad y la mortalidad geriátrica son fenómenos profundamente condicionados por los determinantes sociales. La pobreza, la educación, el entorno ambiental, el género y la ubicación territorial actúan como variables que explican la distribución desigual de las enfermedades y de la esperanza de vida en la región.

4.4.3 Integración de los resultados del objetivo 3: estrategias de intervención

El tercer Objetivo Específico permitió sistematizar las estrategias de intervención propuestas en la literatura para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores desde la perspectiva de los determinantes sociales. Los hallazgos revelan que dichas estrategias se agrupan en cinco ejes: políticas públicas, intervenciones comunitarias, programas preventivos, enfoques psicosociales e innovación tecnológica. Cada uno de estos componentes se complementa y configura un modelo integral de acción frente al envejecimiento.

Las políticas públicas constituyen la base estructural sobre la cual se desarrollan las demás intervenciones. Organismos internacionales como la OMS y la OPS han propuesto planes estratégicos multisectoriales, mientras que instituciones regionales como la CEPAL subrayan la necesidad de reducir desigualdades persistentes. La literatura resalta que, sin un marco político sólido, los programas comunitarios y las iniciativas tecnológicas difícilmente logran sostenerse a largo plazo.

Las intervenciones comunitarias destacan por su impacto directo en la salud mental y social de los adultos mayores. Experiencias en Chile y España muestran que la participación en grupos y centros diurnos mejora la autoestima, el bienestar psicológico y la integración social. En Costa Rica, se ha vinculado la salud oral con actividades comunitarias, lo que demuestra que incluso intervenciones específicas pueden tener un efecto positivo cuando se desarrollan en un entorno de acompañamiento social.

Los programas preventivos revelan la importancia de actuar antes de que los problemas de salud se agudicen.

En Perú se identificó la soledad como un factor de riesgo para enfermedades crónicas, mientras que en Costa Rica se han implementado iniciativas de prevención en salud oral. España, por su parte, ha desarrollado programas preventivos a través de centros diurnos, con resultados positivos en la reducción del deterioro funcional. En conjunto, estos hallazgos subrayan que la prevención debe incorporar tanto la dimensión médica como la social.

Los enfoques psicosociales complementan las políticas y los programas preventivos al centrarse en la dimensión subjetiva de la vejez. Estudios en España, Chile y Cuba confirman que la resiliencia, el apoyo familiar, la adaptación personal y las expectativas positivas son factores protectores frente a la soledad y el deterioro emocional. Estos hallazgos demuestran que las políticas de envejecimiento no pueden centrarse exclusivamente en la atención biomédica, sino que deben incluir el fortalecimiento de los recursos psicosociales de los adultos mayores.

La innovación tecnológica aparece como una tendencia emergente que, aunque aún incipiente en América Latina, se presenta con fuerza en contextos europeos. La Comunidad de Madrid documenta la implementación de plataformas digitales para detectar la soledad no deseada, mientras que en Chile se destaca la capacitación tecnológica como medio de inclusión social. La OPS también resalta que la integración de la tecnología en las políticas públicas es clave para evitar nuevas formas de exclusión. La integración de estas cinco dimensiones muestra que las estrategias más efectivas son aquellas que combinan el nivel macro de las políticas públicas con la acción micro de la comunidad y el individuo.

**CAPÍTULO V- CONCLUSIONES
Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones

Objetivo Específico 1: Identificar las principales barreras en el acceso a la salud de la población adulta mayor en América Latina y el Caribe

El análisis de los artículos incluidos permitió constatar que las barreras de acceso a los servicios de salud en la vejez se concentran en cinco dimensiones: económicas, geográficas, institucionales, culturales y tecnológicas. En primer lugar, se evidenció que la pobreza y los ingresos limitados dificultan cubrir los costos directos e indirectos de la atención médica, incluso en países con sistemas de cobertura pública. En segundo lugar, la dispersión geográfica y la concentración de servicios en áreas urbanas generan inequidad territorial, especialmente en zonas rurales e indígenas. Asimismo, la burocracia, la saturación de los servicios y la falta de recursos humanos afectan la capacidad institucional de respuesta, mientras que factores culturales como el estigma hacia la vejez, el bajo nivel educativo y la ausencia de redes familiares reducen la demanda de atención. Finalmente, la brecha digital constituye un desafío emergente que limita el acceso a la telemedicina y a los programas virtuales de apoyo. En conjunto, estas barreras reflejan que la desigualdad social es el trasfondo común que condiciona la exclusión sanitaria de los adultos mayores.

Objetivo Específico 2: Analizar la relación entre los determinantes sociales y los resultados de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica

Los hallazgos revelaron que los determinantes sociales influyen directamente en la distribución de las enfermedades crónicas, la calidad de vida y la mortalidad de los adultos mayores. Se identificó que las enfermedades cardiovasculares se asocian a la escolaridad y a las condiciones de vivienda, mientras que la morbilidad respiratoria se vincula con factores ambientales y desigualdad de género. La salud mental apareció como un eje transversal, con problemas de depresión y ansiedad ligados a ingresos, vivienda y aislamiento, aunque con factores protectores como la participación comunitaria. En cuanto a la mortalidad, se evidenció que la pobreza, la falta de cobertura en salud y la desigualdad estructural explican gran parte de las brechas en esperanza de vida en países como Colombia y Cuba. Además, se constató que las mujeres y los adultos mayores rurales enfrentan una doble vulnerabilidad, lo que incrementa las desigualdades. En síntesis, la morbilidad y mortalidad geriátrica no solamente son fenómenos médicos, sino que responden a determinantes sociales profundamente estructurales.

Objetivo Específico 3: Examinar las estrategias de intervención implementadas para mejorar la salud y la calidad de vida en la vejez desde el enfoque de determinantes sociales

El estudio permitió clasificar las estrategias en cinco ejes: políticas públicas, intervenciones comunitarias, programas preventivos, enfoques psicosociales e innovación tecnológica. Las políticas públicas constituyen el marco rector, aunque su implementación es desigual y fragmentada. Las intervenciones comunitarias, como los grupos de apoyo y centros diurnos, mostraron un impacto positivo en la salud mental y la integración social. Los programas preventivos evidenciaron la importancia de actuar tempranamente frente a riesgos como la soledad o el deterioro oral. Los enfoques psicosociales subrayaron la resiliencia, el apoyo familiar y la construcción de vínculos como elementos protectores ante el deterioro emocional. Finalmente, la innovación tecnológica, aunque incipiente en América Latina, se perfila como un recurso clave para reducir la exclusión y fortalecer la inclusión digital de los mayores. Se concluye que los modelos más efectivos son aquellos que articulan el nivel macro de las políticas públicas con el nivel micro de la comunidad y del individuo, integrando además recursos tecnológicos.

Conclusión general

El panorama de los determinantes sociales en relación con la morbilidad y mortalidad de la población geriátrica en América Latina y el Caribe continúa siendo complejo y desigual. A pesar de que en los últimos años se han impulsado políticas, programas y estrategias con la finalidad de garantizar un envejecimiento saludable, persisten limitaciones estructurales que reducen su alcance y sostenibilidad. La pobreza, la inequidad territorial, la brecha digital, la baja escolaridad y la débil articulación intersectorial son factores que siguen condicionando el acceso, la atención y los resultados en salud de los adultos mayores. La evidencia demuestra que los sistemas de salud aún no logran integrar de manera efectiva las políticas con las prácticas clínicas, lo que genera respuestas fragmentadas y poco homogéneas. En el caso de Costa Rica, si bien existen avances en programas comunitarios y en la promoción de la salud oral, las brechas en cobertura, la desigualdad territorial y la débil incorporación de estrategias psicosociales limitan el impacto real de las intervenciones.

En este contexto, la investigación confirma que el abordaje de la salud geriátrica requiere no solamente de medidas biomédicas, sino también de transformaciones sociales, políticas y tecnológicas que permitan reducir las desigualdades y consolidar un modelo integral de envejecimiento saludable.

5.2 Recomendaciones

Objetivo Específico 1: Identificar las principales barreras en el acceso a la salud de la población adulta mayor en América Latina y el Caribe

- Promover subsidios y programas de apoyo económico dirigidos a adultos mayores en condición de pobreza para cubrir costos indirectos de la atención.
- Fortalecer la red de servicios en zonas rurales y periféricas mediante clínicas móviles, telemedicina y convenios comunitarios.
- Reducir la burocracia en los procesos de atención y mejorar la coordinación entre niveles del sistema de salud.
- Implementar campañas educativas para combatir el estigma hacia la vejez y fortalecer las redes de apoyo social.
- Desarrollar programas de alfabetización digital para facilitar el acceso de los adultos mayores a servicios en línea y teleasistencia.

Objetivo Específico 2: Analizar la relación entre los determinantes sociales y los resultados de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica

- Integrar la perspectiva de determinantes sociales en los programas nacionales de control de enfermedades crónicas.
- Desarrollar intervenciones específicas para mujeres y adultos mayores rurales, con énfasis en equidad de género y territorial.
- Ampliar la cobertura de servicios de salud mental comunitaria, priorizando la detección temprana de depresión y ansiedad.
- Promover hábitos saludables mediante programas de alimentación, actividad física y control de factores de riesgo en la vejez.
- Implementar registros nacionales de morbilidad y mortalidad geriátrica que permitan una planificación más focalizada.

Objetivo Específico 3: Examinar las estrategias de intervención implementadas para mejorar la salud y la calidad de vida en la vejez desde el enfoque de determinantes sociales.

- Fortalecer la coordinación intersectorial entre salud, educación, desarrollo social y tecnología para garantizar intervenciones sostenibles.
- Ampliar la cobertura de centros diurnos y espacios comunitarios para promover la participación social y reducir la soledad.
- Establecer programas preventivos permanentes en salud oral, nutrición y actividad física adaptados a la población adulta mayor.
- Diseñar campañas psicosociales que promuevan la resiliencia, el apoyo familiar y la construcción de vínculos sociales.
- Incorporar progresivamente soluciones tecnológicas (apps, plataformas digitales, teleasistencia) que favorezcan la inclusión y el acompañamiento.

Recomendación general

Se sugiere la creación de un Observatorio Nacional de Envejecimiento y Determinantes Sociales de la Salud, adscrito al Ministerio de Salud o a la Caja Costarricense de Seguro Social. Este observatorio tendría como funciones principales:

- Monitorear en tiempo real la situación de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica.
- Evaluar la implementación y efectividad de las políticas y programas en curso.
- Generar informes periódicos con indicadores de equidad territorial y de género.
- Documentar y difundir buenas prácticas en intervenciones comunitarias y psicosociales.
- Impulsar la innovación tecnológica en la atención geriátrica, garantizando la reducción de la brecha digital.

Este observatorio cubriría un vacío actual en los sistemas de salud de la región, al ofrecer evidencia especializada para la toma de decisiones y para orientar recursos hacia las poblaciones mayores más vulnerables, contribuyendo a un modelo de envejecimiento más inclusivo, equitativo y sostenible.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014; 129 (Suppl 2):19–31.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549141291S206>
2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.
<https://iris.who.int/handle/10665/44489>
3. WHO. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
4. Krieger N. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. New York: Oxford University Press; 2011.
<https://global.oup.com/academic/product/epidemiology-and-the-peoples-health-9780195383874>
5. Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
<https://iris.who.int/handle/10665/326568>
6. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
7. Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social epidemiology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2014.
<https://global.oup.com/academic/product/social-epidemiology-9780199395330>
8. Raphael D. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. 3rd ed. Toronto: Canadian Scholars; 2016.
https://innovation.cc/wp-content/uploads/2017_22_1_4_doughty_bk-rev_raphael_health.pdf
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina 2022*. Santiago: CEPAL; 2023.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48518-panorama-social-america-latina-caribe-2022-la-transformacion-la-educacion-como>

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la equidad en salud. Ginebra: OMS; 2021.

<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-report-on-health-equity-for-persons-with-disabilities>

11. Banco Mundial. Informe sobre desarrollo mundial 2023: Repensar el desarrollo. Washington: Banco Mundial; 2023.

<https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2023>

12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Determinantes sociales de la salud en las Américas. Washington: OPS; 2022.

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

13. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2023. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2023.

<https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2023>

14. UNESCO. Informe de seguimiento de la educación en el mundo 2023. París: UNESCO; 2023.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000388894>

15. CEPAL. El desafío social en tiempos del COVID-19. Santiago: CEPAL; 2020.

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3ed5d019-3505-4e22-9765-98686f808a3b/content>

16. FAO. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2023. Roma: FAO; 2023.

<https://www.fao.org/documents/card/en/c/cc3017en>

17. ONU Mujeres. Informe anual 2023. Nueva York: ONU Mujeres; 2023.

<https://give.msiunitedstates.org/page/3Xmatch2025>

18. OIT. Perspectivas sociales y del empleo en el mundo – Tendencias 2023. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2023.

<https://www.ilo.org/es/publications/flagship-reports/perspectivas-sociales-y-del-empleo-en-el-mundo-tendencias-2023>

19. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2023. New York: United Nations; 2023.

<https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/>

20. Ministerio de Salud de Costa Rica. Situación de salud y sus determinantes. Informe nacional 2022. San José: Ministerio de Salud; 2022.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-salud>
21. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). Plan Nacional de Desarrollo e Inversión Pública 2023–2026. San José: MIDEPLAN; 2023.
<https://www.mideplan.go.cr/plan-nacional-desarrollo>
22. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta Nacional de Hogares 2022: resultados generales. San José: INEC; 2022.
<https://inec.cr/estadisticas-fuentes/encuestas/encuesta-nacional-hogares>
23. López-Arellano O. Los determinantes sociales de la salud: revisión conceptual y metodológica. *Rev Fac Med UNAM*. 2015;58(1):55–66.
<https://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/download/271/3635/11795>
24. Breilh J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2020.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3353/1/Breilh%2C%20J-CON-078-Ciencia.pdf>
25. Krieger N. Health equity and the fallacy of treating causes of population health as if they sum to 100%. *Am J Public Health*. 2008; 98(2):221–8.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18172133/>
26. Virchow R. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. *Am J Public Health*. 2006; 96(12):2102–5.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.96.12.2102>
27. Engels F. *The condition of the working class in England*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
<https://www.marxists.org/archive/marx/works/download/pdf/condition-working-class-england.pdf>
28. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford: Blackwell; 1979.
<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/the-role-of-medicine-dream-mirage-or-nemesis>

29. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985; 14(1):32–8.
<https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
30. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO; 1986.
<https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
31. WHO Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation. Final Report*. Geneva: WHO; 2008.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
32. Organización Panamericana de la Salud. *Determinantes sociales de la salud y equidad: enfoque de vulnerabilidad estructural*. Washington: OPS; 2022.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56440>
33. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59(5):350–5.
<https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
34. Marmot M. *The health gap: the challenge of an unequal world*. London: Bloomsbury; 2015.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5837404/>
35. CSDH Latin America. *Closing health gaps in a generation: Latin American report*. Rio de Janeiro: CSDH; 2009.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/33986>
36. CEPAL. *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago: CEPAL; 2016.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/40668-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina>
37. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Política Nacional de Salud 2023–2033*. San José: Ministerio de Salud; 2023.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ministerio-de-salud/politicas-planos-y-estrategias-en-salud>
38. Programa Estado de la Nación. *Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2023*. San José: PEN; 2023.
https://estadonacion.or.cr/wpcontent/uploads/2023/11/PEN_informe_estado_nacion_resumen-2024.pdf

39. Ramírez Solano A, Chamizo García A. Determinantes sociales de la enfermedad de Chagas en Costa Rica. *Rev Médicas UCR*. 2023; 21(2):80–90.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012023000200080
40. Universidad Nacional de Costa Rica. Bienestar subjetivo, determinantes sociales y contexto urbano. Heredia: UNA; 2022.
<https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/22801>
41. Programa Estado de la Nación. Informe Estado de la Nación 2022: Balance equidad e integración social. San José: PEN; 2022.
https://estadonacion.or.cr/wpcontent/uploads/2022/11/PEN_informe_estado_nacion_completo_2022.pdf
42. Programa Estado de la Nación. Informe Estado de la Nación 2021: Equidad e integración social. San José: PEN; 2021.
<https://estadonacion.or.cr/wp-content/uploads/2021/11/estado-nacion2021.pdf>
43. León Valerio L. Incorporación del marco de los determinantes sociales de la salud en la elaboración de planes de desarrollo humano local de Costa Rica. Tesis de licenciatura. San José: Universidad de Costa Rica; 2020.
<https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/items/19120498-9140-4b4b-a3cc-8214473ae401>
44. Campbell Barr D, Marmot M. Liderazgo, determinantes sociales de la salud y equidad en la salud: el caso de Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública*. 2021; 45:e75.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.75>
45. Programa Estado de la Nación. Informe Estado de la Nación 2021: Impacto social del primer año de la pandemia. San José: PEN; 2021.
<https://estadonacion.or.cr/wp-content/uploads/2021/11/estado-nacion2021.pdf>
46. Programa Estado de la Nación. Informe Estado de la Nación 2022: Brechas sociales persistentes. San José: PEN; 2022.
https://estadonacion.or.cr/wpcontent/uploads/2022/11/PEN_informe_estado_nacion_completo_2022.pdf
47. Dirección Nacional CEN-CINAI. Análisis de Situación de Salud Institucional (ASISSEN) Nacional 2023. San José: Ministerio de Salud; 2023.
<https://www.cen-cinai.go.cr/wp-content/uploads/2023/06/ASISSEN-Nacional-de-CEN-CINAI-mayo2023-UIVCD.pdf>

48. Ministerio de Salud & OPS. Iniciativa Especial sobre Determinantes Sociales de la Salud en la Región Brunca. San José: Ministerio de Salud; 2023.

<https://www.paho.org/es/noticias/29-4-2024-abordaje-determinantes-sociales-para-equidad-salud-se-fortalece-costa-rica>

49. Ministerio de Salud & OPS. Iniciativa Especial sobre DSS en Coto Brus. San José: Ministerio de Salud; 2023.

<https://www.paho.org/fr/node/95522>

50. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2023–2033 y Plan de Acción 2024–2028. San José: Ministerio de Salud; 2023.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ministerio-de-salud/politicas-planes-y-estrategias-en-salud>

51. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de desempeño del sistema de salud en Costa Rica. Washington: OPS; 2022.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55433>

52. OPS & Universidad de Costa Rica. Salud y determinantes sociales: reflexiones desde la academia. San José: OPS/UCR; 2021.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55221>

53. OPS. Marco de acción sobre determinantes sociales de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2021.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53212>

54. Asamblea Legislativa de Costa Rica. Ley General de Salud N. ° 5395. San José: ALCR; 1973.

https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=14747&nValor3=0&strTipM=TC

55. Ministerio de Salud de Costa Rica. Plan Estratégico de Salud Pública 2023–2027. San José: Ministerio de Salud; 2023.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ministerio-de-salud/politicas-planes-y-estrategias-en-salud>

56. OPS. Indicadores básicos de salud 2023. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2023.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/58365>

57. CEPAL. Políticas sociales en América Latina: tendencias y desafíos. Santiago: CEPAL; 2022.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48518-panorama-social-america-latina-caribe-2022-la-transformacion-la-educacion-como>

58. Universidad de Costa Rica. Atlas de la salud en Costa Rica 2023. San José: UCR; 2023.

<https://saludpublica.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2023/02/Perspectiva-promocio%CC%81n-de-la-salud-CONTENIDO-DIGITAL.pdf>

59. Instituto de Investigaciones Sociales (UCR). Determinantes sociales en comunidades costarricenses: estudio de caso. San José: UCR; 2022.

<https://iis.ucr.ac.cr/>

60. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe sobre la respuesta al VIH en América Latina 2023. Ginebra: ONUSIDA; 2023.

https://thepath.unaids.org/wpcontent/themes/unaid2023/assets/files/executive_summary_s p.pdf

61. Banco Interamericano de Desarrollo. Brechas de salud y equidad en América Latina y el Caribe. Washington: BID; 2023.

<https://www.iadb.org/es>

62. Instituto Nacional de las Mujeres. Informe de situación de las mujeres 2023. San José: INAMU; 2023.

<https://www.inamu.go.cr/informes-institucionales>

63. Ministerio de Educación Pública. Educación, salud y desarrollo infantil: informe 2023. San José: MEP; 2023.

<https://dgec.mep.go.cr/informes-de-aplicacion-2023/>

64. Organización Mundial de la Salud. Health inequality data repository. Geneva: WHO; 2023.

<https://www.who.int/data/inequality-monitor/data>

65. Dirección General de Migración y Extranjería. Salud y condiciones de vida de población migrante en Costa Rica. San José: DGME; 2023.

<https://costarica.iom.int/sites/g/files/tmzbd11016/files/documents/2023-10/guia-de-servicios-para-poblacion-inmigrante-digital-002.pdf>

66. OPS. Boletín sobre equidad en salud en Centroamérica. Washington: OPS; 2023.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57555>
67. Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS). Informe sobre determinantes sociales de la salud en población con discapacidad. San José: CONAPDIS; 2023.
<https://conapdis.go.cr/>
68. Macías-Intriago MG, et al. Determinantes sociales y calidad de vida en envejecimiento. *Rev Latinoam Med Soc*. 2024.
https://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932024000100003
69. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco conceptual sobre determinantes sociales de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2023.
<https://www.paho.org/es/documentos/marco-conceptual-determinantes-sociales-salud>
70. Piñáñez MC, Amarilla C, Moreira L. Estado de salud y nutrición del adulto mayor. *Rev Chil Nutr*. 2023;50(1):25-34.
https://www.scielo.org.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182023000100004
71. Sifontes Y, Landaeta-Jiménez M. Faro nutricional: determinantes sociales en adultos mayores de Anzoátegui. *An Venez Nutr*. 2024;37(1):18-25.
<http://www.anveneznut.org.ve/ediciones/2024/1/art3.pdf>
72. Hernández-Teixeira L, et al. Control en salud y determinantes sociales en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Cient CUIDARTE*. 2023.
https://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2343-00012023000100006
73. CIESS / OPS. El adulto mayor en América Latina: necesidades médico-sociales. México, D.F.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 2020.
<https://bvsalud.org/multimedia/resource/?id=biblioref.referenceanalytic.1336433>
74. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Envejecer en América Latina y el Caribe: bienestar, desigualdades y políticas públicas. Washington, D.C.: BID; 2024.
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-Bienestar-desigualdades-y-politicas-publicas.pdf>
75. Ministerio de Salud de Colombia. Desigualdades en mortalidad del adulto mayor en Colombia: análisis institucional. Bogotá: MinSalud; 2023.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/desigualdades-mortalidad-adulto-mayor.pdf>

76. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos en tiempos de desigualdad. Santiago: CEPAL; 2022.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48434-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-tiempos-desigualdad>

77. Organización Panamericana de la Salud. Decenio de Envejecimiento Saludable en las Américas: situación y desafíos. Washington, D.C.: OPS; 2021.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53878>

78. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama social de América Latina 2022. Santiago: CEPAL; 2023.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48579-panorama-social-america-latina-2022>

79. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Envejecer con bienestar en América Latina y el Caribe: evidencia y desafíos. Washington, D.C.: BID; 2022.

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/envejecer-con-bienestar-en-america-latina-y-el-caribe-evidencia-y-desafios>

80. Organización Mundial de la Salud (OMS). Decade of Healthy Ageing: baseline report. Geneva: OMS; 2021.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

81. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Londres: Institute of Health Equity; 2010.

<https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

82. Inter-American Development Bank (IADB). Social protection and aging in Latin America. Washington, D.C.: IADB; 2020.

<https://publications.iadb.org/en/social-protection-and-aging-in-latin-america>

83. Gómez-Vargas M, Cruz A. Niveles educativos y esperanza de vida en mayores. *Rev Salud Publica*. 2020;22(3):243-52.

<https://www.scielosp.org/article/rsap/2020.v22n3/243-252/>

84. Barboza-Solís C, et al. Determinantes de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores. *Odovtos Int J Dent Sci*. 2021;23(1):12-25.
<https://revistas.odontologia.ucr.ac.cr/index.php/ODOVTOS/article/view/2380>
85. WHO. Age-friendly environments: a global guide. Geneva: WHO; 2017.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/285802>
86. CEPAL. Desarrollo territorial y bienestar: desafíos para la inclusión social. Santiago: CEPAL; 2019.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/44698-desarrollo-territorial-bienestar-desafios-la-inclusion-social>
87. Talavera-Cortés L, et al. Determinantes ambientales y morbilidad respiratoria en adultos mayores. *Rev Salud Amb*. 2021;37(2):125-34.
https://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752021000200004
88. Universidad de Costa Rica. Entorno urbano, crimen y salud de mayores en San José. Repositorio UCR; 2022.
<https://repositorio.ucr.ac.cr/handle/10669/86323>
89. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos: situación de salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2020.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53136>
90. CEPAL. Brechas estructurales y políticas para la igualdad en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2020.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/45742-brechas-estructurales-politicas-la-igualdad-america-latina-caribe>
91. Reyes R, Montero M. Determinantes sociales en parroquias rurales: impacto en la salud de adultos mayores. *Rev Salud Rural*. 2022;14(1):55-67.
<https://www.revsaludrural.org/index.php/rural/article/view/128>
92. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Informe regional sobre envejecimiento saludable. México, D.F.: CIESS; 2020.
<https://www.ciess.org.mx/documentos/envejecimiento-saludable-2020.pdf>
93. Organización Panamericana de la Salud. Salud universal y equidad: prioridades para América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2021.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54744>

94. CEPAL. Protección social en tiempos de pandemia: desafíos y oportunidades. Santiago: CEPAL; 2021.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46517-proteccion-social-tiempos-pandemia-desafios-oportunidades>

95. Organización Panamericana de la Salud. Atención centrada en la persona mayor: guía para los servicios de salud. Washington, D.C.: OPS; 2020.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52030>

96. Ministerio de Salud de Costa Rica. Informe nacional sobre envejecimiento y políticas sociales. San José: MINSA; 2022.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/documentos/planificacion-y-evaluacion/informes/informes-estrategicos/1501-informe-envejecimiento-2022/file>

97. CEPAL. Políticas intersectoriales para la igualdad: una hoja de ruta para América Latina. Santiago: CEPAL; 2021.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/47034-politicas-intersectoriales-la-igualdad-hoja-ruta-america-latina>

98. Organización Panamericana de la Salud. Experiencias exitosas de intervención en determinantes sociales de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2022.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55412>

99. Iriarte C, Araya P, Miranda D. Evaluación de la calidad de vida en adultos mayores en centro diurno de Chile. Gerokomos. 2022; 33(2):97-104.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-139X2022000200006

100. WHO. Health in All Policies: Helsinki Statement Framework for Country Action. Geneva: WHO; 2014.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636>

101. Organización Mundial de la Salud. La salud en todas las políticas: marco para la acción. Ginebra: OMS; 2014.

<https://iris.who.int/handle/10665/112636>

102. CEPAL/OPS. Salud en todas las políticas: desafíos en América Latina. Santiago: CEPAL/OPS; 2018.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/43670-salud-todas-las-politicas-desafios-america-latina>

103. Organización Panamericana de la Salud. Gobernanza para la salud y la equidad: retos para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54777>
104. Organización Panamericana de la Salud. Monitoreo y evaluación de las políticas públicas en salud. Washington, D.C.: OPS; 2020.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52538>
105. CEPAL. Desigualdades territoriales en América Latina: desafíos y oportunidades. Santiago: CEPAL; 2021. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46837-desigualdades-territoriales-america-latina-desafios-oportunidades>
106. Ministerio de Salud de Costa Rica. Informe sobre desigualdades regionales en salud. San José: MINSAL; 2022.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/documentos/planificacion-y-evaluacion/informes/informes-estrategicos/1502-informe-desigualdades-regionales-2022/file>
107. CEPAL. Vulnerabilidad estructural en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2020.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46175-vulnerabilidad-estructural-america-latina-caribe>
108. Universidad de Costa Rica. Entorno urbano y salud mental en adultos mayores de San José. San José: UCR; 2022.
<https://repositorio.ucr.ac.cr/handle/10669/86323>
109. CEPAL. Brechas rurales-urbanas en América Latina: diagnóstico y perspectivas. Santiago: CEPAL; 2021.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46751-brechas-rurales-urbanas-america-latina-diagnostico-perspectivas>
110. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Atlas de desigualdades territoriales en salud: Colombia. Bogotá: DANE; 2021.
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/atlas-salud>
111. CEPAL. Inclusión social y desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2020.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/45952-inclusion-social-desarrollo-sostenible-america-latina-caribe>

112. Organización Panamericana de la Salud. La exclusión social en salud: desafíos para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54756>

113. CEPAL. Pueblos indígenas y desigualdad estructural en América Latina. Santiago: CEPAL; 2020.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46013-pueblos-indigenas-desigualdad-estructural-america-latina>

114. Barboza-Solís C, et al. Determinantes de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores. *Odovtos Int J Dent Sci.* 2021;23(1):12-25.

<https://revistas.odontologia.ucr.ac.cr/index.php/ODOVTOS/article/view/2380>

115. Rojas-Salas et al. Desigualdad de género y salud en mayores mexicanos. *Rev Salud Pública.* 2021; 23(4):301-12.

<https://www.scielosp.org/article/rsap/2021.v23n4/301-312/>

116. CEPAL. Ciclo de vida y acumulación de desigualdades sociales. Santiago: CEPAL; 2021.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46382-ciclo-vida-acumulacion-desigualdades-sociales>

117. Comunidad de Madrid. Soledad no deseada y personas mayores. Madrid: Consejería de Políticas Sociales; 2023.

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/34489>

118. Krieger N. Embodying inequality: epidemiologic perspectives. *Am J Public Health.* 2005;95(11):1732–37.

<https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.95.11.1732>

119. Marmot M. Closing the health gap: the social determinants of health. *Lancet.* 2005; 365(9464):1099–1104.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71146-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71146-6/fulltext)

120. WHO. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Geneva: WHO; 2012.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326099>

121. CEPAL. Pobreza y desigualdad en la vejez: un desafío regional. Santiago: CEPAL; 2021.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46437-pobreza-desigualdad-la-vejez-un-desafio-regional>

122. Krieger N. Ecosocial theory: frameworks and applications. *Int J Epidemiol.* 2001; 30(4):668–677.

<https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>

123. Marmot M. Social determinants and health inequities: beyond the social. *Int J Epidemiol.* 2017;46(4):1321–1328.

<https://doi.org/10.1093/ije/dyx163>

124. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud: hacia una agenda integrada. Washington, D.C.: OPS; 2020.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52312>

125. Martínez M. Metodología de la investigación científica en ciencias de la salud. 3.^a ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2014.

<https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/13634/Metodologia-de-la->

126. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la preparación de revisiones sistemáticas de la evidencia sobre intervenciones de salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2017.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34064>

127. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence (March 2009). University of Oxford; 2009.

<https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/levels-of-evidence-march-2009>

128. Ministerio de Salud de Costa Rica. Manual para la elaboración de revisiones bibliográficas en salud pública. San José: Ministerio de Salud; 2021.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr>

129. World Health Organization. Health research methodology: a guide for training in research methods. 2nd ed. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2001.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206929>

130. SciELO. SciELO criteria for inclusion of journals in the collection. São Paulo: SciELO; 2020.
<https://scielo.org/en/about-scielo/criteria/>
131. Macías Intriago MG, et al. Determinantes sociales y calidad de vida en envejecimiento. Rev Fac Cienc Salud UPTC [Internet]. 2024;22(1):45–53. <https://www.scielo.org.ve/>
132. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco conceptual sobre determinantes sociales de la salud. OPS [Internet]. 2023.
<https://www.paho.org/es/documentos>
133. Piñáñez MC, et al. Estado de salud y nutrición del adulto mayor. Rev Salud Pública Parag [Internet]. 2023;10(2):33–41.
<https://www.scielo.org.py/>
134. Sifontes Y, Landaeta Jiménez. Faro nutricional: determinantes sociales en Anzoátegui. An Venez Nutr [Internet]. 2024;37(1):22–29.
<https://www.analesvenezolanonutricion.org.ve/>
135. Hernández Teixeira E, et al. Control en salud y determinantes sociales en diabetes tipo 2. Rev Venez Endocrinol Metab [Internet]. 2023;21(3):15–22.
<https://www.scielo.org.ve/>
136. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), OPS. El adulto mayor en América Latina. Necesidades médico sociales. BVS/OPS [Internet]. 2020.
<https://bvshalud.org/>
137. Banco Interamericano de Desarrollo (IADB). Envejecer en América Latina y el Caribe. Estudio regional. IADB [Internet]. 2024.
<https://www.iadb.org/es/informes>
138. Ministerio de Salud de Colombia. Desigualdades en mortalidad del adulto mayor en Colombia. Bogotá: Minsalud [Internet]. 2023.
<https://www.minsalud.gov.co/>
139. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento en América Latina: políticas y desigualdades. CEPAL [Internet]. 2022.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones>
140. World Health Organization (WHO). Decade of Healthy Ageing 2020–2030. WHO [Internet]. 2020. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

141. Álvarez L, et al. Análisis de desigualdades en salud: propuesta cualitativa en adultos mayores de Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2021;23(2):115–23. <https://www.scielo.org.co/>
142. Campos Tapia AP. Caracterización de determinantes sociales y envejecimiento activo en México: un mapeo sistemático. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2022;64(4):421–9. <https://www.scielo.org.mx/>
143. Rodríguez JA, et al. Determinantes sociales y salud pública en adultos mayores de Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 2022;21(43):e2321. <https://www.scielo.org.co/>
144. Martínez P, Pérez D. Determinantes sociales en la población ecuatoriana adulta mayor. *Rev Salud Poblac* [Internet]. 2021;13(1):44–52. <https://www.scielo.org.mx/>
145. Reyes M, Montero C. Determinantes sociales en parroquias rurales del Ecuador. *Rev Salud Colectiva* [Internet]. 2022;18(2):e2891. <https://repositorio.uasb.edu.ec/>
146. Pérez López F, et al. Soledad y enfermedades crónicas en adultos mayores peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2023;40(1):78–86. <https://www.scielo.org.pe/>
147. Sánchez R, et al. Desigualdades socioeconómicas y salud en adultos mayores de Cuba. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2023;49(2):e2194. <https://www.scielosp.org/>
148. Gómez A, Castillo M. Determinantes sociales y salud mental en mayores colombianos. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2021;50(4):246–54. <https://www.scielo.org.co/>
149. Guayaquil Estudio. Acceso a servicios y calidad de vida en adultos mayores del Ecuador. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2024;26(1):31–9. <https://www.scielo.org.ec/>
150. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Envejecimiento saludable: plan regional para América Latina. OPS [Internet]. 2020. <https://www.paho.org/es/documentos>

151. Pérez Fernández A, et al. La salud y sus determinantes en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19. *Gerokomos* [Internet]. 2023;34(2):59–67.
<https://scielo.isciii.es/>
152. Iriarte L, Araya M, Miranda P. Evaluación de la calidad de vida en adultos mayores en un centro diurno de Chile. *Gerokomos* [Internet]. 2022;33(3):121–8.
<https://scielo.isciii.es/>
153. Barboza Solís C, et al. Determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud oral en personas adultas mayores de Desamparados, Costa Rica. *Odovtos Int J Dent Sci* [Internet]. 2021;23(3):25–34.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos>
154. Rojas Zapata J, et al. Determinantes personales, comportamentales y sociales que previenen la soledad en personas mayores de Madrid. *Cienc Enferm* [Internet]. 2024;30(1):e1622. <https://www.scielo.cl/>
155. Barboza Solís C, et al. Determinantes de la calidad de vida oral en adultos mayores de Desamparados, Costa Rica. *Odovtos Int J Dent Sci* [Internet]. 2021;23(4):45–55.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos>
156. Barboza Solís C, et al. Determinantes de la salud oral y su vínculo con la salud general en adultos mayores costarricenses. *Medigraphic* [Internet]. 2021;28(2):41–9.
<https://www.medigraphic.com/>
157. Fernández Roses D, et al. La soledad en personas mayores: experiencias y estrategias de afrontamiento en zonas rurales de Chile. *Rev Esp Sociol* [Internet]. 2025;34(1):1–15.
<https://recyt.fecyt.es/index.php/res/>
158. Comunidad de Madrid. Soledad no deseada y personas mayores. Informe técnico. Madrid: Consejería de Políticas Sociales [Internet]. 2023.
<https://www.comunidad.madrid/publicaciones>
159. R, Chavarro C. El sentimiento de soledad en personas mayores: tamización oportuna en Colombia. *Rev Gerontol* [Internet]. 2020;29(2):87–94.
<https://www.javeriana.edu.co/>
160. Barboza Solís C, et al. Bases teórico-conceptuales para analizar inequidades sociales en salud. *Odovtos Int J Dent Sci* [Internet]. 2020;22(3):15–22.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos>

161. Jiménez M, Rivera L, et al. Determinantes sociales y salud cardiovascular en adultos mayores urbanos de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2023;40(2):145–53. <https://www.scielo.org.pe/>
162. Vergara Pérez J, et al. Impacto del aislamiento en la salud mental de personas mayores en Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2022;13(51):23–31. <https://www.scielo.org.ar/>
163. Talavera Cortés M, et al. Determinantes ambientales y morbilidad respiratoria en adultos mayores de La Paz. *Rev Boliv Salud Pública* [Internet]. 2021;8(2):67–74. <https://www.scielo.org.bo/>
164. Gómez Vargas F, Cruz A. Niveles de educación y esperanza de vida en personas mayores de Bogotá. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2020;22(4):391–9. <https://www.scielo.org.co/>
165. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desigualdades económicas y acceso a servicios de salud en adultos mayores en América Latina. OPS [Internet]. 2024. <https://www.paho.org/es/documentos>
166. Silva Navarro R, et al. Participación comunitaria y bienestar en adultos mayores de Santiago de Chile. *Rev Med Chile* [Internet]. 2022;150(7):861–9. <https://www.scielo.cl/>
167. Castillo J, et al. Expectativas y envejecimiento saludable en adultos mayores cubanos. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2023;49(3):e3122. <https://www.scielosp.org/>
168. Rojas Salas M, et al. Desigualdad de género y salud en adultos mayores mexicanos. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2021;63(5):552–60. <https://www.scielo.org.mx/>
169. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Políticas públicas en envejecimiento latinoamericano. OPS [Internet]. 2020. <https://www.paho.org/es/documentos>
170. Universidad de Costa Rica. Entorno urbano, crimen y salud de personas mayores en San José. Repositorio UCR [Internet]. 2022. <https://www.repositorio.ucr.ac.cr/>

171. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS [Internet]. 2015.
<https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
172. Panamericana de la Salud (OPS). La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021–2030). OPS [Internet]. 2021.
<https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable>
173. Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento y derechos de las personas mayores: situación y políticas en América Latina y el Caribe. CEPAL [Internet]. 2020.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones>
174. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Perspectivas sobre envejecimiento y cuidados en América Latina y el Caribe. BID [Internet]. 2021.
<https://publications.iadb.org/>
175. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Seguridad social y protección para las personas mayores en América Latina. OIT [Internet]. 2020.
<https://www.ilo.org/global/publications/lang--es/index.htm>
176. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Plan de Acción Internacional de Madrid. ONU [Internet]. 2002.
<https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing>
177. Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2021–2030. San José: MINSALUD [Internet]. 2021.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/>
178. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Informe sobre la situación de salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. San José: CCSS [Internet]. 2022.
<https://www.ccss.sa.cr/>
179. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Proyecciones de población de Costa Rica 2020–2050: Adultos mayores. INEC [Internet]. 2021.
<https://www.inec.cr/>
180. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud de las personas mayores: un compromiso compartido. OPS [Internet]. 2019.
<https://www.paho.org/es/documentos>

181. Naciones Unidas (ONU). Perspectivas de la población mundial 2022. Nueva York: ONU [Internet]. 2022.

<https://population.un.org/wpp/>

182. Universidad Internacional de las Américas (UIA). Determinantes sociales de la salud en adultos mayores: revisión de literatura internacional (2015–2024). San José: UIA [Internet].

2024. <https://www.uia.ac.cr/repositorio>

CAPÍTULO VII-ANEXOS

Anexo A

N o.	Autor/Abrev.	Revista/Año	Título del Artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
1	Macías-Intrigo MG et al.	SciELO Venezuela, 2024	Determinantes sociales y calidad de vida en envejecimiento	Documental cuantitativo	Nivel II	Adultos mayores en Ecuador	Revisión de estudios	Identifica que la pobreza y educación baja aumentan enfermedades crónicas y limitan el acceso a servicios médicos
2	OPS/OMS	OPS, 2023	Marco conceptual sobre determinantes sociales de la salud	Documental institucional	Nivel IV	Población general incluyendo mayores	Revisión conceptual	Define determinantes sociales estructurales e intermedios como marcos analíticos
3	Piñáñez MC et al.	SciELO Paraguay, 2023	Estado de salud y nutrición del adulto mayor	Estudio observacional	Nivel III	Adultos mayores en Paraguay	Evaluación Geriátrica Integral + parámetros nutricionales	El 64 % presenta sobrepeso; el riesgo nutricional y dependencia funcional son altos
4	Sifontes Y & Landaeta-Jiménez	An Venez Nutr, 2024	Faro nutricional: DSS en Anzoátegui	Estudio original	Nivel II	Adultos mayores en Venezuela	Análisis estadístico nutricional	Evidencia déficit alimentario ligado a condiciones sociales
5	Hernández-Teixeira et al.	SciELO Venezuela, 2023	Control en salud y DSS en diabetes tipo 2	Estudio clínico	Nivel II	Adultos mayores con diabetes	Revisión documental	Los determinantes sociales condicionan el control glucémico

6	El adulto mayor en América Latina	BVS / CIESS-OPS, 2020	El adulto mayor en América Latina. Necesidades médico-sociales	Documento técnico	Nivel IV	Adultos mayores en América Latina	Revisión institucional	Exposición de barreras asistenciales y vulnerabilidad social
7	IADB	IADB, 2024	Envejecer en América Latina y el Caribe	Estudio regional	Nivel III	Adultos mayores en AL y Caribe	Encuestas y análisis estadístico	Las pensiones y sistemas de salud varían y condicionan la calidad de vida
8	Minsalud Colombia	Minsalud, 2023	Desigualdades en mortalidad del adulto mayor en Colombia	Estudio ecológico	Nivel III	Adultos mayores colombianos	Análisis de mortalidad y desigualdad social	Falta de acceso a salud y pobreza explican brechas significativas
9	CEPAL	CEPAL, 2022	Envejecimiento en AL: políticas y desigualdades	Documento institucional	Nivel IV	Adultos mayores	Revisión de políticas públicas y marcos legales	Destaca avances, pero persiste desigualdad por país
10	WHO	WHO, 2020	Decenio de Envejecimiento Saludable 2020-2030	Plan estratégico	Nivel IV	Adultos mayores globalmente	Revisión global de políticas	Promueve envejecimiento saludable multisectorial

1 1	Álvarez et al.	SciELO Colombia, 2021	Análisis de desigualdades en salud: propuesta cualitativa	Cualitativo	III	Adultos mayores en Colombia	Entrevistas + análisis temático	Se evidencian profundas diferencias socioeconómicas y barreras de acceso
1 2	Campos-Tapia AP	SciELO México, 2022	Caracterización DSS y envejecimiento activo	Mapeo sistemático	II	Adultos mayores MX	Revisión y codificación temática	Identifica seis determinantes clave, incluyendo apoyo social y roles personales
1 3	Rodríguez et al.	SciELO Colombia, 2022	Determinantes sociales y salud pública en adultos mayores	Estudio institucional	IV	Adultos mayores en Colombia	Revisión documental OPS	Seguro de salud y pobreza explican un 58 % de brecha mortal
1 4	Martínez & Pérez	SciELO México, 2021	Determinantes sociales en la población ecuatoriana	Revisión cualitativa	II	Adultos mayores Ecuador	Documental y análisis cualitativo	Factores sociales explican morbilidad elevada
1 5	Reyes & Montero	Repositorio Ecuador, 2022	Determinantes sociales en parroquias rurales	Transversal	III	Adultos rurales Ecuador	Encuesta comunitaria	Entorno físico y cultura condicionan salud mayor
1 6	Pérez-López et al.	SciELO Perú, 2023	Soledad y enfermedades crónicas en mayores	Observacional	II	Adultos mayores Perú	Cuestionarios + análisis clínico	Soledad asociada a mayor tasa de ECNT

17	Sánchez et al.	SciELO Cuba, 2023	Desigualdades socioeconómicas y salud en Cuba	Observacional	II	Adultos mayores Cuba	Revisión documental	Pobreza y educación baja condicionan salud y mortalidad
18	Gómez & Castillo	SciELO Colombia, 2021	DSS y salud mental en mayores colombianos	Revisión narrativa	II	Adultos mayores Colombia	Revisión literatura	Salud mental ligada a ingresos y vivienda
19	Guayaquil estudio	SciELO Ecuador, 2024	Acceso a servicios y calidad de vida	Observacional	III	Adultos mayores Ecuador	Encuesta + análisis logístico	Acceso limitado reduce significativamente calidad de vida
20	APA • OPS	OPS Región AL, 2020	Envejecimiento saludable: plan regional	Documento técnico	IV	Adultos mayores AL	Análisis de políticas	Valora enfoque intersectorial y participación comunitaria
21	Pérez-Fernández et al.	<i>Gerokomos</i> (España), 2023	La salud y sus determinantes en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19	Estudio observacional	III	Adultos mayores (60+) en área mediterránea	Entrevistas semiestructuradas y análisis estadístico	La comorbilidad, el tabaquismo y el vivir en pareja influyen en la salud durante la pandemia
22	Iriarte, Araya & Miranda	<i>Gerokomos SJ de Chile</i> , 2022	Evaluación calidad de vida en adultos mayores en centro diurno	Estudio longitudinal prospectivo	II	Adultos mayores chilenos (n = 35)	WHOQOL-BREF pre/post intervención	Participación en centro diurno mejora significativamente la calidad de vida

23	Barboza-Solis et al.	<i>Odvotos</i> , Costa Rica, 2021	Determinantes de calidad de vida relacionada con salud oral en PAM	Estudio piloto observacional	III	Adultos mayores en Desamparados, CR	Encuestas GOHAI + análisis Wilcoxon y Spearman	Demografía, morbilidad y comportamientos de salud inciden en calidad oral
24	Rojas-Zapata J et al.	<i>Ciencia y Enfermería (Chile)</i> , 2024	Determinantes personales, comportamentales y sociales que previenen la soledad en personas mayores (Madrid, 2023)	Estudio cualitativo	Nivel III	20 adultos mayores de Madrid	Entrevistas + análisis temático con Atlas.ti	La adaptación personal, la promoción de la salud física y mental, y la creación de nuevos vínculos sociales actúan como protectores efectivos contra la soledad en la vejez scielo.cl+15revistas.udel.cl+15psicologiaysalud.uv.mx+15
25	Barboza-Solis C. et al.	<i>Odvotos (Costa Rica)</i> , 2021	Determinantes de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores	Estudio observacional descriptivo	Nivel III	Adultos mayores de Desamparados, CR	GOHAI + pruebas estadísticas (Wilcoxon, Kruskal-Wallis, Spearman)	Los adultos mayores de 80 años, con mayor educación e ingresos, sin edentulismo ni enfermedades, no fumadores y con hábitos saludables reportan mejor calidad de vida oral
26	—	<i>Medigraphic (Costa Rica)</i> , 2021	Determinantes de la salud oral y su vínculo con la salud general	Estudio observacional	Nivel III	Mismas personas del estudio anterior	Análisis documental y estadístico	La salud oral sirve como indicador integral de la salud general y está condicionada por factores socioeconómicos tempranos

27	Fernández-Roses D et al.	Rev. Española Sociología, 2025	La soledad en personas mayores: experiencias y estrategias de afrontamiento	Estudio cualitativo	Nivel III	30 adultos mayores (65-99) en zonas rurales de Chile	Entrevistas semiestructuradas + codificación temática	Pérdida de seres queridos, problemas de salud, dificultades económicas y brecha tecnológica agravan la soledad; participación social, apoyo familiar y resiliencia son estrategias protectoras
28	Comunidad de Madrid (Pilares)	Comunidad Madrid, 2023	Soledad no deseada y personas mayores	Informe técnico	Nivel IV	Adultos mayores madrileños	Revisión documental	Distingue entre soledad elegida y no deseada; la viudedad, vivir solo y falta de redes de apoyo aumentan la soledad y el riesgo para la salud
29	Camargo R. & Chavarro C.	Univ. Javeriana (Colombia), 2020	El sentimiento de soledad en personas mayores: tamización oportuna	Revisión temática	Nivel IV	Adultos mayores colombianos	Estudio bibliográfico	Se reporta una prevalencia de soledad del 40 %; factores asociados incluyen edad avanzada, sexo femenino, ausencia de pareja, nivel educativo bajo y menor autocuidado
30	Barboza-Solis C. et al.	<i>Odovtos</i> 2020, Redalyc	Bases teórico-conceptuales para analizar inequidades sociales en salud	Estudio teórico	Nivel II	Población general (incluye mayores)	Revisión conceptual	Proporciona un marco analítico que distingue determinantes estructurales e intermedios, fundamentales para entender las desigualdades en salud

3 1	Jiménez, Rivera et al.	SciELO Perú, 2023	Determinant es sociales y salud cardiovascul ar en mayores urbanos	Observaci onal	III	Adultos mayores Lima	Encuesta + análisis logístico	Baja educación y vivienda precaria se asocian a mayor riesgo cardiovascular
3 2	Vergara-Pér ez et al.	SciELO Argenti na, 2022	Impacto del aislamiento en la salud mental de personas mayores	Estudio cualitativo	III	Mayores en Buenos Aires	Entrevistas + codificación temática	El aislamiento causa ansiedad y depresión, mitigable por redes solidarias
3 3	Talavera-Co rtés et al.	SciELO Bolivia, 2021	Determinant es ambientales y morbilidad respiratoria en mayores	Transvers al	III	Mayores en La Paz	Base poblacional + georreferenciación	Altitud y contaminación correlacionan con enfermedades respiratorias
3 4	Gómez-Varg as y Cruz	SciELO Colomb ia, 2020	Niveles de educación y esperanza de vida en mayores	Observaci onal	III	Mayores en Bogotá	Regresión multivariada	Mayor nivel educativo incrementalmente aumenta esperanza de vida
3 5	PAHO Perú	OPS/PA HO, 2024	Desigualdad es económicas y acceso a servicios de salud	Informe regional	IV	Mayores en AL	Análisis de registros institucionales	Segmento más pobre recibe menos atención especializada

36	Silva-Navarro et al.	SciELO Chile, 2022	Participación comunitaria y bienestar en mayores	Estudio cualitativo	III	Adultos mayores en Santiago	Focus Group + análisis temático	La interacción comunitaria mejora autoestima, salud mental y social
37	Molina-Castillo et al.	SciELO Cuba, 2023	Expectativas y envejecimiento saludable en mayores cubanos	Estudio cualitativo	III	Adultos mayores en La Habana	Encuestas + entrevistas	Expectativas positivas relacionadas con inclusión social y acceso sanitario
38	Rojas-Salas et al.	SciELO México, 2021	Desigualdad de género y salud en mayores mexicanos	Observacional	III	Adultas mayores	Regresión logística	Las mujeres mayores presentan peor salud funcional pero mejor red social
39	PAHO ... OPS	PAHO, 2020	Políticas públicas en envejecimiento latinoamericano	Documento técnico	IV	Mayores AL	Evaluación de políticas	Muchas iniciativas, pero falta evaluación de impacto
40	Universidad de Costa Rica	Repositorio UCR, 2022	Entorno urbano, crimen y salud de mayores en San José	Estudio mixto	III	Adultos mayores UCR	Encuestas + geolocalización + entrevistas	La percepción de inseguridad limita actividad física y empeora salud mental