



## **Instituto de Altos Estudios Nacionales**

Escuela de Gobierno y Administración Pública

Especialización en Gestión Pública

### **Condición de vida de las personas adultas mayores en el Ecuador**

Tesina para la obtención del grado de especialista en Gestión Pública.

Autor: Hugo Lautaro Lucero Luzuriaga  
Tutor: Dr. Santiago Illescas Correa

Quito D.M., 2014

*A; María Eugenia, Esteban Mauricio,  
Juan Sebastián  
y a mi compañera de siempre: Nimia*

## **Agradecimiento**

A todas y todos que han hecho posible que esta tesina sea una realidad.

De manera especial mi agradecimiento al Dr. Santiago Illescas Correa, tutor de la tesina, a la PhD Lucía Oña y mi reconocimiento y gratitud muy especial al Dr. César Hermida Bustos, destacado profesional médico, quien me motivó en el tema y me encausó a que me inicie a laborar para la población adulta mayor, misma que tanto ha dado y que poco o nada recibe de la sociedad.

Finalmente mi agradecimiento a mi esposa e hijos, que supieron comprenderme y estimularme en los momentos más críticos de un ser humano, cuando quiere estudiar y es presa del dolor, a ellos que Dios los bendiga.

## INDICE

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO 1: REFERENCIAL TEORICO.....</b>	<b>9</b>
1.1. Conceptos: adulto mayor, vejez y envejecimiento.....	9
1.2. Las políticas públicas sociales (adulto mayor).....	12
1.3. Diseño e implementación de las políticas públicas sociales.....	14
1.4. Planes y programas sociales para las población adulta mayor en Ecuador.....	18
1.4.1. Plan Nacional para el Buen Vivir 2012.2013.....	19
1.4.2. Programas.....	20
1.4.2.1. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).....	21
1.4.2.2. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).....	23
1.4.2.3. Ministerio de Salud Pública (MSP).....	24
1.4.2.4. Ministerio de Turismo.....	24
1.4.2.5. Vicepresidencia de la República.....	24
1.4.2.6. Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS).....	25
1.4.2.7. Sistema de Rentas Internas (SRI).....	25
1.4.2.8. Centros Gerontológicos.....	25
1.4.2.9. Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas (INIGER).....	26
1.5 Marco Normativo para el adulto mayor.....	26
1.5.1. Articulado de la Constitución 2008 en relación al adulto mayor.....	27
1.5.2. Normativas principales sobre derechos de la población adulta mayor.....	31
1.5.2.1. Ley del Anciano.....	33

<b>CAPITULO 2: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CONDICIÓN DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN ECUADOR.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1. Condición de vida del adulto mayor antes del 2007.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.1. Datos sobre la población adulta mayor antes del 2007.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.2. Políticas y Programas de Protección Social (PPS).....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.3. Programa Aliméntate Ecuador.....</b>	<b>39</b>
<b>2.1.4. Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS).....</b>	<b>39</b>
<b>2.1.5. Políticas Públicas para la población adulta mayor.....</b>	<b>39</b>
<b>2.2. Condición de la población adulta mayor en el período 2007-2013 (R.C.).....</b>	<b>41</b>
<b>2.2.1. Situación demográfica.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2.2. Esperanza de vida.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2.3. Características socioeconómicas.....</b>	<b>42</b>
<b>2.2.4. Salud.....</b>	<b>44</b>
<b>2.2.5. Acceso a los servicios de salud.....</b>	<b>45</b>
<b>2.2.6. Educación.....</b>	<b>47</b>
<b>2.2.7. Vivienda.....</b>	<b>47</b>
<b>2.2.8. Cuidado de las personas.....</b>	<b>48</b>
<b>2.2.8.1. Accidentes.....</b>	<b>51</b>
<b>2.2.9. Violencia.....</b>	<b>51</b>
<b>2.2.10. Participación social.....</b>	<b>52</b>
<b>2.2.11. Seguridad social.....</b>	<b>52</b>
<b>2.2.12. Pensión universal.....</b>	<b>53</b>
<b>2.2.13. Situación laboral.....</b>	<b>53</b>
<b>2.2.14. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE I 2009-2010).....</b>	<b>53</b>
<b>2.2.15. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES: 2012-2013).....</b>	<b>55</b>
<b>2.3. Resultados: Condición de la población adulta mayor en Ecuador.....</b>	<b>56</b>

<b>2.4.</b>	<b>Lo que no se visibiliza.....</b>	<b>60</b>
<b>2.5</b>	<b>Desafíos ante un entorno adverso.....</b>	<b>62</b>
<b>2.6.</b>	<b>Estereotipos negativos ante el adulto mayor.....</b>	<b>64</b>
 <b>CAPITULO 3: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>		<b>66</b>
<b>3.1.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>66</b>
<b>3.2</b>	<b>Recomendaciones.....</b>	<b>69</b>
 <b>CAPITULO 4: PROPUESTA DE MEJORA.....</b>		<b>75</b>
 <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>		<b>80</b>

## INTRODUCCION

Uno de los problemas que está enfrentando el mundo y por ende nuestro país es el acelerado proceso de transformación demográfica, caracterizado por el aumento considerable de la población adulta mayor, debido al incremento de la expectativa de vida con disminución de la mortalidad y fecundidad, que conlleva a la aparición de nuevos retos que tiene que afrontar el Estado. En nuestro país considerado como en vías de desarrollo, el problema hasta hace poco no visibilizado, va adquiriendo caracteres preocupantes que están obligando a los actores políticos a tomar acciones inmediatas y mediatas, y es por ello que las políticas públicas relacionadas con este tema desde hace pocos años se han ido implementando, especialmente en este último período democrático denominado de la “Revolución Ciudadana”.

Nos motivó a tratar este tema por ser de actualidad , humano , universal y que directa o indirectamente entra en el campo de la gestión pública, materia de nuestro estudio, además de que todas y todos como ciudadanos somos potenciales miembros de la población adulta mayor que requiere de atención urgente y prioritaria.

Tiene como objetivo conocer la situación actual de la población adulta mayor en el Ecuador pero relacionándola con años anteriores, para disponer de información concreta y actualizada que nos permitan realizar los análisis y sacar las conclusiones en función de aportar desde la Academia con criterios y/o sugerencias a los entes correspondientes, que vayan en beneficio de este grupo etario.

Para el estudio nos basamos como fuentes primarias y secundarias de documentos, que fueron recopilados, analizados y seleccionados en función del tema tratado. No se pudo contar con una adecuada información correspondiente a la época del Ministerio de Bienestar Social (MBS), debido a los conflictos sociales que reporta nuestra historia nacional, en cambio se dispone actualmente de buena y amplia información, pero con el inconveniente de que los datos se encuentran muy dispersos y que generan muchas duplicidades por la concurrencia de varios actores que trabajan sin una adecuada coordinación.

La tesina consta de algunos capítulos, descritos en la siguiente secuencia: el capítulo 1 se refiere al marco teórico en donde se da a conocer conceptos sobre el adulto mayor, vejez, envejecimiento, políticas públicas sociales, diseño e implementación de las mismas y planes y programas existentes en nuestro país sobre el adulto mayor con énfasis en el Plan Nacional del Buen Vivir.

El capítulo 2 contiene información de la condición de vida del adulto mayor en el Ecuador del período anterior al 2007 y de amplia información del período denominado de la “Revolución Ciudadana”, del 2007 hasta nuestros días, y concomitadamente se establece un análisis comparativo entre estos dos espacios de tiempo planteados para el presente estudio.

En el capítulo 3 exponemos las conclusiones y recomendaciones de la situación del adulto mayor en el Ecuador, como productos de los resultados de la confrontación y análisis de la información de los dos períodos mencionados.

En el capítulo final que es el 4, planteamos una propuesta que pueda servir como insumo para la implementación de políticas públicas sociales, planes, programas y otras acciones que redunden en beneficio de la población adulta mayor.

Creemos que como estudiantes de la especialización de Gestión Pública, debemos aportar de alguna manera a la sociedad y por ende este estudio lo presento como contribución a una población hoy denominada prioritaria (no vulnerable) a sabiendas que potencialmente soy parte de la misma, además de que aspiro que estos contenidos se constituyan en fuente para futuras investigaciones así como puedan ser la motivación para nuevos trabajos sobre la problemática nacional y mundial de la población adulta mayor.



## **CAPITULO 1: Referencial Teórico**

### **1.1 Conceptos: adulto mayor, vejez y envejecimiento**

La palabra adulto mayor tiene un uso relativamente reciente sabiendo que anteriormente se utilizaba para designar a esta persona como de la tercera edad o anciano. En relación a la edad de inicio para ser adulto mayor es relativa, variando en diferentes países y organizaciones, sin embargo de lo cual y para fines de este estudio tomamos la edad de 65 años que es la que reza la Constitución de la República del Ecuador de 2008 que en su art. 36 dice: “.....Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad” , además de que “... las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia”. (Constitución del Ecuador, 2008)

La población adulta mayor es un grupo importante que se ha encontrada discriminada y abandonada a pesar de que está integrada por personas que nos dieron la vida y lo que es paradójico el hecho de que todas y todos somos potenciales integrantes de este grupo poblacional.

Implícito en el concepto de Adulto Mayor están los conceptos de vejez y envejecimiento que conllevan a varias interpretaciones y connotaciones debido a una serie de variables como son: el aumento progresivo de la esperanza de vida, mejora de la calidad de vida, avances médicos y tecnológicos, y a lo que actualmente se da mucha importancia, la actitud de la persona hacia su edad cronológica, que no siempre es igual en todas las personas.

Definiciones de envejecimiento existen varias, como enfoques se tengan para su estudio, así: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento es un tema muy controvertido y al hablar de concepto se refiere a un: “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo

de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales". (OMS. Informe Técnico 584, pág. 12)

El envejecimiento según varios autores y en referencia a lo que preconiza el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), debe ser considerado como un proceso activo, digno y seguro y sus políticas actuales van orientadas a hacer que las personas adultas mayores puedan acceder al buen vivir.

### **Criterios para definir la vejez**

Es difícil definir lo que es la vejez, sin embargo todos tenemos una idea abstracta de lo que significa. Existen diversos criterios para definirlo, siendo uno de ellos el basado en el análisis que sobre el tema hace Raquel Langarica Salazar (2005), en un estudio de la Universidad Autónoma de Madrid, a saber:

**Criterio Cronológico:** posiblemente el más utilizado, basado en la edad medida en años, sin embargo de lo cual tiene varias contradicciones como el hecho de que la vejez es subjetiva, habiendo personas que envejecen más rápido que otras, por lo que este criterio es de uso restringido para estudios socio-epidemiológicos, aunque es práctico para la aplicación de políticas públicas sociales como en el caso del Estado ecuatoriano que se le considera “viejo” o persona adulta mayor cuando cumple los 65 años.

**Criterio Biológico:** relacionado con el desgaste de órganos y tejidos y por lo tanto el inicio de la vejez sería cuando este desgaste se hace perceptible. Es importante mencionar que este envejecimiento no es igual en todas las edades, habiendo unas edades que envejecen más lentamente que otras, y aún más, ciertas estructuras envejecen más rápido que otras, todo esto conlleva a plantearnos el hecho de que no es un criterio tan confiable para estudios.

**Criterio Funcional:** muy utilizado y se refiere a la vejez como la pérdida progresiva de las funciones físicas, psíquicas e intelectuales, existiendo una relación con la enfermedad. Este criterio fue muy utilizado desde la antigüedad, de ahí que ya Galeno consideraba a la vejez “como un estado intermedio entre la salud y la enfermedad”. Este criterio es rebatido por algunos autores al saber de la existencia cada vez más de personas que siendo adultas mayores viven independientes, por ello muchos estudiosos del tema plantean la división en una tercera y cuarta edad, división que tiene su orden práctico para la formulación de acciones y políticas públicas. La tercera edad comenzaría con el cese de la actividad profesional y la cuarta edad se iniciaría con la pérdida de la autonomía física, mental y económica; estos criterios llevan a la presentación de dos tipos de población muy diferentes que inducen a pensar que sus tratamientos también serían distintos.

**Criterio socio-laboral:** preconiza que la vejez comienza con la jubilación, tema muy de actualidad aunque no práctico por las diferencias notables entre personas en los aspectos económicos, sociales y culturales.

En definitiva, el envejecimiento es un proceso irreversible, pudiendo también hablarse de: proceso fisiológico cuando se dan varios acontecimientos calificados como normales que llevan a esta vejez, y de: proceso patológico cuando a lo anterior se suma enfermedades a veces incluso catastróficas que determinan un cambio en la evolución del envejecimiento.

Es indudable que en este proceso influyen factores endógenos como la herencia, el sexo, raza, etc. que no podemos intervenir, pero también factores exógenos relacionados con el medioambiente y fundamentalmente con nuestros estilos o hábitos de vida.

En lo referente a la apreciación del adulto mayor, la población en general cae en diversos sesgos, a saber:

- 1.- Pensar que el joven tiene más valor que el adulto mayor relacionando este criterio con lo económico y seguramente con lo productivo; cuando conocemos que el adulto mayor por su condición va a producir potencialmente menos.

2.- Formulación de políticas públicas en favor de la población en general sin considerar el ámbito en el cual se desenvuelven los adultos mayores.

3.- Considerar que los adultos mayores son incapaces de aprender, por lo que las oportunidades para el aprendizaje se ven disminuidas; pero conocemos que estas personas si bien aprenden más lentamente que un joven, están en plena capacidad de aprender y aún aprehender conocimientos asociando con su experiencia.

En la concepción del tema envejecimiento, que mejor se debería hablar como deterioro o declinación, empieza a tener apogeo el llamado “envejecimiento activo”, término acogido a finales del siglo anterior pero que últimamente va tomado mayor interés a sabiendas de la necesidad de trabajar con procesos que induzcan a optimizar las oportunidades de bienestar para el adulto mayor, en varios campos de lo físico, mental y social, con los objetivos de mejorar la calidad de vida, la esperanza de vida y la productividad. Todo lo referido necesita de la atención de los poderes centrales y la intervención de lo privado, en la formulación de políticas públicas y la aplicación de planes y programas en bien de un grupo de personas cada vez más numeroso cual es el de la población adulta mayor.

Para el diseño e implementación de políticas públicas es necesario dar a conocer lo que manifiesta Silvio Aristizábal en la sección “Palabra Mayor” del matutino ecuatoriano “El Telégrafo” (26 de abril de 2014), al mencionar de que no hay que confundir vejez con envejecimiento, siendo este último un proceso de transcurso vital, desde que se nace estamos envejeciendo, y que justifica el principio de que: “vivir es envejecer”.

### **1.2.- Las políticas públicas sociales (adulto mayor)**

Existen muchas acepciones sobre política en función del enfoque que se quiere dar en relación al objeto tratado. Las políticas públicas representan una serie coherente y articulada de respuestas del Estado hacia los intereses, dinámicas y dentro de un contexto social.

César Hermida Bustos en el Telégrafo del 14 de febrero de 2013 (sección editorial), al hablar sobre el concepto de política pública manifiesta que: “una política es un principio o

propuesta de carácter universal, que debe normalizarse para que el Estado cumpla con la misma. Es la garantía de los derechos humanos”.

La política pública social tiene que ver con el bienestar de las personas a través de la acción social, considerándose como un conjunto de prácticas dentro del tratado de las ciencias sociales. Actúa dentro de un contexto social, político e institucional en donde se desarrolla el bienestar social, también estudia las relaciones del mercado en función del aumento o disminución del bienestar de las personas y siempre bajo un marco normativo que da prioridad a las aspiraciones sobre todo colectivas.

El estudio de políticas sociales tiene diferentes enfoques como objetivos se plantea así: se puede hacer una investigación como problemas sociales, llamase pobreza, desnutrición, etc., análisis de grupos específicos como adultos mayores, discapacitados, etc. y también un estudio de los servicios públicos. Concretamente en nuestro estudio estamos trabajando con un grupo específico cual es la población adulta mayor y enfocada sobre todo a sus necesidades en relación con los servicios públicos existentes.

Las políticas públicas sociales relacionadas con el adulto mayor tienen que partir del concepto de que el envejecimiento es un proceso activo y digno que involucra al campo del buen vivir y para ello hay que considerar que el adulto mayor es un ser que sigue siendo productivo en función de sus limitadas capacidades, por ende nunca debe de dejar de trabajar, y así lo enfoca inteligentemente César Hermida Bustos en su sección de editorial, de El Telégrafo del 6 de enero de 2013 ,al decir que el trabajo “...es realmente un privilegio, pero nadie debe “descansar” sino las horas recomendadas, y jamás pensar que es mejor “no hacer nada”.

### **1.3.- Diseño e implementación de las políticas públicas sociales**

Para el diseño e implementación de políticas públicas es necesario tener cierto tipo de referencias que nos orienten al estudio del tema envejecimiento, para ello se presentan dos propuestas o criterios:

1.- La primera se fundamenta en criterios orientadores de estudio basado en los enfoques de derechos, del ciclo de vida, de género y étnico.

2.-. La segunda se basa en lo que aplica actualmente el MIES tomando como base tres ejes, a saber: protección social básica, protección especial y participación social.

En relación a la primera propuesta, la utiliza la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en su “Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador” publicado en abril de 2007. El enfoque de derechos es trascendental para la implementación de políticas públicas ya que como señala Abramovich (2006), los derechos son atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas y por ende a la implementación de mecanismos de garantía o responsabilidad dados fundamentalmente por el Estado. Dentro de este enfoque estaría la necesidad de incorporar los derechos de los adultos mayores a políticas, leyes y regulaciones, así como de crear estrategias de monitoreo sobre la aplicación de las políticas públicas. En Ecuador la implementación de las políticas públicas con enfoque de derechos tiene su acervo mayor desde la Constitución del 2008, por ser una Constitución de derechos en donde se da importancia a los grupos vulnerables, hoy llamados de atención prioritaria y específicamente a la población adulta mayor, sin embargo de lo cual es necesario que los distintos actores sociales se hagan responsables del cumplimiento de estos derechos en los diferentes espacios de: trabajo, educación, salud, recreación, etc.

El enfoque de ciclo de vida mencionado también en el documento de la CEPAL-2007, que trata sobre el “Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador”, se refiere a que el envejecimiento es un proceso que se inicia desde que nacemos y por ende es necesario que se tomen todas las acciones para que la población adulta mayor tenga las

condiciones de vida dignas, a sabiendas que en este tiempo podrían tener una pensión mínima o carestía de recursos. Las acciones mencionadas estarían dadas por la implementación de programas y políticas públicas en los distintos ciclos de vida, como relacionadas con la salud, educación, recreación, etc. En Ecuador la implementación de estas políticas públicas en estos últimos años se evidencian en el Plan Nacional de Buen Vivir, sin embargo de lo cual no se termina de dar un tratamiento especial y diferenciado a la población adulta mayor en relación con otras personas ubicadas dentro del ciclo de vida.

Los enfoques de género y étnico, para el estudio de la población adulta mayor y por ende para la implementación de políticas públicas, tiene una importancia fundamental en el documento de la CEPAL 2006, en razón de una serie de análisis que ciertamente nos sirven para comprender que la edad cronológica sola no basta para un estudio del grupo en mención, antes por el contrario existen brechas de género y étnicas que inciden directa o indirectamente en las inequidades que se presentan en este colectivo. Es importante destacar lo que se ha demostrado en más de una ocasión en Ecuador, que quien nace en un hogar pobre, si es de sexo femenino o indígena, tendrá menos oportunidades que otra persona que esté en lo opuesto, todo esto nos hace reflexionar que la edad cronológica no es el único factor que interviene en el envejecimiento sino que inciden varios factores, de ahí que creo que es interesante transcribir lo que menciona Aranibar (2003) en el estudio citado de la CEPAL, en que “no se debe considerar que la pobreza, la dependencia, la enfermedad o la incapacidad son características inherentes a la vejez y si estas condiciones están presentes, tal situación está determinada por una serie de variables sociales, económicas y culturales distintas a la edad cronológica”(CEPAL,2007:21). Sin embargo de lo cual siendo realistas, en nuestro medio el género y lo étnico no siempre son tomados en cuenta para el análisis de los problemas del adulto mayor, que generarían la implementación de políticas públicas.

El MIES para la implementación de políticas públicas se basa en 3 ejes, claramente descritos en la Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013, a saber: protección social básica, protección especial y participación social.

**La protección social básica:** tiene las siguientes políticas: a).- Asegurar a las personas adultas mayores el acceso a servicios de salud integral, oportuno y de calidad. b).- Promover una educación continua, aprendizaje y reaprendizajes permanentes de las personas adultas mayores. c).-Asegurar el acceso de las personas adultas mayores al medio físico, vivienda digna y segura, transporte y servicios básicos. d).- Fomentar la inclusión económica a través del acceso a actividades productivas que generen ingresos. e).- Promover prácticas de cuidado a las personas adultas mayores con estándares de calidad y calidez. f).- Garantizar la universalización del derecho a la seguridad social de las personas adultas mayores. (MIES, 2012-2013)

**La protección especial:** tiene la política de prevención, protección y atención en todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual, laboral, económica, abandono sin referencia familiar, trata con fines de mendicidad o de cualquier otra índole, negligencia y discriminación que provoque tales prácticas. Esta política con los lineamientos correspondientes para su aplicación.

**La participación social:** tiene como política la de promover el protagonismo de la población adulta mayor en el ámbito familiar y comunitario con sus lineamientos respectivos.

Y específicamente al hablar de las políticas del MIES 2011-2013, podemos mencionar que parten de algo tan importante y que antes no tenía mayor trascendencia, cual es la planificación anclada en la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) y tomando como componente y antecedente fundamental el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 y la Agenda Social que es la herramienta de planificación del Concejo de Política Social Nacional.

Las políticas sociales no son trabajadas aisladamente por el contrario encuentran una articulación con las políticas económicas para poder llegar a luchar contra la pobreza y la injusticia social y de manera particular participar en labores con los grupos vulnerables



como es el caso de la población adulta mayor. Para hablar de políticas sociales es necesario recordar que el Régimen del “Buen Vivir” en la Constitución establece el Sistema Nacional de inclusión-equidad social, que aseguran el goce de los derechos y según lo determina la Constitución se guía por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad y solidaridad y debe funcionar bajo los criterios de calidad, eficacia, eficiencia, transparencia, responsabilidad y participación.(Constitución del Ecuador,2008)

Es imperativo mencionar que en el Plan Nacional de Desarrollo actual llamado el del “Buen Vivir”, se da un cambio en el paradigma de lo económico al indicar “... que no se concentre en los procesos de acumulación material, mecanicista e interminable de bienes, sino que promueva una estrategia económica incluyente, sustentable y democráticas es decir que incorpore a los procesos de acumulación y redistribución a los actores que históricamente han sido excluidos de la lógica del mercado capitalista, así como aquellas formas de producción y reproducción que se fundamentan en principios diferentes de dicha lógica.....” (PNBV, 2009-2013). Esto es aplicable como positivo para el grupo vulnerable y discriminado como es la población adulta mayor.

Ya en el campo del adulto mayor, el MIES a partir del año 2009 a través de la Dirección Nacional de Atención Integral Gerontológica, tiene una clara política cual es la de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de la población adulta mayor, para un envejecimiento activo, digno y seguro que permitirá integrarlas al desarrollo social, económico, político y cultural del país a través de su participación y empoderamiento desde el Estado, la sociedad civil y la familia en aras de acceder al buen vivir.

Al respecto, la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE 2009-2010), realizada en Ecuador, inicia su presentación manifestando que este estudio: “estimule a la definición de políticas, planes y programas para que los diferentes sectores se replanteen en programas y servicios en función del creciente número de adultos mayores que requiere de una atención diferente en todos los servicios; teniendo presente que el adulto mayor puede seguir siendo útil, al nivel de la familia y de la sociedad, y puede continuar aportando al

desarrollo”. Lo interesante es que se hace hincapié en el tema adulto mayor y desarrollo rompiendo ciertos paradigmas de años anteriores. Ya en lo referente a la política pública se sugiere trabajar en los temas: empleo y protección social, participación e integración social, educación y ciudadanía, entornos saludables, estilos de vida saludables y cuidados de salud, nutrición y tiempos libres. (SABE, 2009-2010)

#### **1.4.- Planes y programas sociales para la población adulta mayor en Ecuador**

En este acápite nos referiremos a los planes y programas implementados desde el 2007 en adelante a sabiendas que del año 2006 y anteriores no se registra mayor información y de lo que pudimos recabar se expone en el capítulo relacionado con la situación de la población adulta mayor antes de 2007.

##### **1.4.1.- Plan Nacional Para el Buen Vivir 2013- 2017**

Los Objetivos Nacionales para el Buen Vivir vinculados a los grupos de atención prioritaria y particularmente las personas adultas mayores son:

**Objetivo 2:** Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social territorial, en la diversidad. El reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos implica la consolidación de políticas de igualdad que eviten la exclusión y fomenten la convivencia social y política. Las políticas de este objetivo relacionadas con el adulto mayor se orientan a: generar condiciones para la inclusión económica y erradicación de la pobreza, garantizar el acceso a los servicios de salud y educación, erradicar toda forma de discriminación y violencia, garantizar la protección y la seguridad social y garantizar el Buen Vivir rural en armonía con los espacios urbanos.

**Objetivo 3:** Mejorar la calidad de vida de la población. La vida digna requiere del acceso universal y permanente a bienes superiores, así como de la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. Las políticas de este objetivo se orientan a: mejorar la prestación de los servicios de atención que componen el sistema

Nacional de Inclusión y Equidad Social, ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud, garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral en salud, promover hábitos de alimentación nutritiva y saludable y fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y al uso del tiempo libre a actividades físicas, deportivas y recreativas.

**Objetivo 4:** Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía. La libertad individual y social exige la emancipación del pensamiento. El conocimiento debe ser entendido como un proceso permanente y cotidiano, orientado hacia la comprensión de saberes específicos y diversos en permanente dialogo. Las políticas de este objetivo se orientan a: promover espacios de educación y capacitación permanentes e impulsar el diálogo intercultural.

#### **1.4.2.- Programas**

En lo que se refiere a programas del Gobierno que se han implementado desde el 2007 hasta la fecha con el objetivo de atender a la población adulta mayor, presentaré una síntesis de lo que nos informa la Agenta de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013, en la misma que si bien se destaca la labor del MIES , también se da a conocer otros programas de diferentes actores, sin embargo de lo cual es importante mencionar que el MIES es el responsable principal de llegar con las políticas sociales en favor de la población adulta mayor. Para una adecuada comprensión del tema, presentaré por instituciones y en forma cronológica los principales programas implementados, a saber:

##### **1.4.2.1.- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)**

Hasta antes del 2007 la parte social del Ecuador lo lideraba el Ministerio de Bienestar Social (MBS), mismo que con la poca información que disponemos, conocemos que tenía una acción clientelar y asistencialista pero actualmente se da un cambio con la llamada “Revolución Ciudadana” siendo reemplazada por el MIES, con el objetivo de trabajar por

la ciudadanía del Buen Vivir. Su labor está basada en 3 ejes a saber: revolución de la política, revolución institucional y revolución de la gestión.

**Revolución Política:** El MIES habla de un cambio radical de la implementación de una política asistencialista, paternalista, clientelar a una política incluyente no discriminatoria, como en el caso específico a las personas adultas mayores y lo que resalta que todo está amparado por una Constitución de Derechos como es la del 2008, que tiene enorme trascendencia en el campo del grupo humano en estudio. En resumen es una política en donde se da la construcción de la ciudadanía y el tejido social. (MIES , 2012-2013)

**Revolución Institucional:** De un Ministerio de Bienestar Social, ineficiente, desarticulado, débil y carente de los recursos necesarios a una Institución con objetivos claros, articulado y que labora en función de las demandas del conglomerado social, según el propio MIES. (MIES , 2012-2013)

**Revolución en Gestión:** Según el MIES, de una gestión centralizada, ineficiente, segmentada e individualiza a la gestión actual que dice ser descentralizada, desconcentrada, transparente, articulada que cohesiona y construye ciudadanía en todos los territorios y que se puede visibilizar por los siguientes hechos: eliminación del Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), como ente privado para dárselo a lo público , desconcentración del MIES, protección social en base a algunos programas siendo el Bono Desarrollo Humano (BDH), que llega actualmente a los 50 USD, el que tiene mayor impacto en la población. Gestión del MIES con otra visión, enfocando al adulto mayor que estaba recluido en ancianatos, y se lo apreciaba como inútil, enfermo y abandonado pasa a constituirse en un ser con derechos y con un envejecimiento, digno, activo y seguro. (MIES , 2012-2013). Y en base a lo enunciado se trabaja para la población adulta mayor con los siguientes programas y propuestas mencionadas por año de implementación, a saber:

2011: Propuesta de política pública para las personas adultas mayores, todavía en revisión y que pretende garantizar todos los derechos a las personas adultas mayores fundamentalmente en salud, seguridad, vivienda y otros. (MIES, 2012-2013)

2011: Programa de Atención Integral Gerontológica, que para alcanzar su objetivo busca conformar una red que trabaje con un modelo de atención en servicios gerontológicos como: salud, nutrición, ocupación, recreación, etc. (MIES, 2012-2013).

2009: Jubilación Universal no Contributiva, que trata de mitigar la pobreza mediante la entrega de una compensación monetaria directamente al adulto mayor buscando progresivamente llegar a cubrir al 100% hasta finales del 2013. (MIES, 2012-2013)

2009: Proyecto Adulto Mayor, que promovía la práctica de hábitos saludables y sobre todo la entrega de un complemento alimentario, sin embargo actualmente está suspendido este programa por no cumplirse con los objetivos.

2011: Campaña Nacional de Sensibilización, que busca visibilizar un problema grave de la población adulta mayor cual es la discriminación en todos los órdenes, desde problemas para el acceso de atención en salud y vivienda hasta exclusión y violencia, para hacer que el envejecimiento sea más digno. (MIES, 2012-2013)

2011: Propuesta Preliminar de Estándares de calidad de Atención a los Adultos Mayores, con enfoque de derechos, que se empeña en disponer de servicios de calidad y otros espacios que laboren en función de un parámetro de evaluación cual es la calidad. (MIES, 2012-2013)

2011: Planes y programas de direcciones provinciales de Gerontología a escala nacional. Las Direcciones de Gerontología implementan proyectos y programas a nivel nacional en base a los temas planteados en la “Declaración de Brasilia” (Conferencia intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe celebrada en

Brasilia-Brasil, entre el 4 y el 6 de diciembre de 2007). (MIES 2012-2013). Y además de que el MIES en base a su nuevo modelo de gestión también trabaja en:

- Formación de promotores comunitarios (beneficiarios de BDH), para la atención de personas adultas mayores.
- Inclusión de adultos mayores y sus familias en proyectos productivos
- Fortalecimiento del asociativismo con organizaciones de personas adultas mayores y redes sociales. (MIES , 2012-2013)

#### **1.4.2.2.- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)**

2007: Programa del Adulto Mayor destinado a la atención de los jubilados del IESS en las áreas de promoción, prevención y cuidado integral de la salud, a fin de mejorar las condiciones física, mental y emocional de estas personas, con actividades recreativas, paseos, caminatas, bailoterapia, cocina, alimentación saludable y otras.

2010: Seguro de Pensiones (pago de pensiones jubilares a los adultos mayores con incremento de acuerdo a la realidad fiscal nacional). (MIES, 2012-2013)

#### **1.4.2.3.- Ministerio de Salud Pública (MSP)**

2010: Elaboración de Normas y Protocolos de Atención Integral al Adulto Mayor. En efecto en mayo del 2010 se hace el lanzamiento del documento en mención a cargo del Ministro de Salud Pública, documento que sigue siendo el guía para la atención del adulto mayor por parte de los respectivos profesionales. (MIES, 2012-2013)

2011: Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores, que promueve el trabajo colectivo y coordinado de varias instituciones que tienen que ver con la población adulta mayor, este Plan fue presentado en noviembre de 2011 y diseña las estrategias fundamentales en el marco del Plan de Acción Regional OPS/OMS, adaptado a la realidad nacional. Además de establecer las actividades que deben realizar las distintas instituciones,

establece mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación, puestos a consideración de lo público y privado. (OPS/OMS, 2011)

2007: Programa de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores, que se encamina a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor enfocando la atención de la salud en todas las unidades de atención hospitalaria y áreas sociales. (MIES, 2012-2013)

#### **1.4.2.4.- Ministerio de Turismo**

2010: PLANDETUR: Plan de Turismo, que promueve el derecho al turismo que tienen los adultos mayores. (MIES, 2012-2013)

#### **1.4.2.5.- Vicepresidencia de la República**

2009: Misión Solidaria Manuela Espejo, que trabaja en favor de los discapacitados y por ende con un importante número de personas adultas mayores por cuanto el envejecimiento conlleva tarde o temprano a discapacidades. (MIES, 2012-2013)

2010: Sistema de acogida a Personas con Discapacidad Severa, por medio del cual se entrega el Bono Joaquín Gallegos Lara por la cantidad de 240 USD mensuales. (MIES, 2012-2013)

#### **1.4.2.6.- Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS)**

2007: Eliminación de barreras físicas y arquitectónicas para personas con discapacidad, que promueve la adecuación de espacios públicos a igual que de viviendas que permitan el desenvolvimiento para discapacitados y por ende para adultos mayores con este problema. (MIES, 2012-2013)

#### **1.4.2.7.- Sistema de Rentas Internas (SRI)**

2010: Aplicación de deducibles y exoneración del pago de impuestos, que consiste en la devolución del impuesto al valor agregado con monto máximo mensual. (MIES, 2012-2013)

#### **1.4.2.8.- Centros Gerontológicos**

El MIES como instancia de atención gerontológica tiene su propio modelo de gestión y atiende a la población adulta mayor con un equipo multidisciplinario. Atención en base a 3 modelos: centros residenciales, atención diurna, atención domiciliaria. Se conoce que en el Ecuador existen 13 centros gerontológicos de administración directa y 151 organizaciones civiles que trabajan en beneficio de los adultos mayores. (MIES, 2013)

#### **1.4.2.9.- Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas (INIGER)**

El INIGER abre sus puertas en el año 2011 en la población de Vilcabamba perteneciente a la provincia de Loja, población escogida por estar asentada en un paraje primaveral de donde son oriundos y viven un alto porcentaje de adultos mayores que induce a los estudiosos a buscar los causales del “Valle de la Longevidad” como ha sido catalogada Vilcabamba. El Gobierno Nacional construye este Instituto con el objetivo de que se convierta en el centro de investigaciones gerontológicas y como dice Verónica Serrano Valarezo, Directora Nacional del MIES-INIGER , al hacer la introducción del Informativo de Gestión del MIES-INIGER , correspondiente a noviembre 2012: “.....como un Instituto público encargado de generar información científica de alta calidad técnica y pertinencia social, que dé cuenta de las condiciones de vida de la población adulta mayor, en los ámbitos, económico, cultural y social”. (MIES-INIGER, 2012). La misión del INIGER está enfocada a todos los temas de la población adulta mayor y por ende El INIGER tiene muchos productos según manifiesta Noralma Ordóñez, Directora del INIGER-Loja, sin embargo de lo cual en agosto del 2013 pasó el edificio donde funcionaba el INIGER en Vilcabamba, a poder de la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología



e Innovación (Senescyt). Se menciona que ahora en este edificio funcionará el Instituto de Formación Técnica y Tecnológica Territorial, donde se capacitará al talento humano en el ciclo de vida, es decir se formará a parvularios y a personas que trabajen con grupos de atención prioritaria. La capacidad del edificio es para 200 personas y a futuro la Senescyt ampliará la infraestructura en base a los informes topográficos que realiza actualmente la Coordinación Zonal del MIES.

### **1.5.- Marco normativo para el adulto mayor**

Al hablar del adulto mayor es necesario hacer referencia al marco normativo que nos da a conocer la situación legal en la que se encuentra inmersa esta población. Comenzaremos precisando de la existencia de una nueva Constitución expedida en el 2008, misma que le da mucha importancia, siendo la primera Constitución que les da cabida , reconoce y garantiza explícitamente todos sus derechos. Reconoce a los adultos mayores como de atención prioritaria en contraposición a las anteriores que lo consideraban como grupo vulnerable demostrando en forma indirecta cierta discriminación.

#### **1.5.1.- Constitución 2008 y población adulta mayor.**

La constitución del 2008 contiene varios artículos relacionados con la población adulta mayor, y en los mismos se menciona que recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. Es importante anotar para los fines pertinentes lo que dice el art. 36 de que: “.....se considerarán personas adultas mayores aquellas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad”, así también manifiesta la Constitución que el Estado formulará políticas públicas y más programas buscando la autonomía personal y sobre todo la participación del adulto mayor en la definición y ejecución de estas políticas públicas.

Dentro de las obligaciones que tiene el Estado se habla de una atención en centro especializados, protección de la explotación laboral o económica, motivación para la independencia en función de buscar la autonomía personal, protección contra cualquier

tipo de violencia, fomento de actividades recreativas y espirituales, protección y cuidado cuando sufran de enfermedades crónicas o degenerativas y algo muy interesante la adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

Además la Constitución habla de derechos cuando el adulto mayor es privado de su libertad, de que su voto será facultativo y los derechos a la integridad física, psíquica, moral y sexual. La Facultades de Jurisprudencia y afines organizarán y mantendrán servicios de defensa para los adultos mayores. Finalmente la Constitución se refiere a la erradicación del analfabetismo en la población adulta mayor y a la obligación del Estado a darles un seguro obligatorio.

### **1.5.2.- Normativas principales sobre derechos de la población adulta mayor**

Los derechos de la población adulta mayor han sido tratados a nivel mundial, existiendo una serie de declaraciones que en definitiva buscan acciones en favor de este grupo que es prioritario y que crece día a día. En general los derechos de la población adulta mayor se encuentran tratados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, sin embargo cada Estado busca, en sus diversos espacios, laborar por los adultos mayores a sabiendas que las poblaciones envejecen de una manera más o menos rápida a nivel mundial, no excluyéndose el Ecuador en donde la población adulta mayor que si bien aparentemente no representa un problema mayor, de seguro lo será dentro de muy poco tiempo.

En cuanto a la normativa podemos mencionar lo siguiente:

1990: Se declara al 1 de octubre como el Día Internacional del Adulto Mayor

1992: Se expide la Ley del Anciano con el objetivo de garantizar todos los derechos y acciones para el adulto mayor.

2000: Se contempla el voto facultativo para el adulto mayor en la Ley Orgánica de Elecciones.

2004.- Se contempla las exenciones para el pago de los impuestos por parte del adulto mayor en la Ley de Régimen Tributario Interno.

2004.- Se dicta la obligatoriedad de que los hijos e hijas atiendan a sus progenitores adultos mayores sobre todo en los casos de enfermedad o discapacidad a través de la normativa del Código de la Niñez y Adolescencia.

2006.- A través de la expedición de la Ley Orgánica de Salud, el Estado reconoce de interés nacional a las enfermedades catastróficas raras y huérfanas y por ende a las personas que lo sufran que serán consideradas como de doble vulnerabilidad, involucrando a la población adulta mayor que es proclive de padecer estas patologías.

2008.- Se expide la nueva Constitución llamada de Derechos en donde se habla de la población adulta mayor como “grupo de atención prioritaria”, teniendo el Estado una serie de obligaciones además la de proteger y ser garante de los derechos del adulto mayor.

2008.- Se expide la Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial, en la que se prioriza los derechos del adulto mayor tanto en lo que se refiere a la disminución en el cobro de tarifas cuanto en la protección y seguridad de transitar por las vías.

2010.- Se expide la Ley Orgánica de Seguridad Social, en la que se prioriza al adulto mayor en lo que se refiere a cubrir sus necesidades básicas y de la personas a su cargo cuando no pueda trabajar debido a su incapacidad senil.

2010.- Se expide la Ley Orgánica del Servicio Público, en donde se establece que todos los funcionarios y servidores públicos tiene derecho a la jubilación.

2010.- Se expide el Código Penal y Código de Procedimiento Penal y en lo referente al adulto mayor establece los atenuantes así como las penas sustitutas en caso del cometimiento de delitos.

(MIES , 2012-2013)

#### **1.5.2.1.- Ley del Anciano.**

La ley del Anciano se promulga el 6 de noviembre de 1991 en el registro oficial N° 127 RO.806 y entra en vigencia en 1992, en la Presidencia del Congreso de Fabián Alarcón y estando como Presidente Constitucional Rodrigo Borja Cevallos. Por primera vez en el Ecuador se emita una ley en favor de la población adulta mayor que se lo identifica como

anciano. Tiene un importante contenido y para los fines correspondientes expongo un resumen.

#### Disposiciones fundamentales

- Beneficiarios las personas que hayan cumplido los 65 años, nacionales o extranjeros.
- El objetivo es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales.
- El Estado de modo especial velará por el anciano desprotegido y abandonado y apoyará a las instituciones del sector privado que trabajen con este grupo humano y sin fines de lucro
- El Ministerio de Bienestar Social (MBS) será el encargado de la protección del anciano en coordinación con el Ministerio de Información y Turismo, Consejos provinciales y Consejos municipales.
- El Consejo Nacional de Salud y las facultades de Medicina incluirán en sus planes de estudio, programas y docentes de geriatría y gerontología que se ejecutarán en instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependan del MBS y MSP.
- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados brindarán atención al anciano en los aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Crease el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al MBS con sede en Vilcabamba.
- Créase la Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del MBS, para la protección de los derechos
- Los ancianos indigentes o desamparados serán ubicados en hogares de ancianos, estatales o privados.
- Las reclamaciones alimenticias serán planteadas en contra de aquellos parientes que tengan hasta el primer grado de consanguinidad.

- La medicación especializada que no se dispusiera, podrá ser importada libre del pago de impuestos previa autorización del MBS y MSP.
- Todo anciano con ingresos mensuales estimados de un máximo de cinco remuneraciones básicas unificadas estará exonerado del pago de toda clase de impuestos fiscales y municipales. Además de que gozarán de la exoneración del 50% de la tarifas del transporte aéreo, terrestre, marítimo y fluvial y de las entradas a espectáculos públicos.
- Además tendrá exoneración del 50% del valor del consumo en ciertos servicios públicos como energía eléctrica, agua potable, y teléfono.
- El MBS creará incentivos para que las universidades preparen profesionales especializados en la atención de los ancianos.
- Para financiar los programas en favor del anciano se creará el “Fondo Nacional del Anciano” (FONAN), que estará constituido por recursos provenientes del MBS y de préstamos y donaciones, nacionales o extranjeras. Del fondo se destinará el 10% para el INIGER.
- Se considerará infracciones en contra del anciano: el abandono, los malos tratos, falta e inoportuna atención por parte de instituciones, falta de cuidado personal por parte de sus familiares. Las infracciones serán sancionadas con amonestaciones, multas, suspensiones y destituciones.
- Los Jueces de lo Civil son competentes para conocer y resolver los reclamos en favor de los ancianos, a través de la Procuraduría General del Anciano.

En lo referente a esta Ley del Anciano y ante el notable incremento de la población adulta mayor y las proyecciones demográficas que dan cuenta de un problema para el Estado, la Comisión de los Derechos Colectivos en el mes de abril de 2014 está tratando de legislar en favor del grupo poblacional tomando como base a esta ley, que posiblemente cambiaría por el nombre de Ley Orgánica de Protección de las personas adultas mayores. También se escucha que próximamente se presentará una propuesta del Código de Ciclo de Vida y que dentro de este conste un tratamiento especial para el adulto mayor.

## **CAPITULO 2: Análisis comparativo de la condición de vida del adulto mayor**

### **2.1.- Condición de vida del adulto mayor antes del 2007**

En verdad no existen muchos documentos que nos puedan ilustrar sobre la situación de la población adulta mayor hasta antes del año 2007, año en el que se inicia el gobierno de la denominada “Revolución Ciudadana”, documentos que según algunos funcionarios del MIES actual, posiblemente se traspapelaron en el antiguo Ministerio de Bienestar Social (MBS) del gobierno de Lucio Gutiérrez, cuando este Ministerio tuvo grandes problemas administrativos y políticos que fueron determinantes en la sumatoria de causales para la caída del Gobierno.

#### **2.1.1.- Datos sobre la población adulta mayor antes del 2007**

Datos importantes encontramos en documentos internacionales como de la CEPAL, en su “Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador” de abril de 2007, datos sobre la población adulta mayor como:

Según el censo del 2001 la población adulta mayor representa el 6.7% de la población total, correspondiendo a mujeres el 60,6% y a hombres el 39,4 %. Población adulta mayor más urbana (60,6 %). (CEPAL, 2007)

El 80.1% de los adultos mayores se declararon propietarios de vivienda, con el inconveniente de la presencia de problemas en su estructura, fallas en la calidad y falta de servicios, especialmente en las zonas rurales, destacándose el servicio de alcantarillado únicamente en un 39,4% y el resto de servicios no satisfechos en un alto porcentaje como el abastecimiento de agua que está deficiente en 33.2%.(CEPAL, 2007)

Las personas adultas mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo. (CEPAL, 2007)

En cuanto a datos de morbimortalidad encontramos que las enfermedades crónico-degenerativas ocupan los primeros lugares como patologías y causa de muerte en la

población adulta mayor, como las enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cerebro vascular, depresión, etc. (CEPAL, 2007)

Un alto porcentaje de personas adultas mayores no buscan atención médica, debida principalmente a la falta de recursos económicos a sabiendas que en todos los servicios de salud se paga por su atención y también a problemas de accesibilidad. (CEPAL, 2007)

Se estima que aproximadamente el 30% de los adultos mayores poseen algún seguro de salud y del restante 70% se desconoce cuántos son atendidos por el MSP y cuántos son marginados de la atención médica, siendo estos últimos los adultos mayores pobres o indigentes, de zonas rurales o urbano-marginales y mayoritariamente indígenas. (CEPAL, 2007)

El censo del 2001 reporta que los adultos mayores con discapacidad constituyen el 43.2% de todas las personas discapacitadas y el 21% del total de personas mayores. La Encuesta Nacional de Discapacidades del 2005 reporta más del 60% de los adultos mayores estarían con discapacidad y lo que es preocupante el hecho de que el 77% de los discapacitados graves de personas adultas mayores no se encuentran afiliadas a ningún seguro de salud. (CEPAL, 2007)

La población económicamente activa de los adultos mayores es bastante elevada, especialmente en los hombres, posiblemente debido a la necesidad de recursos para su alimentación, atención médica, medicinas y mantenimiento familiar. (CEPAL, 2007)

El nivel de pobreza es ligeramente menor al de la población general, sin embargo de lo cual hay porcentajes importantes de indigencia sobre todo a nivel de las zonas rurales, urbano-marginales y en la población indígena. Este nivel de pobreza de los adultos mayores pone a Ecuador en el contexto de América Latina como los países más desfavorecidos de

la región en una posición similar a la de Guatemala y El Salvador (Huenchuán y Guzmán, 2006). (CEPAL, 2007)

En cuanto al marco legal y en lo referente a la protección de los derechos de las personas adultas mayores y específicamente en lo que concierne a las políticas públicas, el estudio de la CEPAL-2007, manifiesta en relación al binomio madre-hijo que “...los adultos mayores aún están en una situación más precaria, ya que constituyen un segmento relativamente invisible en el mundo de las políticas públicas, con el agravante de su creciente participación demográfica, la disminución de sus ingresos y el aumento de la pobreza y la inseguridad para un buen número de ellos”(CEPAL,2007:113). Sin embargo de lo cual se puede anotar la promulgación de la Ley del Anciano en 1991, su Reglamento General de 1992 y las modificaciones posteriores. Ambas instancias reconocen a la población adulta mayor como titular de derechos, y en la Constitución se explicita una serie de derechos, siendo el Estado garante para su cumplimiento. La Ley del Anciano, “se constituye en una norma de carácter obligatorio y permanente” (CEPAL, 200: 114).

Todo lo mencionado hace pensar en muchos beneficios para el adulto mayor, que sin embargo no se cumplieron a cabalidad como se manifiesta en el estudio de la CEPAL-2007, “.....no se ha tenido conocimiento del diseño de programas específicos hacia los adultos mayores por parte de las instituciones del Estado, con excepción de los proyectos implementados a través de la Dirección Nacional de Atención Gerontológica Integral del Ministerio de Bienestar Social, con objetivos y cobertura limitados en relación con el total de personas mayores y sus necesidades, pues solo se considera a las que se encuentran en los estratos más pobres”. Falta pag. Los programas sociales en relación con la población adulta mayor, “.....tienen un fuerte enfoque asistencialista, y aunque están focalizados a los segmentos más pobres de la población, ninguno de ellos ha alcanzado la meta de cubrirlos enteramente, manteniéndose gran parte de la población adulta mayor en condiciones de pobreza e indigencia al margen de los mismos” (CEPAL, 2007).



### **2.1.2.- Políticas y Programas Protección Social (PPS)**

En junio de 2002 se crea el Programa de Protección Social (PPS), adscrita al MBS, que se constituye en el más importante de las políticas públicas de protección social antes del Gobierno de la “Revolución Ciudadana” y se inicia mediante decreto ejecutivo en junio del año 2000, consiste en una transferencia monetaria directa a los beneficiarios, siendo entre ellos la población adulta mayor, se estimaba que en mayo del 2006 un total de 123.772 personas adultas mayores recibían un subsidio monetario (MBS,2006). El subsidio monetario del PPS tiene su origen en el Bono Solidario cuando el gobierno en 1998 retiró un subsidio a los combustibles compensando con este bono.

En el año 2002 con el PPS, el Bono Solidario pasa a convertirse en el Bono de Desarrollo Humano (BDH), un programa de transferencia monetaria condicionada a educación y salud pero que también incluía a la llamada tercera edad. El efecto del programa en la población del adulto mayor no se conoce, sin embargo se destaca que los adultos mayores incluidos representan el 24% del total de las y los beneficiarios del BDH.

En septiembre de 2006 las personas adultas mayores y los discapacitados pasan a recibir la transferencia monetaria del BDH a pensión asistencial, llevando a la posibilidad que un hogar pueda recibir más de un subsidio. El programa “ha sido calificado por la opinión pública como asistencialista y de poco efecto en las condiciones de pobreza. La evaluación del impacto realizado en el año 2.000 determinó un efecto negativo del Bono Solidario en la reducción de la pobreza debido a los desincentivos que produce sobre las horas de trabajo y las transformaciones económicas de redes familiares o comunitarias” (CONAMU,2005) (CEPAL,2007). Fata pag

### **2.1.3.- Programa Aliméntate Ecuador**

El programa “Aliméntate Ecuador” fue creado a raíz de la crisis económica de 1999 como uno más asistencial basado en comedores comunitarios siendo algunos adultos mayores los beneficiarios. En el año 2004 el programa pasa de los comedores comunitarios a la distribución de la canasta básica de alimentos con nutrientes específicos para los niños no

así para los adultos mayores que sin embargo son inmersos en el programa. No todos los adultos mayores son cobijados por este programa ya que se distribuyen las canastas solo en las zonas rurales. Este programa no funcionó adecuadamente por carecer de una estructura organizacional definida y por ser botín en el campo de la política. (CEPAL, 2007).

#### **2.1.4.- Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS)**

El Programa de Aseguramiento Universal de Salud (PROAUS) aparece por decreto en octubre de 2006 y establece que el Ministerio de Salud Pública (MSP), proporcione atención a la clase pobre del Ecuador incluyendo a la población adulta mayor. Este programa tiene entre sus objetivos disminuir los costos de los servicios de salud públicos a sabiendas que lo público y privado tenían sus costos. Debemos estar claros que este programa no estaba particularmente dirigido a los adultos mayores por ende no se daban tratamiento especiales ni medicación específica para la citada población. Se inicia en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca para después ir abarcando nuevos espacios, pero se va debilitando con el tiempo sobre todo por la presencia cada vez más progresiva de la gratuidad de los servicios médicos y las medicinas en el año 2007. (CEPAL, 2007).

#### **2.1.4.- Políticas Públicas para la población adulta mayor**

En el marco de políticas públicas antes del 2007, podemos manifestar que recién se habrían camino debido a que se daba mayor prioridad a la población madre-hijo, quedando relegado a un segundo plano la población adulta mayor, sin embargo de los cual ya se enuncia algunos derechos en la Constitución y sobre todo aparece la Ley del Anciano promulgado el 6 de noviembre de 1991, su Reglamento General en 1992 y las modificaciones posteriores. Diversos ministerios e instituciones están involucrados en esta Ley, que sin embargo no cumplía con sus objetivos a cabalidad por cuanto, “.....muchos son los factores que inciden en el hecho de que no se lleven a cabo las disposiciones de ley en forma completa, y que esta no tenga la cobertura requerida. Entre ellos, además del papel que debe desempeñar el propio Ministerio de Bienestar Social, se requiere el oportuno y adecuado financiamiento y la coordinación de diversas instituciones del Estado. No menos importante es la conciencia que los propios beneficiarios tengan de sus derechos y la

decisión de que se respeten. La Ley del Anciano es factible de ser aplicada, pero falta el compromiso de los involucrados en su cumplimiento, además del desconocimiento y la falta de información de la ciudadanía” (CEPAL, 2007:116).

En lo que respecta a las acciones del MBS en el marco del cumplimiento de la Ley del Anciano, podemos mencionar que se laboraba a través de la Dirección Nacional de Gerontología en sus inicios para luego pasar las responsabilidades a la Dirección de Gestión y Atención Integral Gerontológica. Entre sus funciones tenían las de asistencia legal a casos de la población adulta mayor y las de evaluación, regulación y subvención de centros gerontológicos de cuidados a largo plazo que estaban manejados por lo privado llámense fundaciones, corporaciones, asociaciones y comunidades religiosas.(CEPAL, 2007).

En general como menciona el estudio de la CEPAL-2007 sobre “La Protección de la tercera edad en el Ecuador” se desconoce el impacto –tanto cuantitativo como cualitativo– de los programas sobre la población adulta mayor, con excepción del Programa de Protección Social (PPS). (CEPAL, 2007)

## **2.2.- Condición de vida de la población adulta mayor en el periodo 2007 al 2013 (Revolución Ciudadana)**

Creemos que es necesario partir de fuentes oficiales sobre los datos de la condición de vida del adulto mayor, por ello expondremos los más sobresalientes que nos da a conocer: “La agenda de igualdad para adultos mayores, 2012-2013” publicado por el MIES, en base fundamentalmente al censo del 2010 y a la encuesta SABE I, a saber:

### **2.2.1.- Situación demográfica**

Según el censo del 2010 el Ecuador tiene un población de 14.483.499 habitantes y de ellos 940.905 son adultos mayores es decir personas con más de 65 años, esto representa el 6.55 % de toda la población. El 53% corresponden a mujeres y el 47 % a hombres. Conforme la edad es mayor disminuye el porcentaje de adultos mayores pudiendo manifestar que los

grupos de edad que involucran a la mayor cantidad de personas adultas mayores son 65 a 69 años, con 16.7 %, que corresponden a hombres y 17.8 % a mujeres, le sigue el grupo de 70 a 74 años que corresponden a hombres 12.4 % y a mujeres el 13.2%. Las provincias de Guayas y Pichincha son las que tiene mayor población adulta en relación con el número de habitantes. La provincia de Loja abarca la mayor cantidad de cantones con más personas adultas mayores (más del 10%, siendo el promedio nacional 6%) según un mapa elaborado por el MIES-INIGER en base a los datos del censo del 2010, es decir se encuentran en una etapa avanzada de envejecimiento poblacional. En lo que tiene que ver con lo étnico hay una mayor cantidad de adultos mayores en la población mestiza en relación con la indígena y blanca. En lo referente a la discapacidad que potencialmente conlleva el envejecimiento, las mujeres tienen mayor predisposición para llegar a ella en relación con los hombres.

### **2.2.2.- Esperanza de vida**

Es interesante conocer la evolución de la esperanza de vida al nacer, a lo largo de los años en Ecuador y su relación con la tasa de fecundidad. Según la CEPAL (2009) la esperanza de vida al nacer de los ecuatorianos para el 2010-2015 llega a los 75.6 años de edad: 72.7 para los hombres y 78.7 para las mujeres (casi 1 año mayor que la de Latinoamérica). A mediados del siglo anterior la esperanza de vida para los ecuatorianos era tan solo de 48.3 años, que ha ido ascendiendo conforme pasan los años en función de una serie de variables que ameritan un estudio. Estos datos son inversamente proporcionales a la tasa de fecundidad que ha ido decreciendo paulatinamente que partiendo de 6 en 1970 alcanzaría un 2.2 en el 2015. (MIES , 2012-2013)

### **2.2.3.- Características socioeconómicas**

En lo que se refiere a las condiciones socio-económicas, los estudios del MIES de acuerdo al censo 2010, arrojan datos que preocupan, como el de que el 57.4% de los adultos mayores que corresponden a 537. 421 personas viven en condiciones de pobreza y de extrema pobreza. Mayores porcentajes se presentan en las zonas rurales en donde 8 de cada 10 personas adultas padecen de pobreza y de pobreza extrema, siendo una de las causas principales la imposibilidad de ser personas productivas por la falta de oportunidades de

trabajo acorde con su delicada situación por el envejecimiento, además de la discriminación social y abandono familiar. Según datos del MIES basados en estudios de la encuesta ENEMDUR (Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo Urbano y Rural), solo el 13.6 % de las personas adultas mayores tienen ocupación en relación a su edad y sexo.

La encuesta SABE (2009-2010), revela que 132.365 personas adultas mayores viven solas y de estas 41.000 lo hacen en condiciones de indigencia, esto según estudios se deba a que muchas familias los consideran como personas poco útiles.

Un dato importante que es necesario incorporar es el que nos muestra el MIES en su agenda 2012-2013, al manifestar que la preocupante situación de la población adulta mayor son la consecuencia de la difícil situación económica que atravesó el Ecuador en los años de 1999-2000, con la migración que llevó a que muchos adultos mayores adquieran la responsabilidad de “cuidar” a sus nietos, como huérfanos funcionales por la ausencia de los padres.

Según la mencionada encuesta ENEMDUR podemos mencionar que para el año 2009 las personas adultas mayores tenían sus ingresos económicos en 56% por cuenta propia, 25% refería estar en condiciones de asalariados, 7% en calidad de patronos, 10% realizaba oficios con familiares sin recibir remuneración y 2.1% se ocupaba del servicio doméstico.

Un dato llamativo es el que da a conocer la fuente INEC-ENEMDUR 2003-2009, el de que los hombres trabajan 6 horas más que la mujeres y por ende su remuneración es mayor, siendo de los primeros USD 300 mensuales y de las segundas USD 210 mensuales.

En lo referente a los ingresos por jubilación y por trabajo, SABE I menciona que la proporción de jubilados en el mejor de los casos alcanza a un cuarto de la población de los adultos mayores y las mujeres reciben menos ingresos por jubilación y por trabajo que los hombres, esto conlleva a que las mujeres estén expuestas a mayores situaciones vulnerables que los hombres, siendo este un dato importante a tomarse en cuenta para la implementación de las correspondientes políticas así como planes y programas. (MIES, 2012-2013)

La encuesta SABE 2009-2010 en lo que respecta al presente tema da conocer los siguientes datos:

El número de mujeres es ligeramente superior en la población adulta mayor, esto se demuestra con el índice de feminidad que reporta la existencia de 115 mujeres por cada 100 hombres.

El rango de edad en el que están la mayor cantidad de adultos mayores es de los 65 a los 70 años, siendo la edad media de los adultos mayores de 71.3 años (la mitad están por encima del valor y la otra mitad por debajo).

Más de la mitad de los adultos mayores viven en zonas urbanas.

En cuanto a condiciones sociales de los adultos mayores, aproximadamente el 10% viven en condiciones muy buenas, un poco más del 50% en condiciones buenas o regulares y el 34% en condiciones malas o indigentes.

Mayor prevalencia de pobreza en la costa urbana que en la sierra urbana y mayor prevalencia de pobreza en la sierra rural que en la costa rural. La indigencia es más acentuada en los hombres que en las mujeres en la población adulta mayor.

En lo referente a la autodefinición de pertenencia a una etnia encontramos que aproximadamente el 9.8% de la población adulta mayor son indígenas, el 63,9% son mestizos, el 13,9 % son blancos, el 3 % son afro-ecuatoriano y el 3,4% mulatos, el resto no saben. Aproximadamente de la población adulta mayor, más del 50% de los indígenas y 20% de los afro-americanos, viven en condiciones de indigencia.

Más del 50% de los adultos mayores son todavía parte de la población económicamente activa, en proporción mayor los hombres a las mujeres. Aproximadamente el 25% de la población adulta mayor es jubilada. Las mujeres reciben menos ingresos por jubilación y por ende riesgo de mayor dependencia y vulnerabilidad.

En lo relacionado a servicios, el acceso al servicio de electricidad tiene la mayoría de adultos mayores, no así en el acceso al alcantarillado. Un total de 130.000 adultos mayores viven solos, siendo mayor el número de mujeres que hombres, además de que existen más viudas. (SABE I)

#### **2.2.4.- Salud**

El tema salud en las personas adultas mayores es amplio y existen varios estudios, siendo los más completos y actualizados los de SABE I Ecuador (2009-2010) y SABE II Ecuador (2010-2011), es interesante también el resumen que nos presenta la Agenda de Igualdad para Adultos Mayores (2012-2013). La encuesta SABE parte su análisis del siguiente planteamiento: “El estudio del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe realizarse en función de las repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo” y en base a este criterio encontramos los siguientes datos:

La tasa de mortalidad en el período 2005-2010 fue de 38 por mil para las mujeres y 44 por mil para los hombres. Por año fallecen 34.000 personas adultas mayores de 65 años. (MIES , 2012-2013)

Las enfermedades crónicas son las más frecuentes siendo la severidad, la frecuencia y la discapacidad que aumentan en relación directa con el incremento de la edad, es así que 1 de cada 3 adultos mayores presentan alguna enfermedad crónica siendo las más frecuentes: cardíacas, cáncer, cerebro vasculares, diabetes mellitus, enfermedades pulmonares, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión. Además un alto porcentaje presentan trastornos visuales y auditivos que repercuten en el deterioro de la calidad de vida. El 70% de todas las muertes en este grupo es causada por enfermedades crónicas. (MIES , 2012-2013)

En cuanto al seguro de salud para las personas adultas mayores es interesante referirnos a los datos que nos reporta la mencionada “Agenda de Igualdad” en donde observamos la evolución de la cobertura de salud así en el año 2005 es del 25% y en el 2009 es del 32.8%. Esto demuestra una cobertura relativamente baja de seguro para las personas en estudio. (MIES , 2012-2013)

SABE I (2009-2010) nos proporciona los siguientes datos interesantes al hablar del estado general de salud de la población adulta mayor, a saber: el 75 % de los adultos mayores

presentan algún tipo de enfermedad crónica, el 70% de las causas de muerte son producidas por una enfermedad crónica, el 12.5 % de los adultos mayores padecen de trastornos mentales y /o enfermedades siquiátricas, el 68.3% de la población adulta mayor no posee ningún seguro de salud, el 28.2% está afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), la utilización de los servicios de salud públicos por parte de la población adulta mayor es alrededor del 30%, privado entre 38 a 39% y otro tipo 4 a 5%.

### **2.2.5.- Acceso a los servicios de salud**

SABE I (2009-2010) manifiesta que la “gratuidad de los servicios (de salud) es solo un principio en papel, pues más de la mitad de los adultos mayores o sus familiares deben pagar directamente de sus bolsillos” y por ende se manifiesta que, “el análisis confirma la necesidad urgente de políticas públicas que garanticen el acceso de los adultos mayores a servicios de salud de calidad y eliminando sobre todo las barreras económicas”

Podemos analizar lo manifestado cuando el MSP emite un política pública que se traduce en el “Programa de Atención Integral a las personas Adultas Mayores”, siendo la oferta de servicios dada por el “Sistema Nacional de Salud” en base a lo que la Constitución del 2008 manifiesta en su art. 360 que “.....los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Además de que....  
.....el sistema garantizará a través de las instituciones que lo conforman la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas....la atención como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias...” (Constitución, 2008)



Sin embargo de lo mencionado un gran porcentaje de los adultos mayores están desprotegidos de los servicios de salud públicos debido a lo fraccionado del sistema, a que lo privado no se involucra y a problemas de acceso a los servicios.

Existen inequidades en el acceso a los servicios de salud dados por la situación geográfica más notoria en la sierra rural , además de inequidades socioeconómicas y sobre todo de edad, no brindando una adecuada atención comenzando por el tiempo de espera que es el doble al de la población general. En lo que respecta a la salud preventiva más del 50% de los adultos mayores no han recibido ningún tipo de vacuna. (SABE I).

Es necesario considerar que el Ecuador en relación con otros países presenta bajas coberturas de seguros de salud, lo que se traduce en menor accesibilidad a los servicios de salud, en efecto el 68.3% de los adultos mayores no poseen seguro de salud y solo el 28.2% está afiliado al IESS. (SABE I)

Hasta el 2010 se da una preferencia de los adultos mayores por los servicios privados con fines de lucro que representa un 40% del total. Por informes del MIES estos datos han cambiado actualmente en favor de la población adulta mayor, sin embargo de lo cual todavía hay problemas en el acceso a la salud. (SABE I).Una idea del gasto del adulto mayor en la atención de salud nos da a conocer SABE I al indicar que más del 60% del gasto total corresponde al sector privado y de este más del 55% es gasto directo del bolsillo. En la atención en salud hay un marcado proceso de medicalización (90%) sin embargo de lo cual el acceso a medicamentos es mejor que en otros países como Bolivia, Perú y Colombia. (SABE I)

#### **2.2.6.- Educación**

Según ENEMDUR 2009, el analfabetismo afecta a 1 de cada 4 personas adultas, siendo mayor el porcentaje en mujeres (29%) que en hombres (20%). Según SABE I, el 80,65% de las personas adultas mayores son analfabetas funcionales (no pueden leer ni escribir un recado).

El censo del 2010 reporta que únicamente el 54.9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico y solo el 13% de los hombres y el 11 % de la mujeres han completado la secundaria, por ende colegimos que en este grupo existe un alto porcentaje de analfabetismo. Las mujeres tienen en promedio un medio año de educación formal menos que los hombres. El nivel educativo para desenvolverse en el trabajo es pobre a sabiendas que las tareas en su mayoría son manuales con alguna o ninguna calificación (82.9%) y únicamente el 6.7% son profesionales o técnicos capaces de responder a las demandas laborales más complejas. (SABE I)

### **2.2.7.- Vivienda**

Un dato que llama la atención por ser lo aparentemente no esperado es el que nos reporta el censo del 2010 al mostrar que 68.5% de las personas adultas mayores declaran ser propietarias de vivienda, aunque el 20% residen en éstas con carencias en su estructura y la no disponibilidad de servicios, siendo más visible en las áreas rurales. Además el censo del 2010 reporta que el acceso a la luz eléctrica alcanza el 92.6%, los servicios higiénicos con conexión de agua el 73,9%, y el alcantarillado solamente el 55,5%. Obviamente que estos son datos generales que se particularizan al hablar de subregiones en donde se puede ver ya diferencias marcadas siendo entre las más destacables el de que en la costa rural apenas el 2% tiene acceso al alcantarillado. En la zona rural de la costa no disponiendo en un alto porcentaje de servicios higiénicos con conexión al gua para su eliminación de excretas, se compensa sobre todo con acceso a letrinas (39.4%).

En lo que respecta a la posibilidad de hacinamiento que se da en muchos hogares ecuatorianos, ya en el tema de las personas adultas mayores conocemos de que no existe

hacinamiento en el país, lo que sugiere según SABE I que “los mayores tienden a vivir solos o con pocos familiares, y no con familias extendidas o numerosas”. (SABE I)

### **2.2.8.- Cuidado de las personas**

Existe una preocupación manifiesta por parte del MIES en este año 2013 por el tema cuidado de las personas adultas mayores, en efecto y al respecto se expiden 2 acuerdos ministeriales: el primero, el día 5 de enero de 2013 ,que corresponde a la “Norma Técnica para la Implementación de Centros Gerontológicos del día para Personas Adultas Mayores” y el segundo, el día 10 de enero de 2013, referente a la expedición de la “Norma Técnica para la Implementación de Centros Residenciales para Personas Adultas Mayores”.

Son importantes estos acuerdos y al momento están en cumplimiento, teniendo las siguientes características:

#### **Norma Técnica para la Implementación de Centros Gerontológicos del día para Personas Adultas Mayores**

De entre los varios considerandos podemos destacar 2 que creo son los más relevantes para el tema, a saber:

- 1.- Que las personas adultas mayores, esto es quienes han cumplido sesenta y cinco años de edad, recibirán atención prioritaria y especializada, particularmente, en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.
- 2.- Que el Estado protegerá de modo especial a los adultos mayores abandonados o desprotegidos. Asimismo fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población adulta mayor, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológicos y otras actividades similares, en conformidad a los que establece el artículo de la Codificación a la Ley del Anciano. El objetivo es normalizar el diseño, la instalación,

la operación y la prestación de servicios para la atención integral de la población adulta mayor, en lo relativo al funcionamiento de Centros Diurnos del Buen Vivir.

En lo relativo al nombre se denominará “Centro del Día del Buen Vivir para Personas Adultas Mayores” y brindará los servicios en las siguientes modalidades: centro diurno con sus componentes de nutrición-alimentación y terapias; atención domiciliaria con los componentes de terapias y actividades para fomentar la economía , la integración familiar y social ; y como espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro con muchos componentes como actividades recreativas, física y gimnasia aeróbica, terapias de capacitación en áreas de interés, etc.

### **Norma Técnica para la Implementación de Centros Residenciales para Personas Adultas Mayores**

De entre los varios considerandos podemos destacar 2 de los más importantes, a saber:

- 1.- Que las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especialmente en los ámbitos público y privado, prestando especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 35 de la Constitución de la Republica.
- 2.- Que es objetivo fundamental del Estado garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una experiencia útil y decorosa, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 2 de la Codificación de la ley del Anciano.

Esta normativa es de obligatorio cumplimiento y tiene como objetivo regular y normalizar el diseño, la instalación, la operación y la prestación de servicios para la atención integral de la población adulta mayor en los centros residenciales para las personas adultas mayores, en el ámbito público y privado, de conformidad a lo dispuesto por la constitución de la

República, el Plan Nacional para el Buen Vivir y la Codificación a la Ley del Anciano. En cuanto a la denominación se llamarán “Centros Residenciales del Buen Vivir para Personas Adultas Mayores”, siendo la población objetivo personas adultas mayores que hayan cumplido los 65 años, priorizándose a aquellas que se encuentren en abandono comprobado, pobreza y extrema pobreza o que hayan sido vulnerados en sus derechos.

Para tener conocimiento de lo que se realiza en relación con las normas técnicas mencionadas, presentamos un informe proporcionado por el MIES, a saber: las personas adultas mayores atendidas en centros geriátricos privados con convenios son 13.813 a agosto del 2013 y las atendidas por centros geriátricos de administración directa del MIES son 1.372 personas adultas mayores a la fecha antes citada. (MIES, 2013). El MIES atiende 13 centros gerontológicos de administración directa y a 10.000 en convenio con 151 organizaciones de la sociedad civil y Gobiernos Autónomos Descentralizados.

En lo relacionado a este tema es importante y necesario mencionar lo que cita Rosa Romo en su tesis “Estrategias de mejoramiento de la gestión, para la atención del adulto mayor: Una visión desde la teoría de la calidad”, el criterio de la OMS, donde se manifiesta que: “.....los adultos mayores deben permanecer en mayor tiempo posible en la comunidad y por lo tanto los centros gerontológicos, constituyen una institución terminal, a la cual se debe recurrir sólo cuando las demás opciones han fracasado o el sujeto lo desea y lo expresa” (Mederos y Ramos. Cit por Sousa y Otros, 1998, pág. 169). La misma autora colige de la investigación realizada que el servicio dado por las residencias gerontológicas administradas bajo convenio entre el MIES y diferentes ONGs a nivel de la provincia de Pichincha, no brindan un adecuado servicio de calidad y por ende no se cuenta con instituciones preparadas para afrontar la difícil situación que está por venir en relación al acelerado envejecimiento poblacional.

**2.2.8.1.- Accidentes.-** En el campo del cuidado de las personas es importante referir lo que manifiesta SABE I de que las caídas y otras situaciones catastróficas representan la primera causa de muerte accidental en las personas adultas mayores, además que en la

Agenda del Adulto Mayor, organismos de salud internacionales señalan que las caídas representan el 75% de muertes accidentales en mayores de 75 años y que aproximadamente 9 de cada 10 fracturas de cadera son producto de caídas. (SABE I)

La necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, movilizarse de la cama o a otro lugar y vestirse) o actividades instrumentales de la vida diaria (preparación de la comida, uso de medios de transporte, hacer compras, uso de teléfono, quehaceres domésticos, tomar medicinas, manejo de dinero), afecta a más de 100.000 personas adultas mayores. (SABE I)

### **2.2.9.- Violencia**

La violencia en contra del adulto mayor es un tema que amerita una profunda investigación y creemos que no se visibiliza su verdadera magnitud para poder tomar las correspondientes medidas, sin embargo de lo cual hay algunos datos que nos da a conocer SABE I como son: el 14,70% de las personas adultas mayores fueron víctimas de insultos y el 14,90 % víctimas de abandono y en general de negligencia.

### **2.2.10.- Participación social**

En nuestro país las personas adultas mayores generalmente son excluidas en muchos espacios, no teniendo las oportunidades para organizarse y por ende ser parte de un conglomerado con deberes pero también con derechos que casi siempre son conculcados. De lo que se conoce las agrupaciones que funcionan son algunas de los jubilados del Seguro Social y otras pocas no insertas en un marco legal. Es necesaria la organización para conseguir que las personas adultas mayores puedan tener una vejez activa y digna.

### **2.2.11.- Seguridad social**

Según el censo del 2010, el 75% de las personas adultas mayores no cuentan con afiliación a un seguro de salud y solo el 22.6% está afiliado al IESS.

El Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISFFA) y el Instituto de Seguridad de la Policía (ISPOL) aseguran un porcentaje relativamente bajo de 2.1 %. Al momento el Gobierno se encuentra trabajando en la jubilación no contributiva que abarca un 57 % de la población adulta mayor, quedando pendiente un poco más del 18% que esperamos se vayan incorporando paulatinamente. Reporta el MIES en la Agenda de Igualdad del Adulto Mayor que actualmente son atendidos 625.001 adultos mayores con servicios prestados por esta Institución en lo que se refiere a pensiones no contributivas. (SABE I)

Un dato interesante que nos muestra el INEC del censo 2010 es que la población económicamente activa del adulto mayor es del orden del 33,2 %, estando asegurada en menor porcentaje como es el 22,6%, explicable estos datos por las necesidad de las personas adultas mayores de trabajar para generar ingresos que les serviría para sus medicinas, sustento personal e incluso de la familia. (SABE I)

#### **2.2.12.-Pensión Universal**

Una preocupación actual del Gobierno es la pensión para la población adulta mayor que se traduce en una política que va sumando, sin embargo todavía está lejos por conseguirse el objetivo, en efecto tenemos las jubilaciones del IESS que apenas alcanzan el 20% de la población, la pensión del Seguro Social Campesino (SSC), representado por la entrega de 70 USD mensuales y el Bono de Desarrollo Humano (BDH) con el aporte de 50 USD por persona.

#### **2.2.13.- Situación laboral**

Es importante analizar este tema en la actualidad para las políticas correspondientes y sobre todo romper el paradigma de que los adultos mayores tienen que descansar y por ende no deben trabajar o no trabajan. Según datos de la encuesta SABE 2009-2010, encontramos que más de la mitad de los adultos mayores son todavía parte de la población económicamente activa, entre los hombres es mayor (más de dos tercios) que entre las mujeres (mayor de un tercio). En cuanto a proporciones da a conocer el estudio que más de 4 de cada 10 hombres siguen económicamente activos en contraposición de la mujer que casi 2 de cada 10 de ellas siguen económicamente activas debido con seguridad a que gran parte de las labores de las mujeres no se cuentan oficialmente como una actividad económica.

#### **2.2.14.- Encuesta Nacional de: Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE I (2009-2010), en el Ecuador.**

En los temas tratados anteriormente hacemos constar muchos datos que nos reporta la encuesta SABE I (2009-2010), sin embargo de lo cual es necesario recalcar que este estudio tiene trascendental importancia para las personas que trabajan por y para la población adulta mayor y en general para el Estado Ecuatoriano.

Debemos precisar que la encuesta fue realizada por un equipo de investigadores encabezada por Wilma B. Freire y con el patrocinio y la colaboración de varias instituciones siendo las principales: el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Es necesario en este acápite hacer constar algo importante de SABE I, a saber:

Características generales del País:

a.- Transformaciones en la estructura demográfica:

Ecuador experimenta una reducción sostenida de la tasa de mortalidad y una disminución de su tasa de fecundidad. La tasa global de fecundidad (TGF) descendió de 6,7 hijos por



mujer a comienzos de la década de 1960 a 2,82 hijos en el quinquenio 2000-2005, con la proyección de seguir descendiendo. A su vez la esperanza de vida aumenta dramáticamente de 57 años en el quinquenio 1965-1970 a 75 años en el quinquenio 2005-2010.

b.- Transición epidemiológica:

En el Ecuador como en otros países se da una transición en lo que respecta a las enfermedades y causa de mortalidad, de patologías infecciosas, inmunoprevenibles, desnutrición y otras llamadas causas “tradicionales” a las “modernas” relacionadas con el aumento de la esperanza de vida como la hipertensión, diabetes, cardiopatías isquémicas, tumores, etc.

c.- El sistema de salud:

El Ecuador tiene un sistema de salud segmentado en donde están el público y lo privado. En lo público se encuentran el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Seguro Social Campesino y los servicios prestados por las Policía y Fuerzas Armadas; además con el carácter de servicios especiales están la Junta Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana (CRE). En lo privado gran cantidad de hospitales, clínicas, consultorios y otros, siendo la mayoría con fines de lucro.

La seguridad social a nivel público está dada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL).

En lo referente a datos numéricos y relacionados con el tema adulto mayor es importante mencionar lo siguiente: el presupuesto asignado al sector salud en relación al presupuesto general fue de 2,4 % en el 2000 y de 10,1% en el 2008, presupuesto que ha ido ascendiendo en estos últimos años. En el 2003 la población con seguro público era de 2.051.212 personas, siendo el 25% adulto mayor. (SABE I)

#### **2.2.15.- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES): 2012-2013**

El MIES es el responsable directo de la mayor cantidad de acciones en favor de la población adulta mayor y ya lo hemos mencionado muchas de ellas , sin embargo de lo cual es menester también destacar que a través de la “Dirección de la Población Adulta Mayor”, se encarga de desarrollar actividades y ocupaciones remuneradas, motivar a la formación del voluntariado para la protección del adulto mayor en función de la formación de una ciudadanía activa y un envejecimiento positivo, así como la promoción y la prevención de los derechos.(MIES,2013)

El MIES en su “Informe de Gestión, abril 2012-abril 2013”, manifiesta que para garantizar el ejercicio de derechos de los adultos mayores, en el primer trimestre del 2013 se suscribieron 14 convenios de la siguiente manera: 12 con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y 2 con Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs), para atención a 1.271 personas. Asimismo, con el objetivo de ejecutar la política pública para fomento de ciudadanía activa de población adulta mayor, el envejecimiento positivo y ejercicio de derechos, se socializó la Agenda de la Igualdad entre 500 personas adultas mayores de la provincia de Pichincha. (MIES, 2013)

El MIES en su agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013, al hacer la presentación de las políticas públicas manifiesta algo importante y de tenerse muy en cuenta al mencionar que ha existido un cambio en el enfoque del adulto mayor al pasar: “de una política asistencialista que limita, estigmatiza, instrumentaliza e individualiza hacia una política de protección y movilidad social que promueve la igualdad, la dignidad y el desarrollo. El enfoque es uno intergeneracional, que revalorice el rol integrador de la familia y la comunidad, respetando las diferencias”. (MIES, 2012-2013)

### **2.3.- Resultados: Condición de la población adulta mayor en Ecuador**

De lo expuesto y por los datos que nos proporciona SABE I (2009 y 2010), la Agenda de Igualdad para Adultos Mayores (2012-2013), INEC (censo 2010), podemos extraer lo siguiente, que resume la condición del adulto mayor en Ecuador desde que se instaló la llamada “Revolución Ciudadana” en el 2007 hasta la presente fecha:

- Ecuador tiene un población de 14.483.499 habitantes y de ellos 940.905 son adultos mayores es decir personas con más de 65 años, esto representa el 6.55 % de toda la población. El 53% corresponden a mujeres y el 47 % a hombres.
- La población autodenominada indígena (10%) tiene el porcentaje más alto de adultos mayores que viven en la categoría de indigencia.
- El estado de viudez tiene un mayor porcentaje en las mujeres.
- La esperanza de vida al nacer de los ecuatorianos según la CEPAL (2009) llega para el 2010-2015 a los 75.6 años de edad: 72.7 para los hombres y 78.7 para las mujeres (casi 1 año mayor que la de Latinoamérica).
- El 57.4% de los adultos mayores que corresponden a 537. 421 personas viven en condiciones de pobreza y de extrema pobreza. En zonas rurales 8 de cada 10 personas adultas padecen de pobreza y de pobreza extrema.
- Aproximadamente de los adultos mayores, más del 50% de los indígenas y 20% de los afro-americanos viven en condiciones de indigencia.
- La tasa de mortalidad en el período 2005-2010 fue de 38 por mil las mujeres y 44 por mil para los hombres. Fallecen por año 34.000 personas adultas mayores de 65 años.
- Más de la mitad de los adultos mayores son todavía parte de la población económicamente activa.

- Solo el 13.6 % de las personas adultas mayores tienen ocupación en relación a su edad y sexo.
- Las enfermedades crónicas son las más frecuentes y que son determinantes para la mortalidad.
- Presencia de altos porcentajes de patologías audio-visuales.
- Uno de cada 8 adultos mayores padece de trastornos nerviosos y/o enfermedades psiquiátricas.
- La prevalencia de hipertensión arterial es alta afectando a más de 4 de cada 10 adultos mayores.
- Más del 50% de los adultos mayores no han recibido ningún tipo de vacuna.
- El 14,70% de las personas adultas mayores fue víctima de insultos y el 14,90 % víctima de abandono y en general de negligencia.
- Un alto porcentaje de los adultos mayores están desprotegidos de los servicios de salud públicos debido a lo fraccionado del sistema, y a problemas de acceso a los servicios.
- En gastos para salud de la población adulta mayor, más del 60% del gasto total corresponde al sector privado y de este más del 55% es gasto directo del bolsillo.
- El 75% de las personas adultas mayores no cuentan con afiliación a un seguro de salud y solo el 22.6% está afiliado al IESS, según censo del 2010.
- Los jubilados alcanzan solo una cuarta parte de la población adulta mayor.

- Hasta el 2010 se da una preferencia de los adultos mayores por los servicios privados con fines de lucro que representa un 40% del total.
- Por concepto de la Jubilación Universal no Contributiva, actualmente 625.001 de un total de 1'341.664 adultos mayores que existen en el Ecuador, reciben la pensión de 50 USD mensuales.
- El maltrato a los adultos mayores es un problema que no se visibiliza y se considera que hasta un 90% de los casos no son reportados.
- El analfabetismo en el 2009 según ENEMDUR afecta a 1 de cada 4 personas adultas mayores, siendo mayor el porcentaje en mujeres en el 29% y en el caso de los hombres afecta en el 20%. Según SABE I (2009-2010), el 80,65% de las personas adultas mayores son analfabetas funcionales (no pueden leer ni escribir un recado).
- De los adultos mayores que residen en vivienda “propia”, el 20% de estas con carencias en su estructura y la no disponibilidad de servicios, siendo más visible en las áreas rurales.
- Existen ciertos beneficios que la Ley otorga como la exención del pago de impuestos o tributos y a rebajas de un porcentaje en ciertos servicios y exoneraciones de deberes.
- A partir de enero del 2013, se forma la Subsecretaria de Aseguramiento no contributivo como parte del MIES, que se encarga del programa de “aseguramiento no contributivo”, que consiste en pensiones no contributivas para personas que no están vinculadas a las seguridad social, incluyéndose a las adultas mayores con pensión jubilar que busca un aseguramiento mínimo para quienes no son

pensionistas en ningún sistema de seguridad social. Al mes de febrero del 2013 tienen pensión jubilar 593.450 personas adultas mayores.(MIES,2013)

- El día 3 de noviembre de 2013 en la Ciudad de Cuenca el MIES inaugura “El espacio de sabiduría para el adulto mayor” que es un lugar en donde miembros de esta población disponen de biblioteca, internet, oportunidades de superación en diferentes campos como la informática, artes, etc. Es un programa piloto para todo el Ecuador y que se inicia en el Azuay.
- Se está implementando el proyecto de carrera para la profesionalización de los servicios para las personas adultas mayores a cargo de la Coordinación General de Gestión del Conocimiento del MIES. (MIES-INIGER)
- Y finalmente como un tema actual y relevante quiero destacar la implementación de la Universidad del Adulto Mayor (UAM) que se lo realizó en la Ciudad de Cuenca en el mes de septiembre de 2012, mediante convenio marco firmado con la Universidad de Cuenca, el Municipio de Cuenca, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, la Red Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores y la Comunidad de Las Hermanas de la Caridad que regenta el Hogar “Miguel de León”. Preconiza un envejecimiento activo, saludable y productivo y se trabaja en módulos tales como: el Buen Vivir, Gerontología, emprendimientos, informática y otros. Cuenta con un apreciable número de alumnas y alumnos y tiene su extensión en la Ciudad de Quito, que funciona en el Instituto Juan César García y en el Colegio Thomas Jefferson. Existe la posibilidad de nuevas extensiones en Portoviejo y en Zaruma. En la Ciudad de Cuenca a más de los programas académicos se han realizado y se siguen realizando una serie de actividades como: La Feria Artesanal y Gastronómica “Juventud Acumulada”, Festival de la Canción “Vieja Guardia”, encuentros intergeneracionales “Camino al Parque el Paraíso”, Curso para Gerocultores (forma expertos en cuidados del adulto mayor), y se está planificando para el mes de junio y julio de 2014 los “Talleres Académicos

Vacacionales”, para encuentros intergeneracionales donde se podrá laborar en pintura, psicoterapia, Tai chi, expresión corporal, teatro, etc. Es importante mencionar que se va a realizar el estreno de la película “Los viejos no deben enamorarse”, se destaca la participación de 22 alumnas y alumnos de la UAM como artistas bajo la dirección del Lcdo. Eddy Castro. Actualmente se está estudiando la posibilidad de realizar el “Turismo Académico Gerontológico” en donde se abordaría temas como costumbres, tradiciones, gastronomía y otros de los lugares visitados. La UAM está avanzando y se convierte para muchos en lo que menciona un alumno: “la UAM es mi segunda casa que lo cambió a la anterior que era el Hospital del Seguro”.

#### **2.4.- Lo que no se visibiliza**

- La presencia de espacios inaccesibles para los adultos mayores es preocupante y no queremos ver, peor actuar, en efecto, la ciudad progresa y trae consigo complicaciones para la población adulta mayor, según el arquitecto gerontólogo Eduardo Schmunis “mejorar la accesibilidad del medio físico es inclusión”, no dándose esta aseveración y antes por el contrario todas las personas y de manera especial la población adulta mayor encuentra una serie de obstáculos al caminar, en el transporte, en los espacios públicos, que conlleva a encierros en sus casas, determinante importante de muchas enfermedades psicosomáticas y fundamentalmente de la depresión. Los problemas de accesibilidad también se dan al interior de los domicilios.
- Llegar a ser miembro de la población adulta mayor de por sí ya se constituye en un problema para el ser humano, sin embargo en este espacio creo que es necesario visibilizar lo que representa ser mujer y vieja, a sabiendas de los roles que seguirá desempeñando a pesar de su edad avanzada, sin querer con esto esconder la discriminación que sufre también el hombre viejo mayor. En este contexto sabemos que las mujeres sufren un acentuado discrimen por ello ya el escritor alemán Johann Wolfgang Goethe decía que “volverse viejo era volverse invisible para la sociedad”

y más aún, al ser mujer y llegar a vieja, sin una situación económica estable y vivir en una sociedad marcada por los prejuicios, los estereotipos y el machismo, la invisibilidad es más grave. Los derechos no termina con la edad y al respecto Ricardo Iacub, especialista argentino en Mediana Edad y Vejez, considera que las “injusticias” por género persisten en la población adulta mayor como una realidad social negativa.

- Otro tema que es necesario visibilizar es el de las abuelas que cumplen roles impuestos por patrones culturales como es el hecho de administrar el hogar ante la ausencia (por emigración) de los padres, quedando las hijas y los hijos a los que hay que cuidar, ocultando el trabajo no remunerado o mal remunerado que se ejercen en los hogares y que la sociedad no lo ve o no lo quiere ver, pero que debe ser tomado muy en cuenta por nuestros gobernantes.
- Tampoco se visibiliza la desocupación del adulto mayor que en un gran porcentaje no labora por una serie de creencias sociales injustificadas. Es interesante lo que plantea César Hermida en su comentario sobre “El adulto mayor y el trabajo” en el editorial de El Telégrafo (ya mencionado), del 6 de enero de 2013, al decir que: “el adulto mayor nunca debe dejar de trabajar. La jubilación es el reconocimiento, con una pensión, por el trabajo cumplido por años; pero debe continuar en actividad, siempre. Si el trabajo significa hacer lo que le venga en gana, sin depender de horarios, hacerlo de manera honorífica o mejor aún con remuneración, es realmente un privilegio, pero nadie debe “descansar” sino las horas recomendadas, y jamás pensar que es mejor “no hacer nada”.
- No queremos ver que todavía hay muchos adultos mayores que no se alimentan adecuadamente por su difícil situación económica y desde luego como menciona también Cesar Hermida al abordar el tema “El adulto mayor y la alimentación” en su editorial de El Telégrafo del 30 de diciembre de 2012, al decir que: “desde luego existen instituciones benéficas en algunas ciudades que albergan a muchos adultos mayores, o por lo menos los proveen de alimentos. Pero no se trata de vivir de la caridad ni de aislarlos en reclusorios, por buenos que sean, sino de pasar de la



caridad al derecho y permitir que se integren de manera sana a sus familias, a la comunidad y a la sociedad”.

- Y finalmente un tema “delicado” cuál es la jubilación que lo enfoca Ricardo Iacub (gerontólogo argentino), en su artículo en “ Palabra Mayor” del diario El Telégrafo de fecha 19 de abril de 2014, jubilación, tema que todos conocemos, pero no lo queremos visibilizar y por ende afrontar. Un rol sin rol, en efecto la jubilación supone una serie de cambios en la rutina diaria relacionados con nosotros mismos y con los que nos rodean, produciendo un serie de crisis que implicaría pérdidas y ganancias, pero con despojo de ciertos roles y una gran incógnita , lo que puede llevar a lo que especialistas la denominan “jubilopatía” que es síndrome caracterizado por ansio-depresión que en algunos casos pueden llevar al suicidio, sumado a desequilibrios económicos y a la pérdida de relaciones personales al deslindarse de sus compañeros de trabajo. Surge la incógnita: ¿Es necesario prepararse para la jubilación? Por lo anotado creo que sí y de hecho ahora existen los cursos prejubilatorios pero que no llegan a la gran mayoría, por lo que comparto con lo que dice Ricardo Iacub “repensar el momento del retiro”

## **2.5.- Desafíos ante un entorno adverso**

- Tener presente que la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas consideran al envejecimiento poblacional -junto con el calentamiento global- uno de los grandes desafíos que enfrenta y enfrentará la humanidad en el siglo XXI.
- Para el 2050 según proyecciones del INEC el Ecuador tendrá una población de 23.4 millones de habitantes y las personas de más de 60 años serán mayoría ante la población juvenil, por ende es necesario plantease nuevos retos que debe asumir desde ya el Estado, mismos que se basarán en la formulación de nuevas y adecuadas políticas públicas y sobre todo generar el protagonismo de la población adulta mayor.

- Preparar un entorno positivo y espacios de participación que permitan un envejecimiento digno, activo y saludable, trabajando con los adultos mayores como sujetos de derechos.
- Siendo las condiciones económicas, sociales, educacionales, afectivas y de salud un entorno adverso, es urgente e imprescindible tomar acciones inmediatas y mediatas correspondientes.
- Por nuevos y mejores logros que se consigan con la población adulta mayor hay que decir que todavía no están visibilizados (tanto en lo público como en lo privado) y a diario sufren la exclusión y discriminación en distintos ámbitos.
- Nos quedan muchas incógnitas y dudas que motiva a sumarnos a las preguntas que lo formula inteligentemente kléver Paredes en sus crónicas de “Palabra Mayor” a saber:

¿Cómo hacer que el Buen Vivir, garantizado en la Constitución, se convierta en una realidad para los adultos mayores? ¿Qué acciones deben emprender los actores públicos y privados, las universidades, la ciudadanía, la familia, para mejorar la calidad de vida de quienes superan los 60 años? Hay desafíos latentes, y si existen certezas en la vida, una de ellas es que todos envejecemos.

Finalmente estamos conscientes, de que sí se ha hecho por la población adulta mayor, pero falta mucho por hacer.

## **2.6.- Estereotipos negativos sobre el adulto mayor**

Es importante que conozcamos este tema, que oportunamente lo aborda Klever Paredes del proyecto “Palabra Mayor” en El Telégrafo del 17 de mayo de 2014, por cuanto directa o indirectamente incide en forma negativa en la población adulta mayor e incluso en la realización de planes, programas y en la formulación de política pública, por ello al plantearnos este estudio, que trata de la situación actual del adulto mayor en el Ecuador, es necesario saber:

- Que los viejos no son improductivos, antes por el contrario son productivos en función de sus conocimientos, de su experiencia y de su deseo de hacer más. Ese estereotipo de creer que los viejos no pueden aportar, ha llevado a la exclusión en el trabajo y en la sociedad.
- La vejez no es sinónimo de enfermedad, hay muchos adultos mayores que gozan de mejor salud que otras personas jóvenes, en efecto, la enfermedad puede hacer presa de cualquier individuo, en cualquier edad, dependiendo de una serie de factores que hacen la historia natural de la enfermedad.
- Los adultos mayores, contrariamente a lo que se cree, si pueden aprender como cualquier otra persona porque el menoscabo de su condición física no necesariamente va asociado a desgaste mental.
- Los viejos no son dependientes, per se, al contrario la mayoría son autónomos e independientes, lo que sucede es de que por una dolencia física o psicológica pueden convertirse en dependientes como sucedería con cualquier persona y en diferente edad.
- Los viejos son de mal carácter es la creencia popular, sin embargo aquí es oportuno una pregunta: ¿acaso no existen jóvenes de mal carácter? El carácter depende de varios factores y no necesariamente tiene relación con la edad. ¿Acaso no existen adultos mayores pasivos y conciliadores?
- Los viejos son peor que los niños, se escucha con frecuencia, pero cabe decir que, los adultos mayores son diferentes que los niños.
- Es un prejuicio decir que los adultos mayores sufren de aislamiento, lo que sucede es que la sociedad lo aísla, comenzado por el hecho de buscar un “ancianato o casa para viejos”, aquí es oportuno mencionar lo que dice Klever Paredes en “Palabra Mayor” de El Telégrafo (17-05-2014) :“La familia es el medio natural de las personas mayores para que comuniquen sus sentimientos, experiencias, pensamientos y valores; y es el medio en el que se comparten responsabilidades y emociones. Por lo tanto, se debe respetar el derecho a vivir en familia y en su comunidad”.

- La depresión es parte de la vejez, sentencia popular errada, la depresión puede presentarse en cualquier edad e incluso muchos adultos mayores son alegres y hasta consejeros de jóvenes en el tratamiento de estos temas.
- El adulto mayor no es una persona asexuada, antes por el contrario se mantiene con el interés sexual, sabiendo que ello es una condición de vida.

Estos son algunos estereotipos para la población adulta mayor, que es necesario comenzar a cambiar porque repercute en forma negativa en el grupo poblacional y aquí cabe reflexionar lo que menciona el Dr. Ricardo Iacub, gerontólogo argentino, al decir que: la sociedad no asume la responsabilidad de modificar los prejuicios sobre el adulto mayor que afectan su calidad y que posiblemente su expectativa de vida.

### **CAPITULO 3: Conclusiones y recomendaciones**

#### **3.1.- Conclusiones**

- Problema de la población adulta mayor inmersa en una sociedad con marcadas inequidades, desigualdades e injusticias.
- Ecuador está experimentando una transición demográfica y epidemiológica
- Transición demográfica debida a una disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad con un incremento de la esperanza de vida.
- Transformación del Ecuador en lo que respecta a la población, observándose de una población mayoritariamente joven a una población en inicios de envejecimiento.
- Se observa una feminización de la población adulta mayor debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres.
- Si al momento actual se muestran inequidades sociales y económicas con la población adulta mayor, es muy probable de no tomarse las acciones oportunas que años más tarde se incremente la pobreza y la indigencia en este grupo poblacional.

- La población adulta mayor del Ecuador vive en condiciones socioeconómicas muy desiguales, prevaleciendo en mucho las desfavorables en donde se ubican mayoritariamente los indígenas y afro-ecuatorianos.
- La transición epidemiológica está dada por la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas en contraposición a lo anterior en donde predominaba las enfermedades de causa tradicional como infecciones y desnutrición.
- Un sector importante de la población adulta mayor radica en viviendas de extrema vulnerabilidad y con carestía de servicios básicos como agua potable y alcantarillado
- El analfabetismo está presenta en una sector importante de la población adulta mayor, siendo mayor en las mujeres.
- Un porcentaje apreciable de la población adulta mayor se encuentra en el sector productivo por ende sigue siendo parte de la fuerza laboral, generando ingresos propios y cada vez más recursos por nuevas jubilaciones.
- La pobreza en la población adulta mayor en Ecuador es importante y tiene un porcentaje preocupante debido a problemas de educación, de escaso ingreso de recursos económicos y por problemas de salud relacionados con la edad que muchas veces conlleva a la discapacidad.
- Nivel de pobreza de los adultos mayores pone al Ecuador en el contexto de América Latina como los países más desfavorecidos de la región en una posición similar a la de Guatemala y El Salvador .(CEPAL,2007)
- En Ecuador existe una proporción considerable de adultos mayores que viven solos con cuanto más con su cónyuge.
- En Ecuador el 68.3% de los adultos mayores no poseen seguro de salud y solo el 28.2% está afiliado al IESS.
- El acceso a los servicios de salud es bastante desigual en la población adulta mayor, con mayores problemas de acceso por parte de la población en condiciones socioeconómicas desfavorables como los pobres e indigentes.

- En Ecuador todavía se muestran problemas con el acceso a los servicios de salud sobre todo en los rubros de medicina preventiva, siendo mayor el porcentaje en la población adulta mayor en condiciones socioeconómicas desfavorables que no asisten a una detección oportuna de enfermedades como es el cáncer.
- Un alto porcentaje de adultos mayores tienen una talla relativamente pequeña y llama la atención de que habiendo personas con peso bajo un porcentaje importante (40%) tiene sobrepeso u obesidad, grupo inmerso sobre todo en el que vive en condiciones socio-económicas buenas o muy buenas.
- Es crítico el acceso a servicios de salud apropiados, adecuados y aceptados, debido a una serie de factores como las desfavorables condiciones socioeconómicas de un gran porcentaje de población adulta mayor, a la no existencia de los servicios o el estar incompletos, a dificultades económicas por costos o a la no disponibilidad de seguros de salud.
- Una proporción importante de personas adultas mayores refieren que más de una vez acudieron a consulta médica privada priorizando a la consulta médica pública, lo que sugiere la existencia de problemas al acceso a lo público dentro de los cuales pudieran existir sesgos en la percepción de la calidad.
- A pesar de la declaratoria de la gratuidad de los servicios médicos, exámenes y medicamentos en lo público, un porcentaje importante de adultos mayores indigentes no acuden a la consulta médica pública, debido a que aducen no poseer recursos económicos que estarían relacionados con gastos indirectos como el transporte y compra de ciertos materiales y medicamentos que no se dispone en los servicios públicos.
- La demanda por los servicios de salud tanto públicos como privados con toda seguridad va a aumentar en los próximos años debido al incremento en la población adulta mayor.
- Se percibe una deficiencia en la atención de la salud preventiva en lo que se refiere al rubro vacunas ya sea por falta de estas o por falta de promoción para aumentar la demanda.

- La tasa de hospitalización de los adultos mayores es más alta que la población en general.
- Un dato preocupante es que el 50 % de las consultas médicas son pagadas del bolsillo y que se abona más por los exámenes complementarios de diagnóstico, esto prueba de la existencia de una serie de obstáculos para el acceso adecuado a los servicios de salud, siendo el económico el más importante.
- El maltrato y la violencia contra los adultos mayores es un problema existente pero desgraciadamente no visibilizado, convirtiéndose en un desafío para el Estado.
- Hay sectores de la sociedad que menosprecian a la población adulta mayor como: que desde una determinada edad ya no es sujeto de crédito, que no tiene derecho a ciertos tipos de trabajo remunerado, se le obliga a la jubilación
- La prestación de servicios a las personas adultas mayores demuestra a pesar de todo, de que todavía sigue con un carácter caritativo-custodial, basado en el voluntariado y sin personal plenamente calificado, modelo asistencialista que busca curar enfermedades que no se curan y que no se enfoca a la recuperación funcional y muy poco a la reinserción familiar y social.
- La situación del adulto mayor se encuentra mejorada en relación a la de antes del 2007, sin embargo de lo cual no podemos calificar que se encuentra del todo solucionado el problema y antes por el contrario observamos que cada día se convierte en más difícil y en un verdadero reto para el Estado Ecuatoriano a sabiendas que nuestra población está en un proceso de envejecimiento.

### **3.2.- Recomendaciones**

- El Estado a través de las instituciones encargadas de laborar en beneficio de la población adulta mayor, debe realizar un replanteo de políticas, programas y servicios, que puedan afrontar de mejor manera y estar preparados para el futuro en un tema que se constituye actualmente en un problema mayor, incluso en países más

desarrollados, cual es el crecimiento de la población adulta en relación a otros grupos etarios.

- Es necesario considerar que la población adulta mayor requiere de una atención diferenciada por ende es prioritario que todos los programas económico- sociales del Estado también tengan una especificación hacia la población adulta mayor que requiere de un trato especial.
- Implementación de políticas específicas de veeduría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las labores de todos los programas dirigidas al beneficio de la población en mención, en función de la consecución de los objetivos y de conocer sus impactos.
- Hacer conciencia en la sociedad de la imagen errada que se tiene de los adultos mayores, para motivar al colectivo a sumar voluntades para trabajar en todos los espacios que beneficien a este grupo poblacional. Esta concientización y sensibilización sobre todo en los niños y jóvenes, pudiendo llegar a ellos a través de los establecimientos educativos y de los medios de comunicación social.
- Creación de incentivos por parte del Estado y otras organizaciones tanto públicas como privadas, a la investigación en función de tener la información adecuada y poder aportar en el diseño e implementación de programas y políticas públicas acordes con la realidad y con experiencias internacionales.
- Empezar una campaña masiva de aseguramiento social para las personas adultas mayores, independientemente de su condición socio-económica a sabiendas que solo un pequeño porcentaje tiene seguro social.
- En las unidades operativas de salud tanto de segundo como tercer nivel del Ministerio de Salud Pública, contar con un departamento específico para la atención del adulto mayor, independientemente de otros programas que son para la población



- Implementación de espacios que se dediquen a tratar trastornos del sistema nervioso y enfermedades psiquiátricas en la población adulta mayor, conociendo que es una de las causas más frecuentes de discapacidad.
- Implementación por parte del Estado de programas dedicados a los temas de socialización y realización de actividades productivas y recreativas amparadas en la solidaridad, dando importancia a la potencial inactividad y soledad que van juntas con la senilidad.
- Se ha detectado desfases en el Ministerio de Salud Pública en cuanto a la medicina preventiva para adultos mayores en lo que corresponde al programa de inmunizaciones, por ello es necesario que se retome con mayor fuerza este programa porque es conocido y cuanto más en este grupo etario, que es más importante las acciones en salud preventiva que en la curativa.
- Implementación por parte del Estado, a través de las instancias correspondientes, de programas de capacitación a personal que trabaja con la población adulta mayor, como médicos, enfermeras, tecnólogos, laboratoristas, psicólogos, nutricionistas, etc., y además que se motive y se propicie la formación de personal profesional idóneo para trabajar con los adultos mayores y específicamente en las áreas de Geriatría, Gerontología y afines. Tenemos conocimiento que se está trabajando en un borrador para la implementación de un proyecto de carrera para la profesionalización de los servicios para las personas adultas mayores.(INIGER)
- Retomar el programa alimentario pero con adecuadas y fructíferas políticas públicas sociales encaminadas a una mejor nutrición y alimentación de la población adulta mayor, conociendo del alto porcentaje de pobreza e indigencia que afecta a este grupo poblacional.

- El Ministerio de Relaciones Laborales debe tomar partida en lo que se refiere a temas como estabilidad, defensa, jubilación, protección, reinserción laboral de los trabajadores adultos mayores, conociendo que un porcentaje importante son parte de la población económicamente activa y generadores de recursos Sería interesante además que el Estado propicie la creación de espacios laborales y estímulos para esta clase de población que quiere y puede seguir aportando al desarrollo.
- Siendo preocupante la situación de salud en la población adulta mayor y siendo uno de los factores causales los problemas de acceso a los servicios de salud públicos debido a tiempos de espera prolongados, carencia de medicación específica para algunas patologías, falta de ciertos exámenes complementarios de diagnóstico y otros, creemos que es necesario realizar una revisión total de esta situación por parte del Ministerio de Salud Pública, para tomar las acciones correctivas urgentes y necesarias. si el caso amerita o caso contrario derivar para soluciones a otras instancias gubernamentales como al Ministerio de Transporte y Obras Públicas a sabiendas de problemas de acceso en cuanto al transporte al sitio específico de atención, sobre todo en las zonas rurales.
- Creación por parte del Estado de más centros gerontológicos y asistenciales para personas adultas mayores indigentes y abandonadas, priorizando la política de que el adulto mayor debe estar con la familia, pero con la condición de que su funcionamiento debe estar enmarcado dentro de los parámetros regulados con estándares de calidad, para ello sería indispensable la conformación de un equipo multidisciplinario conformado por médico geriatra, gerontólogo, psicólogo, arquitecto, administrador de empresas, trabajadora social, enfermera y jurista , bajo la responsabilidad de un ente rector y cuya función será controlar la gestión de los centros gerontológicos del país basado en los principios de calidad total, especialmente para la concesión de los permisos de funcionamiento.

- Buscar solución a los problemas habitacionales de un importante porcentaje de la población adulta mayor que vive en la pobreza e indigencia, además de soledad y aislamiento, con el involucramiento protagónico del Ministerio de la Vivienda.
- Implementación de campañas de sensibilización a nivel nacional, en todos los espacios y con la participación de muchos actores, sobre un tema que es una ofensa para la dignidad humana, cual es el maltrato y la violencia a la población adulta mayor
- Hacer cumplir a través de las autoridades competentes ciertos beneficios que le otorga la Ley, como la exoneración del pago de impuestos o tributos y rebajas en un porcentaje en ciertos servicios, a sabiendas de la existencia de incumplimientos especialmente en el servicio de transporte.
- Realización de una adecuada socialización del programa “Aseguramiento no contributivo”, para que cumpla con los objetivos propuestos , siendo una forma de pensión jubilar para la población adulta mayor, beneficioso y digno de encomio, sin embargo de lo cual y siendo realistas, no llega a toda la población que realmente necesita debido al desconocimiento del programa
- Siendo la Universidad de Adulto Mayor una oportunidad para este colectivo, sería interesante que se replique en varias ciudades del país buscando involucrar a más personas adultas mayores.
- Creemos que el “Espacio de Sabiduría para el Adulto Mayor” que es el lugar de oportunidades para la información, el conocimiento y la superación del adulto mayor en la Ciudad de Cuenca, va a tener el éxito esperado y siendo un programa piloto , aspiramos se multiplique en otras ciudades del país.
- Recomendamos una revisión del accionar de todas las instituciones comprometidas con la población adulta mayor si queremos cambiar un modelo caduco de prestación de servicios, basado en lo caritativo-custodial y asistencialista a uno de recuperación y de inclusión; porque el accionar actual aparece como un proceso muy lento y no

visibilizado, en desmedro de un sector poblacional que se merece tener un trato digno por haber entregado todo a la sociedad.

- Es necesario fortalecer la familia, institución que le asegura en definitiva la protección y el sosiego al adulto mayor, y también trabajar con la población especialmente joven recalando en el hecho de que no hay que esperar todo del Estado y más bien propender a una preparación continua para asumir el nuevo y último reto de la vida.
- Como recomendación final diría que todas y todos debemos estar comprometidos en laborar para con la población adulta mayor porque tarde o temprano llegaremos si es que la vida así lo dispone o acaso ya estamos en camino o ya arribamos a esta etapa de la vida y que Dios no quisiera que se hable de “productos humanos de desecho”, porque tiene mucho de verdad lo que dice Alberto Ordóñez Ortiz en el editorial de “El Mercurio de Cuenca” del 19 de enero de 2014, al referirse a los adultos mayores cuando manifiesta. “No es preciso estar muerto. Para estarlo. En la plena realidad, los adultos mayores pasan desapercibidos. Si es de que alguna manera pasan. La senectud en una enfermedad terminal de la que no hay retorno. Los hijos dejan de visitar a los padres, en otros casos son confinados en los inefables asilos de ancianos, en los que, según índices estadísticos actualizados, la muerte – me refiero a la física- se acelera de manera inmediata y brusca. Tratar con otros muertos debe ser tarea peliaguda. ¡Dios me libre y les libre! a los muertos, por supuesto”.

#### • **CAPITULO 4: Propuesta de mejora**

En los últimos años se está trabajando para la población adulta mayor, sin embargo falta mucho por hacer, por ello en base a los resultados de esta tesina expongo algunos criterios

como insumos de propuesta de mejora, para seguir laborando por el grupo poblacional en estudio.

- **Preocupación prioritaria:** La vejez y el envejecimiento de la población deben constituirse en una preocupación prioritaria no solo del Gobierno sino de toda la sociedad, a sabiendas que en el futuro tendremos una población más numerosa de adultos mayores que desde ya constituye un difícil reto que enfrentar, además de que es indispensable el involucramiento de la familia como protagonista primario del potencial bienestar del adulto mayor.
- **Organismo rector:** Es necesario la creación de un organismo que se encargue específicamente de la población adulta mayor en lo que se refiera a actividades de coordinación, orientación, regulación y seguimiento de las políticas públicas y de las acciones de otros actores tales como privados. Observamos que existen gran cantidad de políticas públicas y acciones en beneficio de la población adulta mayor pero muchas de ellas están dispersas y algunas no satisfacen los objetivos propuestos. (Conocemos que en este mes de abril del 2014 la Asamblea Nacional Constituyente está empeñada en que la rectoría sobre la atención a este grupo sería en definitiva por parte de MIES con la creación del Consejo Nacional de Protección de la Personas Adultas Mayores).
- **Descentralización:** Es necesaria la descentralización de la política pública en el tema acciones, debiendo liderar los gobiernos locales la ejecución de algunas políticas públicas sobre todo sociales, esto mediante los respectivos convenios con los ministerios u otros actores del Gobierno central. El Gobierno local conoce y está más comprometido con su territorio y por ende va a responder por sus acciones en los temas de ejecución, seguimiento, fiscalización, etc.
- **Prevención :** La prevención debe ser un enfoque prioritario, partiendo del hecho de que la situación actual del adulto mayor tiene relación directa del cómo se haya

vivido en los años anteriores, por tal motivo esta prevención debe trabajarse con la educación, impartándose a la niñez, a la juventud e incluso a la familia con intervención del Ministerio de Educación, debiendo implementarse temas en la malla curricular con contenidos sobre el cuidado de la salud en relación al proceso de envejecimiento.

- **Centros Gerontológicos:** Estando de acuerdo con lo que preconizan varios autores e incluso la OMS, de que los adultos mayores deben permanecer el mayor tiempo posible con la familia y en la comunidad, deducimos que los centros gerontológicos deben constituirse en una institución para alojamiento terminal, a la cual se debe acceder solo cuando se hayan agotado otras opciones o también cuando el adulto mayor lo solicita en forma expresa. Ante la potencial necesidad de acogida para la población adulta mayor será indispensable la conformación de un equipo multidisciplinario conformado por médico geriatra, gerontólogo, psicólogo, arquitecto, administrador de empresas, trabajadora social, enfermera y jurista, bajo la responsabilidad de un ente rector y cuya función será controlar la gestión de los centros gerontológicos del país basado en los principios de calidad total, especialmente para la concesión de los permisos de funcionamiento.
- **Talento humano:** Formación y capacitación lo antes posible del talento humano que trabaja o va trabajar con la población adulta mayor. Siendo realista, al momento se carece en un buen porcentaje de personal idóneo que atienda al adulto mayor. Además es necesario el estudio y la investigación sobre este problema que ya se enfrenta nuestro país. Conocemos que se está tratando en este mes de abril de 2014 en la Asamblea Nacional Legislativa el tema relacionado con la creación de programas de geriatría y gerontología en las facultades de Medicina, pero sería más práctico y como propuesta la implementación de programas de postgrados en estas ramas que pronto nos dotarán de talento humano con el perfil que se necesita
- **Jubilación:** Independientemente de la enorme tarea que queda por hacer en el tema jubilación, es necesario también la implementación de “programas de prejubilación”

que preparan al ser humano a enfrentarse con algo desconocido y sobre todo a lo que denomina “Palabra Mayor”: La jubilación un rol sin rol.

- **Ley del Anciano:** La Mesa Legislativa de los de Derechos Colectivos y Comunitarios de la Asamblea Nacional ante la difícil situación de la población adulta mayor, se encuentra en este mes de abril de 2014 tratando algunos temas importantes que vayan en beneficio de este grupo social, en efecto en lo referente a la Ley del Anciano ,que su análisis lleva mucho tiempo de duración, cambiaría por el nombre de Ley Orgánica de Protección de las Personas Adultas Mayores, y como propuesta nuestra sería que no solo se trate de un cambio de nombre sino de un cambio de visión para un renovado y productivo accionar.
- **Asamblea Nacional Legislativa:** La Mesa Legislativa correspondiente está tratando en el mes de abril de 2014, según Palabra Mayor de El Telégrafo (12-04-2014), lo siguiente: la creación de una pensión vitalicia para la subsistencia de personas adultas mayores que carezcan de recursos económicos, siendo cubierto por uno o más descendientes en primer grado de consanguinidad, proponemos que se debe primero socializar con la población a sabiendas de la posible resistencia que se pueda generar al no aceptar posibles imposiciones. En lo que se menciona a la creación de centros públicos de acogida que serán cubiertos por un fondo creado y financiado con dineros del presupuesto General del Estado, creemos que no debemos seguir cayendo en los mismos errores del pasado al manejar las políticas públicas con un enfoque clientelar, asistencialista y facilista sino que es necesario sumar en algún porcentaje el criterio de corresponsabilidad por parte de los beneficiarios y específicamente de los familiares del adulto mayor. Finalmente en lo que se refiere el establecimiento de hasta 3 años de prisión para las personas que abandonen a los adultos mayores, de acuerdo al nuevo Código Integral Penal que entra en vigencia en agosto de 2014, nuestra propuesta sería que se revise esta pretensión punitiva a sabiendas que no está acorde a nuestra realidad de país en vías de desarrollo con una población pobre, con un nivel de educación relativamente bajo y con un alto porcentaje de analfabetismo.

- **Cambio de visión:** Trabajar en todos los espacios para cambiar la visión que se tiene sobre el adulto mayor , al considerarle como un individuo viejo, inválido, inactivo, enfermo y consumidor por un ser humano digno, activo, productivo y que puede todavía aportar mucho a la sociedad.
- **Aprender a envejecer:** Finalmente una propuesta para todas y todos como integrantes de una sociedad, de que independientemente del Estado , tenemos que aprender a envejecer como menciona Marvin Saballos, en “Palabra Mayor” de El Telégrafo (10-05-2014): “.....el nuevo reto revolucionario a la sociedad es aprender a envejecer: cómo mantener la actividad productiva, acorde a las circunstancias de la edad avanzada; cómo lograr una buena autoestima como viejos, cómo realizar el diálogo generacional, cómo aprovechar el potencial de viejos y jóvenes actuando en sinergia, cómo garantizar los derechos propios de los viejos. Cambiar el mundo, hacer la revolución inicia por cambiar uno mismo.....” , y siendo proactivos dentro de un proceso normal que es el alcanzar la etapa de madurez, y que necesariamente no significa dejar de tener una vida activa.

“Jamás un hombre es demasiado viejo para recomenzar su vida y no hemos de buscar que lo que fue le impida ser lo que es o lo que será”

Miguel de Unamuno

“En la vida consciente o inconscientemente estamos planificando pero paradójicamente no lo planificamos para la vejez, aceptamos que ella viene como un espacio pequeño o grande de nostalgia, incertidumbre y carencia de apoyo”

“Debemos entender que todos tenemos derechos, y uno de los principales es llevar una vida digna. Ya cumplimos con los hijos, ahora nos toca vivir y decidir por nuestra felicidad”

Kléver Paredes



## **Bibliografía**

- Abramovich, Víctor. (2006). *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*. Chile: CEPAL.
- Adelantado, José. (2000). *Cambios en el Estado de Bienestar. Políticas Sociales y desigualdades en España*. Barcelona: Icaria-UAB.
- Aramibar, Paula. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador-2008*. Quito.
- Besse, Juan. (2000). *Topografía de la Investigación*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2007). *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*. Santiago de Chile: CEPAL, CELADE, MBS, MCDS.
- Congreso Nacional del Ecuador. (1992). *Reglamento General a la Ley del Anciano*. Quito
- Dirección General de Atención Gerontológica. (2010). *Modelo de Gestión y Atención*. Quito: MIES.
- Eugenio, Lahera. (2004). *Política y políticas públicas*. Santiago de Chile: Serie CEPAL.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (2011). *Normas editoriales*. Quito: FLASCO
- Freire, Wilma. (2009-2010). *SABE I (Encuesta: Salud, Bienestar y Envejecimiento)*. Quito.
- Freire, Wilma. (2010-2011). *SABE II (Situación de Salud y Nutrición de los Adultos Mayores ecuatorianos a través de Biomarcadores)*. Quito.
- Hermida, César. (2012). *Adulto mayor y alimentación*. En el Telégrafo, 30 de diciembre, sección Editorial.
- Hermida, César. (2013). *Adulto mayor y trabajo*. En el Telégrafo, 6 de enero, sección Editorial.
- Hermida, César. (2013). *Políticas sobre el adulto mayor*. En el Telégrafo, 14 de febrero, sección Editorial

- Huenchuan, Sandra. (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas*. Uruguay. Lucía ediciones.
- Iacub, Eduardo. (2014). *Estereotipos negativos para el adulto mayor*. En el Telégrafo, 17 de mayo, sección: Palabra Mayor.
- Instituto de Altos Estudios Nacionales. (2012) *Instructivo para la elaboración de proyecto de tesis, tesis y trabajos académicos*. Quito: IAEN..
- Instituto Nacional de Geriátrica. (24 de febrero -2013). [www.defincionabc.com/social/adulto-mayor](http://www.defincionabc.com/social/adulto-mayor).
- Langarica, Raquel. (2005) . *Vejez y Envejecimiento*. Madrid: Universidad Autónoma
- Lizarzaburo, Gabriela. (2013). *Ecuador pide incluir a las personas con discapacidades en la Agenda de Desarrollo*. Quito.
- Medellín, Pedro. (2004). *La política de las políticas públicas*. Chile. Serie CEPAL
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012). *Avances en el Cumplimiento de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. Quito: Dirección de Atención Integral Gerontológica.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013*. Quito: MIES.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social . (2013). *Políticas del Ministerio de Inclusión Económica y Social (2011-2013)*. Quito: MIES
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Informe de Gestión ,MIES: abril 2012-abril 2013*. Quito: MIES.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Estándares de calidad en los Centros Gerontológicos*. Quevedo. MIES.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas. (2012). *Informativo de Gestión* .Loja :MIES-INIGER. .
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2009). *Manual del Encuestador-SABE*. Quito: MIES, INEC, MSP. USFQ.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Estatutos, Procesos, MIES*. Quito: Lexis.

- Moscoso, Iván. (2001). *“Formulación y Evaluación de Políticas Públicas”*. Mexico:ENTS-UNAM
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011) *.Plan de acción interinstitucional para personas adultas mayores 2011-2013*. Nueva York: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1974). *Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos.Informe Técnico 584*. Ginebra:OPS.
- Paredes, Klever.(2014). *Estereotipos y mitos sobre el adulto mayor*.En el Telégrafo, 17 de mayo, sección: Palabra Mayor.
- Romo, Rosa.(2013). *Tesis: Estrategias de mejoramiento de la gestión, para la atención del adulto mayor: Una visión desde la teoría de la calidad*. Quito. IAEN.
- Saballos, Marvin. (2014). *El nuevo reto de la sociedad es aprender a envejecer*. En el Telégrafo, 10 de mayo. Sección: Palabra Mayor.
- Salazar, Langarica. (1985). *Gerontología y Geriatria*. México: Interamericana.
- Sautu, Ruth. (2005) *Manual de Metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO
- Schkolnik, Susana. (2007). *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*.Quito: Serie CEPAL.
- Schmunis, Eduardo.(2014). *¿Cómo se construye una ciudad amigable para el adulto mayor?*.En el Telégrafo, 12 de abril. Sección:Palabra Mayor.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir: 2012-2013*. Quito: SENPLADES.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir: 2013-2017*. Quito: SENPLADES.
- Serrano, Verónica. (2012). *Informativo de Gestión MIES-INIGER*. Loja: MIES
- Suarez, Rubén. (2005) *.Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health .2005
- Subirats Joan. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel S.A.

Lucero,H.(2014). Tesina: Condición de Vida de la Población Adulta Mayor en el Ecuador. Quito:  
IAEN