



ENCUESTA
NACIONAL
DE SALUD,
BIENESTAR Y
ENVEJECIMIENTO
SABE | ECUADOR
2009 - 2010



ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO SABE I ECUADOR 2009 - 2010

Wilma B. Freire
Edgar Rojas
Lourdes Pazmiño
Marco Fornasini
Susana Tito
Patricio Buendía
William Waters
Juan Salinas
Pablo Álvarez

Prólogo

El proceso de envejecimiento es un tema de gran relevancia en la actualidad por las importantes repercusiones no solo en la propia vida de las personas adultas mayores, sino en el funcionamiento de las sociedades, en el aspecto económico, familiar y social.

Los actuales sistemas de protección social fueron construidos para dar atención principalmente a madres y niños, pero con el cambio de la estructura poblacional este enfoque ya no es adecuado, porque no responde a los cambios que deben darse para garantizar la oferta oportuna de servicios sociales y de salud para el creciente grupo de adultos mayores.

El programa Aliméntate Ecuador, como unidad de gestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), fue concebido para garantizar el derecho a la alimentación saludable de niños y niñas menores de cinco años y sus familias, adultos mayores y personas con discapacidad, e incide en cambios de comportamiento y actitud frente a la alimentación como un factor fundamental para lograr una vida sana.

Desde esta perspectiva, el programa estableció entre sus líneas de intervención y proyectos específicos el de 'Atención Integral al Adulto Mayor', para lo cual se planteó la necesidad de conocer el estado de salud de las personas mayores en nuestro país, como un punto de partida para plantear estrategias que incidan en su calidad de vida.

El MIES, a través del Programa Aliméntate Ecuador, promovió, apoyó y asignó los recursos necesarios para la realización de la PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO, SABE ECUADOR, con el objetivo de evaluar el estado de salud, bienestar, alimentación, familia, trabajo y desarrollo cognitivo de las personas adultas mayores del Ecuador y contar con información relevante para el diseño de una estrategia nacional. Para ello firmó un convenio con la Universidad San Francisco de Quito y el Instituto de Investigación en Salud y Nutrición de la USFQ, un convenio con el Instituto de Estadística y Censos (INEC), y otros con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y con la Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica y Gerontología. El apoyo de la Organización Panamericana de la Salud fue importante. Con representantes de estas instituciones se conformó un equipo de investigación interinstitucional e interdisciplinario.

Se espera que los resultados de esta encuesta estimulen a los diferentes sectores a replantearse programas y servicios, en función del creciente número de adultos mayores que requiere de una atención diferenciada en todos los servicios. La sociedad ecuatoriana, por su parte, debe ser sensibilizada para conocer y entender que es necesario empezar a planificar pensando en el futuro, para asegurar una vida saludable a los adultos mayores, y de esta manera disminuir los impactos sociales y económicos en la familia y en la sociedad.

Mariana Galarza
Coordinadora Nacional
MIES – Aliméntate Ecuador

Autoridades

Ing. Ximena Ponce
Ministra de Inclusión Económica y Social

Dra. Marianita Galarza
Coordinadora Nacional del Programa
Aliméntate Ecuador

Autores

Wilma B. Freire
Edgar Rojas
Lourdes Pazmiño
Marco Fornasini
Susana Tito
Patricio Buendía
William Waters
Juan Salinas
Pablo Álvarez

Instituciones participantes

Ministerio de Inclusión, Económica y Social-Programa Aliméntate Ecuador
Instituto de Estadísticas y Censos
Ministerio de Salud Pública
Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica y Gerontología
Instituto de Investigación en Salud y Nutrición de la Universidad San Francisco de Quito

Edición

Fausto Segovia Baus

Diseño gráfico

Javier Cañas Benavides Impresionarte

Diagramación

Javier Cañas B., Nathaly Cevallos R., Hugo Pozo C., María Augusta Cañas

Fotografía

Programa Aliméntate Ecuador, Ana Clara Chachero

Impresión

Grupo impresor

Se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización del Programa Aliméntate Ecuador. Todos los derechos reservados. Prohibida su venta.

El documento se puede reseñar, resumir, citar, o traducir parcialmente con el crédito debido a los autores. (Citación recomendada: Freire WB, Rojas E., Pazmiño L., Fornasini M., Tito S., Buendía P., Waters W F., Salinas J., y Álvarez P. Aliméntate Ecuador/USFQ. Quito Ecuador, 2010.)

No de Derecho de Autor: 034378
ISBN: 978-9978-92-908-7

Primera Edición
Impreso en Quito, Ecuador 2010



Agradecimientos

La realización de este estudio, denominado Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento de la Población de 60 años y más, SABE I, fue posible gracias a la visión, compromiso y apoyo decidido de la Dra. Marianita Galarza, Coordinadora Nacional del Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Inclusión Económica y Social, quien desde un inicio consideró que era indispensable contar con información que sustente las políticas, estrategias y programas dirigidos a la población de adultos mayores. La Dra. Galarza hizo posible el estudio porque también gestionó y asignó los recursos necesarios para su realización y el personal técnico y de apoyo que acompañó a todo el proceso de implementación de la Encuesta.

También merece especial atención el trabajo desarrollado por Daniela Jácome quien brindó su apoyo técnico a la investigadora principal. La dedicación y compromiso de ella permitió planificar, ejecutar y vigilar cada una de las actividades y, hacer los ajustes necesarios durante toda la etapa del trabajo de campo. Del mismo modo, es importante reconocer la contribución del Laboratorio NETLAB, bajo la dirección del Dr. Luis Narváez y su equipo, responsables de la recolección de las muestras de sangre y preparación de las alícuotas necesarias para el análisis posterior en los laboratorios de NETLAB. Bill Ross y Julio Pillajo de la Oficina de Proyectos de la Universidad San Francisco de Quito, Víctor Vitari y Susana Martínez del CTT, también de la Universidad San Francisco de Quito, al igual que Edgar Rojas, contraparte técnico de la encuesta, Santiago Santos, Mauricio Villavicencio, del Programa Aliméntate Ecuador, que respondieron con oportunidad a todos los requerimientos técnicos y administrativos, facilitando el manejo de todas las actividades de la Encuesta y, la OPS/OMS que también brindó el soporte técnico. Del mismo modo, debe reconocerse al equipo del INEC que participó en la encuesta; desde los supervisores nacionales, los coordinadores regionales, los supervisores de campo y los encuestadores.

Finalmente, no se puede dejar de mencionar a las personas adultas mayores y sus familias que participaron en el Estudio, compartiendo con nosotros sus vivencias, saberes, alegrías y tristezas, durante la entrevista.

Wilma B. Freire, PhD.
Investigadora Principal

Participantes

Investigadores

Wilma B. Freire	Investigadora Principal, Diseño y Dirección técnica, USFQ
Susana Tito	Ajuste y diseño de instrumentos, capacitación, MIES, Programa Aliméntate Ecuador
Pilar Ortiz	Supervisión de trabajo de campo, elaboración de informe Responsable de logística: prueba piloto, trabajo de campo, base de datos, INEC
Lourdes Pazmiño	Apoyo logístico, Coordinación del apoyo del MSP a nivel local, MSP
Patricio Buendía	Apoyo técnico, Sociedad Ecuatoriana de Geriatría, SEGG
Juan Salinas	Apoyo técnico en la implementación de la encuesta, MSP

Asistentes Técnicos

Daniela Jácome	USFQ / MIES Programa Aliméntate Ecuador
María Eugenia Soto	MIES - Programa Aliméntate Ecuador

Contraparte Institucional

Edgar Rojas	MIES - Programa Aliméntate Ecuador
-------------	------------------------------------

Apoyo Administrativo

Santiago Santos	MIES - Programa Aliméntate Ecuador
Bill Ross	USFQ
Julio Pillajo	USFQ

Diseño Muestral

Luis Guasgua	INEC
--------------	------

Crítica y Codificación

Mónica Sánchez	Oficina Central, INEC
René Suárez	Oficina Regional Norte, INEC
Gloria Terán	Oficina Regional Centro, INEC
José Carrera	Oficina Regional del Litoral, INEC
María Augusta Cárdenas	Oficina Regional del sur, INEC

Revisión, adaptación de Instrumentos y codificación

Wilma Freire	Componente Técnico específico USFQ
Daniela Jácome	Componente Técnico específico MIES - Programa Aliméntate Ecuador
Pablo Álvarez	Componente Técnico específico MSP
Enrique Vega	Componente Técnico específico OPS
Susana Tito	Componente Técnico específico MIES - Programa Aliméntate Ecuador
Pilar Ortiz	Identificación y aspectos generales INEC
Miguel Almeida	Identificación y aspectos generales INEC
Galo Mier	Identificación y aspectos generales INEC
José Jaramillo	Identificación y aspectos generales INEC
Roberto Ortiz	Componente Técnico específico INEC
Patricio Buendía	Componente Técnico específico SEGG
Juan Salinas	Componente Técnico específico, MSP

Capacitación

Wilma Freire	Componente técnico, USFQ
Susana Tito	Componente técnico, MIES
Daniela Jácome	USFQ/Componente técnico, MIES - Programa Aliméntate Ecuador
María Eugenia Soto	Componente técnico, MIES - Programa Aliméntate Ecuador
Juan Salinas	Componente técnico, MSP
Patricio Buendía	Componente técnico, SEGG
Pablo Álvarez	Componente técnico, MSP
Mauricio Chacón	Componente técnico, SEGG
Pilar Ortiz	Aspectos generales, INEC
Roberto Ortiz	Aspectos generales, INEC
Galo Mier	Aspectos generales, INEC
Mónica Sánchez	Aspectos generales, INEC
Miquel Almeida	Aspectos generales, INEC
José Jaramillo	Aspectos generales, INEC
Magnolia Zumárraga	Aspectos generales, INEC
Liliana Rivadeneira	Aspectos generales, INEC
Julio Maldonado	Nivel Oficina Regional Litoral, INEC
Jesús Pincay	Nivel Oficina Regional Litoral, INEC
Susana Apráez	Nivel Oficina Regional Centro, INEC
Gloria Terán	Nivel Oficina Regional Centro, INEC
Inés Quintuña	Nivel Oficina Regional, Sur INEC
Teresa Mora	Nivel Oficina Regional Sur INEC
Diego Barragán	Nivel Oficina Regional Norte INEC
Jhonny García	Nivel Oficina Regional Norte INEC

Programación de base de datos

Carlos Obando	Base de datos, INEC
---------------	---------------------

Procesamiento computarizado de los datos

Carlos Larrea	Análisis de datos, Consultor
Ana Larrea	Análisis de datos, Consultora
Wilma Freire	USFQ

Cartografía

Julio Maldonado	Oficina Regional Litoral, INEC
Jesús Pincay	Oficina Regional Litoral, INEC
Susana Apráez	Oficina Regional Centro, INEC
Gloria Terán	Oficina Regional Centro, INEC
Inés Quintuña	Oficina Regional, Sur INEC
Teresa Mora	Oficina Regional Sur INEC
Diego Barragán	Oficina Regional Norte INEC
Jhonny García	Oficina Regional Norte INEC

Supervisores Nacionales Equipo Técnico

Wilma Freire	USFQ
Susana Tito	Programa Aliméntate Ecuador
Daniela Jácome	USFQ/Programa Aliméntate Ecuador
María Eugenia Soto	Programa Aliméntate Ecuador

Recolección de información, jefe de operación de campo

Pilar Ortiz	INEC
-------------	------

Supervisores Nacionales

Galo Mier	INEC
Miguel Almeida	INEC
Roberto Ortiz	INEC
José Jaramillo	INEC

Prueba Piloto

Wilma Freire	USFQ
Daniela Jácome	USFQ/Programa Aliméntate Ecuador
Susana Tito	MIES - Programa Aliméntate Ecuador
Pilar Ortiz	INEC
Liliana Rivadeneira	INEC
Magnolia Zumárraga	INEC
Galo Mier	INEC
Ximena Báez	INEC
José Jaramillo	INEC
Diego Barragán	INEC
María Fernanda Fernández	INEC
Mónica Sánchez	INEC
Miguel Almeida	INEC

Supervisores Regionales

Susana Apráez	Oficina Regional Centro, INEC
Gloria Terán	Oficina Regional Centro, INEC
Diego Barragán	Oficina Regional Norte, INEC
Jhonny García	Oficina Regional Norte, INEC
Inés Quintuña	Oficina Regional, Sur, INEC
Teresa Mora	Oficina Regional Sur, INEC
Julio Maldonado	Oficina Regional Litoral, INEC
Jesús Pincay	Oficina Regional Litoral, INEC

Supervisores de campo**Regional Centro**

Carlos Cobo	Daniel Sánchez
Livia Rojano	Viviana Torres
Anita Auquilla	Mercedes Guilcapi
Jessica Pérez	Eugenia Ajitimbay
Carmen Galeas	Dany Lucina
Bertha Guevara	Tania Pico

Regional Norte

Pedro Nicolalde	Paulina Toledo
Monica Herrera	Diego Flores
Gabriel Navas	Napoleón Trujillo

Regional Sur

Jessica Marquez	Diana Ullauri
Santiago Cordero	

Regional Litoral

Robalino Bajaña	Patricia Elizabeth	Cabrera Niveló	Gladys Patricia
Ortega Ruilova	Luis Enrique	Villamar Vargas	Bracilia Marina
Soria de la Ese	Enry Manuel	Malave Malave	Richard Michael

Agama Mosquera Daniel Alejandro
Villamar Añazco Anita Shirley

Ordoñez Anchundia José Aurelio
Pincay Suarez Glenda Mariuxi

Encuestadores Regional Centro

Livia Rojano
Anita Auquilla
Jessica Pérez
Bertha Guevara
Daniel Sánchez

Viviana Torres
Eugenia Ajitimbay
Dany Lucina
Tania Pico

Regional Norte

Paguay Perez Norma Patricia
Bayancela Delgado Sulaya Betsabe
Chimbo Chimbolema Sonia Patricia
Jumbo Tacuri María Cristina
Vásconez Pillajo Pablo Eduardo

Mariela Elizabeth Diaz Quishpe
Walter Jaramillo
Gualán Gualán Samuel Isaías
Chiliquinga Armas María Imelda
Nicolalde Pozo Edwin Leonardo

Regional Sur

Karina Cabrera
Mayra Castillo
Caty Nugra
Sofia Bermeo
Nancy Morocho

Eloy Castillo
Marcia Marquez
Mónica Pesantez
Lucía Labanda

Regional Costa

López Campos Manuel Angel
Suárez Mejillones Mariuxi Elizabeth
Lucero Rojas Santiago
Rodríguez Zambrano Sandra Yadira
Reyes Pincay Eugenio Stalyn
Uzho Sumba Nancy Elizabeth
Lucas Ormaza Marlon Javier
Vaca Veas Jacinta Concepción
Orozco Cauja Roberto Carlos
Achilie Alarcón María Glenda
Ayala Carriel Lourdes Daniela
Moreira Lozano Margarita Giovanna
Ronquillo Erazo María
Tomalá Mendoza Elvis Enrique
Oyague Freile Orlando Leonidas
Tomalá Mendoza Angel Orlin

Uquillas Silva Ana María
Martínez Miranda Wendy Tatiana
Lino Alvarado Paúl Danny
Guaranda Lara Eder Alonso
Suriaga Bueno Nolberto
Estrella Marín Sergio
Mejillones Arteaga Ingrid Mariela
Zurita Saavedra Rocío Karina
Menendez Velez Katherine
Orellana Falconí Juan Carlos
Landázuri Barzoso Paca Grace
Calero Triviño Susana Noralma
Milton Zhanga Insuasti
Ochoa Ichazo Abraham Raul
Celleri Naranjo Karina Marbel
Caicedo Otero Jinson Demetrio

Elaboración del programa de ingresos de datos

Carlos Obando INEC
José Flores INEC

Asesoría Internacional

Enrique Vega Asesor Regional de la OPS/OMS en Salud del Adulto Mayor
Martha Peláez Directora de la Iniciativa de Envejecimiento Saludable Health Foundation of South Florida. Mamie Brisker Project. Project Coordinator
Rebeca Wong Directora del Centro Colaborador OMS/OPS de Envejecimiento y Salud. Universidad de Texas, Medicina
Ludmila Brenes Investigadora. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Cuba

Contenidos



1.1. Envejecimiento en el Ecuador: la confluencia de tres transiciones.....	28
---	----



2. Introducción: Aspectos Metodológicos y Conceptuales

2.1. Antecedentes.....	33
2.2. Situación ecuatoriana.....	35
2.3. Propuesta de la encuesta SABE.....	35
2.4. Objetivos.....	38
2.4.1. Objetivo General del estudio.....	38
2.4.2. Objetivos Específicos.....	38
2.5. Metodología.....	38
2.5.1. Universo de estudio.....	38
2.5.2. Diseño muestral.....	38
2.5.3. Instrumento de recolección de información.....	41
2.5.4. Prueba piloto.....	41
2.5.5. Capacitación de supervisores nacionales, coordinadores regionales, supervisores y encuestadores.....	42
2.5.6. Operación de campo.....	42
2.5.7. Levantamiento cartográfico y verificación de viviendas.....	42
2.5.8. Organización de los equipos de campo.....	42
2.5.9. Validación, crítica y codificación.....	44
2.5.10. Procesamiento y análisis de los datos.....	44
2.5.11. Temas de investigación.....	45
2.5.12. Cobertura de la muestra y desarrollo de la entrevista.....	47
2.5.13. Consentimiento informado.....	47
2.6. Construcción de categorías de índice de condiciones sociales.....	47



3. Características generales del país

3.1. Antecedentes.....	53
3.2. Transformaciones en la estructura demográfica.....	54
3.3. Transición epidemiológica.....	57
3.4. El sistema de salud.....	60



4. Resultados

4.1. Características demográficas y socioeconómicas.....	65
4.1.1. Estructura de la muestra original y expandida a la población total de adultos mayores, por edad y por sexo.....	66
4.1.2. Muestra y población expandida de adultos mayores por sexo, rangos de edad e Índice de feminidad.....	66
4.1.3. Muestra y población expandida de adultos mayores por subregión y por sexo.....	67
4.1.4. Distribución de la población de adultos mayores por índice de condiciones sociales.....	67

4.1.5.	Distribución de la población por etnicidad	69
4.1.6.	Situación de pareja	71
4.1.7.	Población de adultos mayores con y sin hijos vivos	74
4.1.8.	Población de adultos mayores con padres y/o madres vivos	75
4.1.9.	Nivel de educación del adulto mayor	76
4.1.10.	Situación Laboral	81
4.1.11.	Ingresos por jubilación y por trabajo	82
4.1.12.	Características de la vivienda	83
4.1.13.	Hacinamiento	90
4.2.	Discusión	91



5. Características del hogar/familia y de las redes sociales

5.1.	Construcción de datos sobre transferencias familiares y comunitarias y redes sociales	96
5.2.	Características de las redes sociales	96
5.2.1.	Estructura del hogar	96
5.2.2.	Redes sociales	101
5.2.3.	Redes de apoyo	104
5.2.4.	Roles de las personas mayores en la red de apoyo	106
5.2.5.	Tipos de transferencias recibidas	106
5.3.	Conclusiones	110



6. Estado general de salud

6.1.	Deterioro cognitivo	114
6.2.	Autopercepción de la salud	116
6.3.	Salud Mental	117
6.4.	Enfermedades crónicas	118
6.5.	Examen de mama, papanicolao y próstata	124
6.6.	Sintomatología urinaria	127
6.7.	Caídas	128
6.8.	Pérdidas sensoriales	128
6.9.	Consumo de medicamentos	133
6.10.	Comentarios	134



7. Estilos de vida y nutrición

7.1.	Tabaco	140
7.2.	Actividad física	146
7.3.	Prácticas de alimentación	149
7.4.	Consumo de líquidos	153
7.5.	Disminución de peso	154
7.6.	Percepción sobre el estado nutricional	155
7.7.	Estado nutricional	156
7.8.	Riesgo de eventos cardiovasculares	163
7.9.	Conclusiones	165



8. Limitaciones funcionales

8.1.	Funcionalidad	171
8.2.	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	172
8.3.	Actividades instrumentales de la vida diaria	176
8.4.	Movilidad y flexibilidad	180
8.5.	Auto-percepción de salud funcional	183
8.6.	Discusión	184



9. Uso y acceso a servicios de salud

9.1.	Introducción	189
9.2.	Acceso a seguro de salud	191
9.2.1.	Cobertura de Seguros de Salud	192
9.3.	Uso ambulatorio de servicios	194
9.3.1.	Uso de servicios de salud en el último año	194
9.3.2.	Profesionales de la salud relacionados con la atención de los adultos mayores	199
9.3.3.	Tipo de servicio de salud ambulatorio al que acuden los adultos mayores	201
9.3.4.	Uso de servicios ambulatorios en los últimos 4 meses	203
9.3.5.	Cobertura de vacunación	203
9.4.	Uso de hospitales	206
9.4.1.	Utilización general de los servicios hospitalarios	207
9.4.2.	Lugar de Hospitalización	208
9.5.	Accesibilidad a servicios de salud	212
9.5.1.	Accesibilidad a servicios ambulatorios	212
9.5.2.	Accesibilidad a hospitales	213
9.6.	Uso y accesos a medicamentos y hospitales	215
9.6.1.	Prescripción de medicinas	216
9.6.2.	Accesibilidad a las medicinas o remedios	216
9.6.3.	Solicitud de exámenes complementarios (incluye de laboratorio, rayos X y otros)	219
9.7.	Costo de los servicios	220
9.7.1.	Costo promedio y rango de costos de los servicios de salud	221
9.7.2.	Quién paga los gastos de consulta, exámenes y hospitalización	227
9.8.	Conclusiones	228



10. Maltrato y violencia

10.1.	Introducción	235
10.2.	Discusión	236
10.3.	Factores de riesgo y consecuencias	237
10.3.1.	Discusión	246



11. Conclusiones y recomendaciones

11.1.	Conclusiones	250
11.2.	Recomendaciones	256

Lista de cuadros

- Cuadro 1.1.** Un modelo de etapas del ciclo de vida, Estados Unidos, década de 1970 **29**
- Cuadro 2.1.** Miembros del equipo técnico de cada institución involucrada en la Encuesta SABE **36**
- Cuadro 2.2.** Responsabilidades Institucionales **37**
- Cuadro 2.3.** Sectores de la muestra **39**
- Cuadro 2.4.** Viviendas en la muestra **39**
- Cuadro 2.5.** Sectores seleccionados en la Región Sierra **40**
- Cuadro 2.6.** Sectores seleccionados en la Región Costa **40**
- Cuadro 2.7.** Porcentaje de viviendas con personas de 60 años y más **40**
- Cuadro 2.8.** Resumen de prueba piloto **42**
- Cuadro 2.9.** Proporción de adultos mayores que respondieron en forma directa, con ayuda de un auxiliar o de un sustituto **47**
- Cuadro 2.10.** Matriz de comunalidades **48**
- Cuadro 2.11.** Matriz de varianza explicada (Total Variance Explained) **49**
- Cuadro 2.12.** Matriz de componentes **49**
- Cuadro 2.13.** Componentes de cada cluster **50**
- Cuadro 3.1.** Población total estimada, natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil y mortalidad materna: 1995, 2000, 2007 y 2008 **54**
- Cuadro 3.2.** Tasas globales de fecundidad proyectadas, por períodos quinquenales **54**
- Cuadro 3.3.** Evolución de la esperanza de vida al nacer, 1965-2010 **55**
- Cuadro 3.4.** Evolución de la pobreza de consumo, 1995-2006 (%) **59**
- Cuadro 3.5.** Indicadores de pobreza y protección social, 2008 **59**
- Cuadro 4.1.** Estructura de la muestra de adultos mayores por grupos de edad y sexo **66**
- Cuadro 4.2.** Muestra y población expandida de adultos mayores, por edad. (N y %) **50**
- Cuadro 4.3.** Población expandida de adultos mayores, por sexo y por rangos de edad (N y %) **66**
- Cuadro 4.4.** Edad promedio, tamaño de muestra y población de adultos mayores, proporción por rango de edad y por sexo e índice de feminidad, para cada grupo de edad y total **67**
- Cuadro 4.5.** Estructura de la muestra y población expandida de adultos mayores por subregión (N y %) **67**

- Cuadro 4.6.** Distribución de la Población de adultos mayores por Índice de Condiciones Sociales (N y %) **68**
- Cuadro 4.7.** Distribución de los Índices de condiciones sociales de la población de adultos mayores por subregión (Porcentaje) **68**
- Cuadro 4.8.** Distribución de los índices de condiciones sociales de los adultos mayores por sexo y por edad **69**
- Cuadro 4.9.** Distribución de la etnicidad por auto-definición, de los adultos mayores (N y %) **70**
- Cuadro 4.10.** Distribución de los adultos mayores por etnia autodefinida por subregión. Porcentaje **70**
- Cuadro 4.11.** Índice de condición social por etnicidad **70**
- Cuadro 4.12.** Estado de unión del adulto mayor de acuerdo a grupos de edad y sexo de la población de adultos mayores **71**
- Cuadro 4.13.** Estado de unión del adulto mayor, por subregión (Porcentaje) **73**
- Cuadro 4.14.** Porcentaje de la población de adultos mayores que alguna vez estuvieron casados o unidos dentro de cada grupo de edad y sexo **74**
- Cuadro 4.15.** Adultos mayores con hijos vivos (hijastros e hijos adoptivos que siguen vivos) y sin hijos vivos, por grupo de edad y sexo. Porcentaje **74**
- Cuadro 4.16.** Números de hijos vivos (hijastros e hijos adoptivos que siguen vivos) y por cientos, por sexo y grupos de edad en la población de adultos mayores. Porcentaje **74**
- Cuadro 4.17.** Promedio de hijos (hijastros e hijos adoptivos) que siguen vivos por sexo y grupos de edad, del adulto mayor **75**
- Cuadro 4.18.** Adultos mayores que tienen padre y madre muertos, padre y madre vivos, padre o madre vivos, solo madre viva, solo padre vivo, por sexo. Porcentaje **75**
- Cuadro 4.19.** Promedio de Escolaridad por sexo y grupos de edad en la población de adultos mayores. Porcentaje **76**
- Cuadro 4.20.** Promedio de escolaridad por sexo y subregión de los adultos mayores **77**
- Cuadro 4.21.** Promedio de escolaridad por sexo e índice de condiciones sociales **78**

- Cuadro 4.22.** Categorías de escolaridad por sexo y edad (años de estudio) de los adultos mayores **79**
- Cuadro 4.23.** Categorías de escolaridad del adulto mayor, por sexo y subregión **79**
- Cuadro 4.24.** Número y porcentaje de alfabetismo del adulto mayor, medido por la respuesta de si sabe leer y escribir un recado, de acuerdo a sexo y edad **80**
- Cuadro 4.25.** Religión del adulto mayor por grupo de edad **80**
- Cuadro 4.26.** Población económicamente activa en adultos mayores **81**
- Cuadro 4.27.** Ocupados entre adultos mayores Económicamente activos **81**
- Cuadro 4.28.** Distribución de adultos mayores activos e inactivos por sexo y grupos de edad **81**
- Cuadro 4.29.** Población de adultos mayores por grupos de edad y sexo, según, si reciben ingresos por pensión o jubilación y por trabajo **83**
- Cuadro 4.30.** Tipo de vivienda por índice de condiciones sociales **83**
- Cuadro 4.31.** Forma de propiedad de vivienda por índice sociales **84**
- Cuadro 4.32.** Cuadro Promedio de años de escolaridad por tipo de vivienda **85**
- Cuadro 4.33.** Acceso a electricidad, alcantarillado y servicio higiénico en las viviendas del adulto mayor, por subregion. Porcentaje **85**
- Cuadro 4.34.** Forma de Eliminación de Aguas Servidas por subregión de las viviendas del adulto mayor. Porcentaje **86**
- Cuadro 4.35.** Tipo de servicio higiénico por subregión, de las viviendas del adulto mayor **87**
- Cuadro 4.36.** Acceso de las viviendas del adulto mayor a luz eléctrica, alcantarillado y servicios higiénicos con conexión de agua, de las viviendas del adulto mayor, por índice de condiciones sociales (porcentaje) **88**
- Cuadro 4.37.** Tipo de pisos en vivienda del adulto mayor por subregión **89**
- Cuadro 4.38.** Material del piso de vivienda por índice de condiciones sociales **90**
- Cuadro 4.39.** Promedio de Personas por cuarto por subregión, en las viviendas del adulto mayor **90**
- Cuadro 4.40.** Hacinamiento en las viviendas del adulto mayor, por subregión **90**
- Cuadro 5.1.** Situación de convivencia familiar por sexo y por categorías de convivencia (porcentaje) **97**

- Cuadro 5.2.** Situación de convivencia familiar por grupos de edad y por categorías de convivencia (porcentaje) **97**
- Cuadro 5.3.** Situación de convivencia familiar por nivel de instrucción **98**
- Cuadro 5.4.** Situación de convivencia familiar por índice socioeconómico **98**
- Cuadro 5.5.** Número de personas que dependen del adulto mayor por edad y sexo. Porcentaje **99**
- Cuadro 5.6.** Proporción de personas que dependen del adulto mayor, por subregión (Porcentaje) **100**
- Cuadro 5.7.** Proporción del número de personas que dependen del adulto mayor por índice de condiciones sociales **101**
- Cuadro 5.8.** Fuentes de ingreso del adulto mayor no mutuamente excluyentes, por grupos de edad y sexo (porcentajes) **102**
- Cuadro 5.9.** Fuentes de ingreso del adulto mayor no mutuamente Excluyentes, por sub-región (porcentajes) **103**
- Cuadro 5.10.** Percepciones sobre suficiencia del ingreso percibido, por sexo **103**
- Cuadro 5.11.** Percepción sobre suficiencia del ingreso percibido, por subregiones **104**
- Cuadro 5.12.** Percepción de suficiencia del ingreso, por Índice socio económico **104**
- Cuadro 5.13.** Tamaño de la red de apoyo según arreglos familiares. Adultos mayores que dan ayuda (porcentajes) **104**
- Cuadro 5.14.** Tamaño de red de apoyo según arreglos familiares. Adultos que reciben ayuda (porcentaje) **105**
- Cuadro 5.15.** Tamaño de red de apoyo según arreglos familiares. Adultos que dan y reciben ayuda (porcentajes) **105**
- Cuadro 5.16.** Adultos mayores que presenta alguna discapacidad (ABVD), según si reciben ayuda o no (porcentajes) **105**
- Cuadro 5.17.** Adultos mayores que presenta alguna discapacidad (AIVD), según si reciben apoyo o no (porcentajes) **106**
- Cuadro 5.18.** Rol de los adultos mayores al interior de la red de apoyo, según grupos de edad y sexo. Porcentajes **106**
- Cuadro 5.19.** Transferencias recibidas de adultos mayores de personas dentro y fuera del hogar* **107**
- Cuadro 5.20.** Porcentaje de adultos mayores que dan ayuda a otras personas dentro y fuera del hogar dentro de cada sexo (grupos no mutuamente excluyente). Porcentajes **107**
- Cuadro 5.21.** Porcentaje de adultos mayores que reciben ayuda de personas dentro y

- fuera del hogar dentro de cada sexo (grupos no mutuamente excluyente). Porcentajes **107**
- Cuadro 5.22.** Porcentaje de adultos mayores que dan ayuda a personas dentro y fuera del hogar dentro de cada grupo de edad (grupos no mutuamente excluyente). Porcentaje **108**
- Cuadro 5.23.** Porcentaje de adultos mayores que reciben ayuda de personas dentro y fuera del hogar dentro de cada grupo de edad (grupos no mutuamente excluyente). Porcentajes **108**
- Cuadro 5.24.** Porcentaje de adultos mayores que dan ayuda de algún tipo, por sexo y persona a la cual ayudan. Porcentajes* **108**
- Cuadro 5.25.** Porcentaje de adultos mayores que reciben ayuda de algún tipo por sexo y persona de la cual reciben ayudan **108**
- Cuadro 5.26.** Porcentaje de adultos mayores que dan ayuda de algún tipo por edad y persona a la cual ayudan **109**
- Cuadro 5.27.** Porcentaje de adultos mayores que reciben ayuda de algún tipo por edad y persona de la cual reciben ayudan. Por ciento **109**
- Cuadro 6.1.** Adultos mayores con deterioro cognitivo según grupos de edad (con N ponderado) **114**
- Cuadro 6.2.** Deterioro cognitivo por subregión **115**
- Cuadro 6.3.** Deterioro cognitivo por sexo e índice de condiciones sociales **115**
- Cuadro 6.4.** Deterioro cognitivo según nivel de educación y sexo **115**
- Cuadro 6.5.** Prevalencia de autopercepción de la salud por sexo y grupos de edad **116**
- Cuadro 6.6.** Autopercepción de la salud por índice de condiciones sociales **116**
- Cuadro 6.7.** Autopercepción de la salud según nivel de educación **117**
- Cuadro 6.8.** Autopercepción del estado de salud actual respecto a 1 año atrás **117**
- Cuadro 6.9.** Prevalencia de trastornos nerviosos y/o enfermedades psiquiátricas **117**
- Cuadro 6.10.** Prevalencia de depresión por índice de condiciones sociales **118**
- Cuadro 6.11.** Prevalencia de depresión por sexo y grupos de edad **118**
- Cuadro 6.12.** Grado de depresión, por sexo y grupos de edad **119**
- Cuadro 6.13.** Prevalencia de enfermedades crónicas específicas (hipertensión, diabetes, cáncer) por grupos de edad y sexo **119**
- Cuadro 6.14.** Prevalencia de enfermedad pulmonar crónica, tuberculosis y enfermedad cardíaca por edad y sexo **120**
- Cuadro 6.15.** Prevalencia de enfermedad cerebrovascular, artrosis y osteoporosis por edad y sexo **120**
- Cuadro 6.16.** Prevalencia de enfermedades crónicas específicas por índice de condiciones sociales **121**
- Cuadro 6.17.** Prevalencia de enfermedades crónicas específicas por regiones **122**
- Cuadro 6.18.** Prevalencia de Hipertensión arterial (HTA) medida vs reportada **123**
- Cuadro 6.19.** Prevalencia de los diferentes niveles de presión arterial por sexo y edad **123**
- Cuadro 6.20.** Prevalencia calculada de los diferentes niveles de presión arterial por índice socioeconómico, sexo y edad **124**
- Cuadro 6.21.** Examen de mamas por grupos de edad e índice de condiciones socioeconómicas **125**
- Cuadro 6.22.** Examen de Papanicolau por grupos de edad e Índice de condiciones sociales **125**
- Cuadro 6.23.** Examen de la próstata por edad e índice de condiciones sociales **126**
- Cuadro 6.24.** Examen de la próstata por etnicidad autodefinida **127**
- Cuadro 6.25.** Presencia de sintomatología urinaria baja por grupos de edad **127**
- Cuadro 6.26.** Incontinencia urinaria por sexo y grupos de edad **127**
- Cuadro 6.27.** Relación entre sintomatología urinaria baja y examen de próstata **127**
- Cuadro 6.28.** Caídas en el último año por sexo y grupos de edad **128**
- Cuadro 6.29.** Promedio de caídas en el último año por sexo y grupos de edad **128**
- Cuadro 6.30.** Ceguera en los adultos mayores por sexo y grupos de edad **129**
- Cuadro 6.31.** Prevalencia de ceguera por índice de condiciones sociales **129**
- Cuadro 6.32.** Calidad de visión de cerca con o sin lentes, por grupo de edad **129**
- Cuadro 6.33.** Calidad de visión de cerca con o sin lentes por subregión **130**
- Cuadro 6.34.** Calidad de visión de lejos con o sin lentes, por grupo de edad **130**
- Cuadro 6.35.** Calidad de visión de lejos con o sin lentes por subregión **130**
- Cuadro 6.36.** Relación entre uso y necesidad de uso de lentes visión cerca **131**
- Cuadro 6.37.** Relación entre uso y necesidad de uso de lentes visión lejos **131**

- Cuadro 6.38.** Relación entre uso y necesidad de uso de lentes para visión cerca y lejos por índice de condiciones sociales **131**
- Cuadro 6.39.** Calidad de la audición por grupos de edad **131**
- Cuadro 6.40.** Calidad de la audición del adulto mayor por subregión **132**
- Cuadro 6.41.** Pérdida de piezas dentales parcial o total por grupos de edad **132**
- Cuadro 6.42.** Pérdida de piezas dentales parcial o total por región **132**
- Cuadro 6.43.** Cantidad de medicamentos por día, según grupos de edad, sexo **133**
- Cuadro 6.44.** Consumo promedio de medicamentos por día, según grupos de edad, sexo **133**
- Cuadro 6.45.** Cantidad de medicamentos por día, por índice de condiciones sociales **134**
- Cuadro 6.46.** Prevalencia automedicación por índice de condiciones sociales **134**
- Cuadro 6.47.** Automedicación por subregión **134**
- Cuadro 6.48.** Automedicación del adulto mayor por nivel de educación **134**
- Cuadro 7.1.** Promedio y desvío estándar de cigarrillos por día, por sexo y edad en adultos mayores que fuman **140**
- Cuadro 7.2.** Promedio y desvío estandar de cigarrillos que se consume por día, por sexo y subregión entre los adultos mayores que fuman **141**
- Cuadro 7.3.** Promedio cigarrillos por día por edad y subregión con desviación estandar **142**
- Cuadro 7.4.** Promedio y desvío estandar de cigarrillos que fuma por día, por índice de condiciones sociales **142**
- Cuadro 7.5.** Promedio y desvío estándar de cigarrillos por día, por sexo e índice socioeconómico **143**
- Cuadro 7.6.** Consumo promedio actual de cigarrillos, que consumía antes pero ya no, o que nunca ha fumado, por condición socioeconómica **144**
- Cuadro 7.7.** Consumo promedio de cigarrillos que consumen actualmente, que consumía antes pero ya no, o que nunca ha fumado, por sexo y edad **144**
- Cuadro 7.8.** Consumo promedio de cigarrillos que consumen actualmente, que consumía antes pero ya no, o que nunca ha fumado, por sexo e Índice de condiciones sociales **145**
- Cuadro 7.9.** Promedio y desvío estándar del tiempo que empezó a fumar, de la edad en que empezó a fumar, de la edad en que dejó de fumar y de la edad en que dejó de fumar **145**
- Cuadro 7.10.** Porcentaje de adultos mayores que hacen actividad física rigurosa (deportes, trotar, bailar, deporte pesado) en los últimos 12 meses, por sexo y edad **146**
- Cuadro 7.11.** Por ciento de adultos mayores que realizan actividad física rigurosa (deportes, trotar, bailar, deporte pesado), por sexo y subregión, en el último año **147**
- Cuadro 7.12.** Por ciento de adultos mayores que realizan actividad física rigurosa en el último año, por edad y subregión **148**
- Cuadro 7.13.** Por ciento de actividad física rigurosa que han realizado en el ultimo año, por índice de condiciones sociales **148**
- Cuadro 7.14.** Porcentaje de adultos mayores que comen menos que antes, en el ultimo año, por problemas digestivos o falta de apetito, por grupos de edad y sexo **149**
- Cuadro 7.15.** Proporción de adultos mayores que comen menos que antes en el último año, por problemas digestivos o falta de apetito, por subregión **150**
- Cuadro 7.16.** Número y por ciento de adultos mayores que comen menos que antes en el último año, por problemas digestivos o falta de apetito, por índice de condiciones sociales **150**
- Cuadro 7.17.** Número y por ciento de adultos mayores que están comiendo más, igual o menor que hace tres meses, por grupos de edad y por sexo **151**
- Cuadro 7.18.** Número y por ciento de adultos mayores que están comiendo más, igual o menor que hace tres meses, en los últimos 3 meses, por subregión **151**
- Cuadro 7.19.** Número y por ciento de adultos mayores que están comiendo más, igual o menor que hace tres meses, en los últimos 3 meses, por subregión **151**
- Cuadro 7.20.** Porcentaje de comidas completas consumidas al día por edad y por sexo **152**
- Cuadro 7.21.** Por ciento de comidas completas consumidas al día por sub-región **152**
- Cuadro 7.22.** Porcentaje de comidas completas consumidas en el día por índice de condiciones sociales **153**

- Cuadro 7.23.** Porcentaje de vasos o tazas de líquido (agua, café, té, leche, jugo, sopa) que el adulto mayor consume diariamente, por grupos de edad y sexo **153**
- Cuadro 7.24.** Número y porcentaje de vasos o tazas de líquido (agua, café, té, leche, jugo, sopa) que el adulto mayor consume diariamente, por subregión **154**
- Cuadro 7.25.** Por ciento de adultos mayores que consumen tres o menos, de tres a cinco y más de cinco vasos o tazas de líquidos diariamente, por índice de condiciones sociales **154**
- Cuadro 7.26.** Porcentaje de adultos mayores que en el último año ha disminuido de peso, sin haber hecho dieta por edad **155**
- Cuadro 7.27.** Porcentaje de adultos mayores que en el último año ha disminuido de peso sin haber hecho dieta, por subregión **155**
- Cuadro 7.28.** Número y porcentaje de adultos mayores que en el último año ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta, por índice de condiciones sociales **156**
- Cuadro 7.29.** Por ciento de adultos mayores que se consideran bien nutridos por edad y sexo **156**
- Cuadro 7.30.** Por ciento de adultos mayores que se consideran bien nutridos, por subregión **157**
- Cuadro 7.31.** Porcentaje de adultos mayores que se consideran bien nutridos por índice de condiciones sociales **157**
- Cuadro 7.32.** Promedio de peso en libras y kilos por sexo y grupos de edad **158**
- Cuadro 7.33.** Promedio de talla en cm. por sexo y grupos de edad **159**
- Cuadro 7.34.** Promedio de peso y talla de los adultos mayores, por sexo y subregión **159**
- Cuadro 7.35.** Promedio de talla y peso por sexo e índice de condiciones sociales **160**
- Cuadro 7.36.** Clasificación de estado nutricional según puntos de corte de IMC (OMS) **160**
- Cuadro 7.37.** Clasificación del Estado nutricional utilizando el índice de masa corporal (IMC) de acuerdo a la OMS, 1995, 2000 y 2004 **161**
- Cuadro 7.38.** Clasificación de bajo peso, peso normal, obeso y sobrepeso de los adultos mayores, por sexo e índice de masa corporal (por cientos de IMC). Total población **161**
- Cuadro 7.39.** Clasificación de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de los adultos mayores, de acuerdo al sexo y edad, de acuerdo al índice de masa corporal. (Porcentajes) **162**
- Cuadro 7.40.** Clasificación de bajo peso, peso normal, obeso y sobrepeso de los adultos mayores, por subregión e índice de masa corporal (porcentajes. IMC) **163**
- Cuadro 7.41.** Prevalencia de bajo peso, peso normal, obeso y sobrepeso de los adultos mayores, índice de condiciones sociales e índice de masa corporal (porcentajes) **163**
- Cuadro 7.42.** Circunferencia de cintura por sexo y grupos de edad **164**
- Cuadro 7.43.** Promedio de circunferencia de cadera, en hombres y mujeres adultos mayores, por sexo y grupos de edad **164**
- Cuadro 7.44.** Prevalencia de categorías de circunferencia de cintura por sexo y grupos de edad. En centímetros **165**
- Cuadro 7.45.** Circunferencia de la cintura por sexo y subregión **165**
- Cuadro 7.46.** Circunferencia de cintura por índice de condiciones sociales **166**
- Cuadro 8.1.** Relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en ABVD por sexo. Porcentajes **173**
- Cuadro 8.2.** Porcentaje de población ≥ 60 años según limitaciones en ABVD por sexo y grupos de edad **173**
- Cuadro 8.3.** Porcentaje de población ≥ 60 años según limitaciones en ABVD por subregiones **174**
- Cuadro 8.4.** Relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en ABVD por edad **174**
- Cuadro 8.5.** Relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en ABVD por subregión **175**
- Cuadro 8.6.** Relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y la prevalencia de limitaciones en ABVD, por nivel socioeconómico. Porcentaje **176**
- Cuadro 8.7.** Porcentaje de población ≥ 60 años con limitaciones en AIVD por sexo y edad **177**
- Cuadro 8.8.** Porcentaje de población ≥ 60 años con limitaciones en AIVD por subregión **177**
- Cuadro 8.9.** Relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en AIVD por edad **178**

- Cuadro 8.10.** Porcentaje de población ≥ 60 años por sexo y su relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en AIVD **178**
- Cuadro 8.11.** Relación entre enfermedades crónicas y discapacidad por subregión **179**
- Cuadro 8.12.** Relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y la prevalencia de limitaciones en AIVD por índice de condiciones sociales **180**
- Cuadro 8.13.** Prevalencia de dificultades en realizar ABVD, de acuerdo al grupo de edad y sexo **181**
- Cuadro 8.14.** Prevalencia de dificultades en realizar AIVD, de acuerdo al grupo de edad y sexo. (Porcentaje) **182**
- Cuadro 8.15.** Prevalencia de dificultades en realizar ABVD, de acuerdo al grupo de edad y sexo. (Porcentaje) **183**
- Cuadro 8.16.** Percepción de salud, según número de limitaciones funcionales para AIVD, por sexo **184**
- Cuadro 8.17.** Percepción de salud según número de limitaciones funcionales para AIVD, por región **185**
- Cuadro 8.18.** Percepción de salud según número de limitaciones funcionales para ABVD, por sexo **185**
- Cuadro 8.19.** Prevalencia de auto-percepción de salud según número de limitaciones funcionales para ABVD, por subregión **186**
- Cuadro 9.1.** Lugar al cual acuden los Adultos mayores al considerarse enfermos durante el último año **194**
- Cuadro 9.2.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por utilización de servicios de salud y sexo según ciudad **195**
- Cuadro 9.3.** Asistencia a consulta médica en el último año, por nivel socio-económico **196**
- Cuadro 9.4.** Asistencia a consulta médica en el último año, por grupo de edad y tipo de servicio **196**
- Cuadro 9.5.** Asistencia a consulta médica en el último año, por grupo de edad y tipo de servicio **196**
- Cuadro 9.6.** Asistencia a consulta médica en el último año, por subregión y tipo de servicio **197**
- Cuadro 9.7.** Causa de no uso de servicios médicos ambulatorios **198**
- Cuadro 9.8.** Causa de no uso de servicios médicos ambulatorios por Índice de condiciones sociales **198**
- Cuadro 9.9.** Personal de salud consultado por los adultos mayores según subregión **199**
- Cuadro 9.10.** Personal de salud consultado por los adultos mayores según tipo de seguro **200**
- Cuadro 9.11.** Personal de salud consultado por los adultos mayores, según nivel de instrucción **200**
- Cuadro 9.12.** Personal de salud consultado por los adultos mayores según nivel socio-económico **200**
- Cuadro 9.13.** Lugar de consulta médica por sexo y subregión **202**
- Cuadro 9.14.** Lugar de consulta médica por sexo índice de condiciones sociales **202**
- Cuadro 9.15.** Cobertura de vacunación por grupos de edad y sexo **205**
- Cuadro 9.16.** Cobertura por tipo de vacunas, grupos de edad y sexo **205**
- Cuadro 9.17.** Frecuencia de Hospitalización en los últimos 4 meses por sexo **207**
- Cuadro 9.18.** Frecuencia de hospitalización en los últimos 4 meses por subregión **207**
- Cuadro 9.19.** Frecuencia de Hospitalización en los últimos 4 meses por sexo **208**
- Cuadro 9.20.** Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por grupos de edad y subregiones **211**
- Cuadro 9.21.** Tiempo promedio para llegar al hospital por subregiones **214**
- Cuadro 9.22.** Tiempo promedio para llegar al hospital por índice socioeconómico **215**
- Cuadro 9.23.** Tiempo promedio para llegar al hospital, por edad **215**
- Cuadro 9.24.** Accesibilidad a medicamentos recetados por sexo y grupos de edad **217**
- Cuadro 9.25.** Quién pagó los gastos de consulta, exámenes y hospitalización por nivel socioeconómico **228**
- Cuadro 9.26.** Quién pagó los gastos de consulta, exámenes y hospitalización por grupos de edad **229**
- Cuadro 9.27.** Simulación del gasto total en servicios de salud que utiliza el adulto mayor del Ecuador **231**
- Cuadro 10.1.** Prevalencia de amenazas de daño físico (posible maltrato), por grupos de edad y sexo **238**
- Cuadro 10.2.** Prevalencia de amenazas con daño físico (posible maltrato), por índice de condiciones sociales **239**
- Cuadro 10.3.** Prevalencia de haber sido empujado o haber halado el cabello (posible maltrato físico), por grupos de edad y sexo **239**

- Cuadro 10.4.** Prevalencia de haber sido empujado o haber halado el cabello (posible maltrato físico), por subregión **239**
- Cuadro 10.5.** Prevalencia de haber sido empujado o haber halado el cabello (posible maltrato físico), por nivel socioeconómico **240**
- Cuadro 10.6.** Prevalencia de haber sido insultado (posible maltrato psicológico), por grupos de edad y sexo **240**
- Cuadro 10.7.** Prevalencia de "haber sido insultado" (posible maltrato psicológico), por nivel socioeconómico **241**
- Cuadro 10.8.** Prevalencia de "haber sido exigido tener relaciones sexuales" (posible maltrato sexual), por grupos de edad y sexo **241**
- Cuadro 10.9.** Prevalencia de haber sido exigido tener relaciones sexuales (posible maltrato sexual) por subregión **241**
- Cuadro 10.10.** Prevalencia de haber sido exigido tener relaciones sexuales (posible maltrato sexual), por nivel socioeconómico **242**
- Cuadro 10.11.** Prevalencia de "le han exigido tener relaciones sexuales" (posible maltrato sexual) por amenaza con daño físico (posible maltrato físico) **242**
- Cuadro 10.12.** Prevalencia de (posible maltrato sexual) por (posible maltrato físico) **242**
- Cuadro 10.13.** Prevalencia de amenazas a ser llevados a un asilo por grupos de edad y sexo **243**
- Cuadro 10.14.** Prevalencia de amenazas "de llevarle a un asilo" por nivel socioeconómico **243**
- Cuadro 10.15.** Prevalencia de violencia psicológica* por edad **244**
- Cuadro 10.16.** Prevalencia de de violencia psicológica* por subregión **244**
- Cuadro 10.17.** Prevalencia de abuso económico* por edad **245**
- Cuadro 10.18.** Prevalencia de abuso económico* por subregión **245**
- Cuadro 10.19.** Prevalencia de negligencia y abandono* por edad **245**
- Cuadro 10.20.** Prevalencia de negligencia y abandono* por subregión **246**
- Cuadro 10.21.** Prevalencias de los diferentes tipos de maltrato en personas ≥ 60 en el Ecuador en 2009 **246**

Lista de gráficos

- Gráfico 2.1.** Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento de Ecuador. Estructura Operativa **37**
- Gráfico 2.2.** Primer componente principal por segundo componente principal **49**
- Gráfico 2.3.** Análisis de aglomeración e identificación de cinco grupos sociales **50**
- Mapa 3.1.** Características políticas y físicas del Ecuador **54**
- Gráfico 3.1.** Pirámides de edades 2000, 2025 y 2050 **56**
- Mapa 3.2.** Características políticas y físicas del Ecuador **58**
- Gráfico 3.3.** Modelo de gestión alta desconcentración - baja descentralización **61**
- Gráfico 3.4.** Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y porcentaje del presupuesto general del Estado 1998-2008 **62**
- Gráfico 4.1.** Distribución de los Índices de condiciones sociales de la población de adultos mayores por subregión **68**
- Gráfico 4.2.** Estado de unión de los adultos mayores, por sexo **72**
- Gráfico 4.3.** Estado de unión de las mujeres adultas mayores, por edad **72**
- Gráfico 4.4.** Estado civil de adultos mayores hombres por edad **72**
- Gráfico 4.5.** Estado de unión de las mujeres adultas mayores, por edad **73**
- Gráfico 4.6.** Promedio de escolaridad por sexo y por grupo de edad en la población de adultos mayores **76**
- Gráfico 4.7.** Promedio de escolaridad de los adultos mayores por sexo y subregión **77**
- Gráfico 4.8.** Promedio de escolaridad por sexo e índice de condiciones sociales **78**
- Gráfico 4.9.** Promedio de escolaridad por sexo e índice de condiciones sociales **80**
- Gráfico 4.10.** Población económicamente activa (PEA) entre adultos mayores, por sexo **82**
- Gráfico 4.11.** Distribución de hombres y mujeres adultos mayores dentro del total de PEA Activo en cada rango de edad por sexo **82**
- Gráfico 4.12.** Acceso a electricidad, alcantarillado y servicio higiénico en las viviendas del adulto mayor. Porcentaje **86**
- Gráfico 4.13.** Forma de eliminación de aguas servidas de las viviendas del adulto mayor. Porcentaje **87**
- Gráfico 4.14.** Tipo de servicio higiénico por subregión, de las viviendas del adulto mayor **87**
- Gráfico 4.15.** Acceso a luz eléctrica, alcantarillado y servicios higiénicos con conexión de agua, según índice de condiciones sociales **88**
- Gráfico 4.16.** Tipo de pisos en vivienda por subregión (Porcentaje) **89**
- Gráfico 5.1.** Proporción del número de personas que dependen del Adulto mayor, de acuerdo al sexo (porcentaje) **99**
- Gráfico 5.2.** Proporción del número de personas que dependen de la adulta mayor por edad (porcentaje) **99**
- Gráfico 5.3.** Proporción del número de personas que dependen del adulto mayor por edad (porcentaje) **100**
- Gráfico 5.4.** Proporción del número de personas que dependen del adulto mayor por sub-región (porcentaje) **101**
- Gráfico 5.5.** Fuentes de ingreso del adulto mayor no mutuamente excluyentes, por grupos de edad (porcentaje) **102**
- Gráfico 6.1.** Prevalencia de enfermedades crónicas reportadas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares y cerebrovasculares) por índice de condiciones sociales **119**
- Gráfico 6.2.** Prevalencia de enfermedades crónicas por índice de condiciones sociales **120**
- Gráfico 6.3.** Examen de mamas por grupos de edad e índice de condiciones sociales **125**
- Gráfico 6.4.** Examen de Papanicolau por grupos de edad e índice de condiciones sociales **126**
- Gráfico 7.1.** Promedio de consumo de cigarrillos por índice de condiciones sociales **143**
- Gráfico 9.1.** Tipo de seguro de salud **191**
- Gráfico 9.2.** Cobertura de los Seguros Privados **192**
- Gráfico 9.3.** Cobertura del Seguro Social **193**
- Gráfico 9.4.** Asistencia a consulta médica en el último año, por subregiones **195**
- Gráfico 9.5.** Preferencia de uso de servicios de salud según la condición económica **197**
- Gráfico 9.6.** Tipo de Personal de salud consultado por los adultos mayores **199**

- Gráfico 9.7.** Tipo de servicio de salud consultado por los adultos mayores²⁰¹
- Gráfico 9.8.** Uso de los servicios de salud ambulatorios en los últimos 4 meses²⁰³
- Gráfico 9.9.** Cobertura de vacunación en los adultos mayores²⁰⁴
- Gráfico 9.10.** Cobertura de Vacunación por subregión ²⁰⁴
- Gráfico 9.11.** Cobertura de vacunación por nivel socioeconómico²⁰⁵
- Gráfico 9.12.** Frecuencia de Hospitalización en los últimos 4 meses por tipo de seguro ²⁰⁸
- Gráfico 9.13.** Frecuencia de Hospitalización en los últimos 4 meses por edad²⁰⁸
- Gráfico 9.14.** Lugar donde estuvo hospitalizada la población adulta mayor en los últimos 4 meses por edad²⁰⁹
- Gráfico 9.15.** Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por subregión²⁰⁹
- Gráfico 9.16.** Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por edad²¹⁰
- Gráfico 9.17.** Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por edad²¹⁰
- Gráfico 9.18.** Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por cobertura de seguro ²¹⁰
- Gráfico 9.19.** Tiempo de viaje y de espera por tipo de población²¹²
- Gráfico 9.20.** Tiempo transcurrido (días) para recibir atención médica por subregiones ²¹³
- Gráfico 9.21.** Tiempo transcurrido (días) para recibir atención médica por nivel socioeconómico²¹³
- Gráfico 9.22.** Rangos de tiempo para llegar al hospital por subregiones²¹⁴
- Gráfico 9.23.** Rangos de tiempo para llegar al hospital por índice socioeconómico comparando la accesibilidad²¹⁵
- Gráfico 9.24.** Frecuencia de prescripción de medicamentos en la consulta médica ²¹⁶
- Gráfico 9.25.** Adquisición de los medicamentos prescritos en la consulta²¹⁶
- Gráfico 9.26.** Motivos por los que no accede a medicamentos²¹⁸
- Gráfico 9.27.** Motivos por los que no accede a medicamentos por sexo²¹⁸
- Gráfico 9.28.** Motivos por los que no accede a medicamentos por edad²¹⁹
- Gráfico 9.29.** Frecuencia de solicitud de exámenes de laboratorio en la consulta ambulatoria ²¹⁹
- Gráfico 9.30.** Ejecución de la solicitud de exámenes de laboratorio en la consulta ambulatoria ²²⁰
- Gráfico 9.31.** Fuente de pago de los servicios de salud ²²⁰
- Gráfico 9.32.** Cuánto pagó por esta consulta - Rango ²²¹
- Gráfico 9.33.** Cuánto pagó por Exámenes-Rango ²²¹
- Gráfico 9.34.** Cuánto pagó por Medicamentos - Rango ²²²
- Gráfico 9.35.** Cuánto pagó por Hospitalización - Rango ²²²
- Gráfico 9.36.** Costo promedio de consulta, medicinas, exámenes y hospitalización por subregión ²²³
- Gráfico 9.37.** Costo promedio de consulta, medicinas, exámenes y hospitalización por nivel socioeconómico²²³
- Gráfico 9.38.** Costo promedio de consulta, exámenes, medicamentos y hospitalización por grupos de edad²²⁴
- Gráfico 9.39.** Rango de pago de gastos de consulta por subregión²²⁴
- Gráfico 9.40.** Rango de pago de gastos de exámenes por subregión²²⁵
- Gráfico 9.41.** Rango de pago de gastos de hospitalización por subregión²²⁵
- Gráfico 9.42.** Rango de pago de gastos de consulta por grupos de edad²²⁵
- Gráfico 9.43.** Rango de pago de gastos de exámenes por grupos de edad²²⁶
- Gráfico 9.44.** Rango de pago de gastos de hospitalización por grupos de edad²²⁶
- Gráfico 9.45.** Rango de pago de gastos de consulta por nivel socioeconómico²²⁶
- Gráfico 9.46.** Rango de pago de gastos de exámenes por nivel socioeconómico²²⁷
- Gráfico 9.47.** Rango de pago de gastos de hospitalización por nivel socioeconómico²²⁷

Lista de acrónimos

INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
MSP	Ministerio de Salud
USFQ	Universidad San Francisco de Quito
SEGG	Sociedad Ecuatoriana de Geriatría y Gerontología
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
BDH	Bono de Desarrollo Humano
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
HTP	Hipertension Arterial
WHO	World Health Organization



CAPÍTULO

1

Introducción

El envejecimiento ocurre en tres niveles distintos pero estrechamente vinculados entre sí. Primero, se habla de la *persona al nivel individual* y se le llama “viejo,” “veterano,” “anciano,” “de la tercera edad,” o, en términos más formales, “adulto mayor.” A este nivel, lo que más interesa es el estado de salud físico y psicológico de la persona a nivel clínico. El análisis se lo hace un médico generalista, un especialista en problemas específicos de salud incluyendo un psicólogo, un geriatra o un gerontólogo.

Segundo, existe en forma paralela el envejecimiento que es el de la *familia*. Dentro del contexto del ciclo de vida de la familia, el hogar pasa por distintas fases desde su comienzo hasta su fin. Temas de interés en este contexto incluyen el tamaño y la composición del hogar; patrones ocupacionales, residenciales y de ingresos, y cambio a lo largo del tiempo del grupo familiar. Este análisis es propio de sociólogos, psicólogos sociales y microeconomistas.

Tercero, el envejecimiento es característico de *toda una sociedad o país*. En este contexto, el modelo de transición demográfica estipula que históricamente y en la actualidad, la disminución en las tasas de nacimiento y de muerte se relaciona con un incremento sistemático en la expectativa de vida, que a su vez es producto de varias mejoras en las condiciones de vida y los sistemas de salud preventiva, curativa y pública, la situación nutricional y avances en la tecnología y la educación. A través de esta transición, la proporción de personas en diferentes grupos de edad experimenta una transición paulatina desde una marcada preponderancia de personas menores de edad hacia mayores concentraciones de adultos mayores.

El Ecuador no es excepción a este patrón global de transiciones que se producen por medio del envejecimiento individual, de la familia y de todo el país. Los datos nacionales son elocuentes al evidenciar cambios verdaderamente dramáticos en la composición demográfica del país en las últimas décadas. Estos cambios, a su vez, reflejan transformaciones igualmente significativas en las vidas de los adultos mayores del país en el ámbito individual y en sus familias. En este sentido, el Ecuador de hoy no es el Ecuador de ayer, y el Ecuador de mañana será un lugar muy diferente al de hoy.

Un breve análisis de los datos nacionales a nivel macro ayuda no solamente a apreciar la evolución de ciertas características sociales, económicas o demográficas, sino también a romper algunos mitos muy comunes. Por ejemplo, se habla de una explosión poblacional y crecimiento demográfico fuera de control. Mas bien, la tasa de incremento poblacional natural ha disminuido sustancialmente en poco tiempo, de 2.2% anual entre 1990 y 1995 a 1.6% entre 2005 y 2010. Es decir, la población sigue creciendo, pero a un ritmo cada vez menor. Este cambio refleja varias situaciones, e incluyen una sensible disminución en la tasa de fecundidad, de 3.4 niños por mujer en edad fértil (1990-1995) a 2.6 (2005-2010) (PNUD, 2009).

Estos cambios, considerados conjuntamente con el decrecimiento en las tasas de muerte, están asociados a uno de los cambios más dramáticos en la población ecuatoriana; esto es, la expectativa de vida al nacer que actualmente es de 75 años, cuando hace solamente una generación, fue de alrededor de solo 55 años. Si ponemos este

dato en contexto global, la diferencia en este indicador entre el Ecuador y el país con mayor expectativa de vida es aproximadamente siete años, cuando hace tres décadas fue de 20 años.

Como producto de este proceso extraordinario, la proporción de personas mayores de 65 años en el Ecuador se duplicará entre 1990 y 2015. Las personas de 65 años fueron 7.4% de la población económicamente activa (15 a 64 años) en 1990 y se incrementó al 10.6% en 2010 (PNUD, 2009). Esta proporción de dependencia entre personas en la fuerza laboral y personas jóvenes y mayores, sugiere un sinnúmero de cambios económicos, sociales y culturales en las décadas que vienen.

Pero estos cambios no suceden en forma homogénea en el país. El Ecuador es considerado por las Naciones Unidas como un país con un alto nivel de desarrollo, con un índice de desarrollo humano de 0.806, cifra que le coloca en el puesto 80 de 182 países, y en comparación con un índice de 0.709 en 1980. Sin embargo, los beneficios del desarrollo en salud, educación e ingresos no han sido distribuidos en forma muy desigual: su índice de Gini es 54.5 (una de las cifras más altas en el mundo). Refleja que mientras el 10% más rico del país gana el 43.3% de los ingresos totales, el 10% más pobre gana apenas el 1.2% (PNUD, 2009).

El presente documento es un análisis de los resultados de SABE-Ecuador, la Primera Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento realizada en el país sobre la salud y bienestar de las personas de 60 años de edad. El estudio es el producto del compromiso y de los esfuerzos del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y su programa Aliméntate Ecuador, que firmó un convenio con el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Sociedad Ecuatoriana de Geriatría y Gerontología y la Universidad San Francisco de Quito (USFQ).

El informe consta de 11 capítulos. Este primer capítulo introductorio presenta un marco conceptual sobre los elementos interrelacionados del envejecimiento en la población ecuatoriana, mientras el capítulo 2 presenta los aspectos metodológicos y conceptuales de la encuesta, incluyendo los procesos de muestreo, trabajo de campo y análisis de datos. Se señala además que se realizó la encuesta SABE-Ecuador en concor-

dancia con los estudios SABE en otros países de la región.

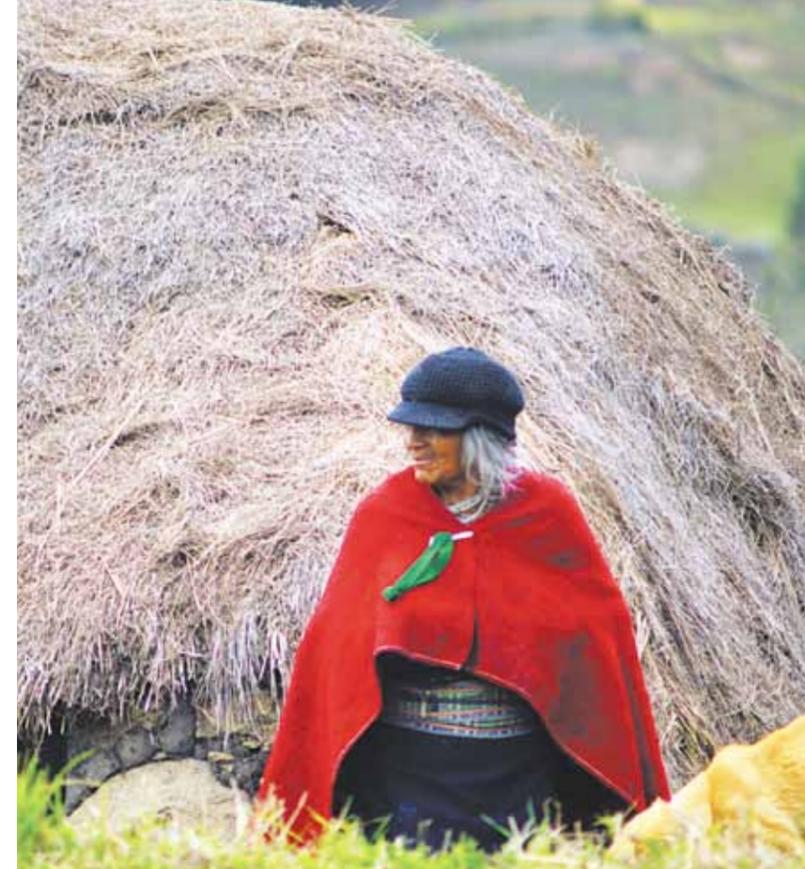
Para entender mejor el ambiente socioeconómico en que se realizó la encuesta SABE-Ecuador, en el capítulo 3, hay una breve descripción de los aspectos relevantes del país. En este contexto, quizás lo más importante es la enorme heterogeneidad geográfica, natural y socioeconómica en el Ecuador, razón por la cual era importante tomar en cuenta factores como residencia rural o urbano en las regiones de la Costa y Sierra del país.

El capítulo 4 consiste en un análisis de las características demográficas de la población de adultos mayores ecuatorianos con los datos de la encuesta. Sobresale en esta parte del análisis que un segmento importante de la población de adultos mayores ecuatorianos, caracterizada por un conjunto de factores que evidencia un notable nivel de vulnerabilidad social y económica: –que viven en condiciones socioeconómicas malas o indigentes–, tienen una formación educacional limitada, y tienen ingresos muy bajos. A su vez, estos efectos se comportan de forma diferente en distintos grupos definidos por raza y etnicidad, género, residencia rural-urbano y región del país.

El capítulo 5 describe los factores esenciales de las redes sociales dentro las cuales los adultos mayores se desenvuelven. En este contexto, la salud no es solamente una característica del individuo, sino que se expresa y se define por los lazos afectivos, culturales y económicos entre el adulto mayor, su familia y comunidad.

El capítulo 6 presenta los datos básicos sobre el estado de salud de los adultos mayores. Se demuestra que existe una gran diversidad en el proceso de deterioro físico y cognitivo, no solamente en función de la edad, sino también en base a los factores demográficos antes descritos, particularmente en lo que se refiere a región geográfica, residencia rural o urbano (incluyéndose como categorías específicas las ciudades de Quito y Guayaquil), condiciones socioeconómicas, raza, etnicidad y género.

En el capítulo 7 se analizan los resultados referentes a la nutrición y estilo de vida. Estos datos también reflejan la heterogeneidad de la población de adultos mayores, al mismo tiempo que refleja la existencia de un segmento de la población que vive en condiciones preocupantes en cuanto a su estado nutricional. En este sentido, es menos proble-



El capítulo 5 describe los factores esenciales de las redes sociales dentro las cuales los adultos mayores se desenvuelven.

mática la mala nutrición por déficit que la mala nutrición por exceso, reflejado por altas proporciones de adultos mayores con sobrepeso u obesas.

El capítulo 8 consiste en un análisis del estado funcional de la población de adultos mayores. El tema principal aquí es que el proceso natural de desgaste y deterioro se expresa en patrones definidos, al igual que en los otros aspectos de la encuesta, por las condiciones socioeconómicas, residencia rural o urbano, y género.

El capítulo 9 es un análisis del tema críticamente importante del acceso a y uso de los servicios de salud en el sistema ecuatoriano. Al igual que en los otros capítulos, se demuestra que los patrones de desigualdad que se manifiesta en los ingresos, también inciden en este aspecto crítico de la salud y bienestar de la población de adultos mayores ecuatorianos.

El capítulo 10 describe el fenómeno poco analizado o discutido de violencia doméstica y maltrato del adulto mayor. Evidentemente es un tema sensible y controvertido, pero este análisis demuestra que es un aspecto de la salud y bienestar del adulto mayor que se debe tomar más en cuenta.

Finalmente, el capítulo 11 presenta las conclusiones y recomendaciones referentes a la salud y bienestar de la población en envejecimiento en el Ecuador.

1.1. Envejecimiento en el Ecuador: la confluencia de tres transiciones

En cada sociedad, se reconoce la etapa de la vida en donde se experimenta el envejecimiento como un período muy especial. En muchas partes del mundo, el adulto mayor es reconocido y tratado como una persona de mucho prestigio y respeto. Las normas y valores vigentes colocan el adulto mayor en un nivel muy alto debido a sus experiencias y sabiduría, y es visto como una ventana al pasado. Por lo tanto, muchas veces el adulto mayor mantiene altos niveles de responsabilidad y autoridad dentro de la familia y la comunidad. En algunas sociedades, el adulto mayor es reconocido como portador de características y habilidades místicas. En las sociedades más tradicionales, el adulto mayor fue una persona especial porque relativamente pocas personas sobrevivieron hasta edades avanzadas.

Parece contradictorio observar otra imagen del adulto mayor: una persona que ya no es capaz de cuidarse a sí misma, menos mantener un nivel de respeto y autoridad en la sociedad. Desde esta perspectiva, el adulto mayor es considerado poco más que un niño que requiere el soporte y apoyo de otras personas.

Al mismo tiempo, los adultos mayores no constituyen un grupo homogéneo, ni siquiera en un país relativamente pequeño como el Ecuador. Como se analiza más adelante en más detalle en este informe, existen enormes diferencias entre personas mayores en diferentes partes del país, comparando personas que viven en áreas urbanas y rurales, y en forma bastante consistente, entre personas de diferentes razas, etnias y de género, si se toma en cuenta, además, las condiciones socioeconómicas en que viven.

En consecuencia cabe señalar que no existe una definición universal para indicar cuándo comienza la tercera edad. En muchos países, la edad reconocida como el inicio de esta etapa es cuando la ley permite o requiere el retiro definitivo de la fuerza laboral. Típicamente, se puede jubilar legalmente a los 62, 65 o 68 años. Pero al mismo tiempo, el punto de corte biológico puede variar sustancialmente, ya que hay personas en excelentes condiciones físicas, mentales y psicológicas hasta edades muy avanzadas, mientras que hay personas que parecen más envejecidas mucho antes de haber cumplido aún la sexta década de vida. Como se explica en el capítulo 9, existe un cuerpo legal, regulatorio y constitucional en el Ecuador que define la tercera edad.

Al juntar varias definiciones y los puntos de corte, este informe sigue las definiciones utilizadas en los estudios previos de SABE realizados en siete países en América Latina y el Caribe, en donde se define que la etapa de adulto mayor comienza a los 60 años. Se reconoce al mismo tiempo que en este grupo hay personas que siguen siendo muy activas en términos económicos, sociales, culturales y aún políticos.

Envejecimiento individual. Cuando se piensa en la etapa de vida del adulto mayor, quizás lo más obvio es la transformación que experimenta el hombre o la mujer a nivel individual. Esta transformación está marcada principalmente por cambios fisiológicos, pero hay también aspectos psicológicos y mentales. Estos cambios proceden en forma imparabla, llegando a un fin inevitable e impostergable; sin embargo, el ritmo de este proceso es muy variado.

Como se describe en mayor detalle en los capítulos que se presentan a continuación, en un momento u otro, cada adulto mayor sufre un desgaste progresivo en su capacidad y sus funciones físicas, y además es cada vez más vulnerable a las enfermedades y condiciones propias de la tercera edad. Es frecuente que las dolencias físicas y las enfermedades comienzan a acumularse de tal forma que la persona sufre simultáneamente de varias condiciones.

A este cuadro es necesario agregar problemas mentales y psicológicos vinculados, en muchos casos, al deterioro físico y a los cambios inevitables en la vida del adulto mayor. Este proceso es producto de cambios

CUADRO 1.1. Un modelo de etapas del ciclo de vida en Estados Unidos en la década de los años 1970. Porcentaje de población en cada etapa y sub-etapa de la vida

Etapa	% de la población
1. Joven, no casado	8.2
2. Joven, casado sin hijos	2.9
3. Otro joven	
a. Joven, divorciado sin hijos	0.1
b. Joven, casado con hijos infantiles, pequeños o adolescentes	17.1
c. Joven divorciado con hijos infantiles, pequeños o adolescentes	1.9
4. Adulto	
a. Adulto, casado sin hijos	4.7
b. Adulto, divorciado sin hijos	0.3
c. Adulto, con hijos pequeños o adolescentes	33.0
d. Adulto, divorciado con hijos pequeños o adolescentes	1.8
e. Adulto, sin hijos dependientes	5.5
f. Adulto, divorciado sin hijos dependientes	0.1
5. Adulto mayor	
a. Adulto mayor casado	5.2
b. Adulto mayor divorciado o viudo	2.0
6. Otros	17.2

Fuente:
Murphy y Staples (1979:16).

en las relaciones afectivas y económicas con miembros de la familia y la comunidad, esa línea de pérdida cuando fallecen personas a veces muy cercanas (especialmente esposos y esposas) y, en general, a una disminución inevitable del sentido de control que la persona percibe sobre los diversos aspectos de su vida.

Muy importante en esa línea es la capacidad que tiene el adulto mayor de acceder a y utilizar servicios de salud que sean de buena calidad, accesibles en términos logísticos y económicos, y apropiados en términos culturales y lingüísticos. En este contexto, las barreras logísticas (distancia, tiempo y medios de traslado a los servicios de salud) suelen ser cada vez más contundentes mientras las limitaciones económicas también pueden intervenir en formas antes no existentes. En el Ecuador, los factores de género, raza y etnia, la residencia urbana o rural y la región dentro del país son críticos porque son aspectos de la distribución desigual de los recursos del país.

Envejecimiento de la familia. Al igual que la persona, la familia también experimenta un proceso de envejecimiento porque pasa por varias etapas de la vida. El concepto del ciclo de la familia o etapas de la vida de la familia ha sido analizado desde los años 40 (Glick, 1947), cuando se observaron patro-

nes genéricas: la familia se forma a través del matrimonio, aumenta en tamaño y complejidad con el nacimiento de cada hijo o hija, a través de un período de estabilidad relativa entre el nacimiento del último hijo o hija y la primera salida definitiva de uno de ellos. Después de ese momento crítico, la familia sigue envejeciendo a través de la disminución gradual en tamaño cuando los hijos e hijas salen del hogar, terminando en el punto cuando la familia nuevamente consta de dos personas, la pareja original. Finalmente, se produce el fallecimiento de un miembro de la pareja y después el otro, presentándose así la muerte definitiva de la unidad familiar, al ser reemplazado por una nueva generación de familias. Se reconoce que la familia no solamente se transforma en cuanto al tamaño y composición, sino también en lo que se refiere a factores sociales y económicos, como el lugar, tipo de residencia y la estructura ocupacional y de ingresos (Glick, 1947).

Varios autores señalan que existen muchas variantes de este patrón general dentro de una sola sociedad y aun más, cuando se consideran las normas y los valores que guían diferentes conjuntos socio-culturales. Por ejemplo, hace más de dos décadas, Murphy y Staples (1979), cuadro 1.1, elaboraron un esquema con 16 etapas y sub-etapas en el ciclo de la vida de la familia. Este análisis reconoce que hay muchas

variantes en tiempo y espacio, aunque la investigación se basó en estimar la proporción de la población estadounidense que vive en cada etapa. Evidentemente, una realidad importante se esconde en la categoría “otro”, que podría incluir una variedad de familias extendidas y multi-generacionales.

Envejecimiento de la población nacional. Como muchos de los países en desarrollo, el Ecuador ha sido considerado como “joven” porque una proporción muy alta de su población incluyó infantes, niños y adolescentes. Por tradición, en este análisis se ha calculado la proporción de personas menores de 15 años debido a que este es el grupo de personas dependientes en términos sociales y económicos. En este esquema tradicional, la proporción de personas de edad más avanzada siempre fue relativamente baja, reflejando la baja esperanza de vida al nacer. Se grafica esta situación con la pirámide poblacional que en este caso es muy amplia en su base, pero no muy alto y muy estrecho en el pico. Sin embargo, con la marcha de la transición demográfica como producto de una menor tasa de muerte y de fertilidad y con la extensión de la expectativa de vida, la pirámide poblacional para Ecuador es cada vez más estrecha en su base y más amplia en los cohortes de edad más avanzada. Es en este sentido que se puede hablar de una población en envejecimiento, situación que se expresa en forma más dramática en algunos países de Europa occidental y Japón, donde alrededor de la mitad de la población tiene 60 años o más de edad.

Asociada a la transición demográfica, se presenta una segunda transformación quizás menos dramática pero no menos crítica. Esta segunda transición, la epidemiológica, se basa en la disminución paulatina en las tasas de morbilidad y mortalidad, debido a causas “tradicionales” y el aumento gradual en la morbilidad y mortalidad, como consecuencia de enfermedades y condiciones “modernas” asociadas con la mayor proporción de personas en edades más avanzadas.

En términos más específicos, el modelo de transición epidemiológica establece que todas sociedades pasan por cinco etapas que comienzan más temprano o más tarde y que proceden en diferentes velocidades. Las etapas, según Omran (1996) son: (i) la edad de pestilencia y hambruna; (ii) la edad

de pandemias en recesión; (iii) la etapa de enfermedades degenerativas y por causas humanas; (iv) la edad de menor mortalidad cardiovascular, envejecimiento, modificaciones en estilos de vida y enfermedades emergentes y re-emergentes y (v) la edad de longevidad paradójica, morbilidad enigmática y la capacidad tecnológica de extender la sobrevivencia.

Entre las condiciones “tradicionales” de salud, se incluyen las enfermedades contagiosas, mortalidad y morbilidad materna e infantil y la mala nutrición por déficit. En cambio, las enfermedades y condiciones “modernas” incluyen problemas de salud cardiovascular, diferentes formas de cáncer, diabetes e hipertensión, otras enfermedades degenerativas y la mala nutrición por exceso (Omran, 1996). De hecho, el modelo no específica que el un grupo de enfermedades y condiciones reemplaza el otro, sino que más bien, aparecen patrones y tendencias complejos de superposición en donde ambos grupos están presentes.

Estas dos transiciones tienen implicaciones muy profundas a nivel de un país como el Ecuador. Así, se enfatiza que los adultos mayores (ya no solamente como individuos, sino como un segmento cada vez más grande e importante de la población ecuatoriana) se encuentran en diferentes puntos en el proceso inevitable de deterioro en sus condiciones físicas, mentales y psicológicos. Esta transformación a su vez implica un constante proceso de modificación y reorientación de las redes y relaciones sociales, a nivel de la familia y la comunidad. También implica un proceso constante de modificaciones en las relaciones económicas.

En los capítulos a ser presentados, se demuestra que las redes sociales que emergen de esta realidad son heterogéneas y complejas en el sentido que, por ejemplo, los mayores de edad pueden ser simultáneamente fuentes y receptores de lazos de afecto y de recursos económicos. Hay diferencias marcadas entre familias en diferentes partes del país, condición socioeconómica y entre los diversos grupos de raza y etnia.

A nivel de política nacional estas transformaciones producen y producirán nuevos patrones de salud y bienestar en la población creciente de adultos mayores. Entre los factores que deben ser considerados son los apoyos sociales y culturales, que se va a requerir dadas las vastas transformaciones

demográficas en las familias y comunidades del país. También el país debe estar preparado para enfrentar aumentos sistemáticos en la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas asociadas con la población de adultos mayores. Las enfermedades cardiovasculares y los cánceres ya están entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, mientras otras enfermedades “modernas” son también cada vez más prevalentes. De suma importancia en este respecto es la diabetes, cuya prevalencia aumenta en forma significativa en las próximas décadas.

Por consiguiente, el Ecuador se encuentra en una verdadera encrucijada histórica. Será imprescindible analizar y actuar para enfrentar un panorama dramáticamente diferente, especialmente para que esta población de adultos mayores, todavía digna del respecto y admiración, pueda acceder a servicios de salud adecuados, apropiados y aceptados, y que la disponibilidad de estos servicios deje de estar caracterizada por enormes brechas entre diferentes regiones del país, entre ciudad y campo, entre pobres y ricos, entre hombres y mujeres y entre indígenas, afroecuatorianos, mulatos, mestizos y blancos.

Referencias bibliográficas

- Glick, P.C. 1947 “The family cycle.” *American Sociological Review* 12 (2): 164-174.
- Murphy, P.E. y W.A. Staples. 1979 “A modernized family life cycle.” *The Journal of Consumer Research* 6 (1): 12-22.
- Omran, A.R. 1996 *The Epidemiologic Transition in the Americas*. Washington, DC: Pan-American Health Organization-World Health Organization/The University of Maryland at College Park.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo). 2009 *Informe Sobre el Desarrollo Humano 2009. Superando Barreras: Movilidad y Desarrollo Humanos*. Washington, DC: PNUD.



2.1. Antecedentes

El envejecimiento de la población es un proceso heterogéneo que ha llegado a todos los países del mundo y de las Américas con distintos ritmos de avance, según las características de cada población (Schoknick, 2007). De acuerdo a las proyecciones de las Naciones Unidas, para mediados del siglo XXI, América Latina y el Caribe tendrán 112 personas de 60 años de edad o más por cada cien personas de 15 años o menos (Zúñiga et al., 2005). Como resultado de la disminución de los niveles de mortalidad, una parte creciente de la población en la mayoría de los países sobrevive hasta edades avanzadas y con la caída de la fecundidad, se ha reducido la proporción de niños y jóvenes, y por lo tanto, el envejecimiento de la población se ha generalizado.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se expresa en el cambio de la estructura por edades de la población, y la estructura demográfica necesitan ser considerados un reflejo de las tendencias pasadas de la fecundidad, la mortalidad y la migración, impacto que este fenómeno tiene sobre produciéndose un aumento de la proporción de adultos de la tercera edad (CEPAL, 2004). En este escenario, el envejecimiento de las mismas familias (Huenchuan, 2004, citado en Schoklnick, 2007). De allí que es un proceso inevitable que viene como resultado de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, que se traducen en una serie de modificaciones morfológicas, bioquímicas, psicológicas y funcionales. Este proceso puede conducir a un envejecimiento saludable y activo, con salud y productivo o a un envejecimiento con enfermedad, dependencia y fragilidad tempranas porque la forma que cada individuo

responde a las influencias del contexto social, psicológico, económico, político y cultural fueron construidos para dar atención a las condiciones de vida de las personas, su inserción en el mundo del trabajo y en las esferas sociales, las posibilidades y oportunidades que existen en las sociedades en que viven y en las que se han desarrollado a largo de su vida (Schoklnick, 2007).

Al nivel poblacional, la transición de poblaciones jóvenes a poblaciones adultas tendrá efectos muy profundos en las estructuras económicas, sociales, culturales y políticas, y también en los sistemas de salud. No obstante pocos países están preparados para confrontar las enormes demandas que surgirán a medida que la población envejece. La ausencia de sistemas de protección dirigidos a los adultos mayores, ausencia de casas de atención y cuidado, de programas de prevención y promoción de la salud, de profesionales especializados en geriatría, enfermeras especializadas, de programas de atención, es evidente en la mayoría de los países, situación que se vuelve crítica cuando la proporción de la población mayor de sesenta años va en incremento (Schoklnick, 2007). Por ello, es imperativo que se organicen buenas condiciones para el niño y la vayan adaptando para proveer servicios adecuados para servir a una población que en números crecientes, demandan de mayor atención. Esto significa reorientar la asignación de fondos y hacer inversiones para facilitar el ambiente y dotar de recursos a los proveedores de servicios sociales y de salud, para asegurar que la oferta de éstos sea de óptima calidad.

Para ello es importante partir de una visión de largo plazo con un enfoque de ciclo de vida, que significa no solo pensar en la madre, sino también en incorporar elementos que aseguren un envejecimiento saludable. Esto quiere decir que hay necesidad de planificar para sociedades adultas, para lo cual es indispensable contar con información que permita caracterizar a la población de adultos mayores en cuanto a sus condiciones, sociales, económicas y de salud, incluyendo el acceso a y uso de servicios.

2.2. Situación ecuatoriana

En el ámbito nacional esta situación implica un gran desafío. La doble carga de enfermedad, porque, por un lado, persisten los problemas de salud propios de la infancia, y por otro, surgen los nuevos problemas que acompañan al envejecimiento y que se ubican en el incremento de las enfermedades crónicas. Hay una mayor carga de discapacidad, porque en el envejecimiento se incrementa este problema, predomina la feminización pues en el envejecimiento los hombres mueren antes y se consolidan las desigualdades por las que un segmento importante de la población de adultos mayores vive en condiciones inaceptables. Estos cambios significan nuevas demandas de servicios que requieren de políticas, estrategias y programas que respondan a este nuevo panorama poblacional, lo cual implica

modificaciones importantes en los patrones de gastos en el sector salud. Dadas estas transformaciones sociales y económicas tan dramáticas, se hace evidente que se necesita contar con información

sobre las condiciones, sociales y de salud de la población de la tercera edad con el fin de caracterizar a la población de la tercera edad, evaluar el impacto de intervenciones que se darían en las condiciones sociales y de salud de personas de la tercera edad y de los servicios que se ofertan.

Con estos antecedentes, se consideró necesario realizar esta primera Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, que sustente una estrategia nacional que convoque a todos los segmentos de la sociedad, a las instituciones públicas, privadas y ONGs y la sociedad civil para el diseño e implementación de programas y servicios diseñados para brindar la atención necesaria a la población de adultos mayores. Con estos antecedentes, se consideró necesario realizar esta primera Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, que sustente una estrategia nacional que convoque a todos los segmentos de la sociedad, a las instituciones públicas, privadas y ONGs y la sociedad civil para el diseño e implementación de programas y servicios diseñados para brindar la atención necesaria a la población de adultos mayores.

2.3. Propuesta de la encuesta SABE

Si se toma en cuenta estos factores demográficos, se espera que para el año 2050, la población mayor a 60 años en el Ecuador llegue a más de tres millones de personas. Además, la proporción de personas de más de 60 años se incrementará de 8.1% en 1950 a 12.6% en el 2025.

A nivel individual este proceso va acompañado por una disminución en la capacidad física, cognitiva y funcional, junto con la presencia de enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia. Esta primera Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, denominada SA-BE-Ecuador brindará la información necesaria para entender las características y tendencias relevantes a las personas de la tercera edad, y para construir una política nacional de atención al adulto mayor. La información recolectada se relaciona con los diferentes dominios de la vida de los adultos mayores: salud, nutrición, trabajo, ingreso y relaciones

sociales, y guiarán las funciones públicas y los servicios para satisfacer las necesidades de este segmento de la población.

La Encuesta SABE se enmarca en el Proyecto Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), cuyo objetivo es promover que los países realicen encuestas para determinar las condiciones de salud, bienestar y envejecimiento de la población de adultos mayores de América Latina.

En el año 2000, la OPS/OMS financió y coordinó un equipo de investigadores de la OPS, del Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin-Madison e investigadores de los países participantes, quienes ejecutaron encuestas en Bridgetown Barbados, Buenos Aires, Argentina, Sao Paulo, Brasil, Santiago, Chile, Habana, Cuba, Ciudad de México, México, y Montevideo, Uruguay. Para tal efecto el equipo de investigadores estableció criterios a ser adoptados por los países para asegurar comparabilidad entre las encuestas. Se decidió que el universo de estudio sea el de adultos mayores de 60 años y más, de las capitales de los países antes indicados. Se establecieron criterios para la definición de la muestra, se construyó el instrumento de recolección de datos y se definieron los componentes a investigarse (Wong *et al.*, 2006). En ese marco se realizaron las encuestas en los siete países, algunos de los cuales han realizado o están por realizar la segunda ronda.

Al proponer realizar la encuesta SABE I, Ecuador se suma a la lista de países que tendrán datos de la situación del adulto mayor al nivel nacional, al igual que Chile, 2000; Cuba, 2000; México, 2004 y Costa Rica, 2008.

Para realizar la encuesta SABE, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) solicitó a través de un convenio con la Universidad San Francisco, que elabore el protocolo del estudio, lo ejecute y sea responsable de la elaboración del informe. Al mismo tiempo, hizo un convenio con el Instituto Nacional de Estadística y Censos y un acuerdo con el Ministerio de Salud, así como con la Sociedad de Geriátrica y Gerontología, en base a términos de participación y definición de responsabilidades institucionales en la ejecución de la encuesta.

Las instituciones participantes asignaron personal técnico para su ejecución, con quienes se conformó un equipo técnico responsable de la ejecución de la encuesta. Adicionalmente, se delimitaron sus responsabilidades institucionales, como se describe en el cuadro 2.1 y cuadro 2.2.

Una vez conformado el equipo técnico y establecidos los convenios y contratos con las instituciones participantes, se procedió a establecer la estructura operativa de la encuesta SABE, como se observa en el Gráfico 2.1.

CUADRO 2.1. Miembros del equipo técnico de cada institución involucrada en la Encuesta SABE

Wilma B. Freire	USFQ, Investigadora Principal. Responsable de la ejecución de la Encuesta y elaboración del informe
Daniela Jácome	USFQ. Asistente Técnico
Lourdes Pazmiño	Ministerio de Salud. Contraparte institucional, Apoyo técnico y logístico
Edgar Rojas	Aliméntate Ecuador, MIES. Contraparte institucional
Pilar Ortiz	INEC, Contraparte de la Encuesta SABE en el INEC
Susana Tito	Aliméntate Ecuador, Contraparte técnica
María Eugenia Soto	Aliméntate Ecuador, Contraparte técnica
Patricio Buendía	Sociedad Ecuatoriana de Gerontología, Contraparte técnica
Mauricio Chacón	Sociedad Ecuatoriana de Gerontología, Contraparte técnica

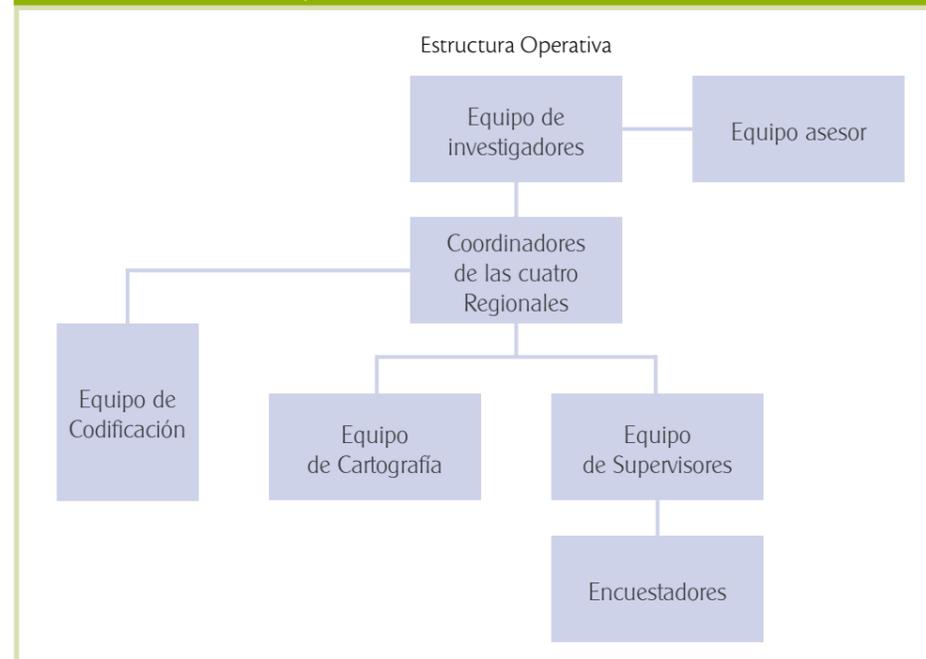
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 2.2. Responsabilidades Institucionales

MIES-Aliméntate Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> Propulsor de la encuesta SABE, proveedor del financiamiento
Universidad San Francisco de Quito. USFQ	<ul style="list-style-type: none"> Diseño e implementación del estudio y elaboración de informe de encuesta SABE
Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de la muestra Elaboración de la cartografía Diseño, conjuntamente con la Universidad San Francisco, Aliméntate Ecuador y la Sociedad de Geriátrica, adaptación del cuestionario SABE al país Selección, y contratación, con la participación de los coordinadores regionales, de las personas que al nivel local hacen la cartografía y la visita domiciliaria previa Capacitación del personal contratado conjuntamente con Aliméntate Ecuador, Sociedad de Geriátrica y Gerontología y la Universidad San Francisco de Quito Selección y contratación con la participación de los coordinadores regionales, de las personas que al nivel local son supervisores y encuestadores Contratación de los vehículos para trabajo de cartografía y levantamiento de datos y pago de viáticos y subsistencias de acuerdo a la programación de viajes. Supervisión de las tareas de campo, por parte de los coordinadores regionales
MSP	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación, nacional, regional y local el apoyo de Ministerio de Salud, a la ejecución de la encuesta
Sociedad de Geriátrica	<ul style="list-style-type: none"> Participación en las etapas de revisión del cuestionario de capacitación del personal de trabajo de campo y elaboración del informe.

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 2.1. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento de Ecuador. Estructura Operativa



2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo General del estudio

Evaluar el estado de salud, familia, trabajo y desarrollo cognitivo de las personas adultas mayores del Ecuador, con el fin de contar con la información relevante para diseñar una estrategia nacional.

2.4.2. Objetivos Específicos

- Describir la situación de salud de los adultos mayores, a partir de las auto-evaluaciones de salud y del reporte de enfermedades crónicas.
- Evaluar el estado de salud a partir de los síndromes geriátricos: deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, pérdida sensorial de la vista y la audición, malnutrición y caídas, entre otros.
- Describir el estado de salud mental, las limitaciones funcionales y discapacidades de los adultos mayores.
- Evaluar los comportamientos sobre el consumo de tabaco, alcohol, alimentación, actividad física, actividades sociales.
- Evaluar el acceso y usos de servicios de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios, incluyendo la medicina tradicional y natural, y las condiciones en que las personas buscan y reciben los servicios.
- Evaluar la contribución relativa que brindan las principales fuentes de apoyo a los adultos mayores, en relación a las redes familiares y sociales, asistencia pública y recursos particulares.
- Analizar los patrones de transferencias intra-familiares, de amigos y de la comunidad, y su influencia dentro de las características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores.
- Analizar los diferenciales de la auto-evaluación de las condiciones de salud, el acceso a la atención de salud y las fuentes de apoyo.
- Evaluar los niveles y patrones de desigualdades en el estado de salud, a través de la auto-percepción del estado de salud, el estado cognitivo, el número de trastornos crónicos, sintomatología depresiva y dificultades en las actividades de la vida diaria.

2.5. Metodología

2.5.1. Universo de estudio

El universo de estudio fue constituido por todos los hogares ocupados, urbanos y rurales, que tienen al menos una persona de sesenta años o más, dentro de las regiones de la Costa y Sierra, con exclusión de las viviendas colectivas y establecimientos económicos.

Se definió como hogares urbanos a aquellos que pertenecen a centros poblados de 2.000 personas o más, según el censo de población y vivienda 2001, sin importar si es o no cabecera cantonal o parroquial, o localidades amanzanadas. El dominio rural está formado de los centros poblados con menos de 2.000 habitantes y el área de viviendas dispersas.

2.5.2. Diseño muestral

Para el diseño muestral se consideró que tenga representatividad Costa Urbano y Rural, y Sierra Urbano y Rural, en hogares con personas de 60 años y más.

Unidades de muestreo. Las unidades de muestreo para esta encuesta fueron los hogares individuales, donde habita al menos una persona de 60 años y más, y las personas de 60 años y más. La encuesta se aplicó a estas personas (informante directo). Los hogares se identificaron únicamente dentro de las viviendas. Generalmente hay una correspondencia uno a uno entre vivienda y hogar, pero era posible que una vivienda se conforme de más de un hogar.

De acuerdo a los datos del censo existen 1,02 hogares por vivienda a nivel nacional. Cada vivienda está únicamente asociada a un sector censal. Puesto que los sectores censales cubren las regiones Costa urbano y rural y Sierra urbano y rural, el marco sería representativo para el universo de estudio.

Tipo de muestreo. El muestreo fue probabilístico y bietápico proporcional al tamaño de la población. Las etapas fueron las siguientes:

Primera etapa: Selección de sectores por dominios.

CUADRO 2.3. Sectores de la muestra

Dominios	Sectores seleccionados
Costa Urbano	306
Costa Rural	133
Sierra Urbano	241
Sierra Rural	184
Total Nacional	864

Estos sectores fueron seleccionados aleatoriamente del total de sectores en cada dominio. La proporcionalidad con respecto a la población consistió en que los dominios con mayor población tendrán más sectores en la muestra.

Segunda etapa: Selección de viviendas por sector. En cada sector se seleccionaron 12 viviendas originales y 6 de reemplazo. Las 18 viviendas fueron seleccionadas aleatoriamente del total de viviendas por sector.

Marco muestral. El marco de la muestra está constituido por todas las viviendas ocupadas dentro de los dominios, Costa y Sierra urbano y rural, y está basado en los resultados definitivos y la cartografía del CPV – 2001. Las unidades de muestreo dependen de las etapas de muestreo. Para tener un listado de viviendas en las áreas seleccionadas, se utilizó para la primera etapa del muestreo los sectores censales que tienen en promedio 150 viviendas en el área urbana y 80 viviendas en el área rural. Estos sectores tienen límites bien definidos en los croquis censales, que facilitan el trabajo del listado y aseguran una buena cobertura de las viviendas.

La muestra bietápica consiste en seleccionar los sectores con probabilidad proporcional al tamaño (PPT), en la primera etapa, y luego seleccionar las viviendas dentro de cada sector, en la segunda. En este caso se seleccionó 12 viviendas en cada sector; adicionalmente se consideraron 6 viviendas de reemplazo con el fin de asegurar la cobertura deseada.

Estratificación. La estratificación del marco de la muestra es importante para mejorar la eficiencia y asegurar una buena dispersión de la muestra. En esta muestra se tomó en cuenta la estratificación socioeconómica de las 14 ciudades de más de 100.000

habitantes según el censo del 2001, la misma que es usada en las encuestas de hogares, de tal manera que tenemos estratos alto medio y bajo en las ciudades, y los restos son tomados en cuenta como un solo estrato. Es importante señalar que los estratos son utilizados únicamente con el fin de dispersar mejor la muestra y reducir el error muestral.

Tamaño de la muestra. El tamaño de la muestra debe garantizar representatividad al nivel Costa urbano, Costa rural, Sierra urbano y Sierra rural, más Quito y Guayaquil. Para seleccionar el número de viviendas en cada dominio de representación se tomó en cuenta la probabilidad de que un hogar tenga una persona de 60 años y más. De esta manera se proporcionó el suficiente número de viviendas necesarias para dar estimación en estos dominios. Este tamaño de muestra garantizó un 0.05 de error y un 95% de confianza. El número de viviendas en cada dominio, (12 viviendas por sector) es el siguiente:

CUADRO 2.4. Viviendas en la muestra

Dominios	Viviendas en la muestra
Costa Urbano	3.672
Costa Rural	1.596
Sierra Urbano	2.892
Sierra Rural	2.208
Total Nacional	10.368

Estas viviendas están repartidas en todos los estratos. Se observa el número de sectores en cada dominio en los cuadros 2.5 y 2.6.

En total, se identificaron 5.100 viviendas en la Sierra y 5.268 viviendas en la Costa y a nivel nacional 10.368, viviendas sin considerar las viviendas de reemplazo. En lo que respecta a sectores hay 425 sectores en la Sierra, 439 sectores en la Costa y al nivel nacional 864 sectores.

Metodología de selección. Debido a que las unidades de análisis son las personas de 60 años y más, las viviendas seleccionadas debieron proporcionar la suficiente cantidad de estas personas para poder hacer estimaciones de los indicadores en cada dominio.

Para calcular el tamaño de la muestra (en personas), se empezó calculando el mínimo número de personas que debería tener

Fuente:
Encuesta SABE –
Programa Alimentación
Ecuador
– MIES. 2010

Fuente:
Encuesta SABE –
Programa Alimentación
Ecuador
– MIES. 2010

CUADRO 2.5. Sectores seleccionados en la Región Sierra

Sierra	Sectores Urbanos	Viviendas urbanos (sin reemplazos)	Sectores Rurales	Viviendas rurales (sin reemplazos)
Azuay	28	336	21	252
Bolívar	9	108	7	84
Cañar	10	120	8	96
Carchi	8	96	6	72
Cotopaxi	16	192	12	144
Chimborazo	21	252	16	192
Imbabura	16	192	12	144
Loja	21	252	16	192
Pichincha	90	1.080	69	828
Tungurahua	22	264	17	204
Total	241	2.892	184	2.208

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 2.6. Sectores seleccionados en la Región Costa

Sierra	Sectores Urbanos	Viviendas urbanos (sin reemplazos)	Sectores Rurales	Viviendas rurales (sin reemplazos)
El Oro	27	324	12	144
Esmeraldas	18	216	8	96
Guayas	166	1992	72	864
Los Ríos	32	384	14	168
Manabí	60	720	26	312
Zonas no delimitadas	3	36	1	12
Total	306	3.672	133	1.596

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

la muestra en el dominio más pequeño, y a partir de este valor se extendió proporcionalmente para calcular el número de personas en cada dominio.

Para calcular el número de viviendas se consideró la proporción de viviendas con personas de 60 años y más.

CUADRO 2.7. Porcentaje de viviendas con personas de 60 años y más

Dominios	Porcentaje de viviendas con personas de 60 años y más
Costa Urbano	24%
Costa Rural	24%
Sierra Urbano	22%
Sierra Rural	23%

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

Esto significa que por cada 100 viviendas en la región Costa urbano se encontraron 24 viviendas con personas de 60 años y más.

En base a estos porcentajes se calculó el número de viviendas que se debe encuestar por cada dominio. Debido a que el número esperado de hogares con personas de 60 años y más es bajo, se recomendó hacer un registro de hogares con personas de 60 años y más, cuyo resultado en cierta manera ayudaría a obtener un estimado del número de adultos mayores encontrados en la muestra, y de esta manera verificar si la muestra cumple con la cobertura deseada. En caso de no cumplirlo debía ajustarse la muestra de manera que se llegue a la calidad deseada de los indicadores.

Factores de expansión. Un factor de expansión es un multiplicador que se aplica a cada individuo en la muestra con el fin de expandir la muestra hacia la población. El factor de expansión básico para un hogar es igual a la inversa de su probabilidad de selección. Para las muestras estratificadas bietápicas, con selección de sectores muestrales, con probabilidad proporcional al tamaño de la muestra dentro de cada estrato, la probabilidad de selección de las viviendas dentro de cada sector es la siguiente:

$$P_{hi} = \frac{n_h \times M_{hi}}{M_h} \times \frac{m_{hi}}{M_{hi}}$$

Donde:

n_h = Número de sectores seleccionados en el estrato h

M_{hi} = medida de tamaño (Número total de viviendas ocupadas provenientes del marco CPV-2001) para el estrato h.

M_h = medida del tamaño acumulado (número total de viviendas ocupadas provenientes del marco CPV - 2001) para el estrato h

m_{hi} = número de viviendas seleccionadas para el pésimo sector muestral del estrato h; es igual a 12 en la ENEMDU

M_{hi} = número de viviendas ocupadas del nuevo listado para el pésimo sector muestral del estrato h.

El factor de expansión básico para un hogar es igual a la inversa de su probabilidad de selección. Este factor de expansión se debe calcular por separado para cada sector muestral, además debe ser ajustado debido a la no respuesta, ya sea por rechazos, por ausencias, etc.

Para calcular los factores de expansión de cada sector muestral, se usó una plantilla en Excel con la información del marco de la muestra maestra para los sectores de la muestra de la encuesta SABE I, según la fórmula anterior. El factor básico es ajustado, por no respuestas, de acuerdo al número de hogares efectivos en cada sector. Estos factores expanden a la población de 60 años y más de Costa y Sierra Urbano y Rural. El factor es calculado para las viviendas, debido a que en el diseño muestral se seleccionan viviendas. Finalmente el factor de viviendas se multiplica por el número de sectores para llegar a la población de 60 años y más.

Para el cálculo de los factores de expansión se trabajó con la cobertura de la encuesta SABE, la cual se consolida a partir de la base de datos de la información ingresada.

Para el análisis de los datos, y una vez obtenida la muestra, se desagregó por Costa, Sierra, urbano y rural y por Quito y Guayaquil. El separar Quito y Guayaquil de Sierra Urbana y Costa Urbana respectivamente, se debe a que las dinámicas socio-económicas y por ende, las dinámicas de las variables estudiadas son específicas a cada ciudad y diferentes al resto de sus regiones urbanas. Tanto Quito como Guayaquil son polos metropolitanos con características únicas a su condición, y por lo tanto, diferentes al resto de los centros urbanos del país.

2.5.3. Instrumento de recolección de información

El cuestionario SABE fue diseñado por un comité regional integrado por investigadores de la OPS/OMS, e investigadores de cada país, en cada una de las temáticas que contempla la encuesta. Este cuestionario fue validado en varias pruebas, proceso que se replicó en cada uno de los siete países en donde se realizó la encuesta SABE.

Para el estudio en Ecuador se partió de la revisión del cuestionario que se aplicó en México, por considerar que habían muchas similitudes entre ambas poblaciones, pero además se revisaron los cuestionarios de otros países en donde ya se realizó la encuesta SABE, así como los cuestionarios de condiciones de vida y empleo que se ejecutan en Ecuador, en lo que respecta a las variables sociales, de vivienda y de acceso a servicios.

2.5.4. Prueba piloto

Una vez construido el instrumento de recolección de datos se procedió a realizar una prueba piloto con el fin de validar el cuestionario en zonas urbana y rural de la Costa y de la Sierra, medir el tiempo de aplicación, determinar las inconsistencias de las preguntas y del manual, y elaborar el plan de trabajo de campo. El cuadro 2.8. presenta el resumen de la realización de la prueba piloto.

CUADRO 2.8. Resumen de prueba piloto

- Número de encuestas realizadas: 40
- Días de trabajo: 3
- Fecha: 2, 3, 4 de Marzo 2009
- Encuestadores: 12 personas
- Lugares:
 - Sierra Área Urbana: Latacunga
 - Sierra Área Rural: Pastocalle
 - Costa Área Urbana: Quininde
 - Costa Área Rural: Viche
- Equipo adicional: 2 carros, 2 choferes

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

La prueba piloto y validación de instrumentos se programó para el 2 al 4 de marzo de 2009, para lo cual se organizó un equipo de trabajo con los miembros del INEC, de Aliméntate Ecuador y la USFQ. La validación duró tres días y se aplicaron 40 cuestionarios.

Una vez concluida esta actividad se procedió, con la información obtenida, a hacer el diseño definitivo del cuestionario, elaborar la versión final de los manuales que luego se emplearon en el trabajo de campo. Finalmente, se programó el trabajo de campo.

2.5.5. Capacitación de supervisores nacionales, coordinadores regionales, supervisores y encuestadores

Obtenidos los cuestionarios e instructivos se organizó el taller de capacitación de supervisores nacionales y coordinadores regionales. En este taller participaron 14 profesionales de las oficinas regionales y 8 de la planta central del INEC. La capacitación estuvo a cargo de dos equipos. El equipo de la planta central del INEC tuvo a su cargo la capacitación en las preguntas generales. Un segundo equipo, constituido por cuatro profesionales (dos médicos y dos nutricionistas) tuvo a su cargo la capacitación en las medias antropométricas y de presión arterial y preguntas específicas de la condición de salud, bienestar y envejecimiento.

2.5.6. Operación de campo

La operación de campo fue programada en varias etapas. La primera consistió en el levantamiento cartográfico y verificación de las viviendas, con el fin de actualizar las viviendas y el número de adultos mayores

que serían sujetos de la entrevista en cada sector. Una vez realizada la verificación y el levantamiento cartográfico, se organizaron los equipos de campo que se encargaron de recolectar la información. Recolectada la información se procedió a hacer codificación, después de lo cual se hizo la entrada computarizada de la información, para conformar la base de datos.

2.5.7. Levantamiento cartográfico y verificación de viviendas

El levantamiento cartográfico se hizo en base a los sectores que se identificaron en el censo del 2001, luego que fueron seleccionados al hacer el diseño muestral. Como era indispensable la actualización de viviendas, se procedió a verificar las viviendas seleccionadas y la identificación de nuevas viviendas con adultos mayores que debían haber aparecido luego del censo de 2001. Se listó a todas las viviendas y personas mayores de 60 años y más que residían en las viviendas del sector seleccionado, y se identificó la dirección y ubicación geográfica de la vivienda, con lo cual se logró actualizar la información en cuanto al número y residencia de los adultos mayores. Durante la verificación se recolectó también información del nombre del jefe de hogar, existencia de personas adultas mayores de 60 años y más, edad del adulto mayor y número de personas residentes en el hogar.

Las cargas de trabajo establecidas por equipo, en esta etapa de verificación de las viviendas seleccionadas, fueron 36 formularios por día.

2.5.8. Organización de los equipos de campo

Realizada la capacitación de supervisores nacionales y coordinadores regionales, se programó y ejecutó la capacitación simultánea de encuestadores en las cuatro regiones del país: Quito (región Norte), Cuenca (región Sur), Ambato (región Central) y Guayaquil (región Costa). Se excluyó la Amazonia y Galápagos, por la dispersión de la población y por el tamaño de la población, respectivamente. En total se capacitaron a más de 100 personas suponiéndose que en la selección final quede el número de encuestadores y supervisores requeridos que fue de 69 y 23, respectivamente; es decir, un total de 92 per-

sonas. El número de personas que no fue seleccionada resultó ser muy pequeño, gracias a que el INEC cuenta con una base de datos de posibles candidatos que participan periódicamente en las encuestas que el Instituto realiza y que, por lo tanto, son encuestadores con previa experiencia. A estas personas se les organizó en 69 equipos de trabajo, cada equipo, constituido por un supervisor y dos encuestadores.

Para la capacitación de encuestadores se procedió a elaborar una agenda similar de trabajo en la que el equipo técnico asumió nuevamente la responsabilidad de capacitar en medidas antropométricas, toma de presión arterial y preguntas específicas de la condición de salud, bienestar y envejecimiento, mientras que el equipo del INEC tuvo a su cargo la capacitación en los aspectos generales del cuestionario.

El personal que participó en la encuesta estuvo compuesto por personal de planta del INEC (supervisores nacionales y coordinadores regionales) y personal contratado (supervisores de campo y encuestadores). El personal de INEC tiene una larga experiencia en el diseño e implementación de encuestas nacionales, pero no había realizado una encuesta como SABE, en donde hay un componente técnico significativo, con

el cual no estaban familiarizados. Por ello se programó tres semanas de capacitación. En cuanto al personal de campo (supervisores y encuestadores), en su mayoría eran personas con al menos dos años de cursos universitarios y con experiencia en trabajos similares. Para la capacitación fueron seleccionados en una base de datos que tiene el INEC y la selección final se hizo luego de la capacitación.

Para la capacitación del personal tanto del nivel central, como regional y de encuestadores, el INEC, a través del convenio con Aliméntate Ecuador, procedió a la adquisición de los equipos que se utilizaron en la capacitación y en el levantamiento de la información.

■ Se listó a todas las viviendas y personas mayores de 60 años y más que residían en las viviendas del sector seleccionado.



2.5.9. Validación, crítica y codificación

Una vez levantada la encuesta, los supervisores de equipo procedieron a hacer una primera revisión del cuestionario, con el fin de asegurar que la boleta haya sido llenada y la entrevista se haya completado y, que no hubieren inconsistencias. En caso de encontrar alguna inconsistencia y, de ser el caso, se volvía a visitar al adulto mayor para recabar la información faltante. Una vez pasado este primer filtro, los cuestionarios fueron entregados en la oficina regional, en donde se procedía a hacer la crítica y codificación de cada cuestionario. Los responsables de esta tarea recibieron capacitación para el uso del Manual de Crítica y Codificación, que fue diseñado para el efecto. Durante las tareas de crítica, fueron supervisados por el supervisor regional pendiente y por el supervisor nacional que visitó periódicamente cada región.

Una vez que cada crítico realizaba esta actividad, el cuestionario pasó a una segunda fase de crítica realizada por el responsable regional o el coordinador nacional. Si se detectaban inconsistencias, se revisaba la información para corregirla, si era posible o para eliminar la boleta. De esta manera se garantizó la calidad de la información.

La carga de trabajo estimada y ejecutada por cada crítico-codificador fue de 6 formularios por día, equivalente a la carga levantada por cada equipo de campo.

Una vez concluido con el operativo de campo, en cada una de las Direcciones Regionales, se evaluó la cobertura geográfica para determinar si se habían realizado las entrevistas planificadas. Se controló que todas las viviendas seleccionadas hayan sido visitadas y que todos los adultos mayores encontrados en la etapa de verificación hayan sido investigados. Luego se procedió a realizar las tareas de crítica y codificación. Una vez concluidas estas tareas se procedió a la entrada computarizada de datos.

La última etapa de validación de la información se inició con la entrada computarizada de los datos. Para el efecto el INEC diseñó un programa de entrada de datos, que contempló varios controles, a fin de detectar y corregir las inconsistencias que pudieran haberse dado, desde el inicio de la recolección de información. El programa de entrada de datos se iba actualizando y depurando en la medida que se desarrollaba la encuesta y se ingresaba la información. Al final se

realizaron algunos cruces de variables que permitieron detectar errores que fueron corregidos, en algunos casos, en la coordinación regional o al nivel nacional.

Una vez construida la base de datos al nivel regional, se envió a la oficina central en donde se construyó la base única de datos. Cabe indicar que el mayor porcentaje de los errores encontrados fue por mala digitación, lo cual permitió hacer correcciones y evitar que se pierda la información.

Construida la base de datos en la oficina central del INEC, fue entregada a la investigadora principal quien con la asistencia del estadístico hizo un análisis exploratorio de la información con el propósito de familiarizarse con los datos, reconocer las relaciones existentes y determinar que la base de datos esté "limpia" y, por lo tanto, lista a ser utilizada.

Este análisis exploratorio es un conjunto de técnicas estadísticas que se utilizan con la finalidad de conseguir el entendimiento básico de los datos y de las relaciones existentes entre las variables analizadas, mediante métodos sistemáticos sencillos para organizar y preparar los datos, detectar fallas en el diseño y recogida de los mismos, tratamiento y evaluación de los datos ausentes (*missing values*), identificación de casos atípicos (*outliers*) y comprobación de los supuestos en la mayor parte de las técnicas multivariadas (normalidad, linealidad, homocedasticidad).

Con el análisis exploratorio se preparó los datos para hacerlos accesibles a cualquier técnica estadística, se efectuó un examen gráfico de la naturaleza de las variables a analizar y un análisis descriptivo numérico que permitió cuantificar algunos aspectos gráficos de los datos, así como realizar un análisis gráfico de las relaciones entre las variables analizadas y un análisis descriptivo numérico que cuantificó el grado de interacción existente entre ellas.

Adicionalmente se hicieron algunas comprobaciones de la información comparando los resultados descriptivos con los resultados de las encuestas de empleo, condiciones de vida, salud y censo población y vivienda.

2.5.10. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos se procesaron con SPSS, versión 16 (xxx) y STATA versión 10 (xxx). Por la naturaleza del informe se calcularon frecuencias,

porcentajes, valores medios y desviaciones estándar y estimaciones de prevalencia. Los análisis se hicieron por subregión (Sierra urbana, Sierra rural, Costa Urbana y Costa rural, Quito y Guayaquil). Para la preparación de este informe se hicieron comparaciones con otras encuestas similares realizadas en otros países, que se detallan a lo largo del capítulo de resultados, conclusiones y recomendaciones.

2.5.11. Temas de investigación

El cuestionario SABE esta compuesto de varios módulos, que se detallan a continuación:

Información general. Se recoge información de la ubicación geográfica y muestral, identificación y ubicación de la vivienda, condiciones de ocupación de la vivienda, resultados de la entrevista, identificación de los adultos mayores, datos del informante sustituto o auxiliar, número de visitas, personal responsable de la entrevista (coordinador, supervisor, encuestador, codificador, digitador) y fecha de la entrevista.

Sección A. Datos Personales. Mes y año de nacimiento; años cumplidos; país de nacimiento; lugar de residencia hasta los 15 años; si el adulto mayor sabía leer y escribir un recado; si el adulto mayor fue alguna vez a la escuela; último grado que aprobó en la escuela; si en el momento del levantamiento vivía solo o acompañado; si 5 años antes vivía con las mismas personas que vivía en el momento de la encuesta; si vivía con otras personas "por qué motivo": razones relacionadas con sus hijos o razones relacionadas con su situación personal; si estaba a gusto de vivir solo o con las personas que dijo hacerlo; si pudiera escoger con quien le gustaría vivir; si vivía en la misma vivienda 5 años antes; razón más importante por la que fue a vivir a ese lugar; religión, historia de uniones; hijas e hijos nacidos vivos del adulto mayor, hijastros o hijos adoptivos; sobrevivencia de los padres y edad de los padres al morir.

Sección B. Evaluación Cognitiva. Autoevaluación de la memoria; evaluación mini-mental modificada y para aquellos que alcanzaron 12 puntos o menos en el mini-mental, y si tienen alguna persona que pueda contestar algunas preguntas, se aplicaron preguntas de habilidad funcional (Pfeiffer).

Sección C. Estado de salud. Autoevaluación de la salud y una serie de preguntas: "alguna vez un doctor o una enfermera le dijo que tiene..." para cada una de las 9 condiciones de salud siguientes: (hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, tuberculosis, enfermedad coronaria, angina, enfermedad congestiva u otros problemas del corazón, embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral, Artritis, reumatismo o artrosis y osteoporosis). Un número de preguntas específicas sobre los tratamientos que la persona puede estar siguiendo, y si la persona siente que su condición está mejor, igual o peor que hace 12 meses. También se preguntó sobre incontinencia urinaria y fecal, y si la persona había tenido algunos de los siguientes problemas en los últimos 12 meses: dolor en el pecho, hinchazón persistente de los pies y tobillos; falta de respiración; mareos persistentes; dolor o problemas de espalda; dolor de cabeza persistente; fatiga o cansancio severo; tos persistente; flemas o silbido en el pecho; problemas de las articulaciones; náuseas persistentes y vómitos; transpiración excesiva o sed persistente. Y a continuación detalles acerca de la salud de los ancianos como son: visión de cerca y lejos; sentido de la audición; salud bucal. Preguntas específicas de género, referidas a los últimos dos años, en el caso de las mujeres: i) examen de mamas, ii) Prueba Citológica, iii) Histerectomía, iv) Última menstruación, v) Si toma estrógenos. En el caso de los hombres: i) examen de próstata y síntomas como ii) orinar con frecuencia, iii) chorro débil y pequeño, y iv) ardor al orinar u orinar con frecuencia durante la noche. Le siguieron problemas nerviosos o psiquiátricos con algunas preguntas relacionadas con ellos. Si tomaba alguna medicina contra la depresión, y la batería de preguntas para evaluar depresión geriátrica (Jesavage xxx) a lo que siguió, un tamizaje mini nutricional y la autoevaluación de su estado nutricional. Además se incluye en esta sección una batería de preguntas para evaluar factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como son: ingestión de bebidas alcohólicas y hábito de fumar, actividades físicas y recreativas. Y finalmente preguntas relacionadas con enfermedades y bienestar durante la infancia (primeros 15 años de vida).

Sección D. Estado Funcional. Preguntas sobre las actividades básicas de la vida

diaria (ABVD) (AVD); preguntas sobre actividades instrumentadas de la vida diaria (AVD) y para aquellos que tenían dificultades, se preguntó sobre el uso de algún medio o instrumento de adaptación o de apoyo o si recibía asistencia de alguna persona para la realización de cada una de las actividades. Se preguntó a aquellos que tenían dificultades con las ABVD y las AVD, cuánta ayuda recibían, con qué frecuencia, por cuánto tiempo y de quién recibían la ayuda mencionada.

Sección E. Medicamentos. Preguntas sobre medicamentos y remedios que una persona está tomando o utilizando; el nombre de la medicina; quien la recetó y cuanto tiempo la ha estado usando; cómo la obtuvo; quien pagó por ella. Adicionalmente, cuánto ha gastado en medicinas en el último mes y si no ha podido comprar las medicinas recetadas; si ya no toma durante el último mes y por qué.

Sección F. Uso y accesibilidad a servicios. Preguntas sobre cobertura de los servicios de salud; tipos de seguros de salud; los servicios cubiertos por el plan. Lugar al que fue por consulta médica sobre su salud durante los últimos doce meses. En los últimos cuatro meses: hospitalizaciones, atención ambulatoria, pruebas de diagnóstico, tiempos de espera, medicinas recetadas, quien pago los gastos y cuánto pagó.

Sección G. Red de apoyo familiar y social. Número de personas que viven con el entrevistado; características de cada uno de los miembros de hogar (sexo, relación de parentesco, estado marital, edad, educación y condición de trabajo). Tipos de asistencias que proporcionan cada miembro del hogar al entrevistado y tipo de ayuda que el entrevistado proporciona a cada miembro del hogar. También se preguntó la cantidad de tiempo durante el cual la ayuda fue proporcionada. Las mismas preguntas se realizaron a los hijos y hermanos que no residían con el entrevistado, así como a otros familiares que proporcionaban o reciben algún tipo de asistencia al/del entrevistado. Adicionalmente se preguntó si durante los 12 últimos meses la persona recibió asistencia de alguna institución u organización en la comunidad o si el entrevistado proporcionó algún servicio voluntario a alguna organización de la comunidad.

Sección H. Historia laboral y fuentes de ingreso. Preguntas sobre situación económica en la semana anterior a la encuesta, el trabajo en el momento de la encuesta: tipo de trabajo, cantidad ganada, razones para seguir trabajando, etc. Si no trabajó, por qué no lo hizo. Ocupación realizada durante la mayor parte de su vida, horas trabajadas, razones para cambiar de trabajo, problemas de salud relacionados con ese trabajo, etc. Ingresos provenientes del trabajo, de la jubilación, pensiones, beneficios, giros del exterior, de los miembros de la familia en el país, del alquiler de propiedades y otras inversiones, subsidio, y de otras fuentes. Además se preguntó sobre cuánto percibe de cada una de estas fuentes; cuán frecuentemente y cuantas personas dependen de ese ingreso. Preguntas si la persona paga sus gastos en vivienda, alimentación, vestimenta, gastos médicos y transporte. Finalmente una autoevaluación de su bienestar económico.

Sección J. Características de la vivienda. Tipo de vivienda: casa sola, departamento, cuarto, entre otros. Propiedad de la vivienda: propia, alquilada, prestada, usufructo gratuito, medio básico u otro. La casa disponía de electricidad, agua potable, drenaje; material del piso, número de habitaciones, cocina y 14 bienes que la persona podía tener en el hogar: refrigerador, televisión, teléfono, automóvil.

Sección K. Toma de presión arterial, condición de extremidades, medidas antropométricas de peso, altura de rodilla, circunferencia de brazo, cintura, cadera, pliegue tricipital, talla, circunferencia de pantorrilla, ancho de muñeca, media brazada, fuerza de mano.

Sección L. Flexibilidad y movilidad. Pruebas de balance sobre el pie; levantarse con ambos pies en posición tandem, levantarse y sentarse sin ayuda; levantarse de una silla con los brazos cruzados sobre el pecho, doblarse y agacharse

Sección M. Maltrato y violencia. Amenazas de daño físico, empujones, amenaza de traslado a un asilo o casa de personas de edad, insultos, manejo inapropiado de dinero, presión para que deje de ser propietario, dejarle de dar dinero, de darle alimentos, dejarle solo por largo rato, exigirle tener relaciones sexuales

CUADRO 2.9. Proporción de adultos mayores que respondieron en forma directa, con ayuda de un auxiliar o de un sustituto

Entrevista	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Directa	3721	71.1	77.5
Auxiliar	539	10.3	11.2
Sustituto	541	10.3	11.3
Total	4801	91.7	100
Sin información	434	8.3	
Total	241	2.892	

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

Sección de preguntas y comentarios finales. En dónde el encuestador observó o tuvo algún indicio de violencia abandono o maltrato, para con el entrevistado. Presencia de personas durante la entrevista, parentesco, registro de rechazo.

2.5.12. Cobertura de la muestra y desarrollo de la entrevista

En el cuadro 2.9 se presenta el número y la proporción de adultos mayores que respondieron a las preguntas en forma directa, el número y la proporción de los que necesitaron de auxiliar, el número y la proporción de los que necesitaron de un sustituto, y el número y la proporción de los que no dieron información. De este cuadro se concluye que del total de 5235 adultos mayores que conformaron la muestra, el 71.1% corresponde a entrevistas directas, el 10.3% a entrevistas con la ayuda de un auxiliar, el 10.3% con un sustituto y el 8.3% no respondieron.

2.5.13. Consentimiento informado

Los encuestadores fueron capacitados para proceder a la entrevista. El encuestador se presentaba con un carné de identificación. Al inicio del contacto, hacían una introducción de su persona y explicaban la razón de la visita. Se le entregaba una carta en la que se explicaba la razón de la visita, el tipo de estudio que se estaba realizando y la importancia de su participación. Se le invitaba a participar. En esa carta también constaban los teléfonos a los que podían llamar para solicitar información en caso de requerirlo. Al explicar que se realizará una entrevista, se le informó que era voluntaria y que ellos estaban en la libertad de aceptar participar o no. En caso de no aceptación se agradeció

permitir la visita y se procedió con la siguiente entrevista.

Si aceptaba participar se registraba la vivienda en base a las preguntas del formulario. Debido a que la encuesta estaba prevista que se realice entre dos y media horas y tres, se dio la oportunidad a que el entrevistado lo haga en una sola visita o lo haga en más de una visita, lo que se registraba en la primera hoja del cuestionario. Del mismo modo, si en la vivienda había más de un adulto mayor se aplicaba el cuestionario a todos los adultos mayores, luego de invitarles a participar y registrar su aceptación.

Una vez que se aplicaba la parte del cuestionario correspondiente a desarrollo cognitivo, de acuerdo al puntaje obtenido se decidía si la entrevista podía continuar en forma directa o si se requería la participación de un auxiliar o sustituto, en cuyo caso la entrevista continuaba solo si estaba presente el auxiliar o sustituto.

2.6. Construcción de categorías de índice de condiciones sociales

Con el fin de analizar los datos por nivel socioeconómico, se procedió a construir un índice mediante un estudio de componentes principales (factor análisis) y análisis de aglomeración (cluster análisis). El cálculo de componentes principales se hizo utilizando seis variables, calculadas a partir de la base de datos.

Las variables utilizadas para el análisis de componentes principales se describen a continuación.

1. Variable ficticia de afiliación a seguro social. Esta variable se construye a partir de la pregunta de afiliación y se incluye a

las personas que respondieron que tienen afiliación a:

- a. IESS, seguro general
- b. IESS, seguro campesino
- c. ISSFA, ISSPOL
- d. Seguro municipal

- 2. Escolaridad: años de escolaridad.
- 3. Índice simple de bienes de consumo duraderos. Es un índice simple construido a partir de preguntas sobre los bienes de consumo duraderos que tienen en el hogar. A continuación la lista de bienes que se incluyó:

- a. Bicicleta
- b. Automóvil
- c. Otro vehículo
- d. Refrigeradora
- e. Lavadora
- f. Calefón
- g. Microondas
- h. Televisión
- i. Teléfono convencional
- j. DVD
- k. Radio
- l. Calefacción
- m. Aire acondicionada
- n. Ventilación

- 4. Índice simple de vivienda. Índice simple sobre condiciones de la vivienda que incluye las siguientes variables:

- a. Variable ficticia de pisos adecuados: definido como pisos de entablado o parquet, baldosa o vinyl, ladrillo o cemento. Excluye a viviendas con pisos de caña, tierra y otros materiales
- b. Variable ficticia de cuarto de cocina en la vivienda
- c. Variable ficticia de cuarto de baño exclusivo para vivienda
- d. Variable ficticia de vivienda con alcantarillado
- e. Variable ficticia de vivienda con alcantarillado que tenga conexión a red pública. Esta variable excluye a viviendas con pozo ciego, pozo séptico y cualquier otra forma de eliminación de aguas servidas
- f. Variable ficticia de baño con conexión a agua
- g. Variable ficticia de conexión a luz eléctrica

h. Variable ficticia de no hacinamiento: definido como hasta tres personas por cuarto.

- 5. Ingreso total. Está compuesto de todos los componentes de ingreso homogenizados a la frecuencia de una vez al mes, describimos a continuación:

- a. Ingreso laboral
- b. Ingreso recibido por jubilación o pensión
- c. Ingreso recibido de parte de familiares en otro país
- d. Ingreso recibido de parte de familiares dentro del país
- e. Ingreso recibido por rentas bancarias
- f. Ingreso por bono de desarrollo humano
- g. Ingreso recibido de otras fuentes

- 6. Variable ficticia de si recibe bono de desarrollo humano.

Los resultados del análisis de componentes principales son dos factores que resumen las características de estas seis variables.

En el cuadro 2.10 se presenta la matriz de comunalidades, en la que vemos que los coeficientes de extracción son altos para todas las variables, que indican un nivel de significancia robusta del modelo utilizado.

CUADRO 2.10. Matriz de comunalidades

	Initial	Extraction
Variable ficticia afiliado	1.000	.713
Años de escolaridad	1.000	.507
Índice de BDC*	1.000	.682
Índice de Vivienda	1.000	.655
Ingreso total	1.000	.494
Recibe BHD**	1.000	.646

* Bienes de consume duraderos
** Bono de desarrollo humano

En el cuadro 2.11 se observa el porcentaje de la varianza explicada por los dos componentes principales calculados en el modelo, el cual es de 61.62%.

El cuadro 2.12 explica el comportamiento de las tres variables iniciales del modelo en relación a los dos componentes principales. El primer componente tiene una alta

CUADRO 2.11. Matriz de varianza explicada (Total Variance Explained)

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.723	45.388	45.388	2.723	45.388	45.388
2	.974	16.235	61.623	.974	16.235	61.623
3	.734	12.240	73.863			
4	.638	10.632	84.495			
5	.569	9.478	93.973			
6	.362	6.027	100.000			

CUADRO 2.12. Matriz de componentes

	Component	
	1	2
Variable ficticia afiliado	.467	.704
Años de escolaridad	.599	.385
Índice de BCD*	.819	-.105
Índice vivienda	.767	-.259
Ln (Ingreso total)	.700	.057
Variable ficticia BDH**	-.630	.499

* Bienes de consume duraderos
** Bono de desarrollo humano

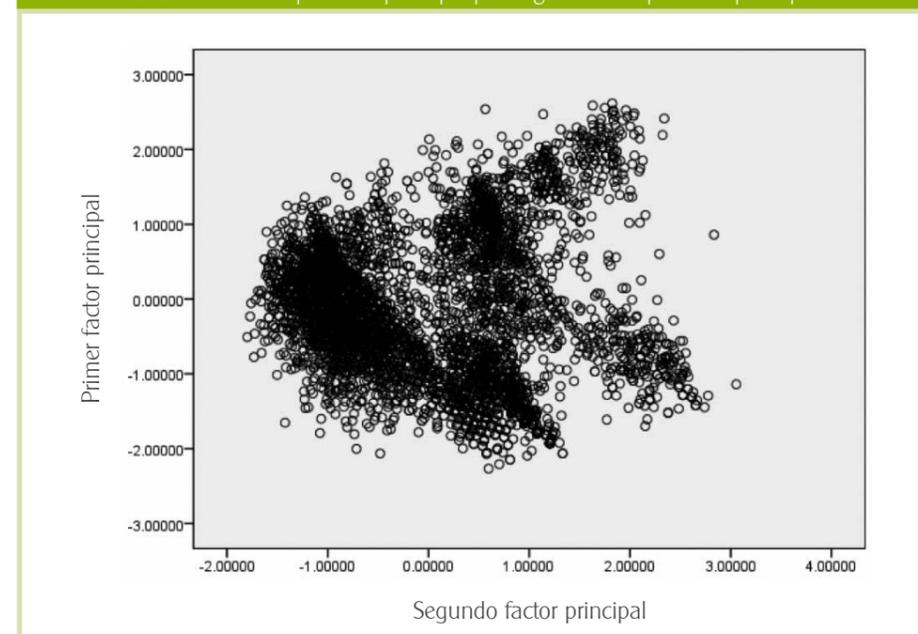
componente principal tiene alta correlación con variables de acceso a seguro social o a redes de apoyo sociales, como es la afiliación al seguro social y acceso al bono de desarrollo humano.

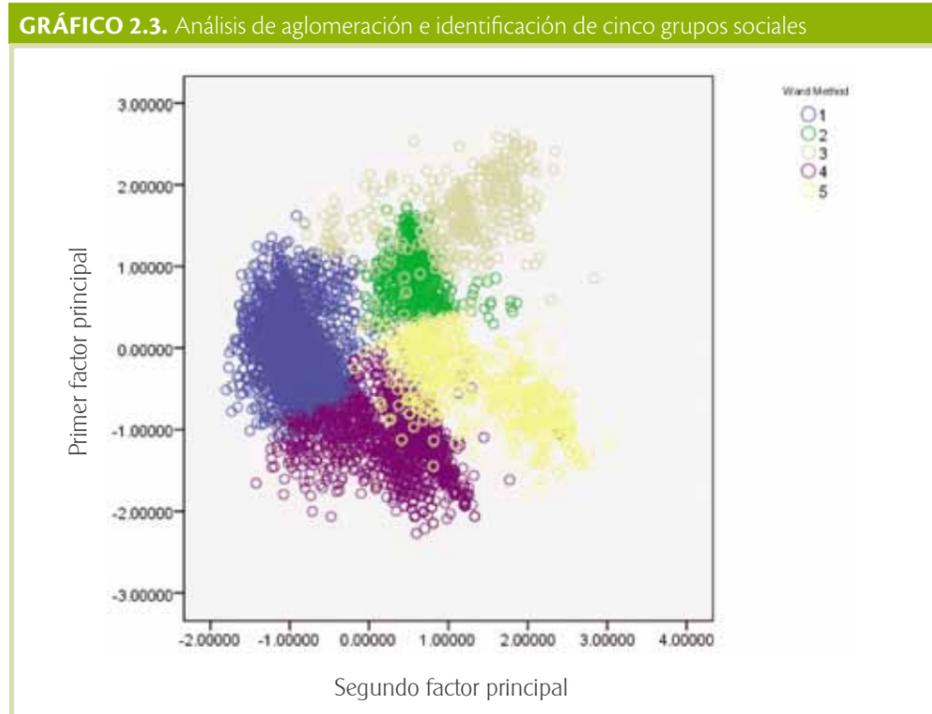
Cada componente principal es una variable que otorga a cada persona entrevistada un puntaje que resume su situación en relación a las 6 variables iniciales. Por consiguiente, una persona puede tener buenas condiciones de vida pero no acceso al seguro social, por lo que tiene un alto puntaje en el primer componente principal y un bajo en el segundo. En el siguiente cuadro vemos los puntajes asignados en el primer componente en relación al segundo, de cada persona entrevistada. En conjunto se pueden observar cómo se agrupan las personas con características similares.

correlación con variables de condiciones de vivienda (bienes de consumo, índice de vivienda e ingreso), mientras que el segundo

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

GRÁFICO 2.2. Primer componente principal por segundo componente principal





Análisis de Aglomeración. Una vez contruidos los componentes y asignados cada uno de los participantes, se utilizó la información para agrupar a las personas de acuerdo a sus similitudes y diferencias, en relación a las seis variables iniciales resumidas en los dos componentes. El gráfico 2.3 muestra estas agrupaciones hechas con el análisis de aglomeración (cluster analysis), en el cual se determinan claramente cinco grupos de condiciones sociales claramente diferentes entre sí.

El análisis de aglomeración considera los componentes principales o factores y agrupa las observaciones en grupos homogéneos, de acuerdo a las variables iniciales resumidas en los factores.

A continuación podemos ver las condiciones socioeconómicas de las personas que caen dentro de cada grupo o cluster determinado en el análisis de aglomeración. Podemos observar que las condiciones son similares en cada grupo y que cada grupo se distingue del siguiente. Por ejemplo, den-

tro del gráfico 2.2 podemos apreciar que hay un grupo de individuos que caen dentro del conglomerado 1 (gráfico 2.3 siguiente). Si nos referimos al cuadro 2.13 vemos que dentro del cluster 1, el 100% de personas no es afiliada al seguro social, el 99.5% no recibe bono de desarrollo humano, el índice de bienes de consumo duradero dentro de este grupo es 0.332, el índice de vivienda es 0.81, el ingreso total medio es USD 146.02 y los años promedios de escolaridad son 4.79. Si lo comparamos con el cluster 4, podemos

observar que este grupo está mejor, en términos de sus condiciones de vida manifestadas a través de las variables de afiliación al seguro, bono, los índices calculados, el ingreso y los años de escolaridad, y, peor si lo comparamos con el cluster 3, en términos de condiciones socioeconómicas.

De este análisis se obtuvo la construcción de cinco categorías de condiciones sociales que se utilizan en el análisis de los datos que se presentan en el capítulo correspondiente.

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 2.13. Componentes de cada cluster

NSE	#	Obs.	No Afiliado	Afiliado	Total	No recibe Bono	Recibe Bono	Total	#	Obs.	Índice BCD*	Índice vivi.*	Ingreso total*	Escol.*
Regular	1	N **	524500	0	524500	521980	2520	524500	1	N **	524500	524500	524500	524500
		% ***	100%	0%	100%	99.5%	0.5%	100%		Media	0.332	0.8109	146.02	4.792
Buenas	2	N **	0	143289	143289	142481	808	143289	2	N **	143289	143289	143289	143289
		% ***	0%	100%	100%	99.4%	0.6%	100%		Media	0.429	0.937	274.88	5.2849
Muy Buenas	3	N **	29663	99116	128779	127910	870	128780	3	N **	128780	128780	128780	128780
		% ***	23%	77%	100%	99.3%	0.7%	100%		Media	0.585	0.9667	404.42	13.8307
Indigentes	4	N **	279544	0	279544	64007	215537	279544	4	N **	279544	279544	279544	279544
		% ***	100%	0%	100%	22.9%	77.1%	100%		Media	0.140	0.491	49.92	4.5327
Malas	5	N **	0	116362	116362	58316	58046	116362	5	N **	116362	116362	116362	116362
		% ***	0%	100%	100%	50.1%	49.9%	100%		Media	0.1912	0.5894	81.00	4.0178

* Los valores faltantes estan reemplazados por la media

** Muestra ponderada

*** % dentro de la categoría de índice

Bibliografía

Albala C. Publicación Científica No 609. Salud Bienestar y Envejecimiento en Santiago Chile. SABE 2000. OPS-OMS Washington D.C. OPS-OMS

CEPAL: Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (LC/L.2079), 19 al 21 de noviembre del 2003, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.

CEPAL/CELADE/BID. 2006. Comisión Económica para América Latina y el Caribe /Centro Latinoamericano Caribeño y Demografía, Banco Interamericano de Desarrollo) Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en America Latina. Contribución al Diseño de Políticas y programas (LC/DEM/G.161. Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas.

Palloni A Y Peláez. 2006 Encuesta de Salud y Bienestar SABE. Costa Rica.

R. Wong, M. Pelaez, A Palloni, K. Markides. (2006). Survey Data foe the Study of Aging in Latin American and the Caribbean. 18:2; 157-179.

Rebeca Wong. 2001. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en Mexico (ENASEM).

Scholnick S. (2007) Protección de la Tercera Edad en Ecuador. CELADE. Quito.

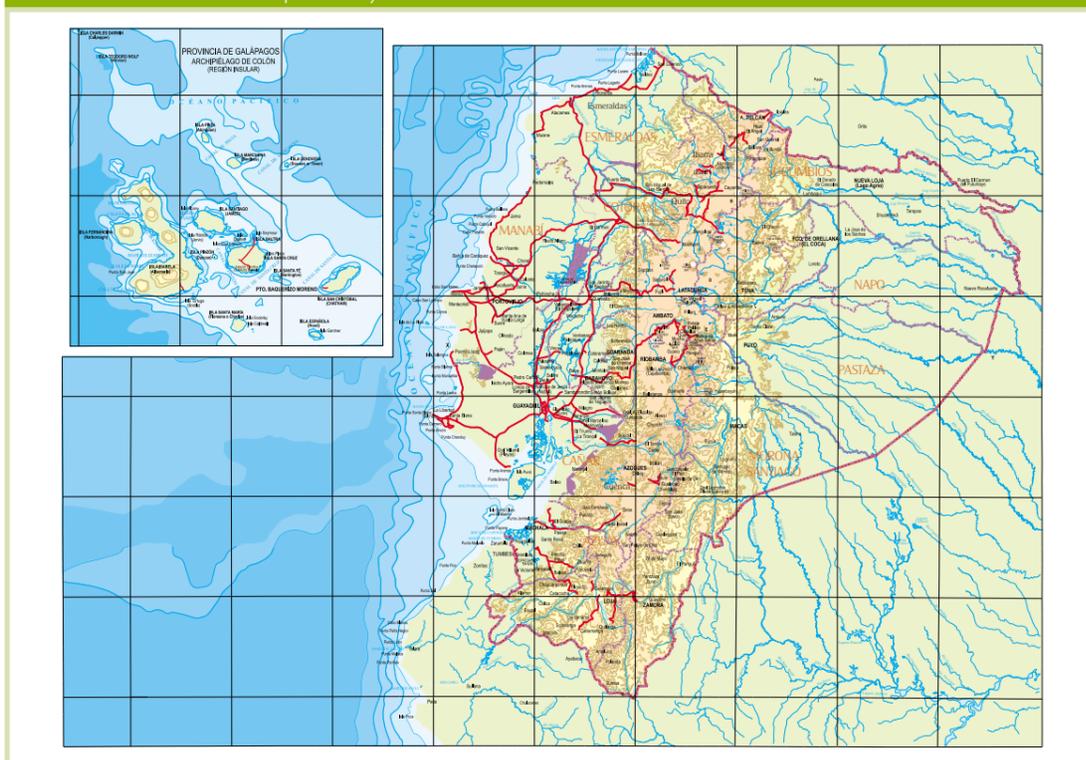
Villamar D. (2004) Características y Diferencias Clave. Las primeras migraciones y la creciente ola migratoria (1), Plan Migración, Comunicación y Desarrollo. Cartillas sobre la Emigración, edición en Internet; La Insignia Ecuador, [en línea] http://www.lainsignia.org/20904/diciembre/soc_004.htm



3.1. Antecedentes

La característica más sobresaliente del Ecuador es su diversidad. Su territorio, de 256.370 kilómetros cuadrados, se divide en 24 provincias y cuatro regiones naturales (Costa, Sierra, Amazonia u Oriente y Galápagos), cada una con números y variedades de especies de flora y fauna no igualados en ningún parte del mundo. (Ver 2.1.) Asimismo, su población es altamente diversa, constituida por personas de origen europeo (particularmente española), además de 14 grupos indígenas, afro ecuatorianos, y nuevos grupos de Asia, el Medio Oriente y otras partes del mundo.

MAPA 3.1. Características políticas y físicas del Ecuador



Las condiciones sociales, económicas y de salud de la población de personas mayores de 60 años en el país –y las transformaciones en estas condiciones en las últimas décadas– se expresan en el contexto de estructuras socioeconómicas y tendencias poblacionales más generales. Este capítulo presenta una breve caracterización de la población ecuatoriana en la primera década del siglo XXI desde perspectivas demográficas y epidemiológicas.

3.2. Transformaciones en la estructura demográfica

La evolución demográfica del Ecuador se caracteriza por dos aspectos fundamentales: composición (la transición demográfica) y distribución (especialmente en lo que se refiere a la migración interna y transnacional).

Como es el caso en la mayoría de los países, que incluyen aquellos en la región de las Américas, el Ecuador ha experimentado

CUADRO 3.1. Población total estimada, natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil y mortalidad materna: 1995, 2000, 2007 y 2008.

Años	Población A VI 1/	Natalidad		Mortalidad general		Mortalidad infantil		Mortalidad materna	
		Número	Tasa 1/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 3/	Número	Tasa 4/
1995	11.396.692	271.340	23,81	50.867	4,46	5.533	20,39	170	62,65
2000	12.298.745	296.149	24,08	56.420	4,59	5.480	18,50	232	78,34
2007	13.605.485	283.984 A/	20,87	58.016	4,26	3.529	12,43	176	61,98
2008	13.805.095	206.215 B/	14,94	60.023	4,35	3.380	16,39	162	78,56

1/ ECUADOR: Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950 - 2025 INEC - CEPAL

2/ Tasa por 1.000 habitantes.

3/ Tasa por 1.000 nacidos vivos.

4/ Tasa por 100.000 nacidos vivos.

(A) Incluye los nacidos vivos en el año 2007, inscritos en el año 2008

(B) Excluye las inscripciones tardías de nacimientos ocurridos en el año 2008

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales – Nacimientos y defunciones 2007

CUADRO 3.2. Tasas globales de fecundidad proyectadas, por períodos quinquenales

	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Pichincha	2,62	2,46	2,33	2,22	2,13	2,05
Resto Sierra	3,46	3,11	2,81	2,56	2,36	2,19
Guayas y Galápagos	2,87	2,44	2,21	2,05	1,94	1,88
Resto Costa	3,39	3,06	2,77	2,53	2,34	2,18
Amazonia	4,86	4,29	3,72	3,21	2,79	2,46
Zonas no delimitadas	4,58	4,04	3,52	3,06	2,69	2,4
Total País	3,1	2,82	2,58	2,38	2,22	2,1

una reducción sostenida de la tasa de mortalidad, seguida por la disminución de su tasa de fecundidad. Ver Cuadro 3.1.

Si se compara la tasa de natalidad de los años 1995 y 2008 se observa un descenso desde casi 24 a menos de 15 por mil habitantes en apenas 13 años. De igual significado es que la mortalidad general ha disminuido, en parte, como resultado de reducciones en la mortalidad materna e infantil. En particular, la reducción en la tasa de mortalidad materna ha sido identificada como una de las más significativas en el mundo (Lancet article, 2010).

La otra parte de la ecuación demográfica es el cambio en las tasas de natalidad y fecundidad, que ha mostrado drásticos cambios en los últimos 50 años. En efecto, la tasa global de fecundidad (TGF) descendió en el país de 6,7 hijos por mujer a comienzos de la década de 1960 a 2,82 en el quinquenio 2000-2005 (INEC/CEPAL/CELADE, 2003). Se observa en el cuadro 3.2 que la reducción en fecundidad ha continuado en la última década y según las proyecciones continuará en las décadas siguientes.

De seguir la evolución prevista en estas proyecciones, el país habrá llegado desde 3,1 hijos por mujer en el quinquenio 1.995 - 2.000 a 2,1 hijos por mujer en el quinquenio 2020 - 2025. Si se mantiene este nivel el Ecuador habrá llegado a un punto de reemplazo de una generación por otra de igual tamaño con el resultado de largo plazo de crecimiento demográfico nulo y el envejecimiento poblacional (Rosero - Bixby, 2004).

Como se observa en el cuadro 3.3, la transición demográfica ecuatoriana también se refleja en un aumento dramático en esperanza de vida al nacer, desde alrededor de 57 años hace solo una generación hasta 75 años en el momento actual. Se puede apre-

ciar el significado de este proceso si se considera que la brecha entre el Ecuador y los países con las cifras más altas se ha reducido de más de 20 años a cinco en apenas 35 años.

Fuente: INEC, estimaciones de población, 2001-2010

CUADRO 3.3. Evolución de la esperanza de vida al nacer, 1965-2010

Períodos	Años de vida
1965 - 1970	57,4
1970 - 1975	60,1
1975 - 1980	63,1
1980 - 1985	66,9
1985 - 1990	67,5
1990 - 1995	70,0
1995 - 2000	72,3
2000 - 2005	74,1
2005 - 2010	75,0

Fuente: INEC: estimaciones de población 1950-2025.

Se reconoce que, en general, la transición demográfica es producto de mejoras en la alimentación y nutrición, condiciones sanitarias, y el desarrollo biomédico, entre otros factores, y está asociado además con amplias transformaciones sociales, incluyendo la urbanización e industrialización, aumentos en la escolaridad (especialmente del sexo femenino) y cambios en la estructura ocupacional.

En comparación con otros países, se observa que el Ecuador se encuentra en una etapa de transición demográfica “plena” con una tasa de crecimiento natural de 1.6% anual (CEPAL, 2009 y Chackiel 2004), que es una tasa menor que en etapas anteriores.

Otro aspecto de la transición demográfica experimentada en el Ecuador es el cambio

sostenido en la proporción de diferentes grupos poblacionales, particularmente visto desde la perspectiva de cohortes de grupos de edad. Es decir, a causa de las tendencias en las variables demográficas, se han producido cambios en la estructura por edades de la población, que han modificado el perfil de la pirámide de edades de Ecuador.

El gráfico 3.1 muestra como la transición demográfica modifica la proporción de personas de diferentes cohortes de edad en el Ecuador. La primera pirámide refleja una po-

blación todavía joven, mientras las pirámides 2 y 3 reflejan un futuro cercano de envejecimiento poblacional, proceso ya observado en los países industrializados.

La transición demográfica siempre se expresa dentro del contexto de procesos socioeconómicos específicos. El caso ecuatoriano no es una excepción: particularmente relevante en el Ecuador han sido los procesos de urbanización y migración. El proceso de urbanización moderna comenzó en la década de 1950 y se aceleró en las dos dé-

cadass siguientes. Mientras en 1950 el 70% de la población ecuatoriana vivía en áreas rurales, al fin del siglo dos tercios residían en áreas urbanas. El crecimiento urbano no solo se expresó en las ciudades más grandes (especialmente Quito, Cuenca y Guayaquil) sino también en las ciudades intermedias. El número de ciudades con más de 30.000 habitantes se ha quintuplicado desde 1960. Los factores que inciden en la migración interna del campo a la ciudad incluyen la escasez creciente de tierra, y los bajos ingresos y nivel de vida característica de las zonas rurales y cambios dramáticos en la estructura económica y ocupacional del país en este periodo. (Carrión Mena. *El proceso de urbanización en el Ecuador (del siglo XVIII al siglo XX)*. -Antología 2009. Quito; INEC/ Censo 2001.)

Además de la migración rural-urbana interna durante la segunda mitad del siglo XX, una segunda ola migratoria ha tenido resultados sustanciales en el país en términos poblacionales y económicos. Específicamente, después de 1990 y particularmente a partir de la crisis económica y financiera que azotó al país entre 1999 y 2000, se ha producido en una migración transnacional de proporciones considerables. Desde mediados de la década de 1970 y hasta principios de los años noventa, el saldo migratorio fue relativamente bajo en el Ecuador, con niveles que oscilaban entre 10 y 30 personas anuales. En 1993 este saldo comenzó a ascender lentamente hasta 1998 para iniciar, ya en 1999, un aumento drástico que entre 2000 y 2004 llegó a saldos netos de 175.922, 138.330, 165.215 y 125.106 emigrantes, respectivamente (FLACSO, 2006).

Según el censo de 2001, entre 1996 y 2001, 378.000 ecuatorianos y ecuatorianas salieron al extranjero en forma permanente. Esta cifra representa el 8,3% de la población económicamente activa y 3,1% del total de la población registrada en el censo. Este éxodo ha producido efectos dramáticos. A nivel macroeconómico, las remesas llegaron a una cifra anual superior a los dos mil millones de dólares o hasta el 7% del PIB. A nivel de la familia y comunidad, si bien las remesas hacían posible aumentos en los niveles de gasto y consumo, se ha observado también problemas en las familias por la ausencia del padre y frecuentemente la madre-de familia y en las comunidades por la pérdida de capital social porque los migrantes frecuentemente son los más ca-

paces y más preparados miembros de la comunidad. Si bien la proporción de migrantes transnacionales es particularmente alta en las provincias australes de Azuay y Cañar, habitantes de todas las provincias también han salido al exterior.

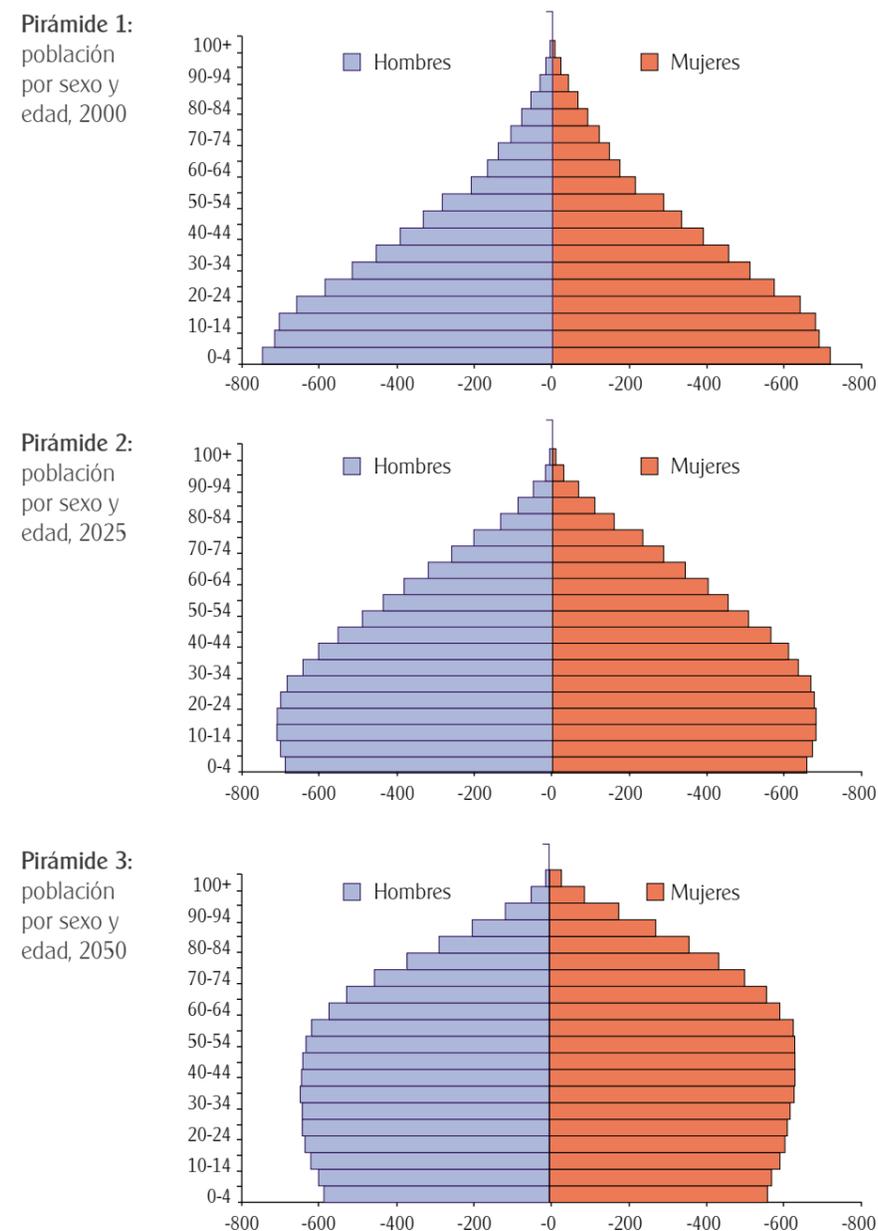
3.3. Transición epidemiológica

Ligada al proceso de transición demográfica descrita arriba es la transición epidemiológica, que se refiere a cambios en la distribución de causas de morbilidad y mortalidad. Al igual que la transición demográfica, la transición epidemiológica se expresa en diferentes formas en distintos momentos históricos y en diferentes países. En general, este fenómeno consiste en la reducción en la prevalencia de causas "tradicionales" de mala salud (principalmente las enfermedades infecciosas, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición y la morbilidad y mortalidad relacionadas al embarazo y parto) y aumentos en la prevalencia de condiciones "modernas" asociadas con un mayor esperanza de vida, especialmente en lo que se refiere a condiciones degenerativas: las enfermedades cerebrovasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, los problemas de salud mental y los problemas asociados a los accidentes de transporte y la violencia. Además, se presentan con mayor frecuencia problemas asociados con el sobrepeso y la obesidad (MSP/ Sistema de Vigilancia Epidemiológica 2007-2008).

En la actualidad, las enfermedades no transmisibles, especialmente las cerebro vasculares, isquémicas, hipertensivas y metabólicas (especialmente el diabetes) ocupan los primeros lugares de las causas de muerte, mientras que aquellas enfermedades tradicionales e infecciosas asociadas a causas medio ambientales como acceso a agua de mala calidad y la eliminación de excretas no-controladas, disminuyeron al mejorar las condiciones sanitarias, pero sigue presentándose en ciertos segmentos de la población.

Es decir, el perfil epidemiológico se ha modificado en las últimas décadas, pero en lugar de pasar por un proceso simple de transición de un perfil tradicional a otro perfil moderno, ha ocurrido una superposición o traslape epidemiológico, caracterizado por la expresión simultánea de ambos perfiles en

GRÁFICO 3.1. Pirámides de edades 2000, 2025 y 2050



diferentes proporciones en diferentes segmentos poblacionales.

Las transiciones demográficas y epidemiológicas no han ocurrido en un vacío, sino que se explican por condiciones y procesos sociales, económicos, culturales y políticos. En pocas palabras, el país sigue siendo un lugar en donde la pobreza afecta a proporciones importantes de la población y en donde la desigualdad constituye una característica importante e inclusive determinante. Es más, entre 1995 y 2000, Ecuador sufrió la crisis social más severa de América Latina, al experimentar el empobrecimiento más acelerado de su población de los últimos años. En este periodo, el número de personas pobres se duplicaron de 3,9 millones a 8,4 millones, su

ingreso promedio se redujo en un 25% y el gasto público per cápita disminuyó en 22% en educación y 26% en salud. Uno de los efectos fue la masiva migración transnacional descrita antes.

La desigualdad en ingresos y acceso a recursos se manifestó en un índice de Gini entre los más altos en el mundo, y en donde el 20% de la población más rica posee el 54.3% de la riqueza y el 91% de las tierras productivas, mientras que el 20% de la población más pobre tiene acceso al 4.2% de la riqueza y controla solo el 0.1% de la tierra.

El mapa 3.2 demuestra como la pobreza se distribuye en el territorio nacional.

En el cuadro 3.4, se puede apreciar el nivel de pobreza y pobreza extrema en la Ama-

CUADRO 3.4. Evolución de la pobreza de consumo, 1995-2006 (%)

	1995		1999		2006	
	Pobreza	Pobreza extrema	Pobreza	Pobreza extrema	Pobreza	Pobreza extrema
Región:						
Costa	36,07	9,06	52,85	15,98	40,31	10,85
Sierra	41,73	18,53	51,44	24,65	33,75	12,2
Amazonía	60,57	23,8	n.d	n.d	59,74	39,6
Área:						
Rural	63,00	27,37	75,05	37,68	61,54	26,88
Urbano	23,02	4,11	36,39	7,99	24,88	4,78
Nacional	39,34	13,6	52,18	20,12	38,28	12,86

Fuente: INEC, Pobreza y desigualdad. Encuesta de Condiciones de Vida 2006.

Fuente: INEC, ECV 1995-1999 y 2006

MAPA 3.2. Características políticas y físicas del Ecuador



zonía y la Sierra en particular y en las áreas rurales del país, al mismo tiempo que se observa una reducción en ambas categorías.

En el cuadro 3.5, se observan algunas de las manifestaciones de la pobreza y la desigualdad que caracterizan al país. A pesar de avances importantes, la educación, el trabajo infantil y adolescente, la infraestructura y la vivienda sigue siendo problemas que afectan a altas proporciones de la población ecuatoriana. Entre las respuestas programáticas ha sido la elaboración de diferentes programas de protección social, incluyendo una transferencia monetaria denominada el Bono del

Desarrollo Humano, programas alimentarios y vivienda.

El Plan del Buen Vivir del presente gobierno abarca cambios integrales en la salud, educación y el medioambiente con el objetivo de llegar a patrones más equitativos y donde el beneficiario es el ser humano. En este contexto, se plantea la erradicación de la pobreza y aumentar y una transformación en la educación y la salud pública. Por ejemplo, entre las metas se aspira a que el 96% de la población cuente con educación básica y se erradique el analfabetismo al año 2013 (*Plan Nacional del Buen Vivir Ecuador 2010*).

CUADRO 3.5. Indicadores de pobreza y protección social, 2008

	Indicador	
Educación		
Analfabetismo	%(15 años y más)	9
Analfabetismo - hombres	%(15 años y más)	7,7
Analfabetismo - mujeres	%(15 años y más)	10,3
Escolaridad	Años de estudio	7,3
Primaria completa	%(12 años y más)	66,8
Primaria completa - hombres	%(12 años y más)	67,9
Primaria completa - mujeres	%(12 años y más)	65,8
Secundaria completa	%(18 años y más)	22,1
Secundaria completa - hombres	%(18 años y más)	22,2
Secundaria completa - mujeres	%(18 años y más)	22
Instrucción superior	%(24 años y más)	18,1
Instrucción superior - hombres	%(24 años y más)	18,7
Instrucción superior - mujeres	%(24 años y más)	17,5

Fuente: SIISE (2008).

	Indicador	
Trabajo infantil y adolescente		
Niños/as que trabajan y no estudian de 8 a 17 años	Porcentaje	9,6
Niños/as que no trabajan ni estudian de 8 a 17 años	Porcentaje	12,7
Niños/as que no trabajan y sí estudian de 8 a 17 años	Porcentaje	75,1
Niños/as que trabajan y estudian de 8 a 17 años	Porcentaje	2,7
Vivienda		
Agua entubada por red pública dentro de la vivienda	%(viviendas)	48
Red de alcantarillado	%(viviendas)	48
Sistemas de eliminación de excretas	%(viviendas)	82,7
Servicio eléctrico	%(viviendas)	89,7
Servicio telefónico	%(viviendas)	32,2
Servicio de recolección de basura	%(viviendas)	62,7
Vivienda propia	%(hogares)	67,3
Hacinamiento	%(hogares)	26,4
Programas sociales - Bienestar Social		
Bono de Desarrollo Humano – madres	Número	1.005.967
Bono de Desarrollo Humano - tercera edad	Número	243.852
Bono de Desarrollo Humano – discapacitados	Número	19.923
Bono de Desarrollo Humano - todos los beneficiarios	Número	1.269.742
Programa Aliméntate Ecuador - niños/as	Número	330.824
Programa Aliméntate Ecuador - tercera edad	Número	356.868
Programa Aliméntate Ecuador – discapacitados	Número	102.743
Programa Aliméntate Ecuador - total beneficiarios	Número	790.435
Programas sociales – Vivienda		
Vivienda urbano marginal - viviendas nuevas	Número	5.569
Vivienda urbano marginal - viviendas mejoradas	Número	1.367
Vivienda urbana SIV - viviendas nuevas	Número	10.797
Vivienda urbana SIV - viviendas mejoradas	Número	5.579

3.4. El sistema de salud

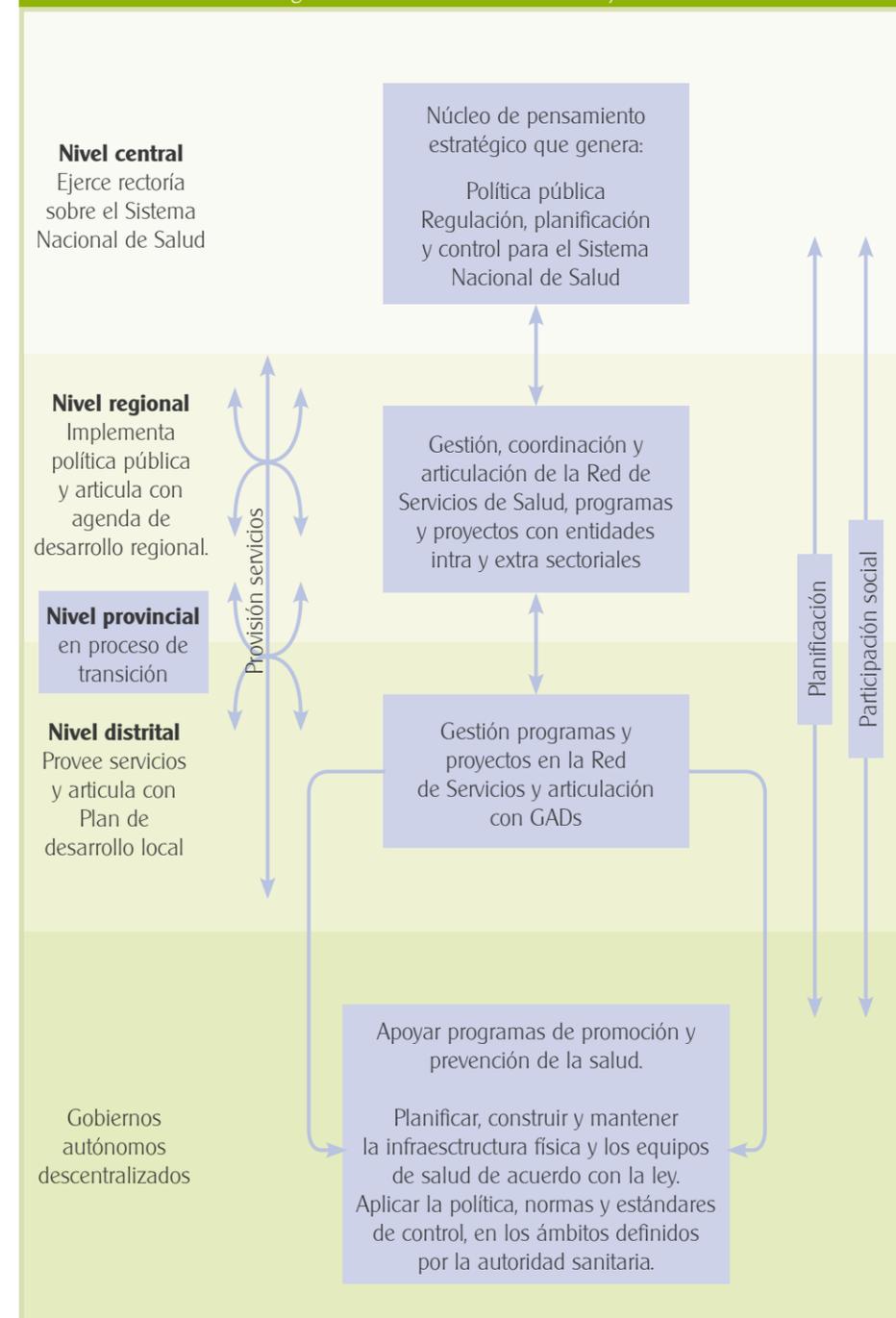
El Ecuador tiene un sistema de salud segmentado, que está conformado por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas. Primero, el ámbito público está constituido por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Seguro Social Campesino, y los servicios prestados por las Fuerzas Armadas y la Policía. Adicionalmente existen servicios de salud en algunos municipios. Estas instituciones prestan diferentes combinaciones de servicios de salud y sistemas de aseguramiento y financiamiento de servicios.

Otros servicios son prestados por organismos especiales, tales como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana (OPS – OMS, 2008).

El sistema de salud también incluye clínicas y hospitales privados, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro y médicos particulares e independientes. Además, en los últimos años, ha crecido rápidamente el sector de aseguradores privados de salud, la mayoría de los cuales operan con fines de lucro.

En su conformación actual, el MSP ejerce la rectoría sobre el Sistema Nacional de

GRÁFICO 3.3. Modelo de gestión alta desconcentración - baja descentralización



Fuente: MSP, Subsecretaría de Planificación (2009).

Salud y formula planes, políticas y regulaciones. A nivel regional se ejecuta la política pública y se articula con la agenda del desarrollo regional, al generar espacios de coordinación dentro del sistema y sus actores, en especial de la red de servicios de salud. El nivel distrital provee los servicios y articula con el plan de desarrollo local. Este nivel es el responsable directo de las prestaciones de

servicios a la población ecuatoriana (MSP Transformación Sectorial de Salud, 2009). La organización del sistema actual se observa en el gráfico 3.3)

El presupuesto asignado al sector salud fue USD 103 millones en 2000 y USD 1.047,1 en 2008. Otra indicación de la creciente importancia de los gastos públicos en salud es que el presupuesto del Ministerio de Salud,



La seguridad social se basa en la aplicación de los principios de obligatoriedad, universalidad y solidaridad generacional.

respecto al presupuesto general subió del 2,4% en 2000 al 10,1% en 2008.

El gráfico 3.4 demuestra los cambios en el presupuesto del MSP en relación con el presupuesto general.

Los orígenes del sistema de seguridad social en el Ecuador se remontan al año 1928 cuando se expidió la primera Ley de Jubilación "Caja de Pensiones" y a 1935 cuando se dictó la Ley de Seguro Social Obligatorio. El sistema de seguridad social está integrado por cuatro instituciones autónomas, regidas por el sistema de repartos y financiadas por sus respectivos contribuyentes: el Instituto de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL).

En 2003, la población afiliada activa al IESS era de 1.184.485 personas de todas las edades, el SSC tenía 853.727 afiliados y el ISSFA y ISSPOL tenían 13.000. De estas cifras, aproximadamente el 25% son adultos mayores.

La seguridad social se basa en la aplicación de los principios de obligatoriedad, universalidad y solidaridad generacional, en armonía con las normas internacionales de trabajo en materia de regímenes de Seguridad Social. Las contribuciones son tripartitas

de asegurados, empleadores y el Estado, más la rentabilidad de las inversiones de sus recursos económicos y materiales.

Las prestaciones del IESS incluyen la atención médica, farmacológica, quirúrgica, hospitalaria, odontológica, provisión de órtesis y prótesis, subsidios en dinero, canastilla maternal, compensación de gastos por atención médica, gastos de movilización y auxilio de funerales, y atención médica integral para jubilados.

El Seguro Social Campesino, por su parte, provee una pensión de jubilación por vejez para el jefe de familia, atención por enfermedad, maternidad y odontología para el jefe de familia y su familia, y un pago de 25% del costo de funerales para jefes de familia.

Los servicios incluyen préstamos quirografarios e hipotecarios, prendarios, especiales para re-adaptación ocupacional, fondos de reserva, servicios sociales de la tercera edad, ayuda de becas para educación especial de afiliados minusválidos.

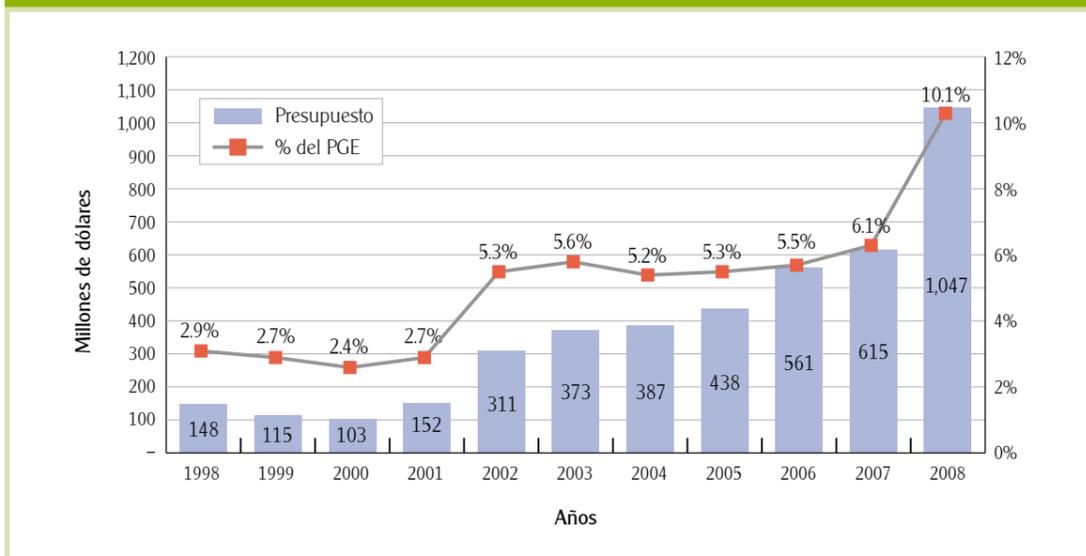
La jubilación tiene varias categorías:

- Ordinaria con 30 años de servicio y 55 de edad.
- Especial Reducida, con 25 años de servicio y 45 de edad.
- Invalidez, 5 años de aportes sin límite de edad.
- Riesgos de Trabajo, con la sola presentación de aviso de entrada. (IESS, Normas Legales de la Seguridad Social 2008)

Bibliografía

- CEPAL-CELADE, MIES, MCDS, Estudio sobre la protección social de la tercera edad, Ecuador. 2003
- CEPAL; ONU, OPS, Estrategia para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. 2003
- Chackiel, Juan (2004), "La dinámica demográfica en América Latina", *Población y desarrollo series*, No. 52 (LC/L.2127-P), Santiago, Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). United Nations publication, Sales No. S.04.II.G.55. IESS, Normas Legales de la seguridad social, Ecuador. 2000
- Gobierno del Ecuador 2009-2013. Plan Nacional de Buen Vivir. Construyendo un Estado Plurinacional e intercultural 2010 INEC, Anuarios 2007-2008
- Herrera G. Ecuador. Las cifras de Migración Internacional. Quito. UNFPA-Ecuador. FLACSO Sede Ecuador. 2006.
- INEC, Censo de Población y Vivienda, Ecuador 2001
- INEC / FLACSO / Migración, Ecuador 2006
- Ministerio de Salud Pública, (MSP) Información complementaria: Sistema Común de Información, Epidemiología, Estimaciones y Proyecciones de población, Ecuador 1950-2025.
- MSP, Análisis de la Situación de Salud-Plan Estratégico 2008-2013, WWW. IESS. Gov.ec.
- MSP, Indicadores Básicos de Salud, Ecuador, 2008.
- MSP, Políticas Integrales de Salud para los Adultos Mayores, 2007
- MSP, Sistema de Información, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica, 2007-2008
- MSP, Transformación Sectorial de Salud, Ecuador 2009
- MSP, SNS, OPS (varios autores): La Equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante la últimas décadas, 2007
- OPS, Situación de la Salud Ecuador 2006
- OPS OMS. Perfil del Sistema de salud del Ecuador. Washington D.C.2008
- Organización Panamericana de Salud (OPS), Perfil del Sistema de Salud – Ecuador 2008
- Rosero-Bixby, L. (2004). La fecundidad de reemplazo y más allá en áreas metropolitanas de América Latina. *Notas de Población*. 31(78): 35-63.

GRÁFICO 3.4. Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y porcentaje del presupuesto general del Estado 1998-2008



Los valores 2008 están actualizados a noviembre
 El presupuesto general del Estado en el 2008 corresponde a USD 10.357 millones
 Elaboración: MSP - Aseguramiento de la calidad
 Fuente: Presupuesto MSP



4.1. Características demográficas y socioeconómicas

La población de adultos mayores del Ecuador ha experimentado cambios demográficos y socioeconómicos verdaderamente dramáticos. Esta información presentada en este capítulo es relevante por cuanto permite observar las tendencias demográficas pasadas de la población y su influencia en el futuro, con relación al sexo, la edad, las condiciones sociales y su impacto en las condiciones demográficas, sociales y económicas de los adultos mayores actuales y de los adultos mayores por venir.

La información detalla la estructura de la muestra original y la población expandida por grupos de edad y sexo, la edad mediana e índice de feminidad. Se presenta la información por subregión y sexo, la distribución de la población por índice de condiciones sociales, la distribución de la población por etnicidad, la estructura familiar (estado civil, presencia de hijos y presencia de padres y madres vivos), la religión que profesan, la situación laboral, los ingresos por jubilación, las características de la vivienda y el hacinamiento.

Los análisis obtenidos son válidos para la población total de adultos mayores del Ecuador dividida en subregiones de Sierra urbana, Sierra rural, Costa urbana y Costa Rural, más Quito y Guayaquil, y por índice de condiciones sociales.

4.1.1. Estructura de la muestra original y expandida a la población total de adultos mayores, por edad y por sexo

En el cuadro 4.1. se presenta el tamaño y estructura de la muestra de adultos mayores que se utilizó en la encuesta. La muestra fue de 5.015 personas, de los cuales, 2.599 correspondieron a mujeres y 2.416 a hombres, ambos sexos en tres grupos de edad (60 a 64 años, 65 a 74 años y 75 años o más). En el cuadro 4.2. se presenta la estructura de la muestra original y expandida a la población por edad. De este cuadro se desprende que apenas el 3% no respondió y del total que respondió, el 25.8% se ubicó en el grupo de

edad de 60 a 64 años, el 41.3% se colocó en el rango de edad de 65 a 74 años y el 32.9% y en la categoría de 75 años y más.

4.1.2. Muestra y población expandida de adultos mayores por sexo, rangos de edad e índice de feminidad

De acuerdo a este estudio, la población de adultos mayores en Ecuador, fue de 1.156.117 personas mayores de 60 años en 2009. Como era de esperar, hay más mujeres que hombres (cuadro 4.3).

En el cuadro 4.4. se observan la edad media por rango de edad, el tamaño de la muestra, el tamaño de la población, por rango de edad y sexo y el porcentaje de la población por rango de edad. También se observa el índice de feminidad en cada rango de edad, que da la representatividad del sexo femenino en este grupo de población. La edad media de los adultos mayores es de 71.3 años tanto para hombres como para

CUADRO 4.1. Estructura de la muestra de adultos mayores por grupos de edad y sexo

Edad	Mujer	Hombre	Total
60 a 64 años	661	631	1292
65 a 74 años	1090	985	2075
75 o más	848	800	1648
Total	2599	2416	5015

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 4.2. Muestra y población expandida de adultos mayores, por edad. (N y %)

Grupos de edad	Muestra	Población	(%)	Porcentaje válido (%)
60 a 64	1292	298196	25.0	25.8
65 a 74	2075	477672	40.1	41.3
75 o más	1648	380249	31.9	32.9
Total	5015	1156117	97.0	100.0
Sin respuesta	220	36358	3.0	
Total	5235	1192475	100.0	

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 4.3. Población expandida de adultos mayores, por sexo y por rangos de edad (N y %)

Edad/años	Mujer		Hombre		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%
60 a 64	157113	52.7	141083	47.3	298196	100.0
65 a 74	258835	54.2	218837	45.8	477672	100.0
75 o más	201115	52.9	179134	47.1	380249	100.0
Total	617063	53.4	539054	46.6	1156117	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 4.4. Edad promedio, tamaño de muestra y población de adultos mayores, proporción por rango de edad y por sexo e índice de feminidad, para cada grupo de edad y total

Edad	Mujer				Hombre				Total				Índice de feminidad
	Edad Promedio	n	N	%	Edad Promedio	N	N	%	Edad Promedio	n	N	%	
60 a 64	61.9	661	157113	52.7	62.1	631	141083	47.3	62.0	1292	298196	100	111.4
65 a 74	69.0	1090	258835	54.2	69.	985	218837	45.8	69.1	2075	477672	100	118.3
75 o más	81.6	848	201115	52.9	81.2	800	179134	47.1	81.4	1648	380249	100	112.3
Total	71.3	2599	617063	53.4	71.3	2416	539054	46.6	71.3	5015	1156117	100	115.0

n: muestra, N: población

mujeres, cifra ligeramente superior que en la Habana, Cuba, (SABE Cuba 2005). Este valor significa que la mitad de los adultos mayores están por debajo de 71.3 años y la otra mitad esta por sobre ese valor. El índice de feminidad alcanzó, al nivel nacional, a 115 mujeres por cada 100 hombres. Esta cifra valida los datos presentados anteriormente sobre la presentación de hombres y mujeres en estos rangos de edad. Por lo tanto, al desglosar los datos por grupos de edad, las mujeres siempre están en mayor proporción que los hombres. Este dato revela la mayor sobrevivencia de mujeres, pero al compararlo, nuevamente con Cuba, se determina que este índice es menor.

4.1.3. Muestra y población expandida de adultos mayores por subregión y por sexo

En el cuadro 4.5. se presenta la estructura de la muestra y de la población por subregión y por sexo. De este cuadro se desprende,

que solo del 0.6% no se obtuvo respuesta. Se observa también que como es el caso de la población ecuatoriana en general, más de la mitad de los adultos mayores viven en áreas urbanas, y entre Quito y Guayaquil viven más de un cuarto, mientras que en el área rural viven un tercio, siendo proporcionalmente menor en la Costa rural en comparación con la Sierra rural.

4.1.4. Distribución de la población de adultos mayores por índice de condiciones sociales

Con el fin de conocer cuál es el comportamiento de la población en cuanto se refiere a la distribución del índice de condiciones sociales, se determinó que un poco más de uno de cada diez de los adultos mayores en el país viven en condiciones muy buenas, mientras que un poco más de la mitad viven en condiciones buenas o regulares y un tercio viven en condiciones malas o indigentes. Llama la atención en particular que casi un

CUADRO 4.5. Estructura de la muestra y población expandida de adultos mayores por subregión (N y %)

Subregión	n muestra ambos sexos	Población ambos sexos	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
Sierra urbana	941	202559	17.0	17.1
Sierra rural	1361	242816	20.4	20.5
Costa urbana	1076	245197	20.6	20.7
Costa rural	988	153578	12.9	13
Quito	303	151053	12.7	12.7
Guayaquil	542	190655	16.0	16.1
Total	5211	1185860	99.4	100
Sin respuesta	24	6615	0.6	
Total	5235	1192475	100	

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 4.6. Distribución de la Población de adultos mayores por Índice de Condiciones Sociales (N y %)

Índice	Población Frecuencia	Por ciento %
Condiciones Muy Buenas	128780	10.8
Condiciones Buenas	143289	12.0
Condiciones Regulares	524500	44.0
Condiciones Malas	116362	9.8
Condiciones Indigentes	279544	23.4
Total	1192475	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

cuarto de los adultos mayores fueron calificados como indigentes, lo cual indica una condición enorme de desigualdad que ubica a 396.000 adultos mayores en condiciones de desventaja frente al resto (cuadro 4.6).

Al hacer un análisis de la distribución de las condiciones sociales por subregión, se

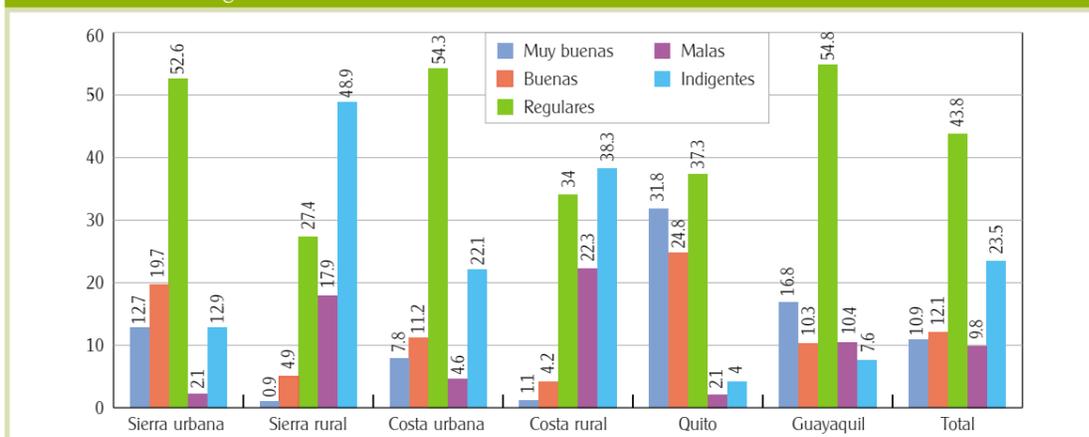
puede apreciar diferencias marcadas (cuadro 4.7. y grafico 3.1.). Por ejemplo, mientras en la Sierra urbana casi uno de cada tres de los adultos mayores se ubica en las categorías de condiciones sociales muy buenas o buenas y el 12.9% en las condiciones de indigencia, en la Costa urbana, menos

CUADRO 4.7. Distribución de los Índices de condiciones sociales de la población de adultos mayores por subregión (Porcentaje)

Subregión	Condiciones socioeconómicas					Total %
	Muy Buenas %	Buenas %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	
Sierra urbana	12.7	19.7	52.6	2.1	12.9	100.0
Sierra rural	0.9	4.9	27.4	17.9	48.9	100.0
Costa urbana	7.8	11.2	54.3	4.6	22.1	100.0
Costa rural	1.1	4.2	34.0	22.3	38.3	100.0
Quito	31.8	24.8	37.3	2.1	4.0	100.0
Guayaquil	16.8	10.3	54.8	10.4	7.6	100.0
Total	10.9	12.1	43.8	9.8	23.5	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 4.1. Distribución de los Índices de condiciones sociales de la población de adultos mayores por subregión



del 20% vive en condiciones muy buenas o buenas, mientras que el 22% existen como indigentes. Estos datos sugieren una mayor prevalencia de pobreza en la Costa urbana en comparación con la Sierra Urbana. Pero, cuando se compara las condiciones de los adultos mayores en las zonas rurales, el patrón cambia, ya que menos del 6% de los adultos mayores de la Sierra rural vive en condiciones muy buenas o buenas, dos tercios vive en las condiciones malas o indigentes. En comparación, en la Costa rural estas dos últimas categorías representan una proporción ligeramente inferior. Estos datos reflejan un patrón de enorme desigualdad geográfica en cuanto el nivel de vida de adultos mayores ecuatorianos. Al observar los datos de Quito y Guayaquil, también es evidente una diferencia marcada: mientras en Quito, más de la mitad de los adultos mayores vive en condiciones muy buenas o buenas, en Guayaquil, son solo un poco más de uno de cada cuatro. Al contrario, mientras que más de un cuarto de adultos mayores en Guayaquil vive en con-

diciones malas o indigentes, en Quito fueron apenas el 6.1%.

El cuadro 4.8. presenta la distribución de los índices de condiciones sociales por sexo y por edad. De este cuadro se desprende que a medida que los adultos mayores incrementan la edad, sus condiciones sociales tienden a deteriorarse. Se observa, por ejemplo, que el 15% en el rango de 60 a 64 años de edad vive en condiciones sociales muy buenas, la proporción es menos del 8% en la categoría de edad de 75 años y más. Al mismo tiempo, una comparación de condición social por sexo demuestra que los hombres tienen la misma gradiente y que en la categoría de indigentes la proporción es mayor que el de las mujeres.

4.1.5. Distribución de la población por etnicidad

La etnicidad es uno de los factores sociales de mayor relevancia en el Ecuador, como en toda la zona andina. Uno de los indicadores más usados para medir este factor tan

CUADRO 4.8. Distribución de los índices de condiciones sociales de los adultos mayores por sexo y por edad

Edad	Índice de Condiciones Sociales	Mujer %	Hombre %	Total %
60 a 64 años	Muy Buenas	15.1	16.3	15.6
	Buenas	7.2	13.1	10.0
	Regulares	54.7	52.2	53.5
	Malas	6.0	10.1	7.9
	Indigentes	17.1	8.4	13.0
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74 años	Muy Buenas	8.7	13.3	10.8
	Buenas	8.2	16.3	11.9
	Regulares	47.5	37.4	42.9
	Malas	8.2	12.2	10.0
	Indigentes	27.3	20.8	24.3
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	Muy Buenas	6.0	10.1	7.9
	Buenas	14.2	14.9	14.5
	Regulares	44.3	33.2	39.1
	Malas	9.0	12.4	10.6
	Indigentes	26.5	29.4	27.9
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

complejo es la autodefinición. En el cuadro 4.9. se observa que un poco más de uno de cada adulto de los adultos mayores se identificaron como indígenas, mientras dos tercios se identifican como mestizos. Los datos presentados en este cuadro no son dramáticamente diferentes que las proporciones de los grupos étnicos y raciales en el censo de 2001, aunque la proporción de indígenas es ligeramente mayor que en la población total.

El cuadro 4.10. muestra la distribución de los adultos mayores por etnia autodefinida por subregión.

nida por subregión. En este cuadro se observa que la mayor proporción de población autodefinida como indígena vive en el área rural de la Sierra, mientras que en resto de subregiones presenta las proporciones más altas de adultos mayores que se autodefinen como mestizos. Este cuadro también revela que la mayor proporción de autodefinición como blancos se ubica en Guayaquil.

El cuadro 4.11. confirma que existe una relación muy estrecha entre raza, etnicidad y condiciones socioeconómicas en el Ecuador.

CUADRO 4.9. Distribución de la etnicidad por autodefinición, de los adultos mayores (N y %)

Etnicidad	Población	Porcentaje	Porcentaje válido
Indígena	116356	9.8	10.4
Afro-ecuatoriano	35639	3.0	3.2
Mulato	40883	3.4	3.7
Mestizo	758720	63.6	67.9
Blanco	165388	13.9	14.8
Otro, no sabe, no responde	75489	6.3	100.0
Total	1192475	100	

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 4.10. Distribución de los adultos mayores por etnia autodefinida por subregión. Porcentaje

Subregión	Indígena %	Afroecuatoriano %	Mulato %	Mestizo %	Blanco %	Total %
Sierra urbana	6.4	1.3	1.9	75.5	14.9	100.0
Sierra rural	36.5	1.3	1.8	53.4	7.0	100.0
Costa urbana	2.4	6.3	6.7	71.0	13.6	100.0
Costa rural	2.8	6.8	7.3	66.3	16.8	100.0
Quito	5.6	0.4	0.9	74.9	18.2	100.0
Guayaquil	2.0	3.0	3.4	70.2	21.4	100.0
Total	10.5	3.2	3.6	68.0	14.7	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 4.11. Índice de condición social por etnicidad

Índice	Indígena	Negro (afroecuatoriano)	Mestizo	Mulato	Blanco	Total
Muy Buenas	1.8	2.0	12.5	2.6	16.3	10.8
Buenas	4.7	9.2	13.9	7.1	12.2	12.0
Regulares	27.8	47.5	45.4	51.8	47.1	44.0
Malas	12.4	21.7	9.3	9.4	8.1	9.8
Indigentes	53.2	19.6	18.9	29.2	16.3	23.4
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

La categoría de condiciones “regulares” caracteriza la proporción más grande de personas en los cinco grupos étnicos y raciales y, por lo tanto, es el 44% de todas las respuestas. Sin embargo, solo un 2% de indígenas y negros vive en condiciones muy buenas mientras más de 10% de mestizos y blancos vive en estas condiciones. Al otro extremo, más de la mitad de los indígenas y casi dos de cada diez negros reportaron que viven en condiciones de indigencia, y combinando con la categoría de “malas” condiciones, dos tercios de los indígenas y más de un tercio de afroecuatorianos viven en condiciones que reflejan altos niveles de pobreza.

4.1.6. Situación de pareja

Con respecto a la situación de pareja, el cuadro 4.12. y gráficos 4.2, 4.3 y 4.4 muestra que la mayoría de adultos mayores en los tres grupos de edad están casados o vi-

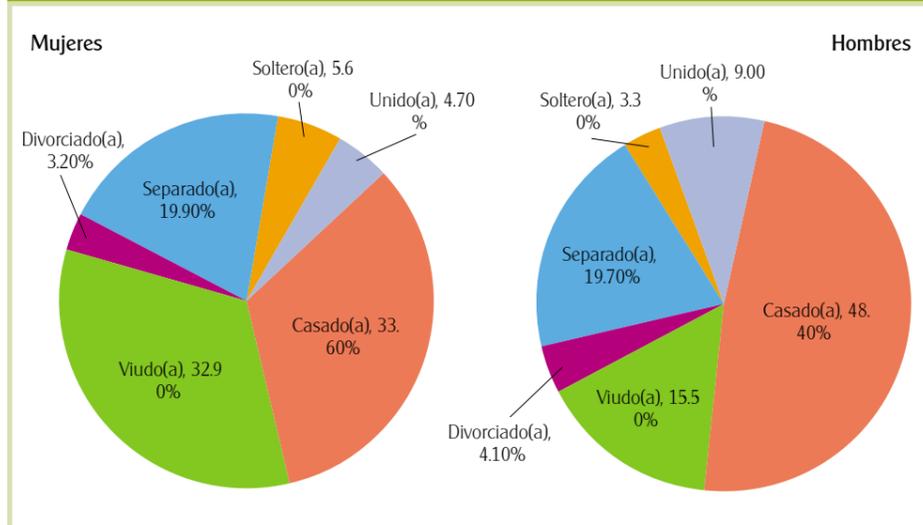
ven en unión libre, pero que esta situación se reduce conforme se incrementa la edad, debido posiblemente al hecho de que las mujeres adultas mayores se van quedando solas. Cuando se analiza la información por sexo, se observa que una mayor proporción de los hombres, están casados o unidos en los tres grupos de edad. La diferencia se explica por el hecho que las mujeres están en estado de viudez en mayor proporción que los hombres, debido a la menor expectativa de vida en los hombres. No se observa una diferencia importante entre hombres y mujeres en la categoría de separados en el rango de edad de 60 a 64 años, pero en el rango de edad de 65 a 74 años, la proporción de separadas es mayor que la de los hombres, relación que se invierte en los de 75 y más años. La proporción de personas que viven como solteras baja conforme se incrementa la edad, pero siempre es mayor la proporción de mujeres que de hombres.

CUADRO 4.12. Estado de unión del adulto mayor de acuerdo a grupos de edad y sexo de la población de adultos mayores

Edad	Estado Civil	Mujer %	Hombre %	Total %
60 a 64 años	Unido(a)	9.5	10.9	10.1
	Casado(a)	41.3	52.5	46.6
	Viudo(a)	17.2	6.5	12.2
	Divorciado(a)	3.8	4.7	4.2
	Separado(a)	21.7	23.2	22.4
	Soltero(a)	6.6	2.2	4.6
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74 años	Unido(a)	4.2	9.4	6.6
	Casado(a)	38.3	53.8	45.4
	Viudo(a)	26.9	11.3	19.8
	Divorciado(a)	3.8	4.5	4.1
	Separado(a)	21.1	16.7	19.1
	Soltero(a)	5.7	4.3	5.0
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	Unido(a)	1.7	7.1	4.2
	Casado(a)	21.5	38.5	29.5
	Viudo(a)	53.0	27.5	41.0
	Divorciado(a)	2.2	3.3	2.7
	Separado(a)	16.9	20.8	18.7
	Soltero(a)	4.7	2.8	3.8
	Total	100.0	100.0	100.0

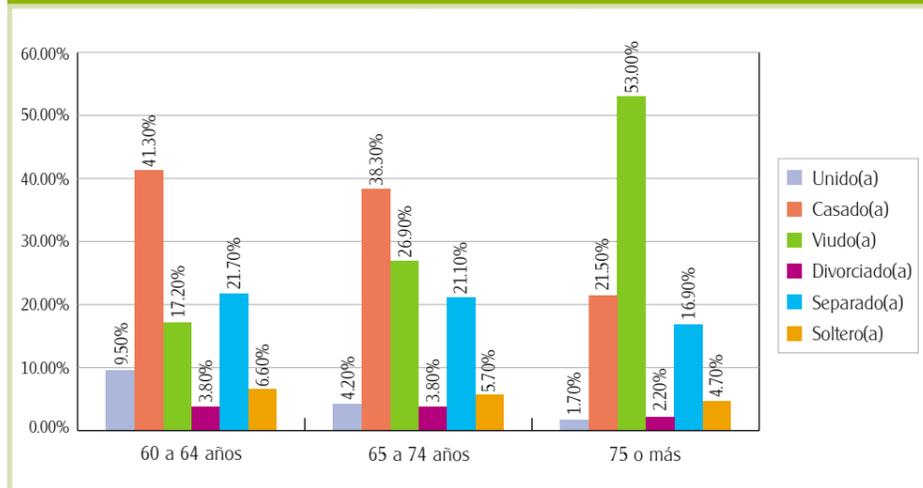
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 4.2. Estado de unión de los adultos mayores, por sexo



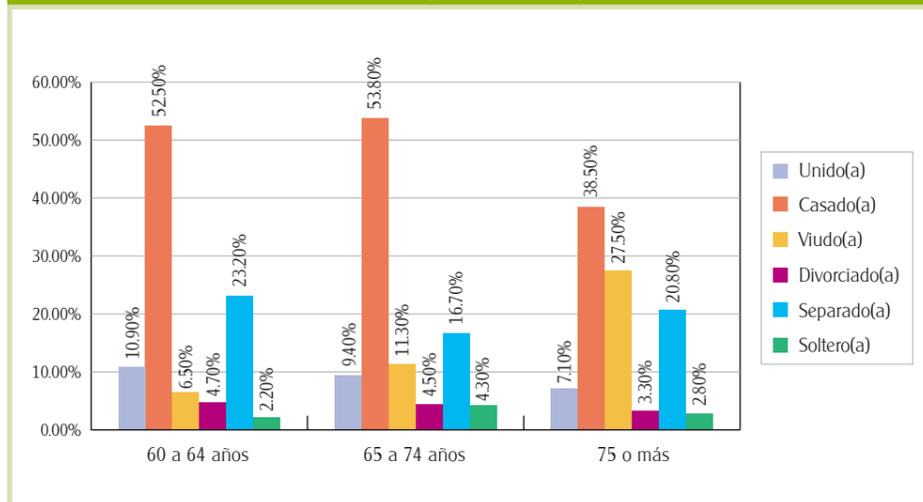
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 4.3. Estado de unión de las mujeres adultas mayores, por edad



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 4.4. Estado civil de adultos mayores hombres por edad



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 4.13. Estado de unión del adulto mayor, por subregión (Porcentaje)

Estado Civil	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
Unido/a	4.8	2.5	10.7	17.1	1.1	6.2	6.9
Casado/a	46.9	53.7	32.0	29.3	53.4	25.4	40.3
Viudo/a	26.4	31.7	22.2	19.9	22.2	25.6	25.1
Divorciado	3.9	1.5	2.3	1.1	7.8	6.3	3.6
Separado/a	10.9	5.2	29.3	28.5	10.7	34.4	19.6
Soltero/a	7.0	5.5	3.5	4.2	4.9	2.1	4.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

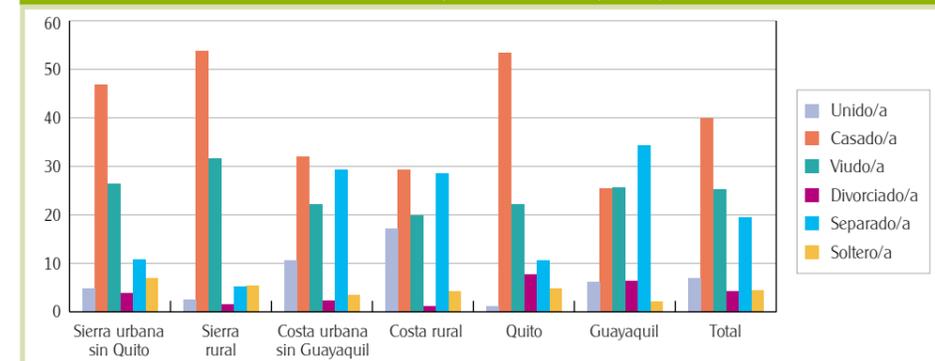
En cuanto al estado de unión de la pareja por subregión, en el cuadro 4.13. y gráfico 4.5. se puede observar que la proporción de adultos mayores quienes son casados es inferior en la Costa tanto urbana como rural y en Guayaquil, en comparación con la Sierra urbana y rural y Quito, al igual que las proporciones de personas separadas. Cuando se trata del estado de viudez, la Sierra rural presenta la más alta proporción. En todo caso, la proporción de separados está por debajo

de los divorciados, en todas las subregiones y en Quito y Guayaquil.

En el cuadro 4.14. se presenta la información de los adultos mayores que alguna vez estuvieron casados o unidos, por grupos de edad y sexo. De este cuadro se desprende que la mayoría de adultos mayores, tanto hombres como mujeres, estuvo casado o unido alguna vez. El comportamiento es similar en los tres grupos de edad en ambos sexos.

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 4.5. Estado de unión de las mujeres adultas mayores, por edad



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 4.14. Porcentaje de la población de adultos mayores que alguna vez estuvieron casados o unidos dentro de cada grupo de edad y sexo.

Edad Años	Estuvo alguna vez casado o unido	Mujer %	Hombre %	Total %
60 a 64	Si	94.4	97.8	95.4
	No	6.6	2.2	4.6
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74	Si	94.3	95.7	95.0
	No	5.7	4.3	5.0
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	Si	95.3	97.2	96.2
	No	4.7	2.8	3.8
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

4.1.7. Población de adultos mayores con y sin hijos vivos

El cuadro 4.15. presenta el porcentaje de adultos mayores con hijos vivos y sin hijos vivos, por grupo de edad. Para la construcción de este cuadro se consideró como hijos vivos a los hijastros, e hijos adoptivos vivos. De este cuadro, se desprende que, en su mayoría, los adultos mayores en los tres rangos

de edad, tienen hijos vivos, en proporciones bastante similares.

En el cuadro 4.16. se presenta información sobre el número de hijos vivos por sexo y por grupos de edad. Se observa que los adultos mayores, en su mayoría tienen más de 3 hijos vivos y, en una cuarta parte, tienen siete o más hijos vivos.

En el cuadro 4.17. se presenta el promedio de hijos que siguen vivos, por sexo

CUADRO 4.15. Adultos mayores con hijos vivos (hijastros e hijos adoptivos que siguen vivos) y sin hijos vivos, por grupo de edad y sexo. Porcentaje

Edad	¿Tiene hijos vivos?	Mujer %	Hombre %	Total %
60 a 64	No tiene	5.4	4.4	4.9
	Tiene	94.6	95.6	95.1
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74	No tiene	5.0	5.1	5.0
	Tiene	95.0	94.1	95.0
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	No tiene	4.0	5.6	4.8
	Tiene	96.0	94.4	95.2
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 4.16. Números de hijos vivos (hijastros e hijos adoptivos que siguen vivos) y porcentajes, por sexo y grupos de edad en la población de adultos mayores. Porcentaje.

Edad/años	Hijos	Mujer		Hombre		Total	
		Columnas %	Filas %	Columnas %	Filas %	Columnas %	Filas %
60 a 64	De cero a 2	19.6	62.2	13.1	37.8	16.5	100.0
	De 3 a 4	27.5	48.1	32.7	51.9	29.9	100.0
	De 5 a 6	25.5	48.3	30.1	51.7	27.7	100.0
	7 o mas	27.4	55.6	24.1	44.4	25.8	100.0
	Total	100.0	52.4	100.0	47.6	100.0	100.0
65 a 74	De cero a 2	13.1	56.2	12.0	43.8	12.6	100.0
	De 3 a 4	24.3	50.7	27.9	49.3	26.0	100.0
	De 5 a 6	25.1	53.3	26.0	46.7	25.5	100.0
	7 o mas	37.5	56.5	34.1	43.5	35.9	100.0
	Total	100.0	54.1	100.0	45.9	100.0	100.0
75 o más	De cero a 2	14.6	61.8	10.4	38.2	12.6	100.0
	De 3 a 4	22.1	59.2	17.4	40.8	19.9	100.0
	De 5 a 6	25.6	51.1	28.1	48.9	26.8	100.0
	7 o más	37.7	49.5	44.1	50.5	40.7	100.0
	Total	100.0	53.4	100.0	46.6	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 4.17. Promedio de hijos (hijastros e hijos adoptivos) que siguen vivos por sexo y grupos de edad, del adulto mayor

Sexos	Grupos de Edad	Promedio	Desvío estandar
Mujer	60 a 64 años	5.1	± 2.9
	65 a 74 años	5.7	± 2.8
	75 o más	5.7	± 2.8
	Total	5.6	± 2.8
Hombre	60 a 64 años	5.1	± 2.7
	65 a 74 años	5.7	± 2.9
	75 o más	6.4	± 2.9
	Total	5.8	± 2.9
Total	60 a 64 años	5.1	± 2.8
	65 a 74 años	5.7	± 2.8
	75 o más	6.0	± 2.9
	Total	5.6	± 2.9

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

y grupos de edad. De este cuadro se desprende que el promedio de hijos, de todos los adultos mayores que tienen hijos vivos está alrededor entre 5 y 6, pero los hombres de 75 años y más tienen un promedio de 6.4 hijos.

4.1.8. Población de adultos mayores con padres y/o madres vivos

Para completar la información sobre estructura familiar, en el cuadro 4.18. se puede observar la proporción de adultos mayores

CUADRO 4.18. Adultos mayores que tienen padre y madre muertos, padre y madre vivos, padre o madre vivos, solo madre viva, solo padre vivo, por sexo. Porcentaje.

Edad / años	Padre y mades	Mujer %	Hombre %	Total %
60 a 64	Padre y madre muertos	67.8	64.7	66.4
	Padre y madre vivos	4.7	3.4	4.1
	Padre muerto y madre viva	17.8	25.4	21.4
	Padre vivo y madre muerta	9.7	6.7	8.2
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74	Padre y madre muertos	85.6	86.9	86.2
	Padre y madre vivos	0.7	0.8	0.8
	Padre muerto y madre viva	10.8	9.6	10.2
	Padre vivo y madre muerta	2.9	2.7	2.8
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	Padre y madre muertos	99.5	99.4	99.5
	Padre y madre vivos	0.2	0.0	0.1
	Padre muerto y madre viva	0.2	0.5	0.4
	Padre vivo y madre muerta	0.1	0.0	0.1
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

con padres padre o madre vivo. De este cuadro se desprende, como era de esperarse, que la mayoría de los adultos mayores ya no tienen sus padres vivos y que cuando llegan a 75 años o más, prácticamente todos sus padres están muertos. Sin embargo, el hecho de que algunos de los adultos mayores, especialmente aquellos menores de 75 años tengan a su padre o madre vivos es muy interesante, porque refleja el incremento en la esperanza de vida en las últimas décadas.

4.1.9. Nivel de educación del adulto mayor

Otro factor socioeconómico clave es el nivel de educación formal. En el cuadro 4.19.

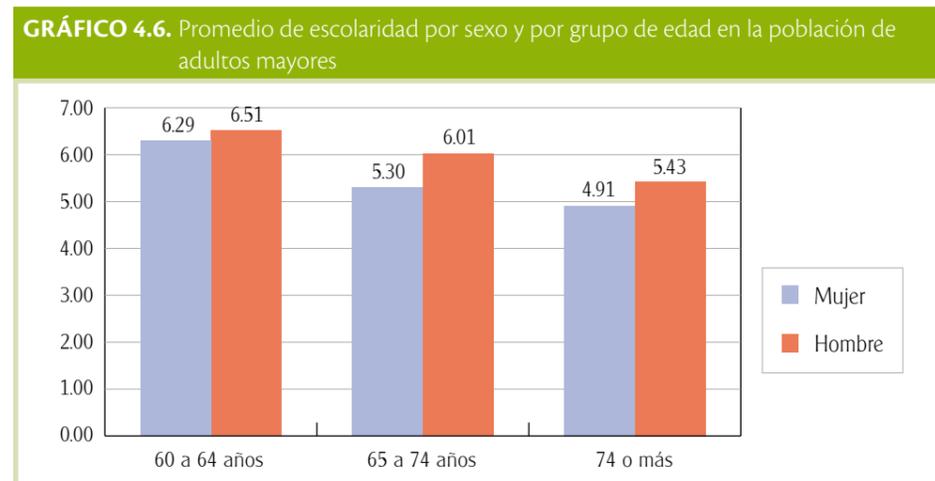
y el gráfico 4.6. se presenta el promedio de escolaridad de los adultos mayores por sexo y edad. En este cuadro, se observa que en los adultos mayores, el promedio de escolaridad es bastante bajo en general, y además es inversamente proporcional a la edad. Este patrón refleja el hecho de que en el pasado, el acceso a la educación fue limitado, especialmente entre las mujeres. Como se desprende de esta información, las mujeres tienen promedio un medio año de educación formal menos que los hombres.

En el cuadro 4.20. y gráfico 4.7. se presenta el nivel de escolaridad por sexo y por subregión. De este cuadro se desprende que el más alto promedio de escolaridad en todos los adultos mayores esta en Quito (8.3

CUADRO 4.19. Promedio de Escolaridad por sexo y grupos de edad en la población de adultos mayores. Porcentaje

Sexos	Edad / Años	Promedio	Desvío estándar
Mujer	60 a 64	6.3	± 4.3
	65 a 74	5.3	± 3.9
	75 o más	4.9	± 3.4
	Total	5.5	± 4.0
Hombre	60 a 64	6.5	± 4.7
	65 a 74	6.0	± 4.6
	75 o más	5.4	± 4.1
	Total	6.0	± 4.5
Total	60 a 64	6.4	± 4.5
	65 a 74	5.6	± 4.3
	75 o más	5.2	± 3.8
	Total	5.7	± 4.3

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

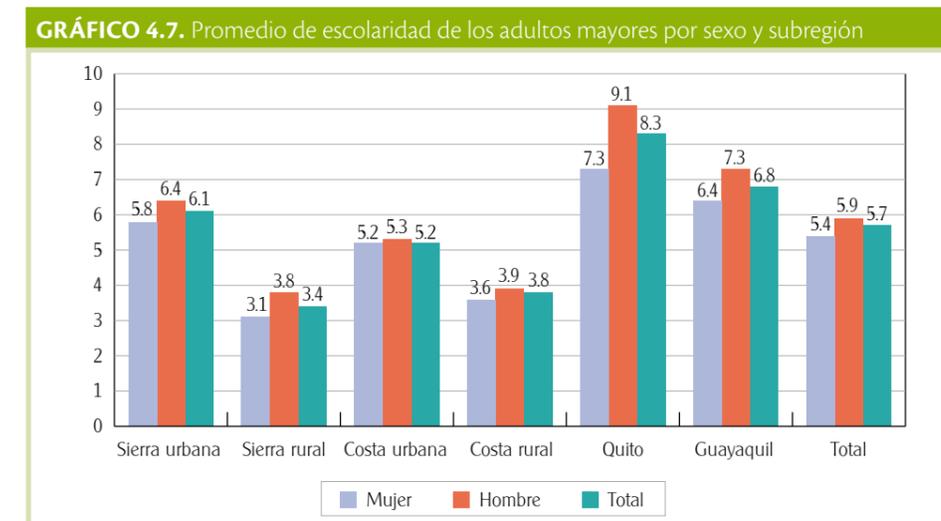


Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 4.20. Promedio de escolaridad por sexo y subregión de los adultos mayores

Subregión	Sexo	Promedio	Desvío Estándar
Sierra urbana	Mujer	5.8	± 3.6
	Hombre	6.5	± 4.1
	Total	6.1	± 3.8
Sierra rural	Mujer	3.1	± 2.4
	Hombre	3.8	± 2.7
	Total	3.5	± 2.6
Costa urbana	Mujer	5.2	± 3.6
	Hombre	5.3	± 4.0
	Total	5.2	± 3.8
Costa rural	Mujer	3.6	± 2.4
	Hombre	3.9	± 2.7
	Total	3.8	± 2.6
Quito	Mujer	7.3	± 4.6
	Hombre	9.1	± 5.8
	Total	8.3	± 5.3
Guayaquil	Mujer	6.4	± 4.4
	Hombre	7.3	± 4.9
	Total	6.8	± 4.6
Total	Mujer	5.4	± 3.9
	Hombre	6.0	± 4.5
	Total	5.7	± 4.3

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

años) seguido de Guayaquil (6.8 años). Le sigue la Sierra urbana, la Costa urbana, la Costa rural, y la Sierra rural, con un promedio de apenas 3.5 años de educación formal. Entre las mujeres, el nivel de escolaridad sigue

el mismo orden geográfico. De este cuadro también surge como evidente, que en todas las regiones, los hombres tienen en promedio un mayor nivel de escolaridad que las mujeres, sobresaliendo los niveles más altos

de escolaridad para los hombres en Quito con un promedio de más de 9 años. También sobresale el hecho de que la escolaridad de la población rural es la que presenta los niveles más bajos.

En el cuadro 4.21. y gráfico 4.8 se presenta el promedio de escolaridad por sexo y por condiciones sociales. Se puede constatar que los hombres y las mujeres que se ubican en el índice de condiciones sociales muy buenas, tienen, en promedio, los niveles

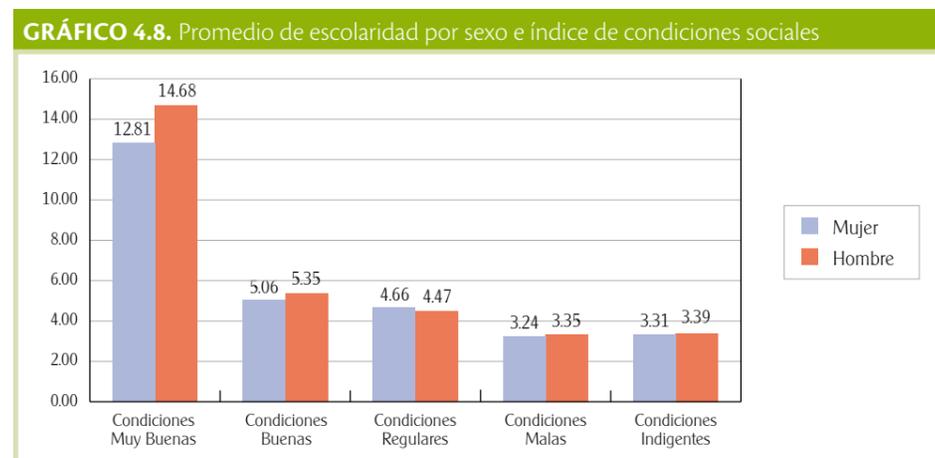
más altos de escolaridad, pero estos bajan notablemente en base de este índice aunque hay poca diferencia en nivel de escolaridad entre personas en los niveles buenos y regulares, y aquellos en las categorías de mala e indigente.

El cuadro 4.22. presenta tres categorías de escolaridad (menos de 6 años, de 7 a 12 años y más de 12 años) por sexo y por grupos de edad. Cuando se analiza esta información, se observa que en el grupo

CUADRO 4.21. Promedio de escolaridad por sexo e índice de condiciones sociales

Índice de Condiciones Sociales	Sexo	Promedio	Desvío Estándar
Muy Buenas	Mujer	12.8	3.0
	Hombre	14.7	3.5
	Total	13.8	3.4
Buenas	Mujer	5.0	2.1
	Hombre	5.3	1.7
	Total	5.2	1.9
Regulares	Mujer	4.7	2.8
	Hombre	4.5	2.4
	Total	4.6	2.6
Malas	Mujer	3.2	1.8
	Hombre	3.3	2.0
	Total	3.3	1.9
Indigentes	Mujer	3.3	2.6
	Hombre	3.4	2.2
	Total	3.3	2.4
Total	Mujer	5.4	3.9
	Hombre	6.0	4.5
	Total	6.0	4.3

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 4.22. Categorías de escolaridad por sexo y edad (años de estudio) de los adultos mayores

Edad Años	Categoría de Escolaridad Años	Mujer		Hombre		Total	
		Columnas %	Filas %	Columnas %	Filas %	Columnas %	Filas %
60 a 64	menos de 6	67.4	47.7	74.1	52.3	70.8	100.0
	de 7 a 12	24.2	63.0	14.3	37.0	19.2	100.0
	más de 12	8.4	41.9	11.6	58.1	10	100.0
	Total	100	50.1	100	49.9	100	100.0
65 a 74	menos de 6	77.5	51.8	77	48.2	77.3	100.0
	de 7 a 12	17.6	59.1	13.1	40.9	15.4	100.0
	más de 12	4.9	34.3	9.9	65.7	7.3	100.0
	Total	100	51.7	100	48.3	100	100.0
75 o más	menos de 6	81.2	47.6	82.8	52.4	82.1	100.0
	de 7 a 12	17.2	61.6	9.9	38.4	13.4	100.0
	más de 12	1.6	16.7	7.2	83.3	4.5	100.0
	Total	100	48.1	100	51.9	100	100.0

de edad de 60 a 64 años, hay una proporción más alta de hombres en el rango de 12 años y más de instrucción; mientras en el rango de siete a 12 años de instrucción están más mujeres que hombres. Del grupo de 65 a 74 años de edad, se desprende el mismo comportamiento, observándose que la diferencia en el rango de instrucción de 12 años y más, es más grande a favor de los hombres. Esta diferencia es aún mucho más grande en los adultos mayores de 75 años y más, lo cual confirma que las mujeres han ido ganando un mayor espacio en acceso a la educación.

Cuando el análisis de categorías de escolaridad se hace por sexo y por subregión (cuadro 4.23 y gráfico 4.9), se confirman los mismos hallazgos observados en los cuadros anteriores, en el sentido de que existe una brecha entre hombres y mujeres, entre Sierra urbana y Costa urbana y entre Sierra rural y Costa rural, así como entre Quito y Guayaquil, y entre urbano y rural. Se confirma que los niveles de escolaridad más bajos están en la sierra rural, seguido de la Costa rural, Sierra urbana, Guayaquil y Quito con.

Con el fin de determinar la proporción de alfabetos entre los adultos mayores, se les

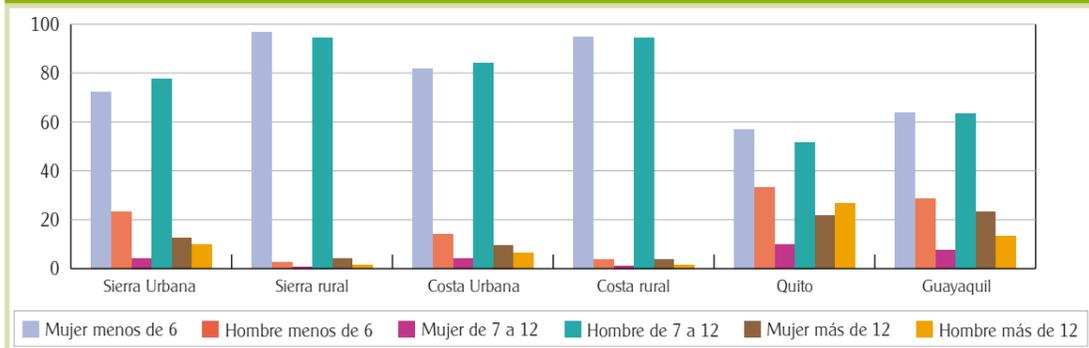
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 4.23. Categorías de escolaridad del adulto mayor, por sexo y subregión

Sexo	Categorías de Escolaridad. Años	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
Mujer	menos de 6	72.4	96.6	81.9	95	57.0	63.8	75.9
	de 7 a 12	23.3	2.6	14.1	3.8	33.3	28.7	19.2
	más de 12	4.3	0.8	4.0	1.2	9.8	7.5	4.9
	Total	100	100	100	100	100	100	100
Hombre	menos de 6	77.6	94.5	84.1	94.6	51.7	63.6	78
	de 7 a 12	12.6	4.2	9.7	3.9	21.7	23.1	12.5
	más de 12	9.8	1.3	6.3	1.6	26.6	13.3	9.6
	Total	100	100	100	100	100	100	100

GRÁFICO 4.9. Promedio de escolaridad por sexo e índice de condiciones sociales



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

preguntó si sabían leer y escribir un recado, cuadro 4.24. Los hallazgos demuestran que este indicador está relacionado con la edad: a medida que incrementa la edad, mayor es la proporción de adultos mayores que no saben leer o escribir un recado. Este comportamiento corrobora el cuadro 3.19. en el que se establece que los años promedio de estudio también se reducen en proporción con la edad. Pero esta información debe

analizarse con cautela porque pueden haber otros factores como la disminución de la capacidad cognitiva, que puede influenciar estos resultados.

En cuanto a las prácticas religiosas, sobre el 85% de todos los adultos mayores se declararon como católicos en todos los grupos de edad, seguidos por el grupo de cristianos no católicos, pero con una diferencia bastante importante (cuadro 4.25).

CUADRO 4.24. Número y porcentaje de alfabetismo del adulto mayor, medido por la respuesta de si sabe leer y escribir un recado, de acuerdo a sexo y edad.

Edad/Años	Sabe leer y escribir	Población %	Población %	Población %
60 a 64	Si	78.3	87.8	82.8
	No	21.7	12.2	17.2
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74	Si	67.7	77.1	72.0
	No	31.4	22.8	27.4
	No sabe	1.0	0.1	0.6
75 o más	Si	57.1	70.5	63.4
	No	42.8	29.3	36.5
	No sabe	0.1	0.2	0.1
Total	Si	67.7	77.1	72.0
	No	31.4	22.8	27.4
	No sabe	1.0	0.1	0.6

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 4.25. Religión del adulto mayor por grupo de edad

Religión	60 a 64 años %	65 a 74 años %	75 o más %	Total %
Católica	85.3	86	88.3	86.6
Cristiana	11.8	11.6	10.1	11.2
Otra religión	1.7	0.8	0.7	1.0
Ninguna	1.2	1.5	0.9	1.3
Total	100	100	100	100

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

4.1.10. Situación Laboral

El cuadro 4.26. presenta información sobre la proporción de adultos mayores que sigue siendo económicamente activa por sexo y edad. De este cuadro se desprende que más de la mitad de los adultos mayores son todavía parte de la población económicamente activa. Entre los hombres, la proporción es mayor (más de dos tercios) que entre las mujeres, pero todavía mayor de un tercio.

Cuando analizamos el patrón de ocupación y desocupación, observamos que casi todos las personas (hombres y mujeres) económicamente activas son ocupados (Cuadro 4.27).

La explicación es obvia. Entre los adultos, cuando dejan de trabajar o se quedan sin trabajo no buscan activamente trabajo, sino que se quedan inactivos (no trabajan y no buscan trabajo). No obstante, hay un pequeño porcentaje (casi el 2% de hombres) de adultos mayores que están desocupados porque buscan activamente trabajo.

En el cuadro 4.28. y los gráficos 10 y 11 se presenta la distribución de adultos mayores activos e inactivos por sexo y por grupos de edad. De este cuadro se desprende que a medida que se incrementa la edad del adulto mayor, la proporción de población que es económicamente activa disminuye, pero siempre la proporción de hombres si-

CUADRO 4.26. Población económicamente activa en adultos mayores

	Mujer %	Hombre %	Total %
Noactivos	62.1	32.3	48.4
Activos	37.9	67.7	51.6
Total	100	100	100

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 4.27. Ocupados entre adultos mayores Económicamente activos

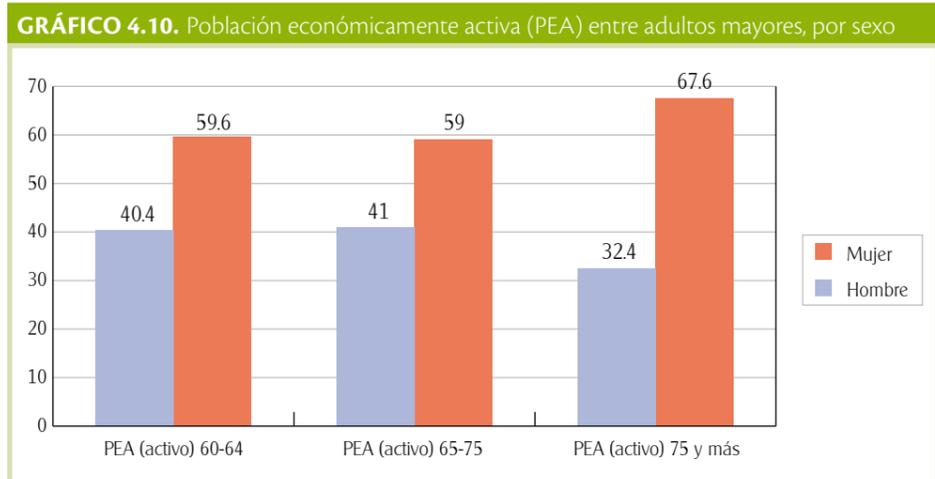
	Mujer %	Hombre %	Total %
Desocupados	0.3	1.8	1.2
Ocupados	99.7	98.2	98.8
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

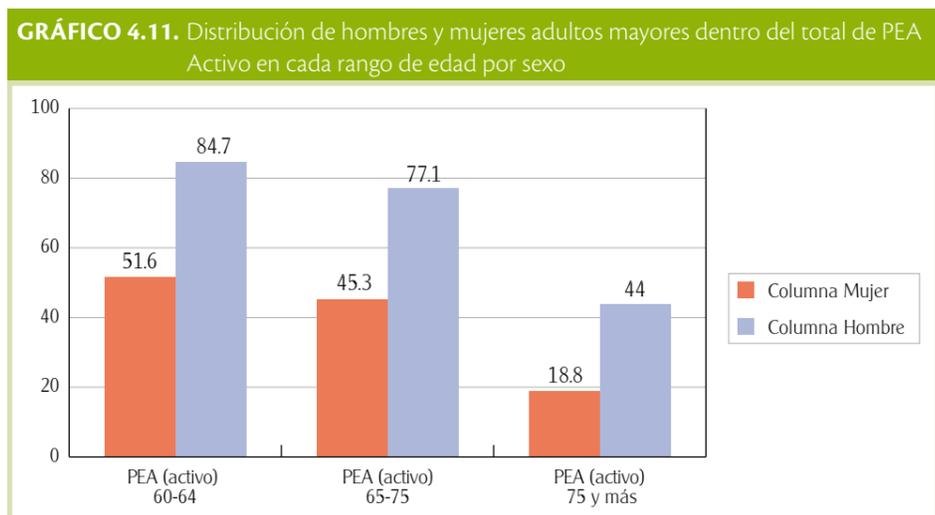
CUADRO 4.28. Distribución de adultos mayores activos e inactivos por sexo y grupos de edad

Edad	Económicamente activo	Mujer		Hombre		Total	
		Columnas %	Filas %	Columnas %	Filas %	Columnas %	Filas %
60 a 64	No (inactivo)	48.4	77.9	15.3	22.1	32.8	100.0
	Si (activo)	51.6	40.4	84.7	59.6	67.2	100.0
	Total	100	52.7	100	47.3	100	100.0
65 a 74	No (inactivo)	54.7	73.8	22.9	26.2	40.1	100.0
	Si (activo)	45.3	41.0	77.1	59.0	59.9	100.0
	Total	100	54.2	100	45.8	100	100.0
75 o más	No (inactivo)	81.2	61.9	56.0	38.1	69.3	100.0
	Si (activo)	18.8	32.4	44.0	67.6	30.7	100.0
	Total	100.0	52.9	100.0	47.1	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

que siendo más alta. Pero lo que reamente llama la atención es que una proporción importante de adultos mayores sigue siendo económicamente activa (más de cuatro de cada diez hombres y casi dos de cada diez mujeres). Por supuesto esta diferencia se debe en gran parte a que las labores de mujeres no cuentan oficialmente como una actividad económica.

4.1.11. Ingresos por jubilación y por trabajo

Un elemento crítico en la vida del adulto mayor es el ingreso a que puede acceder, porque las fuentes tienden a cambiar en la medida en que las personas dejan de percibir un salario. La información del cuadro 4.29. brinda información sobre la proporción de individuos que tienen ingresos por jubi-

lación. En primer lugar, se observa que los adultos mayores entre 60 y 65 años, reciben ingresos por jubilación en bajas proporciones, porque todavía una alta proporción de ellos permanecen activos y, por lo tanto, aún no acceden a la jubilación. La proporción de adultos mayores en los siguientes rangos de edad se incrementa, justamente porque muchos de ellos posiblemente ya están jubilados. Sin embargo, hay dos aspectos importantes que resaltar. Uno, que la proporción de jubilados alcanza en el mejor de los casos a un cuarto de la población de adultos mayores, siendo mayor en los hombres que las mujeres; y dos, que las mujeres en los tres rangos de edad, proporcionalmente, reciben menos ingresos por jubilación que los hombres, lo que posiblemente les pone en situación de mayor vulnerabilidad y dependencia. Al no disponer de ingreso por jubi-

CUADRO 4.29. Población de adultos mayores por grupos de edad y sexo, según, si reciben ingresos por pensión o jubilación y por trabajo

Edad/Años	Ingresos por jubilación?	Mujer %	Hombre %	Total %	Ingresos por trabajo *	Mujer %	Hombre %
60 a 64	Si	6.0	13.1	9.4	Si	44.3	81.1
	No	94.0	86.9	90.6	No		
	Total	100.0	100.0	100.0	Total		
65 a 74	Si	13.3	22.5	17.5	Si	38.1	73.8
	No	86.7	77.5	82.5	No		
	Total	100.0	100.0	100.0	Total		
75 o más	Si	22.0	28.9	25.3	Si	15.4	38.7
	No	78.0	71.1	74.7	No		
	Total	100.0	100.0	100.0	Total		
Total	Si	13.8	22.0	17.9	Si	31.9	63.6
	No	86.2	78.0	82.1	No		
	Total	100.0	100.0	100	Total		

* No mutuamente excluyentes

lación implica que tampoco tienen acceso a servicios de salud y otros beneficios propios de esta condición. En las dos últimas columnas, se observa que en todos los rangos de edad, hay una mayor proporción de hombres que reciben ingresos por trabajo. También de estas columnas es evidente que los ingresos por trabajo disminuyen con la edad tanto en hombres como en mujeres. Cabe indicar que los ingresos por jubilación y los ingresos por trabajo no son mutuamente excluyentes.

4.1.12. Características de la vivienda

Otro factor clave en la vida del adulto mayor es la condición o tipo de vivienda, porque este elemento se relaciona con el nivel económico, por un lado, y el estado de salud

y bienestar, por otro. Los siguientes cuadros permiten un análisis del tipo de vivienda en el que residen los adultos mayores, de acuerdo a su condición socioeconómica. En el cuadro 4.30. se puede observar que independientemente de la condición social, casi tres de cada cuatro adultos mayores reportaron que viven en una casa o villa, aunque entre los indigentes, esta proporción solo llega al 56%. También se observa que aquellos adultos mayores que viven en condiciones sociales muy buenas y buenas frecuentemente viven en departamentos, mientras pocas viven en cuartos de inquilinato en ranchos, covachas o chozas. De hecho, los adultos mayores, en su mayoría viven en viviendas que sugieren condiciones favorables. Sin embargo, debe tomarse con cautela esta información,

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 4.30. Tipo de vivienda por índice de condiciones sociales

Índice de Condiciones Sociales	Casa o villa %	Departamento %	Cuarto(s) en casa de inquilinato %	Media-agua %	Rancho o cobacha %	Chozo %	Otro %	Total %
Muy Buenas	73.4	25.4	0.4	0.7	0.1	0.0	0.0	100.0
Buenas	85.0	10.8	1.5	2.7	0.1	0.0	0.0	100.0
Regulares	79.0	9.4	1.8	6.7	2.7	0.2	0.2	100.0
Malas	69.4	2.1	2.0	18.0	5.9	2.2	0.3	100.0
Indigentes	56.5	1.4	2.1	25.2	10.6	4.2	0.1	100.0
Total	72.9	8.7	1.7	11.0	4.2	1.3	0.1	100.0



■ Aquellos adultos mayores que viven en casa o villa o departamento, muestran los índices de escolaridad más altos.

ya que los datos recolectados no permiten hacer una mayor desagregación del tipo, ubicación, estado de propiedad o condición de vivienda y departamento y, por lo tanto, no se puede asumir que todos viven en condiciones favorables, sino que después de una

vida de trabajo, una alta proporción han logrado vivir en una casa o departamento que tiene características que no son de viviendas de mayor vulnerabilidad.

En el cuadro 4.31. se observa la forma de propiedad de la vivienda por índice de condiciones sociales. De este cuadro se desprende que la mayoría de los adultos mayores, independiente de su índice de condiciones sociales, es propietario de su vivienda. Pero también hay un pequeño, porcentaje que arrienda. Es decir aún, entre los adultos mayores que viven en condiciones sociales regulares, malas e indigentes, se observa una alta proporción de adultos mayores que vive en viviendas propias, aunque estos datos no revelan las condiciones de las viviendas

Cuando se compara el promedio de años de escolaridad con el tipo de vivienda (cuadro 4.32), se observa que aquellos adultos mayores que viven en casa o villa o departamento, muestran los índices de escolaridad más altos. Sin embargo, cabe notar que el índice más bajo es de las personas que viven en casas o villas. Este dato no discrimina el tipo de casa o villa, pues a primera vista, se pensaría que aquellos que son propietarios de una vivienda tienen mejores niveles de escolaridad. Sin embargo, la información observada no dice esto.

CUADRO 4.31. Forma de propiedad de vivienda por índice sociales

Índice	Propia	Arrendada	Gratuita	Por servicios	Total
Muy Buenas	90.1	5.9	4.1	0.0	100.0
Buenas	87.2	4.5	8.1	0.2	100.0
Regulares	79.3	6.9	12.9	0.9	100.0
Malas	84.4	0.8	14.5	0.3	100.0
Indigentes	82.2	2.6	14.2	1.0	100.0
Total	82.6	4.9	11.8	0.7	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 4.32. Cuadro Promedio de años de escolaridad por tipo de vivienda

Tipo de vivienda	Promedio	Desvío Estándar
Casa o villa	5.6	± 4.1
Departamento	8.3	± 5.5
Cuarto(s) alquilados	4.8	± 2.9
Mediagua	3.9	± 2.9
Rancho	3.2	± 2.1
Covacha	2.8	± 2.1
Choza	3.2	± 1.8
Otro	5.3	± 1.9
Total	5.7	± 4.3

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

La Encuesta SABE I también recogió información sobre acceso a servicios. A continuación se presenta la proporción de las viviendas que acceden a servicios de electricidad, alcantarillado y servicios higiénicos con conexión de agua (cuadro 4.33 y gráfico 4.12). De este cuadro se desprende que la población de adultos mayores, independientemente de la región donde viven, casi todos tienen acceso a electricidad dentro de la vivienda, excepto en la Costa rural, en donde un 14.5% de los adultos mayores no tiene electricidad en sus viviendas. Este patrón es similar a lo que se encuentra en la población ecuatoriana en general.

En cambio, los datos demuestran un patrón de desigualdad enorme en el acceso a alcantarillado a nivel de subregión. En particular, la Costa rural tiene la más baja

tricidad, alcantarillado y servicios higiénicos con conexión de agua (cuadro 4.33 y gráfico 4.12). De este cuadro se desprende que la población de adultos mayores, independientemente de la región donde viven, casi todos tienen acceso a electricidad dentro de la vivienda, excepto en la Costa rural, en donde un 14.5% de los adultos mayores no tiene electricidad en sus viviendas. Este patrón es similar a lo que se encuentra en la población ecuatoriana en general.

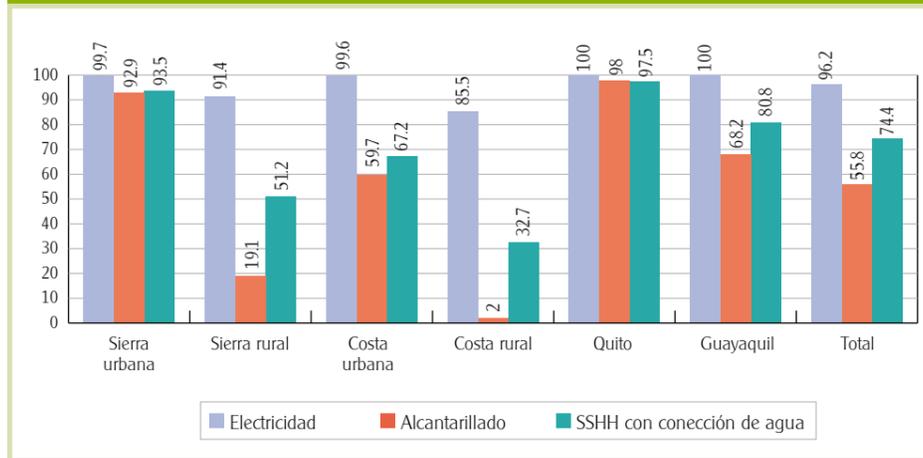
En cambio, los datos demuestran un patrón de desigualdad enorme en el acceso a alcantarillado a nivel de subregión. En particular, la Costa rural tiene la más baja

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 4.33. Acceso a electricidad, alcantarillado y servicio higiénico en las viviendas del adulto mayor, por subregión. Porcentaje

Subregión	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
Electricidad							
Si	99.7	91.4	99.6	85.5	100	100	96.2
No	0.3	8.6	0.4	14.5	0.0	0.0	3.8
Total	100	100	100	100	100	100	100
Alcantarillado							
Si	92.9	19.1	59.7	2.0	98.0	68.2	55.8
No	7.1	80.9	40.3	98.0	2.0	31.8	44.2
Total	100	100	100	100	100	100	100
Servicio higiénico con conexión de agua							
Si	93.5	51.2	67.2	32.7	97.5	80.8	74.0
No	6.5	48.8	32.8	67.3	2.5	19.2	26.0
Total	100	100	100	100	100	100	100

GRÁFICO 4.12. Acceso a electricidad, alcantarillado y servicio higiénico en las viviendas del adulto mayor. Porcentaje



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

proporción de adultos mayores que accede a alcantarillado (apenas el 2%), seguido de la Sierra rural en donde menos de dos de cada diez accede a este servicio. En contraste, Quito presenta la proporción más alta de adultos mayores con acceso a alcantarillado, seguido por la Sierra urbana, Guayaquil y, por último, la Costa urbana.

Este cuadro también reporta la proporción de adultos mayores que acceden a servicio higiénico con conexión de agua. De este cuadro se desprende que la zona urbana de la Sierra que en la Costa. Además, Quito tiene casi el 100% de acceso a servicio higiénico con agua, mientras que en Guayaquil, casi en un 20% no tiene acceso. La zona rural presenta la mayor proporción de adultos mayores sin acceso a servicio higiénico con conexión de agua, especialmente en la Costa.

Al continuar con el tema de acceso a servicios públicos, el cuadro 4.34. y gráfico 4.13 presentan información sobre la forma de eliminación de aguas servidas. Este cuadro y gráfico confirman un patrón similar a lo observado antes. En la Costa rural, la proporción de adultos mayores con acceso a una red pública de alcantarillado es la más baja, seguido por el área rural de la Sierra, Guayaquil, la Sierra urbana y Quito, esta última con la mayor proporción de adultos mayores con acceso a una red pública de alcantarillado.

En el cuadro 4.35. y gráfico 4.14 se observan las formas de eliminación de excretas al nivel de la vivienda. De este cuadro se concluye que la mayoría de adultos mayores tiene acceso a servicios higiénicos dentro de la vivienda. Sin embargo, hay importantes

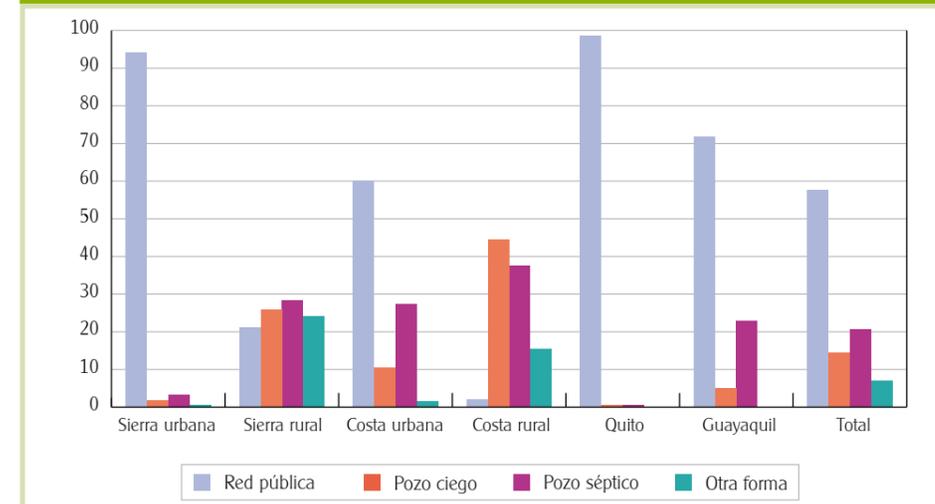
diferenciales al nivel subregional: la Costa rural tiene los niveles más bajos (casi seis de cada diez) compensándolo con acceso a letrinas (39.4%). La Sierra urbana muestra una alta proporción con acceso a servicio higiénico dentro del hogar, con relación a la

CUADRO 4.34. Forma de Eliminación de Aguas Servidas por subregión de las viviendas del adulto mayor. Porcentaje

Subregión	Red pública de alcantarillado (%)	Por pozo ciego (%)	Por pozo séptico (%)	De otra forma (%)	Total %
Sierra urbana	94.1	1.9	3.3	0.7	100
Sierra rural	21.2	26.0	28.5	24.3	100
Costa urbana	60.3	10.6	27.4	1.7	100
Costa rural	2.2	44.6	37.5	15.6	100
Quito	98.6	0.7	0.7	0	100
Guayaquil	71.9	5.1	23.0	0	100
Total	57.7	14.4	20.6	7.2	100

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 4.13. Forma de eliminación de aguas servidas de las viviendas del adulto mayor. Porcentaje



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

diferenciales al nivel subregional: la Costa rural tiene los niveles más bajos (casi seis de cada diez) compensándolo con acceso a letrinas (39.4%). La Sierra urbana muestra una alta proporción con acceso a servicio higiénico dentro del hogar, con relación a la

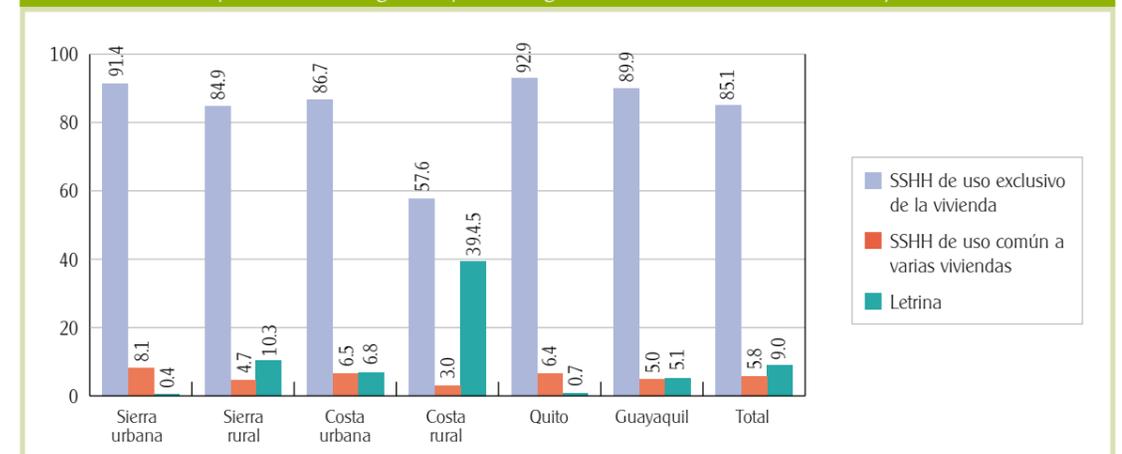
costa urbana. También se confirma las diferencias entre Quito y Guayaquil, que muestra una proporción inferior a Quito, donde más de nueve de cada diez adultos mayores tiene acceso a un servicio higiénico dentro del hogar.

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 4.35. Tipo de servicio higiénico por subregión, de las viviendas del adulto mayor

Tipo de SSHH	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
Uso exclusivo de la vivienda	91.4	84.9	86.7	57.6	92.9	89.9	85.1
Uso común a varias viviendas	8.1	4.7	6.5	3.0	6.4	5.0	5.8
Letrina	0.4	10.3	6.8	39.4	0.7	5.1	9.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

GRÁFICO 4.14. Tipo de servicio higiénico por subregión, de las viviendas del adulto mayor



CUADRO 4.36. Acceso de las viviendas del adulto mayor a luz eléctrica, alcantarillado y servicios higiénicos con conexión de agua, de las viviendas del adulto mayor, por índice de condiciones sociales (porcentaje)

Índice de Condiciones sociales	Acceso a luz eléctrica			Acceso a Alcantarillado			Acceso a Servicio Higiénico con conexión de agua		
	Si %	No %	Total %	Si %	No %	Total %	Si %	No %	Total %
Muy Buenas	99.9	0.1	100.0	95.7	4.3	100.0	98.2	1.8	100.0
Buenas	99.8	0.2	100.0	87.9	12.1	100.0	94.4	5.6	100.0
Regulares	98.7	1.3	100.0	63.2	36.8	100.0	77.6	22.4	100.0
Malas	95.9	4.1	100.0	22.5	77.5	100.0	47.6	52.4	100.0
Indigentes	88.1	11.9	100.0	19.8	80.2	100.0	40.4	59.6	100.0
Total	96.2	3.8	100.0	55.5	44.5	100.0	73.9	26.1	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

En el cuadro 4.36. se reporta la información de acceso a servicios por índice de condiciones sociales. De este cuadro se desprende, como ya se vio anteriormente, que mientras la cobertura de luz eléctrica alcanza al 96% de la población de adultos mayores, el nivel de acceso esta relacionado con la condición social del adulto mayor. Es así que aquellos que se ubican en la condición de indigentes, un 88% tiene acceso a luz eléctrica, quedando en la oscuridad un 12%.

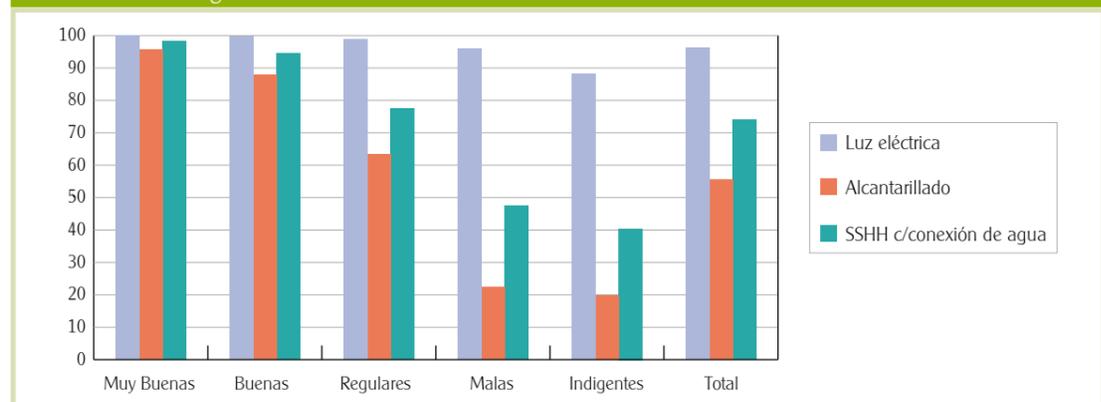
Del mismo cuadro se desprende que los adultos mayores que se encuentran en la categoría de pobres e indigentes, tienen proporcionalmente menor acceso al servicio de alcantarillado, en comparación con los adultos mayores que se ubican en condiciones muy buenas y buenas.

El mismo comportamiento se observa con respecto a servicio higiénico con conexión de agua. Menos de la mitad de los

adultos mayores de las categorías de índice de condiciones sociales malas e indigentes, acceden a servicios higiénicos con conexión de agua, con lo cual es claro que el acceso a servicios básicos sigue siendo discriminatorio en contra de los estratos más pobres.

El gráfico 4.15. resume la información sobre el acceso a los tres servicios básicos de acuerdo al índice de condiciones sociales. En este gráfico se evidencia que en cuanto se refiere al acceso a luz eléctrica la cobertura alcanza a prácticamente toda la población de adultos mayores, con una pequeña diferencia en contra de los que se ubican en los estratos pobres e indigentes. Mientras que el acceso a alcantarillado y servicios higiénicos con conexión de agua está claramente diferenciado por la condición social a la que pertenecen, mostrando las coberturas bajas en los estratos mas pobres.

GRÁFICO 4.15. Acceso a luz eléctrica, alcantarillado y servicios higiénicos con conexión de agua, según índice de condiciones sociales



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

En el cuadro 4.37. y gráfico 4.16. se presentan datos sobre el tipo de pisos por subregión, que es un indicador estándar de calidad y salubridad de la vivienda. Se puede observar que, en general, este aspecto de la vivienda revela condiciones aceptables, ya que dos de cada tres de las viviendas de los adultos mayores tienen piso de entablado o parquet o de ladrillo o cemento. A nivel regional la

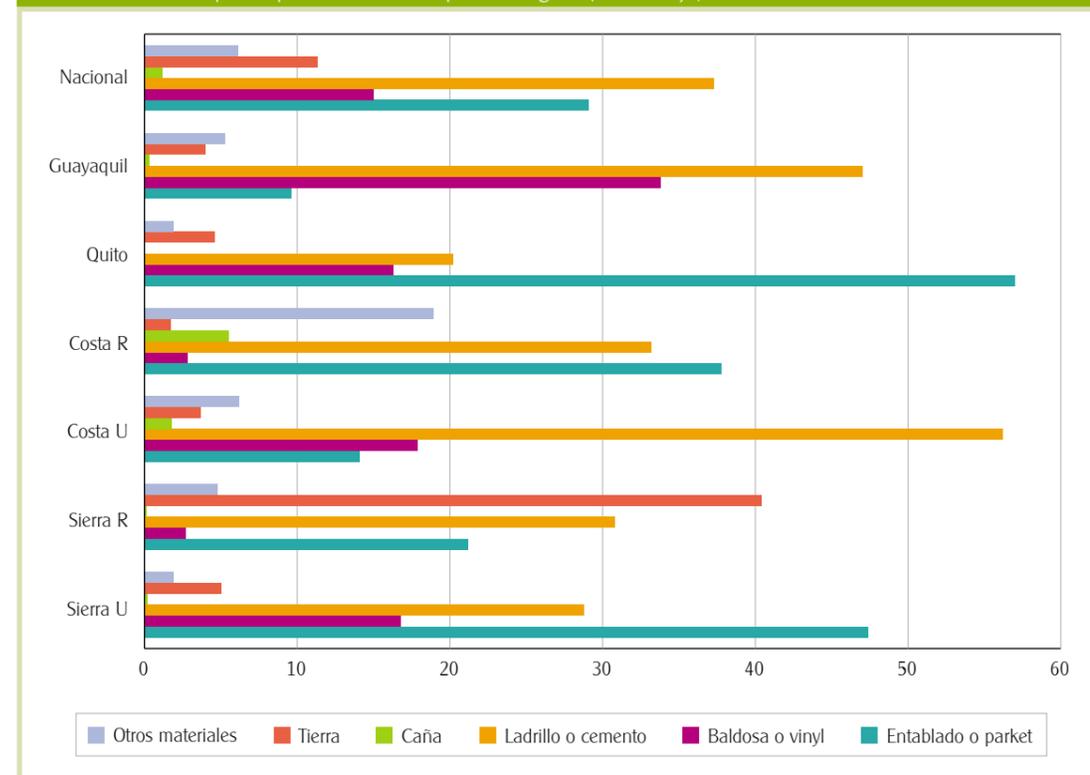
mayor proporción de viviendas con entablado o parquet están en Quito y la Sierra urbana, mientras que la mayor proporción de viviendas con cemento o ladrillo está en Guayaquil, siguiéndole en su orden la Costa urbana. Pero se nota también, que cuatro de cada diez adultos mayores en la Sierra rural habitan una vivienda con piso de tierra, lo cual sugiere una vulnerabilidad en esa región.

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 4.37. Tipo de pisos en vivienda del adulto mayor por subregión

Tipo de piso	Sierra urbana	Sierra rural	Costa urbana	Costa rural	Quito	Guayaquil	Total
	%	%	%	%	%	%	%
Entablado o parquet	47.4	21.2	14.1	37.8	57.0	9.6	29.1
Baldosa o vinyl	16.8	2.7	17.9	2.8	16.3	33.8	15.0
Ladrillo o cemento	28.8	30.8	56.2	33.2	20.2	47.0	37.3
Caña	0.1	0.1	1.8	5.5	0.0	0.3	1.2
Tierra	5.0	40.4	3.7	1.7	4.6	4.0	11.3
Otros materiales	1.9	4.8	6.2	18.9	1.9	5.3	6.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

GRÁFICO 4.16. Tipo de pisos en vivienda por subregión (Porcentaje)



CUADRO 4.38. Material del piso de vivienda por índice de condiciones sociales

Índice	Entablado o parquet	Baldosa o vinyl	Ladrillo o cemento	Caña	Tierra	Otros materiales	Total
Muy Buenas	51.6	32.1	10.6	0.1	0.3	5.3	100.0
Buenas	39.5	25.0	29.5	0.0	2.9	3.1	100.0
Regulares	25.8	18.0	47.8	0.7	3.5	4.2	100.0
Malas	25.5	2.3	40.7	1.1	20.7	9.6	100.0
Indigentes	20.8	1.5	32.8	3.1	31.4	10.4	100.0
Total	29.0	15.0	37.3	1.2	11.3	6.2	100.0

Fuente: Encuesta SABE Programa Alimén Ecuador MIES. 2010

En el cuadro 4.38. se presenta el material del piso de la vivienda por índice de condiciones sociales. En este cuadro se puede observar que la mayor proporción de adultos mayores que tiene viviendas con piso de maderas o parquet está entre aquellos ubicados en los índices de condiciones sociales de muy buenos y buenos, siguiéndole en el mismo orden aquellos que tienen baldosa o ladrillo o cemento. En el cuadro 4.39. se presentan datos sobre el número promedio de personas por cuarto, por subregión. La Sierra rural y Guayaquil presentan los promedios más altos de personas indigentes residen en viviendas de ladrillo o cemento o lo que más llama la atención, de Quito y Guayaquil que presentan los promedios más bajos. El cuadro 4.40. presenta información sobre la relación del número de personas que

viven por dormitorio para calificar el grado de hacinamiento. De este cuadro se concluye que acceder a condiciones adecuadas de vida, que prácticamente no existe hacinamiento aún cuando viven en mayor grado en las áreas urbanas del país. Otro aspecto crítico es que a partir de los 75 años, la proporción de adultos mayores que viven como indígenas familiares, y no con familias extendidas se incrementa considerablemente. Esta condición es particularmente grave porque a esa edad han dejado de trabajar y muy posiblemente sus ingresos se han reducido.

4.2. Discusión

Este capítulo caracteriza algunos aspectos de las condiciones demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores en el Ecuador. En primer lugar, como demuestran otros estudios (Albala, et al., 2007; Alfonso J.C. et al., 2005) hay más mujeres mayores que hombres mayores, lo cual se comprueba a través del índice de feminidad en los tres rangos de edad.

Los datos sobre condiciones sociales son elocuentes: se determina que si bien una quinta parte de los adultos mayores vive en condiciones muy buenas o buenas, una tercera parte se encuentra en condiciones malas o indigentes. Esta información indica que una proporción sustancial de adultos mayores está muy desfavorecida, ya que el

Si bien una quinta parte de los adultos mayores vive en condiciones muy buenas o buenas, una tercera parte se encuentra en condiciones malas o indigentes, lo que indica que una proporción sustancial de adultos mayores está muy desfavorecida.

CUADRO 4.39. Promedio de Personas por cuarto por subregión, en las viviendas del adulto mayor

Subregión	Promedio personas/cuarto	Desvío estándar
Sierra urbana	1.7	± 1.2
Sierra rural	2.5	± 1.9
Costa urbana	2.2	± 1.8
Costa rural	2.4	± 2.2
Quito	1.5	± 1.0
Guayaquil	2.3	± 1.9
Total	2.1	± 1.8

Fuente: Encuesta SABE Programa Alimén Ecuador MIES. 2010

CUADRO 4.40. Hacinamiento en las viviendas del adulto mayor, por subregión

Hacinamiento	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
No hacinados	100	99.9	100.0	99.6	100.0	100	100.0
Hacinados	0	0.1	0	0.4	0	0	0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE Programa Alimén Ecuador MIES. 2010



El factor de la etnicidad es importante en el entendimiento de la vida de los adultos mayores. Según la información obtenida, el 10% de los adultos mayores se autodefine como indígenas, mientras que más de la mitad se califican como mestizos. En análisis de auto-calificación de etnia por condición social y por subregión, confirma que la población indígena vive en la Sierra rural y desproporcionalmente en la categoría de indigentes.

La estructura familiar es también un aspecto crítico en esta población. Primero, si bien se hizo evidente que la mayoría de los adultos mayores está casado, una proporción importante es viudo, sobre todo en las edades más avanzadas. El estado de viudez es más característica de las mujeres, debido a la mortalidad más temprana de los hombres.

También se encuentra que casi todos los adultos mayores (en todos los rangos de edad, y en hombres y mujeres) tienen hijos vivos, con un promedio de entre cinco y seis. Por otro lado, se determina que algunos de los adultos mayores (particularmente aquellos con menos de 75 años) todavía tienen un padre o una madre viva. Obviamente, a medida que se incrementa la edad del adulto mayor esta proporción se reduce sustancialmente, pero se nota que la estructura familiar en el país es sumamente compleja.

Otro aspecto sobresaliente es el grado de escolaridad de los adultos mayores (menos de seis años en promedio) que, en términos generales, es bastante bajo. Al mismo tiempo

■ **Casi toda la población tiene acceso a electricidad (excepto una pequeña proporción de la población rural), pero este no es caso en cuanto al acceso al alcantarillado y servicios higiénicos, en donde persisten las diferencias sub-regionales y por condición social.**

hay diferencias marcadas: los adultos mayores más jóvenes tienen un mayor nivel de escolaridad. Más aún, las mujeres, tienen en comparación con los hombres, más bajos niveles de educación en promedio. Estos datos se corroboran con la información sobre alfabetismo funcional, medido por la capacidad de leer un mensaje. Se observa que el porcentaje de analfabetos funcionales también se incrementa con la edad. Además, se observa aquí también una brecha muy clara por sexo, que favorece a los hombres.

Otro aspecto interesante es el de la práctica religiosa. En su mayoría los adultos mayores se confesaron ser católicos, aunque se observa un pequeña disminución inversa al incremento de la edad.

Con relación al factor de participación en actividades económicas, se encuentran que una proporción importante de adultos mayores siguen activos aunque, como es de esperar, la proporción disminuye con la edad, aunque una proporción sorprendente de ecuatorianos en edades avanzadas siguen siendo activos. Además se observa que los hombres son proporcionalmente más activos que las mujeres.

Con relación a los ingresos, la información recolectada demuestra que los la jubilación es proporcionalmente más importante con el avance de edad, y que las mujeres reciben menos en promedio que los hombres en los tres grupos de edad, lo cual se pone en relieve un mayor grado de vulnerabilidad, sobre todo cuando se quedan solas por viudez o cuando no hay apoyo de hijos u otros familiares.

Finalmente, las condiciones vulnerables de una proporción importante de los adultos mayores en la vivienda llama la atención que la mayoría de los adultos mayores vive en casas o villas o departamentos, pero con condiciones quizás mucho menos que óptimas, al juzgar por el hecho de que las viviendas con pisos de tierra sigue siendo muy comunes en la Sierra rural. Además, las personas viven en condiciones muy variadas dentro de las categorías establecidas; por ejemplo, hay casas de 60, 100, 200 y más metros que tiene grandes diferencias entre sí y que también dependen de donde estén ubicadas.

De igual forma, existen brechas importantes con relación al acceso a servicios básicos. Si bien, casi toda la población tiene acceso a electricidad (excepto una pequeña propor-

ción de la población rural), este no es caso en cuanto al acceso al alcantarillado y servicios higiénicos, en donde persisten las diferencias sub-regionales y por condición social. Finalmente, cuando analizamos el grado de hacinamiento es importante resaltar que esta situación prácticamente no existe en las viviendas del adulto mayor.

En síntesis, las condiciones demográficas y socioeconómicas del adulto mayor ecuatoriano reflejan hasta cierto punto, las condiciones generalizadas en todo el país. Pero hay enormes diferencias en términos geo-

gráficos (región del país y la residencia rural o urbana), y entre personas de diferentes sexos y grupos étnicos. En general, se puede apreciar que si bien una proporción de adultos mayores viven en condiciones más o menos aceptable, otra proporción no vive así. Además, cuando se analizan las brechas socioeconómicas y demográficas en esta población en el contexto de las transformaciones que acompaña la marcha de la vejez, se concluye que hay en el Ecuador un número sustancial de individuos que viven en condiciones de extrema vulnerabilidad.

■ Bibliografía

Albala C., García C. y Lera I. (2007) Encuesta Sobre Salud Bienestar y Envejecimiento en Santiago, Chile. Estudio Sabe, Chile. INTA Chile.

Alfonso J.C., León E.M., Menéndez J., Marín C.M., Arcia N., y Martínez L. (2005). SABE- Proyecto Salud Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de la Habana,

Cuba. Año 2000 SABE. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Cuba. Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Wisconsin.



CAPÍTULO

5

Características del hogar/familia y de las redes sociales

Según se demostró en el capítulo anterior el país está experimentando un proceso de aumento, de adultos mayores en números absolutos y porcentuales. Esto significa que si no se toma las medidas pertinentes a la brevedad posible, el Ecuador no podrá responder a la demanda de protección social y de servicios de salud, pues al momento no dispone de instituciones que puedan cubrir las demandas existentes. La escasez de los servicios dirigidos a la población de adultos mayores, combinada con una falta de ingresos y otros recursos en una proporción sustancial de esta población, significa que los adultos mayores carecen de acceso adecuado a mecanismos para satisfacer sus necesidades, y que más bien están bajo la responsabilidad de otras personas, incluyendo miembros de su familia, que no siempre pueden responder. Además, al faltar el respaldo adecuado, alrededor de estas personas se generan redes sociales de intercambio y reciprocidad que en muchos casos pueden significar la sobrevivencia al adulto mayor, porque los recursos y limitaciones de protección social, son tan escasos, que han sido sustituidos por estos sistemas sociales informales (Lomnitz, 1994).

Con el objeto de entender estas redes sociales de apoyo y de transferencias, la encuesta SABE I recolectó información que permitió caracterizar los arreglos familiares y su estructura, valorando las relaciones de parentesco de cada miembro del hogar con relación al adulto mayor entrevistado. Para el efecto se analizaron los arreglos familiares que se relacionan a la convivencia con los cónyuges, hijos y nietos, la relación de dependencia, las redes de apoyo, el rol de adulto mayor dentro de las redes de apoyo, así como los ingresos y transferencias de recursos.

5.1. Construcción de datos sobre transferencias familiares y comunitarias y redes sociales

Para analizar las transferencias familiares, comunitarias y de redes sociales, se utilizó cinco módulos de preguntas. El primero estableció las características generales de los adultos mayores. El segundo trató de los miembros del hogar del adulto mayor. El tercero recolectó información sobre los hijos que viven fuera del hogar. El cuarto fue sobre los hermanos fuera del hogar del adulto mayor. Finalmente, el quinto módulo trató de otras personas fuera del hogar del adulto mayor, pero quienes podrían constituir parte de su red de apoyo.

Al inicio se identificaron, con variables dicotómicas, las personas que viven dentro o fuera del hogar del adulto mayor, incluyendo miembros de la familia o comunidad, y si estas personas finalmente ayudaron con dinero, servicios, cosas, compañía u otras formas del apoyo al adulto mayor. Después, se identificó si el adulto mayor ayudó a otras personas dentro o fuera del hogar con dinero, servicios, cosas, cuidado de niños u otros. Si los miembros dentro y fuera del hogar conectados al adulto mayor dan o reciben ayuda, se agregó una variable dicotómica para cada transferencia que da o recibe, de personas dentro o fuera del hogar, por el identificador del adulto mayor sumando todos los casos de personas. De esta forma, se estableció el total de personas que dan o reciben ayuda dentro del hogar y fuera del hogar al o del adulto mayor. Esta variable que consiste en la suma de las personas que dan ayuda también específica el número de personas dentro del hogar, hijo e hijas fuera

del hogar, hermanos y hermanas fuera del hogar y otras personas fuera del hogar, que dan ayuda por tipo de ayuda y reciben ayuda por tipo de ayuda para cada adulto mayor.

5.2. Características de las redes sociales

Las transferencias entre adultos mayores y otras personas de la familia o comunidad constituyen un componente de redes sociales complejas y dinámicas. En este contexto, el apoyo social comprende una vasta gama de relaciones interpersonales que implican diferentes formas de ayuda, afecto y afirmación. El apoyo social que se expresa dentro de redes sociales pueden ser materiales, instrumentales, emocionales o cognitivas. Las *fuentes de apoyo* de las personas mayores, asimismo, pueden ser formales (con su origen en organizaciones estatales u otras) o, informales (constituidas por redes interpersonales familiares o comunitarias no estructuradas). El *tipo de vínculos* determina la forma de reciprocidad y se rigen por normas y valores compartidos. La disponibilidad y sostenibilidad de las redes de apoyo pueden estar limitadas por tiempo o recursos especialmente en los estratos más pobres. Finalmente, la complementación entre las redes de apoyo formal e informales refiere a la capacidad de optimizar los recursos, para no dejar a segmentos de población fuera del alcance de apoyo o para que no disminuya el apoyo que se ha venido brindando al adulto mayor (CEPAL/CELADE, 2002).

5.2.1. Estructura del hogar

El hogar es la red social más íntima y más cercana al adulto mayor. Con el fin de analizar la estructura del hogar y el arreglo familiar, se identificaron diez categorías de arreglos familiares a base de con quien vive el adulto mayor: (1) solo; (2) con cónyuge; (3) con cónyuge e hijos; (4) con cónyuge, hijos, yernos, nueras y nietos; (5) con cónyuge, hijos, yernos, nueras y nietos y otras personas; (6) solo con otras personas; (7) solo con hijos; (8) solo con nietos; (9) con cónyuge y nietos y (10) en alguna otra situación.

En el cuadro 5.1. se presenta la convivencia del adulto mayor por sexo. De este cuadro se desprende que más de uno de cada diez adultos mayores viven solos, con una

CUADRO 5.1. Situación de convivencia familiar por sexo y por categorías de convivencia (porcentaje)

Sexo	Solo %	Con cónyuge %	Con cónyuge e hijos %	Con cónyuge, hijos, yernos, nueras y nietos %	Con cónyuge, hijos, yernos, nueras, nietos y otros %	Solo con otros %	Solo con hijos %	Solo con nietos %	Con cónyuge y nietos %	Otra situación de convivencia %	Total %
Mujer	11.8	16.0	9.2	11.5	1.3	6.0	8.8	3.1	2.7	29.6	100.0
Hombre	10.3	22.5	19.2	17.7	2.9	4.7	3.2	0.3	3.6	15.5	100.0
Total	11.1	19.0	13.8	14.4	2.1	5.4	6.2	1.8	3.2	23.1	100.0

leve diferencia entre mujeres y hombres. En términos absolutos, esto significa que más de 130.000 adultos mayores viven sin la presencia de personas que les puede ayudar en caso de necesidades inmediatas o urgentes. En muchas situaciones estas personas son viudas o viudos. Al mismo tiempo, se observa que casi dos de cada diez adultos mayores viven con su cónyuge. Sin embargo, al desglosar este dato por sexo, se observa una mayor proporción de adultos mayores hombres que viven con sus cónyuges (22%), en relación con las mujeres (16%), lo cual sugiere que más mujeres viven en estado de viudez.

Se observa también que casi el 14% de adultos mayores vive con su cónyuge y sus hijos, y que este arreglo abriga más hombres que mujeres. Adicionalmente más del 14% viven con su cónyuge, hijos, yernos o nueras y nietos. Estos arreglos indican la persistencia de la familia extendida, que en total representa el tipo de hogar en que viven aproximadamente el 30% de los adultos mayores.

Del mismo modo, se conoce que una proporción pequeña de adultos mayores hombres y mujeres vive con otras personas. Una cifra potencialmente interesante es que el 5% de adultos mayores vive solo con los nietos o con su cónyuge y nietos sin la presencia de los hijos. Esta cifra podría

reflejar la ausencia de la generación de los padres.

En el cuadro 5.2. se presenta la situación de convivencia del adulto mayor por rangos de edad. Como sería de esperar, la proporción de personas que viven solas incrementa con la edad, llegando a más del 14% en el grupo de mayor de 75 años, el período de mayor vulnerabilidad. Este hecho evidentemente refleja el estado de viudez, cuando los hijos ya habrían formado sus propios hogares. Al mismo tiempo, con la edad, se disminuye la proporción de adultos mayores que viven con el cónyuge e hijos. También se observa una mayor proporción de residencia con el cónyuge, hijos, nueras, yernos y nietos entre los adultos mayores más jóvenes. Esta realidad refleja la familia extendida y la persistencia de redes de apoyo dentro del hogar.

En el cuadro 5.3 se presenta la situación de convivencia por nivel de instrucción. En particular, llama la atención que los adultos mayores sin educación formal son los que viven solos en mayor proporción

En el cuadro 5.4. se presenta la situación de convivencia familiar por índice socioeconómico. En este cuadro se observa que las personas que viven en condiciones malas o indigentes viven solas en mayor proporción. Hay que subrayar que las personas más vulnerables en términos económicos y con menor capital humano, son precisamente aque-

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 5.2. Situación de convivencia familiar por grupos de edad y por categorías de convivencia (porcentaje)

Rangos de edad	Solo %	Con cónyuge %	Con cónyuge e hijos %	Con cónyuge, hijos, yernos, nueras y nietos %	Con cónyuge, hijos, yernos, nueras, nietos y otros %	Solo con otros %	Solo con hijos %	Solo con nietos %	Con cónyuge y nietos %	Otra situación de convivencia %	Total %
60 a 64	7.5	14.2	20.4	19.6	3.4	6.5	5.2	1.5	2.8	18.9	100.0
65 a 74	10.8	21.9	14.4	15.4	1.9	4.7	5.7	1.7	3.7	19.9	100.0
75 o más	14.4	18.5	8.2	9.4	1.5	5.1	7.5	2.3	2.5	30.7	100.0
Total	11.1	18.8	13.9	14.5	2.1	5.3	6.2	1.8	3.1	23.2	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 5.3. Situación de convivencia familiar por nivel de instrucción

Situación de convivencia	Ninguno %	Primaria incompleta %	Primaria completa o secundaria incompleta %	Secundaria completa %	Alguna educación superior %	Total %
Solo	19.2	10.5	9.7	9.3	8.1	10.1
Con cónyuge	16.5	19.0	18.2	21.8	22.1	19.0
Con cónyuge e hijos	5.7	14.0	14.9	14.2	23.3	14.9
Con cónyuge, hijos e yernos, nueras y nietos	8.7	14.7	17.1	13.3	13.3	15.3
Con cónyuge, hijos, yernos, nueras y nietos y otros	0.4	2.3	2.7	1.1	3.5	2.5
Solo con otros	7.6	3.7	6.2	9.1	5.1	5.1
Solo con hijos	6.0	6.4	5.9	7.7	3.4	6.0
Solo con nietos	2.6	2.3	1.4	0.7	0.8	1.8
Con cónyuge y nietos	7.0	3.4	1.6	0.7	0.7	2.5
Otra situación	26.3	23.6	22.3	22.0	19.8	22.8
Total	100	100	100	100	100	100

CUADRO 5.4. Situación de convivencia familiar por índice socioeconómico

Situación de convivencia	Muy Buenas %	Buenas %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	Total %
Solo	7.1	7.2	9.5	14.1	16.7	11.1
Con cónyuge	22.3	20.3	16.7	23.9	19.1	19.0
Con cónyuge e hijos	18.7	13.0	14.2	14.2	11.1	13.8
Con cónyuge, hijos e yernos, nueras y nietos	14.7	15.6	15.3	11.7	13.0	14.4
Con cónyuge, hijos, yernos, nueras y nietos y otros	2.4	3.0	2.0	3.0	1.2	2.1
Solo con otros	6.2	6.7	5.5	3.7	4.8	5.4
Solo con hijos	5.2	6.3	6.3	3.5	7.5	6.2
Solo con nietos	0.5	1.1	2.0	2.4	2.2	1.8
Con cónyuge y nietos	0.9	1.8	3.1	3.1	5.0	3.2
Otra situación	22.0	25.1	25.4	20.3	19.5	23.1
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

llas que carecen de redes de apoyo social dentro del hogar.

Además de los patrones de residencia, las redes de apoyo social se reflejan en la dependencia entre personas. El cuadro 5.5. y gráficos 5.1, 5.2, y 5.3 presentan la proporción de personas que dependen del adulto mayor, de acuerdo a la edad y el sexo. De este cuadro se desprende que más de cuatro de cada diez de las mujeres mayores no tienen dependientes, y que la proporción aumenta del 29% al 55% dependiente del grupo de edad. Al mismo tiempo, la proporción es mu-

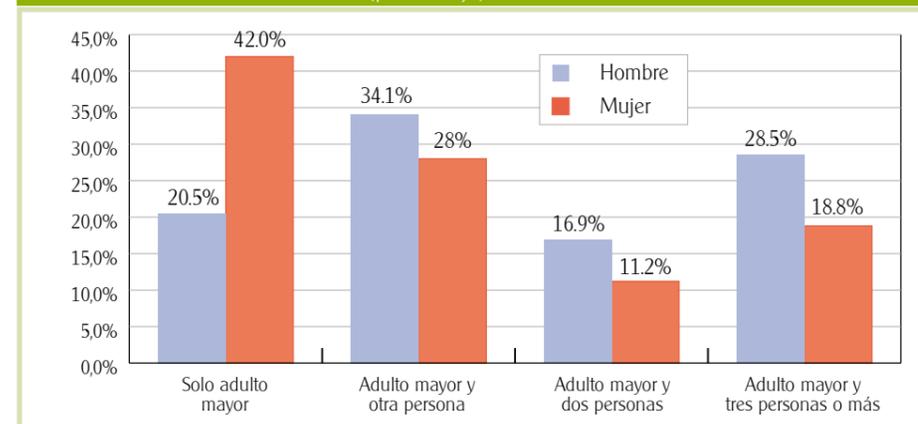
cho menos para los hombres pero también aumenta con la edad. Por otro lado, la dependencia disminuye con la edad en hombres y mujeres mayores reflejando, en general, la mayor necesidad que tienen conforme a su edad y su capacidad cada vez menor de proveer recursos a familiares. Los adultos mayores, tanto hombres como mujeres, tienen proporcionalmente más dependientes cuando son más jóvenes.

En los gráficos 5.2 y 5.3. se presentan las proporciones de personas que dependen del adulto mayor hombre y mujer por separado.

CUADRO 5.5. Número de personas que dependen del adulto mayor por edad y sexo. Porcentaje

Sexo	Edad/años	Solo adulto mayor %	Adulto mayor y otra persona %	Adulto mayor y dos personas %	Adulto mayor y tres personas o más %	Total %
Mujer	60 a 64	29.2	28.2	15.1	27.5	100.0
	65 a 74	39.9	30.5	11.2	18.4	100.0
	75 o más	55.3	24.3	8.1	12.4	100.0
	Total	42.0	28.0	11.2	18.8	100.0
Hombre	60 a 64	15.2	28.2	19.4	37.3	100.0
	65 a 74	16.7	36.2	18.8	28.3	100.0
	75 o más	29.8	36.4	12.4	21.3	100.0
	Total	20.5	34.1	16.9	28.5	100.0
Total	60 a 64	22.3	28.2	17.2	32.3	100.0
	65 a 74	29.0	33.2	14.8	23.0	100.0
	75 o más	42.9	30.2	10.2	16.7	100.0
	Total	31.7	30.9	13.9	23.5	100.0

GRÁFICO 5.1. Proporción del número de personas que dependen del Adulto mayor, de acuerdo al sexo (porcentaje)



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

GRÁFICO 5.2. Proporción del número de personas que dependen de la adulta mayor por edad (porcentaje)

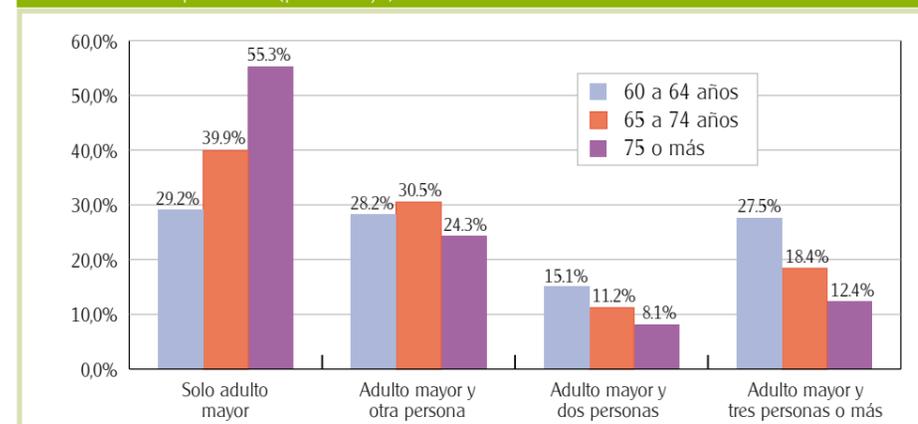
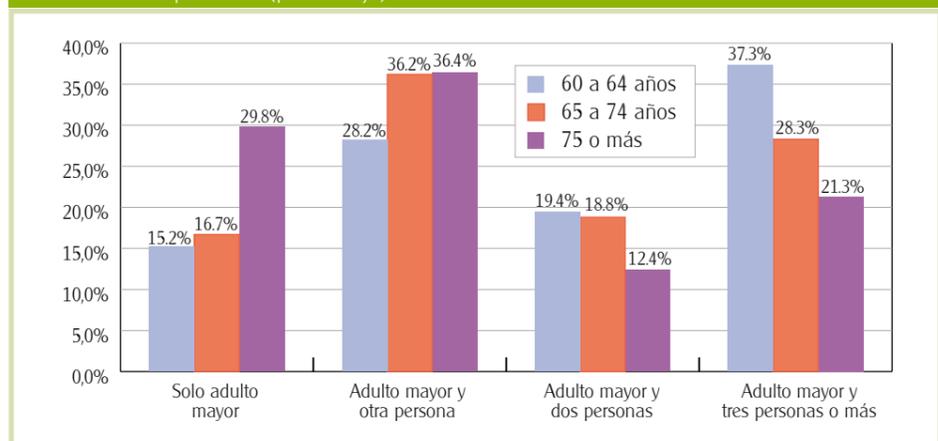
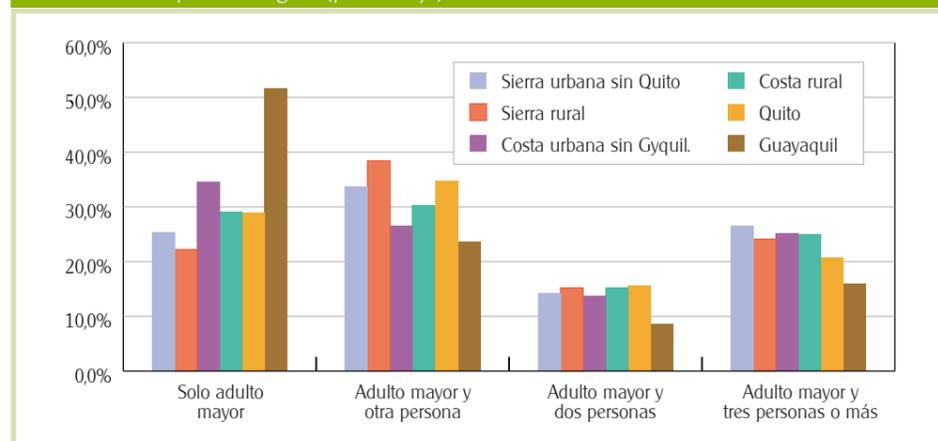


GRÁFICO 5.3. Proporción del número de personas que dependen del adulto mayor por edad (porcentaje)



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

GRÁFICO 5.4. Proporción del número de personas que dependen del adulto mayor por sub-región (porcentaje)



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

El primer cuadro confirma que la proporción de mujeres mayores que no tiene dependientes aumenta en forma pronunciada, a medida que incrementa su edad. El cuadro 5.3. confirma que mientras en más proporción de hombres mayores tienen dependientes que mujeres adultas, la dependencia también disminuye con la edad porque al igual que las mujeres, con la avance de edad, hay menos capacidad de contribuir recursos a familiares y hay cada vez más necesidad de recibir apoyo.

En el cuadro 5.6. y el gráfico 5.4. se presentan informaciones sobre las personas que dependen del adulto mayor por subregión. De este cuadro se desprende que las proporciones más altas de dependientes se dan en la Sierra rural, seguido de Sierra urbana, Costa rural y Quito. Mientras tanto, Guayaquil presenta una menor proporción

de dependientes. Estas diferencias podrían explicarse por factores culturales, especialmente en la Sierra urbana y rural, donde los lazos familiares intergeneracionales son particularmente fuertes, especialmente en la población indígena. Del mismo modo, es evidente que la proporción más alta de adultos mayores sin dependientes está en Guayaquil (más de la mitad).

En el cuadro 5.7. se presenta la proporción del número de personas que dependen del adulto mayor con índice de condiciones sociales. Se observa que la proporción de adultos mayores que no tiene dependientes es más baja en las personas que viven en condiciones sociales muy buenas y más altas en las personas que viven en condiciones malas o de indigencia. Por otro lado, la proporción de personas que viven en buenas o muy buenas condiciones, tienden a tener

más dependientes que sus contrapartes que viven en condiciones malas o de indigencia.

5.2.2. Redes sociales

Las redes sociales de apoyo familiar y comunitaria que existen alrededor del adulto mayor constituyen "las transacciones interpersonales y que implican ayuda, afecto y afirmación" (Khan y Antonucci, 1980) y que incluyen flujos de recursos, acciones e información, que se intercambian entre círculos de personas y grupos según normas y valores compartidos.

Guzmán (et al., 2002) propone cuatro categorías de transferencias dentro de redes sociales: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. Las transferencias materiales incluyen aportes de dinero, alojamiento, comida, ropa y pagos para servicios. Las transferencias instrumentales se refieren a

apoyos de cuidado, transporte y labores dentro del hogar. Las transferencias emocionales se refieren a los afectos, compañía, empatía, reconocimiento y escucha que se comparten entre individuos o grupos pequeños, y las cognitivas al intercambio de experiencias, información y consejos.

Bajo estos términos se presentan a continuación los resultados obtenidos sobre la existencia y operación de redes sociales en las vidas de los adultos mayores ecuatorianos. En el cuadro 5.8. y en el gráfico 5.5 se presentan las diferentes fuentes de ingresos de los adultos mayores. Estas categorías no son mutuamente excluyentes, lo cual quiere decir que un adulto mayor puede tener más de una fuente de ingreso al mismo tiempo. Se observa que la proporción de adultos mayores que reciben ingresos por jubilación se incrementa con la edad mientras la proporción que ganan un salario

CUADRO 5.6. Proporción de personas que dependen del adulto mayor, por subregión (Porcentaje)

Subregión	Solo adulto mayor %	Adulto mayor y otra persona %	Adulto mayor y dos personas %	Adulto mayor y tres personas o más %	Total %
Sierra urbana	25.3	33.8	14.3	26.6	100.0
Sierra rural	22.2	38.4	15.2	24.1	100.0
Costa urbana I	34.6	26.5	13.7	25.2	100.0
Costa rural	29.2	30.4	15.3	25.1	100.0
Quito	29.0	34.7	15.6	20.7	100.0
Guayaquil	51.6	23.7	8.7	16.0	100.0
Total	31.7	31.3	13.8	23.3	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 5.7. Proporción del número de personas que dependen del adulto mayor por índice de condiciones sociales

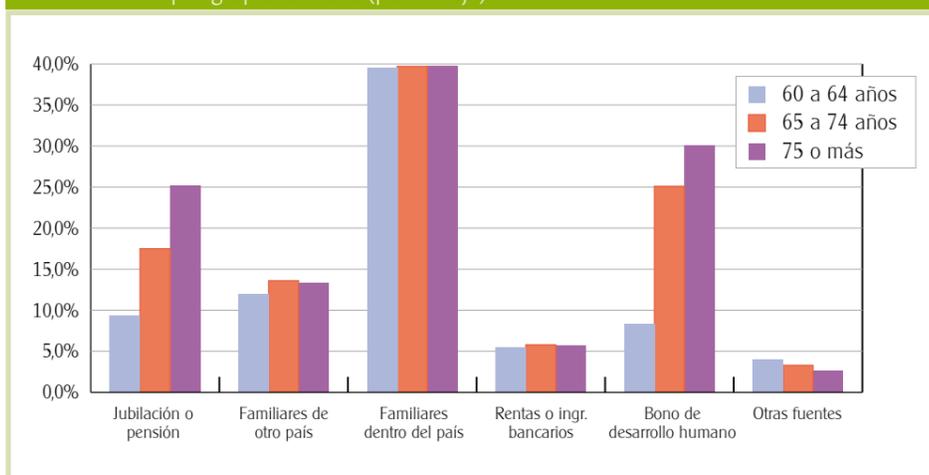
Índice de Condiciones Sociales	Solo adulto mayor %	Adulto mayor y otra persona %	Adulto mayor y dos personas %	Adulto mayor ≥ personas o más %	Total %
Muy Buenas	20.9	34.8	17.2	27.0	100.0
Buenas	22.1	31.4	16.7	29.8	100.0
Regulares	35.4	29.0	12.9	22.7	100.0
Malas	30.7	30.4	15.0	23.9	100.0
Indigentes	35.6	33.5	12.0	18.9	100.0
Total	31.7	31.2	13.8	23.3	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 5.8. Fuentes de ingreso del adulto mayor no mutuamente excluyentes, por grupos de edad y sexo (porcentajes)

Edad / años	Sexo	Ingreso por trabajo	Jubilación o pensión	Familiares de otro país	Familiares dentro del país	Rentas o ingresos bancarios	BDH*	Otras fuentes	No recibe ningún ingreso
		%	%	%	%	%	%	%	%
60 a 64	Mujer	44.3	6	13.5	45.6	5.8	14.6	3.4	30.6
	Hombre	81.1	13.1	10.4	32.8	5.2	1.4	4.6	44.3
	Total	61.7	9.4	12	39.5	5.5	8.3	4	37.1
65 a 74	Mujer	38.1	13.2	15.8	45.4	5	27.7	2.8	21.2
	Hombre	73.8	22.4	11	33	6.8	21.9	3.7	28.7
	Total	54.4	17.5	13.6	39.7	5.8	25.1	3.3	24.6
75 o más	Mujer	15.4	21.9	15.5	42.6	5.1	28.1	2.3	18
	Hombre	38.7	28.9	10.8	36.6	6.4	32.3	3.1	17.3
	Total	26.4	25.2	13.3	39.8	5.7	30.1	2.7	17.7
Total	Mujer	31.9	13.8	14.7	44.2	5.2	25.7	2.8	22.5
	Hombre	63.6	22	10.8	34	6.2	20.5	3.7	28.9
	Total	46.5	17.5	12.9	39.5	5.7	23.3	3.2	25.4

GRÁFICO 5.5. Fuentes de ingreso del adulto mayor no mutuamente excluyentes, por grupos de edad (porcentaje)



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

disminuye. Esto se debe, evidentemente, a que muchas personas menores de 70 años en particular siguen trabajando. También se observa que los hombres adultos mayores, en mayor proporción que las mujeres, perciben el ingreso por jubilación, en los tres rangos de edad debido a que los hombres participan en mayor proporción en la economía formal.

Otra fuente importante e interesante de ingresos es aquella que proviene de familiares fuera del país. A nivel nacional, alrede-

dor del 12% de adultos mayores dicen que reciben este tipo de ingresos, indicando el peso relativo de las remesas que son producto de la migración transnacional. Pero, por otro lado, los familiares dentro del país son la mayor fuente de ingresos. También se nota que solo una pequeña proporción reciben rentas de ingresos bancarios, aunque, un tercio también reciben el Bono de Desarrollo Humano. Finalmente, la mayor proporción de adultos mayores que no reciben ningún ingreso están entre los adultos

CUADRO 5.9. Fuentes de ingreso del adulto mayor no mutuamente Excluyentes, por sub-región (porcentajes)

Subregión	Ingreso por trabajo %	Jubilación o pensión %	Familiares de otro país %	Familiares dentro del país %	Rentas o ingresos bancarios %	BDH*	Otras fuentes %	No recibe ningún ingreso
Sierra urbana	43.1	26.6	16.3	24	10.2	12.6	2.6	28.8
Sierra rural	62.1	7	10.9	28.9	3.1	46.9	1.5	26.3
Costa urbana I	39.2	12.6	14.3	61.3	4.2	21.2	3.6	18.7
Costa rural	55.5	3.6	8.7	58.5	2.9	34.7	3.9	20.9
Quito	42.3	44.6	9.6	11	13.1	4	3.9	33.2
Guayaquil	35.1	18	16.4	49.2	2.5	13.9	4.5	25.6
Total	46.4	17.6	13	39.6	5.7	23.3	3.2	25.2

* Bono de desarrollo humano

mayores de 60 a 64 años, pero estas proporciones se reducen a medida que se incrementa la edad, lo cual puede reflejar una mayor dependencia.

El cuadro 5.9. presenta información sobre las fuentes de ingreso de los adultos mayores, según su lugar de residencia. En primer lugar llama la atención que la mayor proporción de adultos mayores que reciben ingreso por jubilación o pensión están en Quito, mientras que la proporción es mucho menor en la Costa Rural y Sierra rural. Esta información sugiere que los adultos mayores del área rural no han accedido a trabajos que le aseguren jubilación. También se observa que la proporción de adultos mayores que reciben ingresos de familiares que residen en otros países es más alta en Guayaquil y la Sierra rural, seguidos por Costa urbana. Este hallazgo es consistente con estudios que demuestran que las remesas son fuentes importantes de ingreso en Guayaquil y partes de las provincias serranas de Azuay y Cañar en particular. En cuanto a los ingresos provenientes de familiares dentro del país, los adultos mayores de la Costa urbana y rural son los que proporcionalmente reciben más ingresos, seguidos por los adultos mayores de Guayaquil. Por el contrario, Quito presenta las proporciones más bajas en esta categoría. En cambio, la proporción de personas que reciben rentas o ingresos bancarios es más alta en Quito, seguido de la Sierra urbana, mientras que las proporciones más bajas están en Guayaquil y la Costa rural. Finalmente, en cuanto a ingresos provenientes del bono de desarrollo humano, la propor-

ción más alta de adultos mayores está en la Sierra rural (46.9%), seguido de la Costa rural con un 34.7%.

Independiente de la fuente de los ingresos, un factor clave es si los ingresos percibidos son suficientes para la satisfacción de necesidades básicas. Se observa en el cuadro 5.10. que menos de dos de cada 10 adultos mayores considera que era suficiente, siendo la cifra para hombres ligeramente más alta que para mujeres. Al desglosar los datos por subregiones (cuadro 5.11.), las proporciones de adultos mayores que perciben que su ingreso es suficiente es más baja en las zonas rurales de la Costa y Sierra, mientras que Quito y Guayaquil presentaron las proporciones más altas. Es posible que estos datos se relacionen con las más altas proporciones de adultos mayores pobres e indigentes que están justamente en la zona rural de la Costa y la Sierra.

CUADRO 5.10. Percepciones sobre suficiencia del ingreso percibido, por sexo

Sexo	Si %	No %	Total %
Mujer	17.4	82.7	100.0
Hombre	19.4	80.6	100.0
Total	18.3	81.7	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

Al analizar por índice de condiciones sociales (cuadro 5.12.), mientras entre los adultos mayores que viven en condiciones muy buenas, uno de cada dos considera que sus

CUADRO 5.11. Percepción sobre suficiencia del ingreso percibido, por subregiones

Subregión	Si %	No %	Total %
Sierra urbana	22.0	78.0	100.0
Sierra rural	10.1	90.0	100.0
Costa urbana	14.4	85.6	100.0
Costa rural	8.6	91.5	100.0
Quito	36.4	63.6	100.0
Guayaquil	23.9	76.0	100.0
Total	18.4	81.6	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 5.12. Percepción de suficiencia del ingreso, por Índice socio económico

Índice Socio-económico	Si %	No %	Total %
Condiciones Muy Buenas	53.40	46.6	100.0
Condiciones Buenas	30.80	69.3	100.0
Condiciones Regulares	15.60	84.4	100.0
Condiciones Malas	7.90	92.10	100.0
Condiciones Indigentes	5.10	94.90	100.0
Total	18.30	81.70	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

ingresos son suficientes, entre aquellos que se ubicaron en las categorías de mala e indigentes, más del 90% consideraron que sus ingresos no son suficientes.

5.2.3. Redes de apoyo

En los siguientes cuadros se presentan datos sobre las redes de apoyo alrededor de los adultos mayores. Como se mencionó antes, un adulto mayor puede ser la fuente de apoyo o el beneficiario (o ambos simultáneamente). Nos atreveríamos a decir, por lo tanto, que estas surgen de entre los miembros de la familia y la comunidad. Los siguientes cuadros aportan información sobre las redes

CUADRO 5.13. Tamaño de la red de apoyo según arreglos familiares. Adultos mayores que dan ayuda (porcentajes)

Sexo	Cero personas %	Una persona %	Dos personas %	Tres a cuatro personas %	Cinco o más Personas %	Total %
Mujer	15.3	17.1	14.8	21.5	31.3	100.0
Hombre	13.0	18.1	15.3	23.00	30.6	100.0
Total	14.3	17.6	15.0	22.2	31.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

de apoyo, de acuerdo al número de adultos mayores que dan apoyo y de acuerdo al número de personas que brindan apoyo al adulto mayor.

En el cuadro 5.13. se muestra el tamaño de la red de apoyo, según arreglos familiares en la que el adulto mayor da ayuda. Se observa que solo el 14% de los adultos mayores no da ningún apoyo a nadie, indicando la importancia de este factor en la vida social del país. Se observa también que la diferencia entre mujeres y hombres mayores no es muy grande. De este cuadro también se desprende que una proporción sorprendente de adultos mayores apoyan a cinco personas o más.

CUADRO 5.14. Tamaño de red de apoyo según arreglos familiares. Adultos que reciben ayuda (porcentaje)

Sexo	Cero personas %	Una persona %	Dos personas %	Tres a cuatro personas %	Cinco o más Personas %	Total %
Mujer	1.2	8.3	12.1	24.7	53.8	100.0
Hombre	3.2	12.3	12.5	27.6	44.3	100.0
Total	2.1	10.1	12.3	26.0	49.4	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

El cuadro 5.14. describe la red de apoyo en que el adulto mayor recibe ayuda. De este cuadro se desprende que solo una proporción muy pequeña no recibe ningún ayuda de nadie, y que una alta proporción recibe ayuda de cinco personas o más, especialmente las mujeres. Este dato confirma que las redes sociales de apoyo a los adultos mayores pueden ser muy amplias.

En el cuadro 5.15. se presenta la proporción de adultos mayores que dan y reciben ayuda al mismo tiempo. De este cuadro se confirma que una proporción muy pequeña de adultos mayores, tanto hombres como mujeres, no da ni recibe apoyo. Por el contrario, más de la mitad, especialmente muje-

res, dan y reciben apoyo de cinco personas o más.

Personas mayores de edad con discapacidades son particularmente vulnerables. El cuadro 5.16. presenta información sobre los adultos mayores con alguna discapacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según si reciben ayuda o no. De este cuadro se desprende que casi el 100% de los adultos mayores que presentan alguna discapacidad reciben ayuda. Del mismo modo, se observa que los adultos mayores que presentan alguna discapacidad para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), también cerca del 100% reciben ayuda.

CUADRO 5.15. Tamaño de red de apoyo según arreglos familiares. Adultos que dan y reciben ayuda (porcentajes)

Sexo	Cero personas %	Una persona %	Dos personas %	Tres a cuatro personas %	Cinco o más Personas %	Total %
Mujer	0.5	5.3	9.4	21.7	63.2	100.0
Hombre	1.6	7.4	9.6	25.1	56.3	100.0
Total	1.0	6.2	9.5	23.2	60.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 5.16. Adultos mayores que presenta alguna discapacidad (ABVD), según si reciben ayuda o no (porcentajes)

Numero de limitaciones para realizar abvd	No reciben ayuda %	Reciben ayuda %	Total %
Ninguna limitación	2.4	97.6	100.0
De 1 a 2 limitaciones	1.6	98.4	100.0
De 3 o más limitaciones	1.0	99.0	100.0
Total	2.1	97.9	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 5.17. Adultos mayores que presenta alguna discapacidad (AIVD), según si reciben apoyo o no (porcentajes)

Numero de limitaciones para realizar aivd	No reciben ayuda %	Reciben ayuda %	Total %
Ninguna limitación	2.8	97.2	100.0
De 1 a 2 limitaciones	1.5	98.5	100.0
De 3 o más limitaciones	0.6	99.4	100.0
Total	2.1	97.9	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

5.2.4. Roles de las personas mayores en la red de apoyo.

El cuadro 5.18. presenta en forma sintética la información sobre intercambios de ayuda que involucran adultos mayores. De este cuadro se desprende que una proporción muy baja no da ayuda nadie. Sin embargo, cuando esta categoría se desglosa por la situación de convivencia, se observa que cerca de la mitad de aquellos adultos mayores que viven solos no dan ayuda. Esta información permite visualizar mejor las complejidades de redes sociales, que frecuentemente son marcadas por convivencia e intercambios de recursos.

Asimismo, el cuadro 5.19 demuestra que una proporción muy baja de adultos mayores no recibe ayuda, observándose inclusive que solo uno de cada diez que vive solo no recibe ayuda.

CUADRO 5.18. Rol de los adultos mayores al interior de la red de apoyo, según grupos de edad y sexo. Porcentajes

Situación de convivencia	No dan ayuda %	Dan ayuda %	Total %
Solo	47.0	53.0	100.0
Con cónyuge	4.0	96.0	100.0
Con cónyuge e hijos	7.3	92.7	100.0
Con cónyuge, hijos e yernos, nueras y nietos	5.6	94.4	100.0
Con cónyuge, hijos, yernos, nueras y nietos y otros	3.8	96.2	100.0
Solo con otros	17.6	82.4	100.0
Solo con hijos	10.4	89.6	100.0
Solo con nietos	6.8	93.2	100.0
Con cónyuge y nietos	3.4	96.6	100.0
Otra situación de convivencia	19.7	80.3	100.0
Total	14.3	85.7	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

* Si dan o no cualquier tipo de transferencia, ya sea dinero, servicios, cosas, compañía o cuidado de niños.

5.2.5. Tipos de transferencias recibidas

En consecuencia, el apoyo que se da dentro de las redes sociales puede tomar varias formas y en muchos casos estas formas están presentes simultáneamente en diversas combinaciones. En el cuadro 5.20. se observan las diferentes formas de ayuda que dan los adultos mayores dentro o fuera del hogar, incluyendo dinero, servicios, cosas (objetos), cuidado de niños o compañía.

Cabe resaltar que el apoyo más común está dado en la forma de cosas, mientras dinero es también una forma muy común, especialmente en el caso de los hombres. Se observa también que los adultos mayores (particularmente mujeres) suelen apoyar con sus servicios. No sorprende ver que el cuidado de niños es un apoyo común, pero que se trata principalmente de mujeres mayores más que hombres. Final-

CUADRO 5.19. Transferencias recibidas de adultos mayores de personas dentro y fuera del hogar*

Situación de convivencia	No reciben ayuda %	Reciben ayuda %	Total %
Solo	10.9	89.1	100.0
Con cónyuge	1.3	98.7	100.0
Con cónyuge e hijos	0.5	99.5	100.0
Con cónyuge, hijos e yernos, nueras y nietos	0.5	99.5	100.0
Con cónyuge, hijos, yernos, nueras y nietos y otros	1.9	98.1	100.0
Solo con otros	2.8	97.2	100.0
Solo con hijos	0.7	99.3	100.0
Solo con nietos	0.0	100.0	100.0
Con cónyuge y nietos	0.0	100.0	100.0
Otra situación de convivencia	1.2	98.8	100.0
Total	2.1	97.9	100.0

*Si reciben o no cualquier tipo de transferencia, ya sea en dinero, servicios, cosas, compañía

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 5.20. Porcentaje de adultos mayores que dan ayuda a otras personas dentro y fuera del hogar dentro de cada sexo (grupos no mutuamente excluyente). Porcentajes

Sexo	Dinero %	Servicios %	Cosas %	Cuidado de niños %	Compañía %	Otras %
Mujer	30.5	66.3	62.1	30.5	4.9	18.5
Hombre	66.6	51.4	71.3	18.5	4.5	18.6
Total	47.0	59.4	66.3	25.0	4.7	18.6

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

mente, pocos adultos mayores reportan haber compartido su compañía como un apoyo, aunque esto puede reflejar una interpretación de contactos interpersonales no como una ayuda sino un modo natural de vivir.

En el cuadro 5.21. se presenta la proporción de adultos mayores que reciben ayuda dentro y fuera del hogar. De este cuadro se puede concluir que la mayoría de los adultos

recibe alguna forma de ayuda sea en forma de dinero, servicios o cosas y en menor grado, compañía vista como una ayuda.

En los cuadros 5.22. y 5.23. se presentan datos sobre la prestación y recepción de ayuda, desglosados por grupos de edad. Se puede observar que los adultos mayores brindan ayuda en porcentajes considerables, pero que van disminuyendo con la edad.

CUADRO 5.21. Porcentaje de adultos mayores que reciben ayuda de personas dentro y fuera del hogar dentro de cada sexo (grupos no mutuamente excluyente). Porcentajes

Sexo	Dinero %	Servicio %	Cosas %	Compañía %	Otras %
Mujer	82.0	76.4	90.0	28.1	16.6
Hombre	63.8	85.3	81.7	23.3	16.0
Total	73.7	80.4	86.2	25.9	16.3

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 5.22. Porcentaje de adultos mayores *que dan* ayuda a personas dentro y fuera del hogar dentro de cada grupo de edad (grupos no mutuamente excluyente). Porcentaje

Edad	Dinero %	Servicios %	Cosas %	Cuidado de niños %	Compañía %	Otras %
60 a 64 años	57.4	73.6	77.1	32.4	7.3	20.2
65 a 74 años	51.5	63.3	73.2	26.0	4.7	19.3
75 o más	35.2	43.6	50.3	18.4	3.0	17.0
Total	47.7	59.5	66.7	25.1	4.8	18.8

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 5.23. Porcentaje de adultos mayores *que reciben* ayuda de personas dentro y fuera del hogar dentro de cada grupo de edad (grupos no mutuamente excluyente). Porcentajes

Edad	Dinero %	Servicios %	Cosas %	Compañía %	Otras %
60 a 64 años	72.8	83.1	85.5	24.4	14.8
65 a 74 años	74.4	79.5	85.0	25.6	17.1
75 o más	73.2	79.5	87.4	27.4	16.8
Total	73.6	80.5	85.9	25.9%	16.4

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 5.24. Porcentaje de adultos mayores *que dan ayuda* de algún tipo, por sexo y persona a la cual ayudan. Porcentajes*

Sexo	Hogar %	Hijos fuera hogar %	Hermanos fuera hogar %	Otras fuera hogar %
Mujer	76.0	41.7	17.3	6.1
Hombre	81.0	40.2	15.8	4.1
Total	78.3	41.0	16.6	5.2

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

* No es mutuamente excluyente

CUADRO 5.25. Porcentaje de adultos mayores *que reciben* ayuda de algún tipo por sexo y persona de la cual reciben ayudan

Sexo	Hogar %	Hijos fuera hogar %	Hermanos fuera hogar %	Otras fuera hogar %
Mujer	84.5	76.1	20.9	8.7
Hombre	86.8	66.0	15.9	5.5
Total	85.6	71.5	18.6	7.2

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

* No es mutuamente excluyente

Por otro lado, el cuadro 5.23. muestra el tipo de ayuda que la mayoría de adultos mayores, independiente del rango de edad en que se ubican, recibe algún tipo de ayuda y posiblemente más de un tipo de ayuda, ya que los datos no son mutuamente excluyen-

tes. Sin embargo, hay pocas diferencias entre los tres grupos de edad.

En los cuadros 5.24. y 5.25. se presenta información sobre la prestación y recepción de ayuda, por sexo que indica pequeñas diferencias en esta forma de participación en

CUADRO 5.26. Porcentaje de adultos mayores *que dan ayuda* de algún tipo por edad y persona a la cual ayudan

Edad	Hogar %	Hijos fuera hogar %	Hermanos fuera hogar %	Otros fuera hogar %
60 a 64 años	88.6	49.4	22.1	7.0
65 a 74 años	83.3	44.4	18.5	3.8
75 o más	64.6	31.2	10.6	5.6
Total	78.5	41.3	16.8	5.2

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 5.27. Porcentaje de adultos mayores *que reciben* ayuda de algún tipo por edad y persona de la cual reciben ayudan. Por ciento

Edad	Hogar %	Hijos fuera hogar %	Hermanos fuera hogar %	Otros fuera hogar %
60 a 64 años	89.7	66.5	24.5	7.9
65 a 74 años	86.7	70.5	20.2	5.5
75 o más	80.7	76.3	12.4	8.8

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

redes sociales. Los hombres tienden un poco más a prestar ayuda dentro del hogar y las mujeres fuera del hogar. El mismo patrón se observa en la recepción de ayuda, aunque aquí también, las diferencias entre hombres y mujeres mayores es pequeña.

Cuando se analizan los patrones de prestación y recepción de algún tipo de ayuda por rangos de edad del adulto mayor, se observa que solo los adultos mayores de 75 años y más, brindan ayuda a todas las categorías en proporciones más bajas en comparación con los otros dos grupos de edad (cuadro 5.26).

■ Los hombres tienden un poco más a prestar ayuda dentro del hogar y las mujeres fuera del hogar. El mismo patrón se observa en la recepción de ayuda, aunque aquí también, las diferencias entre hombres y mujeres mayores es pequeña.



Cuando se trata de la recepción de ayuda, como se desprende en el cuadro 5.27, los adultos de 75 años y más tienden de recibir en menor grado ayuda dentro del hogar, más de hijos fuera del hogar y menos de hermanos fuera del hogar.

5.3. Conclusiones

La sistematización y análisis de los datos relacionados a las redes sociales de apoyo al adulto mayor en el país, sugiere que existe una situación poco reconocida por las personas e instituciones interesadas en la atención y protección del adulto mayor. Los datos presentados en este capítulo reflejan varios aspectos que deben tomarse en consideración, al formular políticas públicas encaminadas a la atención de este segmento de la población ecuatoriana, que en los próximos años constituirá un grupo más grande de individuos en números absolutos y una proporción mayor en el total de la población.

Los aspectos más sobresalientes de este análisis podrían resumirse en los siguientes puntos.

- En relación a la situación de convivencia, aproximadamente 130.000 adultos mayores viven solos, y entre ellos, la mayoría tiene 75 años o más, siendo este grupo el que mayores necesidades tiene con respecto a apoyo afectivo, económico y de salud.
- En cuanto al género, la información analizada demuestra que las mujeres en mayor proporción que los hombres viven solas, o porque se quedan viudas o porque sus hijos más jóvenes ya salieron del hogar, poniéndolas en mayor grado de vulnerabilidad, aún cuando los amigos y parientes ya no están cerca. Esta información evidencia una clara diferenciación de condiciones entre hombres y mujeres, en desventaja para estas últimas. Cuando analizamos otros aspectos que son referentes a las fuentes de ingreso y comprobamos que éstas son las que menos ingreso tienen por jubilación, debido a que no trabajaban o si lo hacían no estuvieron afiliadas.
- Otro aspecto sobresaliente es la diferenciación en las fuentes de ingreso, cuando se trata de la ubicación geográfica. Si bien en todas las regiones los adultos

mayores reciben ingresos por jubilación o en la forma de ayuda de familiares, aquellos que viven en el área rural de la Sierra y la Costa, en una proporción muy baja reciben pensión o jubilación y lo compensan con ingresos provenientes de parientes residentes en el país o fuera del país. Pero también surge como importante el aporte que reciben una proporción importante de adultos mayores por parte del gobierno, a través del bono de desarrollo humano, sobre todo en las áreas rurales de la Costa y la Sierra.

- Dos de cada diez de los adultos mayores consideran que sus ingresos no son suficientes, y obviamente, la mayoría de ellos se ubica en los índices de condiciones sociales malas e indigentes.
- La información demuestra que, por lo general, los adultos mayores reciben diferentes formas de apoyo a través de redes informales a nivel de la familia nuclear y extendida y por medio de la comunidad.
- Otro aspecto sobresaliente es el rol que juegan los adultos mayores al interior de las redes de apoyo, ya que simultáneamente son proveedores y receptores de apoyos materiales y afectivos.
- En particular es importante el papel de los adultos mayores en el cuidado de niños. Se observa que una proporción pequeña e importante de adultos mayores vive con sus nietos pero no con sus hijos, lo cual implica que están en ausencia de una generación, con la enorme responsabilidad de asegurar un crecimiento y desarrollo óptimo de estos pequeños.
- Si bien las redes sociales son imprescindibles en la vida de los adultos mayores, esta situación no implica que el Estado no debe asumir un mayor grado de responsabilidad en la generación de redes institucionales de apoyo, poniendo atención a aquellos grupos de población de adultos mayores de mayor vulnerabilidad, sea por su ubicación geográfica, por su edad, por su condición de género y por sus condiciones sociales.
- En este contexto, el Estado tiene la responsabilidad de generar condiciones y oportunidades para mejorar el nivel de bienestar en la vejez, porque si bien las redes informales constituyen las únicas fuentes de apoyo, no son sustitutas de las redes que son de responsabilidad del Estado. Es más, su responsabilidad no

solo es la de crear redes sino también de optimizar las redes informales y de vincularlas a las que el Estado cree.

- El compromiso del Estado es crear los espacios, las instancias y las condiciones para que los actuales adultos mayores puedan vivir en óptimas condiciones, y los adultos jóvenes puedan llegar a la madurez con independencia económica, buenas condiciones salud y acceso a servicios adecuados, que les permitan vivir

una vejez saludable y activa, con lo cual se disminuirán los costos personales, sociales y económicos de las incapacidades tempranas (CEPAL/CELADE, 2002). Pero este escenario no se podrá cumplir si no se cuenta con una estructura social que promueva, facilite y potencie las redes de apoyo e intercambio que existen informalmente en toda sociedad y que se expresa en forma de apoyos familiares y comunitarios (CEPAL/CELADE, 2002).

Bibliografía

- Guzman MJ, Huaenchuan S, y Montes de Oca V.(2002) Marco teórico conceptual sobre redes e apoyo social de personas mayores Capítulo 2. En Redes de Apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. CELADE. División de Población de la CEPAL.
- Khan R.I. Y Antonucci T. (1980) Convoys over the life course: attachment, roles and social support. Life-Span Development and behavior, Vol 3: 254-283. P.B. Baltes y O. Brim (eds). Boston Lexington
- Lomnitz (1994). Redes sociales, cultura y poder: ensayos e antropología latinoamericana. Editorial Miguel Angel de Porrua. Mexico
- United Nations (2005). Living Arrangements of older persons around the World. ST/ESA/SERA/240. United Nations Publication



El estudio de salud del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe realizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo.

Uno de cada tres adultos mayores presentan algún tipo de enfermedad crónica. Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión. Una alta proporción de adultos mayores, presentan trastornos visuales, trastornos auditivos así como alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor. Aproximadamente es 70% de todas las muertes de los adultos mayores causada por enfermedades crónicas (Kimberly and MacCLane, 2006)

A pesar que entre los adultos mayores hay una creciente frecuencia de problemas de invalidez, discapacidad por enfermedad crónica, aislamiento, pérdida de autonomía física, pérdida de la autonomía para la toma de decisiones (Kane, 2001), los sistemas de salud continúan centrados en curar enfermedades y no en “ayudar a pacientes con problemas de salud y enfermedades que no se curarán”.

El objetivo principal de la atención sanitaria es mejorar la calidad de vida del adulto mayor, que significa mantener la independencia, entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás y mantener la autonomía, entendida como la capacidad de tomar decisiones por sí solos y afrontar las consecuencias, de acuerdo a preferencias propias y requerimientos del entorno: prolongar la vida libre de discapacidad o funcionalmente sana (OMS, 2002).

Por lo tanto, los programas de salud orientados a la población adulta mayor deben dirigirse a mantener, prevenir y rehabilitar la pérdida de la independencia y autonomía mediante el control y prevención de aquellas patologías, especialmente asociadas con dependencia física como son las enfermedades cerebrovasculares del sistema respiratorio, aparato locomotor y de salud mental (Serrano, 1998).

En el presente capítulo se describirá el estado general de salud de la población de 60 o más años de edad. Los datos serán presentados con desglose por sexo, edad, índice socio-económico y área geográfica del país. Los aspectos de salud que serán analizados son: deterioro cognitivo, autopercepción de la salud, salud mental, diagnósticos autoreportados y medidos de hipertensión arterial, autoreportados de diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, osteoporosis, artrosis, examen de mamas, papanicolaou, exámen de próstata, síntomas de infección de vías urinarias bajas, incontinen-

cia urinaria, caídas, pérdida de la visión, pérdida de la audición, pérdida de piezas dentales, consumo de medicamentos y automedicación.

6.1. Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.

Varios estudios demuestran el peso de la edad, el nivel de instrucción, la condición socio económica, cultura, presencia de síntomas afectivos y comorbilidad en la prevalencia de deterioro cognitivo. Si bien, muchas de las funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud, la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas, tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas. Además de la disminución de la función cognitiva propia del envejecimiento y patologías como la enfermedad de Alzheimer, un gran número de procesos frecuentes en el anciano (infecciones, procesos degenerativos, neoplásicos, enfermedades sistémicas, toma de fármacos, etc.) también pueden alterar tales funciones de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica (Ashman 1999, Iraizoz, 1999, Russell, 2003).

Todas estas condiciones dan lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término «deterioro cognitivo», que se trata de un término que si bien no especifica la función o funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente, debe ser considerado como una situación que revela la existencia de un problema cuyo diagnóstico debe establecerse con prontitud para adoptar las medidas terapéuticas oportunas.

En el cuadro 6.1. se observa que la prevalencia del deterioro cognitivo se incrementa

CUADRO 6.1. Adultos mayores con deterioro cognitivo según grupos de edad (con N ponderado)

Deterioro Cognitivo	Edad (años)			Total %
	60 a 64 %	65 a 74 %	75 o más %	
Si	8.8	17.0	35.7	20.3
No	91.2	83	64.3	79.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 6.2. Deterioro cognitivo por subregión

Tiene deterioro cognitivo	Subregión						Total %
	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	
Mujer	21.3	44.1	18.2	27.5	23.7	20.3	25.7
Hombre	13.3	27.1	13.2	19.0	8.1	13.7	16.3
Total	17.9	36.1	15.9	22.6	16.2	17.6	21.3

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

conforme se incrementa la edad; así, en el grupo de 60 a 64 años la prevalencia de deterioro cognitivo fue del 8.8%, mientras que en el grupo de 75 y más fue de más de cuatro veces mayor. Existe deterioro cognitivo en personas de 60 años o más en más de dos de cada diez casos.

El cuadro 6.2. presenta la presencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores, por subregión. En este cuadro se observa que la mayor prevalencia de deterioro cognitivo se presenta en la Sierra rural, seguido de la Costa rural. Cuando se observa esta información desglosada por sexo, se ve que la presencia de deterioro cognitivo es mayor en las mujeres en todas las subregiones, y en Quito y Guayaquil.

En el cuadro 6.3. se presenta la prevalencia de deterioro cognitivo por índice de condiciones sociales. Se observa que la prevalencia del deterioro cognitivo fue más de 10 veces mayor en los indigentes, en comparación con el grupo de muy buenas condiciones sociales. Por otro lado, en todos los índices de condiciones sociales, las mujeres presentaron mayores prevalencias de deterioro cognitivo.

En el cuadro 6.4. se presenta datos sobre el deterioro cognitivo según nivel de educación y sexo. En este cuadro se observa que la prevalencia del deterioro cognitivo por nivel de educación fue más de diez veces más alto en el grupo de sujetos sin ningún nivel de instrucción en comparación con el grupo con alguna

CUADRO 6.3. Deterioro cognitivo por sexo e índice de condiciones sociales

Sexo	Deterioro Cognitivo	Índice de condiciones sociales					Total %
		Muy Buena %	Buena %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	
Mujer	Algún tipo	4.1	21.0	21.7	28.5	43.9	25.8
Hombre	Algún tipo	3.3	8.0	12.7	22.1	35.6	16.2
Ambos sexos	Algún tipo	3.6	13.5	17.9	24.9	40.5	21.3

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 6.4. Deterioro cognitivo según nivel de educación y sexo

Nivel de educación	Mujer	Hombre	Ambos Sexos
	Algún tipo de deterioro %	Algún tipo de deterioro %	Algún tipo de deterioro %
Ninguno	43.3	25.6	36.6
Primaria incompleta	23.7	17.2	20.6
Primaria completa o secundaria incompleta	5.4	5.9	5.7
Secundaria completa	8.9	4.6	7.0
Alguna edu. Superior	2.3	1.9	2.1
Total	15.6	10.8	13.2

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

educación superior. Adicionalmente, independientemente del nivel de educación, como se observó en los cuadros anteriores, el deterioro cognitivo fue más prevalente entre las mujeres que entre los hombres. En el grupo sin ninguna instrucción fue mucho mayor la desventaja de las mujeres en comparación con los hombres en la prevalencia de deterioro cognitivo.

6.2. Autopercepción de la salud

En muchos estudios, se ha establecido que la autopercepción es un indicador bastante sensible del estado de salud. En los siguientes cuadros se presenta información referente a la autopercepción que los adultos mayores tienen sobre su estado de salud.

En el cuadro 6.5. se reporta la autopercepción del estado de salud del adulto ma-

yor por sexo y grupos de edad. Se observa que las prevalencias de la autopercepción de buen estado de salud son más positivas en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. Como es de esperar, conforme el incremento de edad en ambos sexos, la prevalencia de autopercepción de buena salud disminuye. En términos de las categorías de autopercepción de salud, la categoría regular es la más alta en todos los grupos de edad y por sexo.

En el cuadro 6.6. presenta la autopercepción de salud por índice de condiciones sociales. Se observa un patrón muy marcado en el sentido que las personas en condiciones buenas o muy buenas perciben su salud en términos más positivos que las personas que viven en condiciones malas o indigentes.

En el cuadro 6.7. reporta la autopercepción del estado de salud por nivel de educa-

CUADRO 6.5. Prevalencia de autopercepción de la salud por sexo y grupos de edad

Sexo	Autopercepción Salud	Edad (años)			Total %
		60 a 64 %	65 a 74 %	75 o más %	
Mujer	Buena	25.5	21.1	20.9	22.1
	Regular	53.9	55.2	54.3	54.6
	Mala	20.6	23.7	24.7	23.2
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombre	Buena	34.7	31.6	24.4	30.0
	Regular	53.4	50.1	52.3	51.7
	Mala	11.9	18.3	23.3	18.3
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Ambos sexos	Buena	29.9	25.9	22.6	25.8
	Regular	53.7	52.9	53.4	53.3
	Mala	16.4	21.2	24.0	20.9
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 6.6. Autopercepción de la salud por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Autopercepción salud			Total %
	Buena %	Regular %	Mala %	
Muy Buenas	63.5	30.4	6.1	100.0
Buenas	33.2	52.0	14.8	100.0
Regulares	22.1	58.1	19.8	100.0
Malas	15.3	58.0	26.7	100.0
Indigentes	15.3	53.1	31.6	100.0
Total	25.7	53.2	21.1	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 6.7. Autopercepción de la salud según nivel de educación

Nivel de educación	Autopercepción salud			Total %
	Buena %	Regular %	Mala %	
Ninguno	21.1	61.5	17.4	100.0
Primaria incompleta	18.1	57.8	24.1	100.0
Primaria completa o secundaria incompleta	31.5	53.6	14.9	100.0
Secundaria completa	54.2	37.9	7.9	100.0
Alguna edu. Superior	72.3	24.1	3.6	100.0
Total	28.9	52.8	18.3	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 6.8. Autopercepción del estado de salud actual respecto a 1 año atrás

Autopercepción salud	Mejor %	Igual %	Peor %	Total %
Buenas	14.8	72.3	12.9	100.0
Regular	14.1	45.7	40.2	100.0
Mala	9.4	24.7	65.9	100.0
Total	13.3	48.1	38.6	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

ción. Se observa un patrón similar a lo reportado arriba, ya que las personas con los más altos niveles de educación perciben su salud como mejor que las personas con menos (o ninguna) educación formal.

En el cuadro 6.8. se presenta información sobre la autopercepción de salud en el momento de la encuesta, en comparación con un año atrás. Se observa que, en general, mientras más positiva la autopercepción de salud actual, mejor es la percepción de cambio en el tiempo. Es decir, las personas que perciben que su salud en el momento de la encuesta es buena tienden a ver que es igual o mejor que antes, mientras las personas que perciben que su salud actual es mala creen que es aún peor que antes. Las personas que juzgan su estado de salud actual como regular tienden a percibir su salud actual como igual o peor que antes en proporciones similares.

6.3. Salud Mental

La salud mental es un aspecto del cuadro general de salud de las personas mayores que es frecuentemente ignorado, a pesar de que a nivel mundial, los trastornos mentales

son la segunda fuente más importante del peso de enfermedad. Entre la población de mayores de edad, esta categoría es particularmente significativa porque la tendencia de aumento en la expectativa se traduce en incrementos en problemas mentales asociados con la edad avanzada.

En el cuadro 6.9. se observa que uno de cada ocho adultos mayores en la encuesta padece de trastornos nerviosos y/o enfermedades psiquiátricas. A nivel de la población ecuatoriana, este hallazgo significa que 119.247 adultos mayores sufren de estos trastornos.

CUADRO 6.9. Prevalencia de trastornos nerviosos y/o enfermedades psiquiátricas

Presencia	Porcentaje %
Si	12.5
No	87.5
Total	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

El cuadro 6.10. presenta la prevalencia de depresión por índice de condición social. Globalmente, la prevalencia de depresión en ambos sexos fue casi el 40%, pero hay di-

CUADRO 6.10. Prevalencia de depresión por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Prevalencia %
Muy Buenas	11.9
Buenas	28.2
Regulares	40.7
Malas	45.7
Indigentes	54.0
Total	39.7

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

ferencias marcadas dentro de la población de adultos mayores. Se observa que la prevalencia de depresión aumenta conforme se empeora el índice de condiciones sociales, de modo que en el las personas que viven condiciones sociales muy buenas, la prevalencia de una depresión fue del menos de 12%, mientras que más de la mitad de las personas en el grupo de indigentes sufren de depresión.

En el cuadro 6.11. se observa la prevalencia de depresión por sexo y por grupos de edad. Se establece que la prevalencia de depresión es mayor conforme se incrementa la edad en ambos sexos. Adicionalmente, la prevalencia de depresión, en todos los grupos de edad es francamente superior en mujeres que en hombres.

Otra forma de entender el fenómeno de depresión en el adulto mayor es por el gra-

do de depresión que siente. El cuadro 6.12. demuestra que la prevalencia de depresión percibida aumenta con la edad, especialmente en el grupo de personas que tienen 75 años o más. Este fenómeno se observa en ambos sexos, pero las mujeres siempre presentan niveles superiores que las de los hombres en todos los estratos de edad. Es particularmente alarmante que el 3.4% de los adultos mayores percibe que padece de depresión severa.

6.4. Enfermedades crónicas

Dentro del marco de la transición epidemiológica, la prevalencia de enfermedades crónicas es particularmente importante en la población de adultos mayores. En el cuadro 6.13. se presentan datos sobre hipertensión, diabetes y cáncer reportado por los adultos mayores, y desglosado por sexo y edad. De este cuadro se desprende que las mujeres en comparación con los hombres reportaron, en todos los grupos de edad, prevalencias superiores de hipertensión, diabetes y cáncer. También se observa que las prevalencias de estas condiciones se incrementan conforme se incrementa la edad.

En el gráfico 6.1. se observa que las prevalencias (auto-reportadas) de hipertensión, diabetes y condiciones cardiovasculares y cerebrovasculares no se relacionan muy fuertemente con la condición social. Pero llama la atención que la hipertensión es reportada en

CUADRO 6.11. Prevalencia de depresión por sexo y grupos de edad

Grupos de edad	Sexo	Prevalencia
60 a 64	Mujer	41.0
	Hombre	26.7
	Total	34.2
65 a 74	Mujer	44.8
	Total	37.7
75 o más	Mujer	47.3
	Hombre	41.9
	Total	44.7
Todos	Mujer	44.6
	Hombre	32.8
	Total	39.1

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 6.12. Grado de depresión, por sexo y grupos de edad

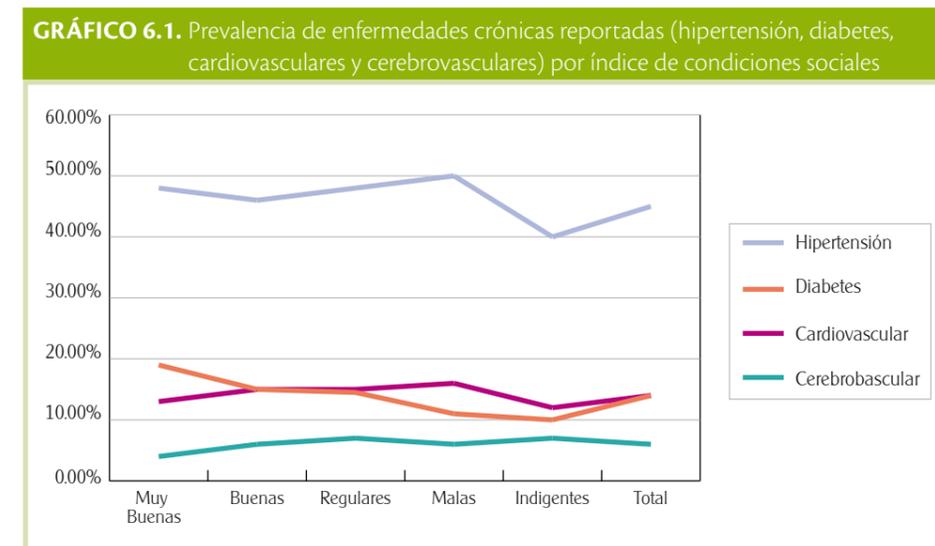
Grupos de edad/años	Grado de depresión	Mujer %	Hombre %	Total %
60 a 64	Normal	59.0	73.3	65.8
	Leve / Moderada	37.7	25.6	32.0
	Severo	3.3	1.1	2.2
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74	Normal	55.2	70.7	62.3
	Leve / Moderada	41.0	28.1	35.1
	Severo	3.8	1.1	2.5
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	Normal	52.8	58.2	55.3
	Leve / Moderada	41.4	36.6	39.1
	Severo	5.8	5.2	5.5
	Total	100.0	100.0	100.0
Todos	Normal	55.4	67.2	60.9
	Leve / Moderada	40.3	30.3	35.6
	Severo	4.3	2.5	3.4
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 6.13. Prevalencia de enfermedades crónicas específicas (hipertensión, diabetes, cáncer) por grupos de edad y sexo

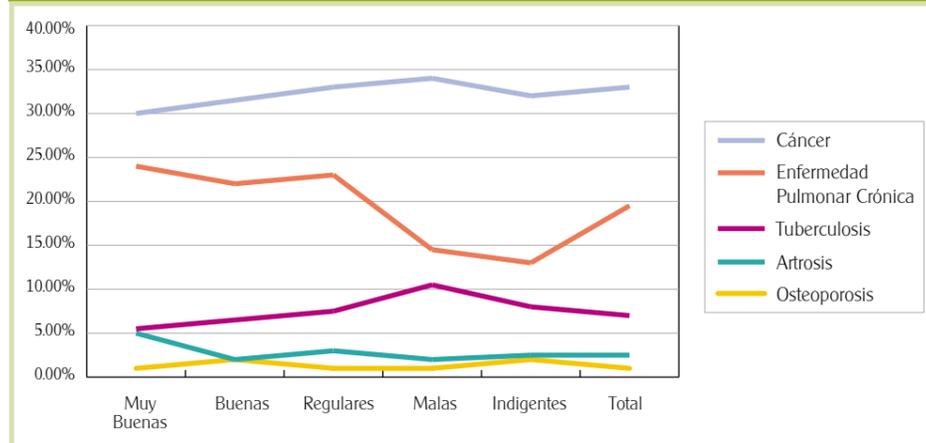
Edad (años)	Hipertensión			Diabetes			Cáncer		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
60 a 64	48.9	35.2	42.4	17.5	11.7	14.8	2.5	1.2	1.9
65 a 74	54.5	36.4	46.2	14.4	13.1	13.8	4.4	2.4	3.5
75 o más	55.8	40.3	48.5	14.4	7.9	11.4	2.5	2.5	2.5
Todos	53.5	37.4	46.0	15.2	11.0	13.3	3.3	2.1	2.7

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

GRÁFICO 6.2. Prevalencia de enfermedades crónicas por índice de condiciones sociales



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

mayor proporción que las otras enfermedades. Esto no significa necesariamente que es la enfermedad con mayor prevalencia, sino más bien el hecho de que al acudir a un servicio de salud, rutinariamente se toma la presión arterial y el paciente siempre escucha si la presión está bien o mal.

En el gráfico 6.2. se observa que las prevalencias (auto-reportada) de artrosis son las más altas con relación a las otras enfermedades, seguido de la osteoporosis. Las otras patologías más bien presentan prevalencias bajas.

El cuadro 6.14. demuestra que tanto en mujeres como en hombres, hay mayor pre-

valencia auto-reportada de enfermedades pulmonares crónicas y cardíacas conforme se incrementa la edad. Sin embargo, se esperaría una tendencia similar con la prevalencia de tuberculosis, pero más bien se observa una tendencia opuesta, es decir, que conforme se incrementa la edad la prevalencia de tuberculosis fue decreciendo.

En el cuadro 6.15. se observa que no hay una relación clara entre la prevalencia de enfermedad cerebrovascular, artrosis y osteoporosis, y sexo o edad. Sin embargo, sería de esperar una tendencia creciente, conforme se incrementa la edad. Es necesario tomar en cuenta que el diagnóstico de estas enferme-

CUADRO 6.16. Prevalencia de enfermedades crónicas específicas por índice de condiciones sociales

Diagnóstico autoreportado	Índice de condiciones sociales					Total %
	Muy Buena %	Buena %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	
Hipertensión	47.0	45.4	47.0	51.0	42.0	46.0
Diabetes	18.8	13.9	13.6	10.6	10.4	13.2
Cáncer	4.9	2.0	2.9	2.0	2.3	2.8
Enf. Pulmonar crónico	5.4	7.2	7.7	10.6	8.9	8.0
Tuberculosis	1.1	2.0	1.0	0.9	1.6	1.2
Cardiovascular	13.0	13.8	14.1	14.4	11.5	13.4
Cerebrovascular	3.8	5.9	6.8	5.7	7.1	6.3
Artrosis	30.3	31.2	33.0	34.0	32.4	32.5
Osteoporosis	23.4	22.3	22.7	14.8	13.8	19.9

dades fue establecido por autoreporte, lo que podría distorsionar su validez porque puede depender mucho del nivel de educación y del nivel de acceso a los sistemas de salud.

En el cuadro 6.16. se presentan las prevalencias de enfermedades crónicas auto reportadas por índice de condiciones sociales. Se observa que el patrón de prevalencia de hipertensión arterial es irregular en relación con el índice de condiciones sociales.

Con respecto a la diabetes se observa un patrón claro pues las tasas son más bajas entre grupos de condiciones socioeconómicas malas e indigentes. Esta diferencia puede ser debido a brechas en la detección de esta enfermedad asintomática. Por otro lado, el patrón de prevalencia de cáncer en los

Se observa que no hay una relación clara entre la prevalencia de enfermedad cerebrovascular, artrosis y osteoporosis, y sexo o edad. Sin embargo, sería de esperar una tendencia creciente, conforme se incrementa la edad.

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

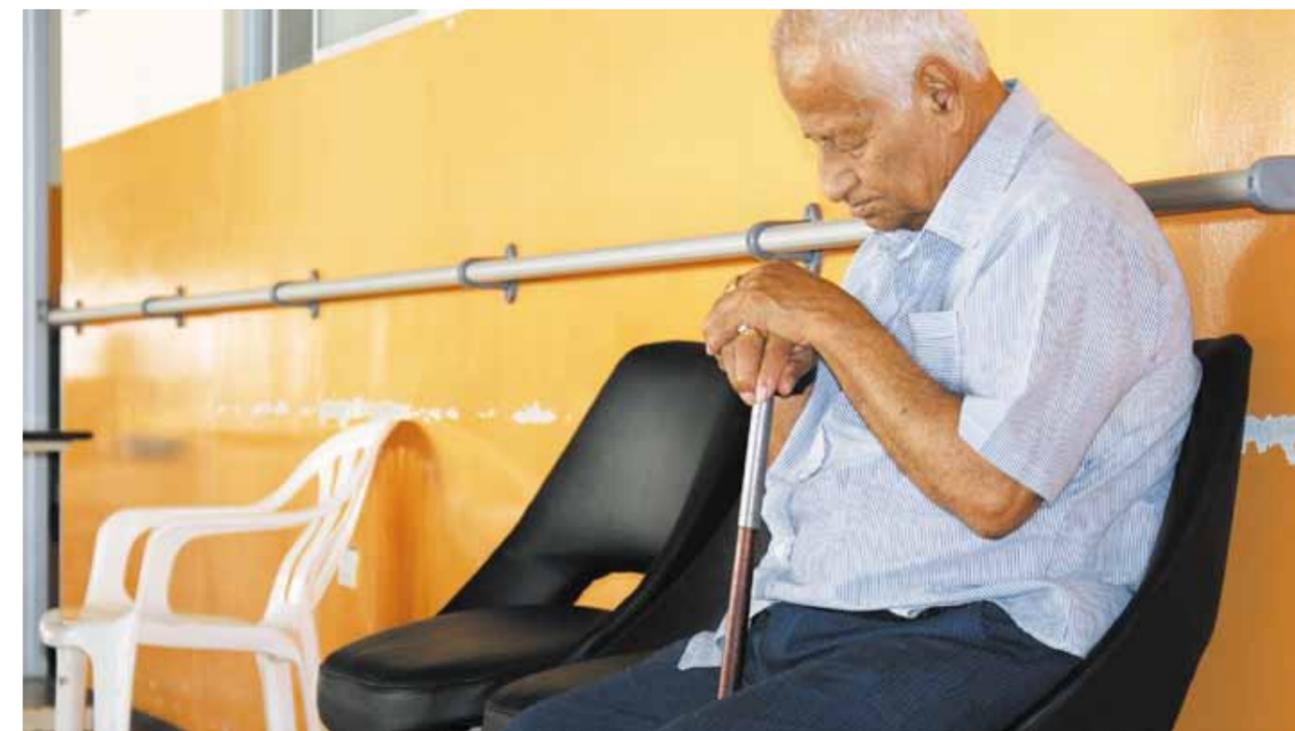
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.14. Prevalencia de enfermedad pulmonar crónica, tuberculosis y enfermedad cardíaca por edad y sexo

Edad (años)	Enfermedad pulmonar crónica			Tuberculosis			Enfermedad cardíaca		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
60 a 64	7.5	4.8	6.3	1.9	0.7	1.4	12.1	7.6	10.0
65 a 74	10.2	5.1	7.9	1.3	1.8	1.5	16.3	10	13.4
75 o más	10.8	8	9.5	0.8	0.8	0.8	17.8	14.4	16.2
Todos	9.7	6	8	1.3	1.2	1.2	15.7	10.8	13.4

CUADRO 6.15. Prevalencia de enfermedad cerebrovascular, artrosis y osteoporosis por edad y sexo

Edad (años)	Cerebrovascular			Artrosis			Osteoporosis		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
60 a 64	6.8	5.1	6.0	39.3	17.2	28.9	30.3	7.7	19.6
65 a 74	6.2	4.2	5.3	46.3	19.6	34.1	33.1	6.6	20.9
75 o más	8.1	7.4	7.8	42.1	21.9	32.6	28.5	9.8	19.7
Todos	7.0	5.5	6.3	43.2	19.7	32.3	30.9	7.9	20.2



diferentes grupos de condiciones sociales es irregular, aunque el grupo con la prevalencia más alto es el grupo de muy buenas condiciones, sugiriendo también que este grupo tuvo acceso a mejores servicios de detección. Se observa que la prevalencia de enfermedad pulmonar crónica aumenta conforme se empeora el índice de condiciones sociales, de tal manera que la prevalencia es menor en adultos mayores con el índice socioeconómico más alto. La prevalencia de tuberculosis presenta un patrón irregular e inesperado, ya que se sabe que la tuberculosis pulmonar normalmente se correlaciona inversamente con las condiciones sociales. Con respecto a la enfermedad cardiovascular se encontró una relación inversa entre prevalencia e índice de condiciones sociales, excepto en los indigentes que fue el grupo donde se observó la menor prevalencia. La prevalencia de enfermedad cerebrovascular tiene la misma relación, siendo las personas en el grupo de indigentes los que reportan en mayor proporción.

En cuanto a la artrosis presenta una relación inversa entre prevalencia y el índice socioeconómico, aunque esta tendencia es poco pronunciada. Finalmente, la osteoporosis fue reportada en mayor grado por personas en los grupos con condiciones muy buenas y en menor grado en los grupos en condiciones malas e indigentes.

En el cuadro 6.17. se observa la prevalencia auto-reportada de enfermedades crónicas por región. De este cuadro se desprende que se reportan casos de hipertensión arterial

más en la Costa urbana y en Guayaquil y menos en la Sierra rural y Quito. Asimismo, se reportan diabetes más en la Costa urbana y en Guayaquil y menos en la Sierra rural y Quito. Los casos de cáncer fueron reportadas más en las ciudades de Guayaquil y en Quito y menos en la Costa urbana y en la Costa rural. En cuanto a la enfermedad pulmonar crónica, se la reporta más en la Sierra rural y Sierra urbana y menos en Quito y en la Costa rural. Los casos de tuberculosis son reportados más en en Guayaquil y en la Costa urbana y menos en Quito y en la Sierra urbana. Las enfermedades cardiovasculares fueron reportadas más en Guayaquil y en la Costa urbana y menos en la Sierra rural y en Quito. En relación a la artrosis, las mayores prevalencias están reportadas más en la Sierra urbana y en la Sierra rural y menos en Quito. Finalmente, la osteoporosis fue identificada más en Quito y Guayaquil, y menos en la Sierra rural y en la Costa rural.

En el cuadro 6.18. se presenta dos indicadores de la prevalencia de hipertensión arterial: autoreportada y medida en el momento de la entrevista, y luego de la interrogación. Se observa, en primer lugar, que medida por ambos métodos, la prevalencia de hipertensión arterial fue alta (42,7% por medición directa y 46,0% por auto reporte). Este hallazgo es extremadamente importante porque la HTA es generalmente más conocida por los adultos mayores que en la población en general, ya que es práctica normal medir la hipertensión cada vez que una persona mayor acude a un servicio de salud. Por lo

CUADRO 6.18. Prevalencia de Hipertensión arterial (HTA) medida vs reportada

Sexo	HTA media %	HTA reportada %
Mujeres	44.5	53.5
Hombres	40.4	37.4
Total	42.7	46.0

que, como se verá más adelante, hay una alta concordancia entre la HTA medida la reportada. Sin embargo, el hecho que el valor medido es inferior al auto-reportado merece más investigación.

De este cuadro también se desprende que las prevalencias de HTA por medición directa y por auto reporte son más altas en mujeres que en los hombres, aunque la diferencia entre hombres y mujeres por medición directa es mucho menos que la medición por auto reporte.

En el cuadro 6.19. presenta las prevalencias de presión arterial autoreportada por sexo y por edad. Se observa una tendencia hacia mayores prevalencias de presión alta (pre-hipertensión y estados 1 y 2) conforme se incrementa en ambos sexos. En el estrato de 60 a 64 años de edad las prevalencias de hipertensión grado 1 y grado 2 fueron similares en hombres y mujeres, sin embargo, en los dos grupos subsiguientes de edad, las prevalencias de hipertensión grado 1 y grado 2 fueron mayores en mujeres que en hombres. Estas cifras son alarmantes, si consideramos que la hipertensión es un enorme factor de riesgo de otras patologías que son debilitantes y que aún puede causar la muerte.

El cuadro 6.20. detalla la prevalencia medida de presión arterial por índice de condiciones sociales. En este cuadro se aprecia que prevalencia de presión arterial normal en mujeres que pertenecían al grupo socioeconómico muy bueno fue menor o igual, que la prevalencia combinada de todos los

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 6.17. Prevalencia de enfermedades crónicas específicas por regiones

Diagnóstico Autoreportado	Regiones						
	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
Hipertensión	49.5	32.9	52.9	45.8	42.3	52.4	46.0
Diabetes	13.7	7.7	18.1	10.4	10.0	17.9	13.2
Cáncer	2.9	2.3	1.9	1.9	3.0	5.1	2.8
Enf. Pulmonar crónico	8.7	9.9	7.7	6.7	5.2	7.9	7.9
Tuberculosis	0.6	1.6	1.8	0.9	0.3	1.9	1.3
Cardiovascular	12.3	9.2	14.6	12.9	11.9	19.8	13.4
Cerebrovasculares	6.2	3.7	8.8	7.0	4.4	7.3	6.3
Artrosis	36.4	34.0	30.4	30.4	28.6	33.6	32.4
Osteoporosis	19.7	12.1	20.8	12.4	27.1	29.0	19.9

CUADRO 6.19. Prevalencia de los diferentes niveles de presión arterial por sexo y edad

Edad	Presión	Mujer	Hombre	Total
60 a 64 años	Normal	24.3	21.1	22.8
	Pre-hipertensión	39.6	42.1	40.8
	Presión alta Estado 1	23.2	23.9	23.5
	Presión alta Estado 2	12.9	12.8	12.9
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74 años	Normal	18.2	20.1	19.0
	Pre-hipertensión	38.0	41.4	39.6
	Presión alta Estado 1	26.7	23.9	25.4
	Presión alta Estado 2	17.1	14.7	16.0
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	Normal	16.6	14.8	15.7
	Pre-hipertensión	32.4	39.4	35.7
	Presión alta Estado 1	31.5	27.8	29.8
	Presión alta Estado 2	19.4	18.0	18.7
	Total	100.0	100.0	100.0
Todos	Normal	19.1	18.7	18.9
	Pre-hipertensión	36.4	40.8	38.4
	Presión alta Estado 1	27.5	25.1	26.4
	Presión alta Estado 2	17.0	15.3	16.3
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

estratos socioeconómicos en todos los estratos de edad; sin embargo, en el grupo de 75 años o más se torna más marcada esta diferencia a favor de este grupo. Entre los hombres con un índice socioeconómico muy bueno, en los grupos de de edad de 60 a 64 y 65 a 74 años), la prevalencia de presión arterial normal fue más baja que la prevalencia combinada de todos los estratos socioeconómicos. Pero, en el grupo de 75 años o más esta tendencia se revirtió, ya que al-

canzaron la prevalencia más alta de presión arterial normal en comparación al resto de estratos con índices socioeconómicos menos favorables.

6.5. Examen de mama, papanicolao y próstata

El acceso y uso de exámenes oportunos de detección de cáncer son uno de los com-

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

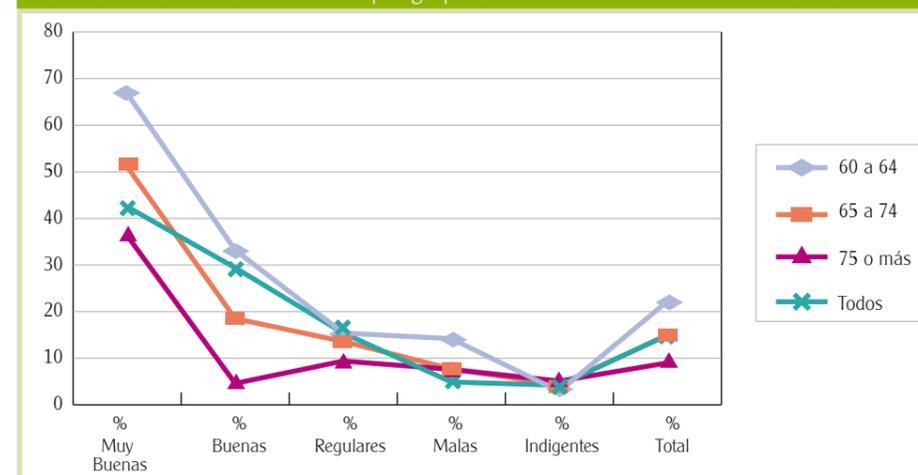
CUADRO 6.20. Prevalencia calculada de los diferentes niveles de presión arterial por índice socioeconómico, sexo y edad

Sexo	Edad	Presión	Muy Buenas	Buenas	Regulares	Malas	Indigentes	Total
Mujer	60 a 64 años	Normal	34.4	14.4	22.5	28.3	23.9	24.3
		Pre-HTA	42.0	48.8	40.5	40.1	30.7	39.6
		HTA 1	14.6	19.3	23.5	27.1	29.9	23.2
		HTA 2	9.0	17.4	13.5	4.4	15.5	12.9
		Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	65 a 74 años	Normal	18.2	11.0	18.6	16.4	20.0	18.2
		Pre-HTA	54.2	48.8	37.1	30.1	33.5	38.0
		HTA 1	20.4	30.2	26.5	30.3	27.0	26.7
		HTA 2	7.2	10.0	17.7	23.2	19.5	17.1
		Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	75 o más	Normal	24.2	14.1	15.7	14.3	18.4	16.6
		Pre-HTA	40.2	38.0	31.4	31.7	29.6	32.4
		HTA 1	28.0	33.5	29.2	31.2	35.4	31.5
		HTA 2	7.7	14.4	23.6	22.8	16.6	19.4
		Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombre	60 a 64 años	Normal	9.0	22.5	21.8	26.4	31.5	21.1
		Pre-HTA	43.6	53.8	40.3	38.8	35.6	42.1
		HTA 1	31.8	15.7	25.6	23.7	11.7	23.9
		HTA 2	15.6	8.0	12.3	11.1	21.2	12.8
		Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	65 a 74 años	Normal	19.1	15.6	19.2	23.6	23.6	20.1
		Pre-HTA	50.8	37.3	43.7	38.5	36.2	41.4
		HTA 1	26.4	35.1	21.8	16.9	21.5	23.9
		HTA 2	3.7	12.0	15.4	21.0	18.7	14.7
		Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	75 o más	Normal	22.7	9.5	14.0	14.0	16.0	14.8
		Pre-HTA	51.1	46.8	40.6	29.6	34.5	39.4
		HTA 1	18.7	28.2	27.1	39.2	26.8	27.8
		HTA 2	7.4	15.6	18.4	17.1	22.7	18.0
		Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

CUADRO 6.21. Examen de mamas por grupos de edad e índice de condiciones socioeconómicas

Grupos de edad (años)	Muy Buenas %	Buenas %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	Total %
60 a 64 años	66.8	33.2	15.4	14.2	2.9	22.2
65 a 74 años	42.5	29.4	15.4	4.9	4.2	15
75 o más	36.3	4.6	9.4	7.6	5.1	9.0
Todos	51.1	18.5	13.6	7.7	4.3	14.9

GRÁFICO 6.3. Examen de mamas por grupos de edad e índice de condiciones sociales



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

ponentes más importantes de la salud del adulto mayor a nivel individual y público. En el siguiente cuadro y gráfico se observan las prevalencias de exámenes de mama por edad e índice de condiciones sociales.

En el cuadro 6.21. y gráfico 6.3, se observa que la mayor frecuencia de realización de exámenes de mamas ocurre en el grupo de mujeres que viven en muy buenas condiciones socioeconómicas, una tendencia consistente a través de todos los grupos de edad. Adicionalmente, se observa que conforme disminuye el índice de condiciones socioeconómicas, también disminuye la proporción de adultas mayores que realizan el examen de mamas. Finalmente, se observa

que conforme se incrementa la edad, también disminuye la frecuencia de realización de exámenes de mama. Esto ocurre en todos los niveles socioeconómicos.

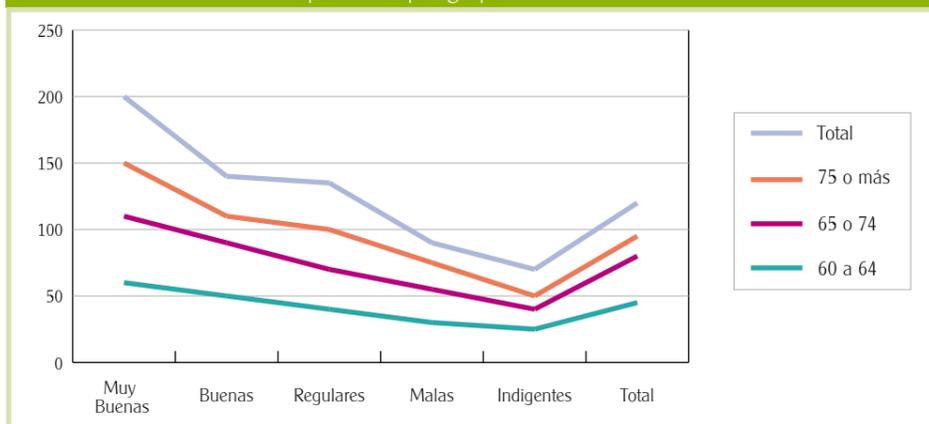
En el cuadro 6.22. y gráfico 6.4 se observan que la mayor frecuencia de realización del examen Papanicolaou por índice de condiciones sociales, también ocurre en el grupo de mujeres que viven en muy buenas condiciones socioeconómicas, situación que es consistente a través de todos los grupos de edad. Adicionalmente, se observa que conforme disminuye el índice de condiciones socioeconómicas, también disminuye la proporción de adultas mayores que realizan el examen Papanicolaou. Finalmente, conforme

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 6.22. Examen de Papanicolao por grupos de edad e Índice de condiciones sociales

Edad (años)	Muy Buena %	Buena %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	Total %
60 a 64 años	63.2	48.0	43.6	35.4	22.9	42.9
65 a 74 años	48.8	45.7	36.2	23.4	20.0	32.6
75 o más	35.8	15.1	21.5	13.8	7.6	17.1
Todos	52.0	31.3	32.9	23.1	15.5	29.2

GRÁFICO 6.4. Examen de Papanicolau por grupos de edad e índice de condiciones sociales



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

se incrementa la edad, disminuye la frecuencia de realización de Papanicolaou en todos los niveles socioeconómicos.

El cuadro 6.23. presenta la proporción de adultos mayores que se hicieron el examen de próstata por índice de condiciones sociales. En primer lugar, se nota que con la excepción de hombres entre 60 y 74 años en la categoría de muy buenas condiciones,

la proporción de hombres que se someten a este examen es muy baja. El grupo de edad mayor proporción que ha realizado el examen de próstata fue de 65 a 74 años.

En el cuadro 6.24. se observa la proporción de adultos mayores que se hicieron el examen de próstata, por etnicidad. Este cuadro establece que los grupos étnicos que presentaron las mayores prevalencias de

CUADRO 6.23. Examen de la próstata por edad e índice de condiciones sociales

Edad años	Índice	Si %	No %	Total %
60 a 64	Muy Buenas	56.7	43.3	100.0
	Buenas	35.2	64.8	100.0
	Regulares	21.1	78.9	100.0
	Malas	11.1	88.9	100.0
	Indigentes	0.0	100.0	100.0
	Total	25.9	74.1	100.0
65 a 74	Muy Buenas	65.4	34.6	100.0
	Buenas	43.0	57.0	100.0
	Regulares	20.2	79.8	100.0
	Malas	27.4	72.6	100.0
	Indigentes	10.3	89.7	100.0
	Total	28.8	71.0	100.0
75 o más	Muy Buenas	38.0	62.0	100.0
	Buenas	38.3	61.7	100.0
	Regulares	19.8	80.2	100.0
	Malas	19.1	80.9	100.0
	Indigentes	15.5	84.5	100.0
	Total	23.0	77.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 6.24. Examen de la próstata por etnicidad autodefinida

Etnicidad	%
Indígena	15.8
Negro (afroecuatoriano)	30.9
Mestizo	29.0
Mulato	15.7
Blanco	25.4
Total	26.7

realización de examen de próstata fueron los negros afro ecuatorianos y los mestizos. Por otro lado los grupos étnicos que presentaron las menores prevalencias fueron los mulatos y los indígenas.

6.6. Sintomatología urinaria

En los siguientes tres cuadros se presentan datos sobre las prevalencias de sintomatología

urinaria, por edad y sexo y la relación entre sintomatología urinaria y examen de próstata.

El cuadro 6.25. muestra que algunos síntomas urinarios se incrementaron en su prevalencia conforme se fue incrementando la edad; por ejemplo en el caso de “tener que orinar más de tres veces en la noche”. La tendencia opuesta, es decir, que su frecuencia disminuyó conforme se incrementó la edad se presentó con “el chorro débil a pesar de que tiene ganas de orinar”. Finalmente, el indicador “orina con frecuencia” presenta mayor prevalencia en el grupo de 65 a 74.

En el cuadro 6.26. se observa dos tendencias de incontinencia urinaria por sexo y por grupos de edad. Una proporción más alta de mujeres reporta este problema que los hombres, situación que se mantuvo en todos los estratos de edad. Además, tanto en mujeres como en hombres la prevalencia de incontinencia urinaria demuestra un incremento, conforme aumenta la edad.

En el cuadro 6.27. se presenta la relación entre sintomatología urinaria baja y examen

CUADRO 6.25. Presencia de sintomatología urinaria baja por grupos de edad

Reportaron tener	Edad (años)			
	60 a 64 %	65 a 74 %	75 o más %	Total %
Orina con frecuencia	12.2	13.8	7.9	11.3
El chorro es débil a pesar de que tiene ganas de orinar	24.9	18.8	13.8	18.3
Tiene que orinar mas de tres veces en la noche	62.9	67.4	78.3	70.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 6.26. Incontinencia urinaria por sexo y grupos de edad

Edad (años)	Mujeres Si %	Hombres Si %	Total Hombres y Mujeres Si %
60 a 64 años	29.2	13.4	21.7
65 a 74 años	28.9	16.2	23.1
75 o más	32.1	23.3	27.9
Todos	30.0	17.9	24.3

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 6.27. Relación entre sintomatología urinaria baja y examen de próstata

Síntomas	Si	No	Total
Orina con frecuencia	29.0	71.0	100.0
El chorro es débil a pesar de tener ganas de orinar	29.2	70.8	100.0
Tiene que orinar tres o más veces en la noche	26.8	73.2	100.0
No tiene síntomas	25.4	74.6	100.0
Todos	30.0	70.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

de próstata. Se observa que quienes presentaron algún síntoma urinario en mayor proporción reportan haber tenido un examen de próstata. Por ejemplo, quienes orinaban con frecuencia presentaron una frecuencia de examen de próstata de un 29%, mientras que entre quienes no presentaron ninguna sintomatología, el 25.4% fue realizado un examen de próstata.

6.7. Caídas

Un problema importante de salud del adulto mayor, que muchas veces no se toma en cuenta, es la alta probabilidad de haber sufrido lesiones por haber caído.

En el cuadro 6.28. se observa que la proporción de personas que sufrieron una caída durante el último año, (tanto en hombres como en mujeres) aumenta conforme se incrementó la edad. Por otro lado, la incidencia de caídas es menor en hombres que en mujeres en los tres grupos de edad.

En el cuadro 6.29. se presenta el número promedio de caídas por grupos de edad y por sexo. De este cuadro se desprende que el promedio de caídas aumenta conforme se incrementó la edad. Adicionalmente se observa también que antes de los 75 años las mujeres presentan un promedio algo mayor, pero muy similar de caídas que los hombres. Sin embargo, a partir de los 75 años, los hombres reportan un mayor número promedio de caídas que las mujeres.

6.8. Pérdidas sensoriales

Con la vejez se espera la pérdida paulatina de capacidades sensoriales. En el cuadro 6.30. se presenta la prevalencia de ceguera en los adultos mayores por sexo y por edad. Se observa que la prevalencia de ceguera es superior en mujeres que en hombres en el grupo de 60 a 64 años. En el estrato de 65 a 74 años, las prevalencias son iguales en ambos sexos (0.3%), pero en el estrato de

CUADRO 6.28. Caídas en el último año por sexo y grupos de edad

Edad (años)	Mujeres Si %	Hombres Si %	Total Hombres y Mujeres Si %
60 a 64 años	37.1	24.6	31.2
65 a 74 años	46.3	29.8	38.7
75 o más	44.4	36.4	40.6
Todos	43.3	30.6	37.4

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.29. Promedio de caídas en el último año por sexo y grupos de edad

Edad/años	Sexo	Promedio
60 a 64	Mujer	2.7
	Hombre	2.7
	Total	2.7
65 a 74	Mujer	2.9
	Hombre	2.7
	Total	2.8
75 o más	Mujer	3.0
	Hombre	3.4
	Total	3.1
Total	Mujer	2.8
	Hombre	3.0
	Total	2.9

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.30. Ceguera en los adultos mayores por sexo y grupos de edad

Edad (años)	Mujeres Si %	Hombres Si %	Total Hombres y Mujeres Si %
60 a 64 años	0.2	0.1	0.1
65 a 74 años	0.3	0.3	0.3
75 o más	1.1	3.5	2.2
Todos	0.5	1.3	0.9

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

75 o más años la prevalencia de ceguera se incrementó de manera importante, aunque este incremento fue más marcado en hombres que en mujeres.

En el cuadro 6.31. se presenta la prevalencia de ceguera por condiciones sociales. Se observa que la prevalencia de ceguera es más alta en los grupos más bajos de condiciones sociales. Así, el grupo con condiciones sociales muy buenas presentó una prevalencia del 0.3%, la cual se fue incrementando en los estratos subsiguientes, hasta alcanzar una prevalencia del 2.0% en el grupo de los indigentes

CUADRO 6.31. Prevalencia de ceguera por índice de condiciones sociales

Índice	Ciego
Muy Buenas	0.3
Buenas	0.4
Regulares	0.6
Malas	0.8
Indigentes	2.0
Total	0.9

En el cuadro 6.32. se observa la calidad de visión de cerca con o sin lentes, por grupo de edad. La proporción de personas con una excelente o muy buena calidad de la visión de cerca va disminuyendo conforme se incrementa la edad. De igual manera, la probabilidad de contar con una mala visión cercana se incrementó con el aumento de la edad.

En el cuadro 6.33. se presenta la calidad de la visión de cerca con o sin lentes por subregión. Se observa que la proporción de personas mayores que reportan tener una mala visión cercana es mucho más alta en Guayaquil que en el resto del país.

En el cuadro 6.34. se observa que la proporción de personas de una mala visión lejana también incrementa con la edad: la cifra para los de 75 años o más siendo tres veces el valor de las personas de 60 a 64 años.

En el cuadro 6.35. se presenta la calidad de la visión de lejos con o sin lentes por subregión. Se observa que la prevalencia de una mala calidad de visión lejana alcanzó sus máximos niveles en Quito y en Guayaquil, mientras las proporciones son más bajas en la Sierra rural y en la Costa urbana, hasta alcanzar el 5% en los adultos mayores de 75 años y más.

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.32. Calidad de visión de cerca con o sin lentes, por grupo de edad

Calidad de visión cerca	60 a 64 años %	65 a 74 años %	75 o más %	Total %
Excelente	10.0	9.5	7.2	9.1
Muy Buena	22.5	16.4	15.4	18.1
Buena	53.8	58.9	47.6	54.3
Regular	13.2	14.4	24.7	16.7
Mala	0.5	0.8	5.0	1.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.33. Calidad de visión de cerca con o sin lentes por subregión

Calidad de visión cerca	Excelente %	Muy buena %	Buena %	Regular %	Mala %	Total %
Sierra urbana	10.2	20.5	55.9	12.3	1.2	100.0
Sierra rural	8.1	14.6	61.9	14.6	0.8	100.0
Costa urbana	5.9	15.8	56.1	21.1	1.1	100.0
Costa rural	5.1	12.2	66.0	15.8	0.9	100.0
Quito	10.8	23.9	53.6	11.4	0.3	100.0
Guayaquil	11.8	17.1	42.1	23.1	5.9	100.0
Total	9.0	18.0	54.3	16.9	1.9	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 6.34. Calidad de visión de lejos con o sin lentes, por grupo de edad

Calidad visión lejos	60 a 64 años %	65 a 74 años %	75 o más %	Total %
Excelente	7.1	6.8	5.1	6.4
Muy Buena	21.1	21.4	9.9	17.8
Buena	50.4	50.3	47.5	49.5
Regular	18.3	17.6	28.2	21.0
Mala	3.1	3.9	9.3	5.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 6.35. Calidad de visión de lejos con o sin lentes por subregión

Calidad de visión cerca	Excelente %	Muy buena %	Buena %	Regular %	Mala %	Total %
Sierra urbana	5.5	21.8	51.4	16.8	4.6	100.0
Sierra rural	3.4	16.4	57.6	19.9	2.8	100.0
Costa urbana	5.7	11.7	49.7	29.4	3.5	100.0
Costa rural	3.8	9.3	59.4	21.7	5.8	100.0
Quito	9.9	26.3	48.3	8.2	7.3	100.0
Guayaquil	6.4	18.4	43.5	25.2	6.4	100.0
Total	6.3	17.7	49.3	21.4	5.4	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

En el cuadro 6.36. se presenta la relación entre el uso y necesidad de lentes de visión cerca. No sorprende observar que hay mayor probabilidad de uso de lentes entre personas con visión mala o regular. Sin embargo, se nota que casi cuatro de cada diez adultos mayores con visión regular y mala no utilizan lentes a pesar de requerirlos.

En el cuadro 6.37. se observa la relación entre el uso y necesidad de lentes de visión de lejos. De este cuadro se desprende que, de igual manera que con la visión cercana, casi cuatro de cada diez adultos mayores con visión lejana regular y mala no utilizan lentes a pesar de requerirlos.

En el cuadro 6.38. se observa la relación entre uso y necesidad de uso de lentes para visión cerca y lejos por índice de condiciones sociales. Este cuadro muestra que en todos los grupos socioeconómicos, hay mayores prevalencias de uso y necesidad de lentes de cerca en relación a uso y necesidad de lentes de lejos. Así, globalmente las prevalencias de uso y necesidad de lentes de cerca versus la de lejos fueron 42.9% y 24.3%, respectivamente. Adicionalmente, tanto en necesidad y uso de lentes de cerca como en necesidad y uso de lentes de lejos, las prevalencias son substancialmente menores en los grupos de más bajas de condiciones sociales.

CUADRO 6.36. Relación entre uso y necesidad de uso de lentes visión cerca

Calidad visión cerca sin lentes	Si %	No %	Total %
Excelente	0.4	1.8	1.2
Muy Buena	2.0	6.9	4.7
Buena	15.1	38.0	27.8
Regular	44.0	36.0	39.6
Mala	38.4	17.3	26.7
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 6.37. Relación entre uso y necesidad de uso de lentes visión lejos

Calidad visión lejos sin lentes	Si %	No %	Total %
Excelente	0.2	2.8	2.1
Muy Buena	1.6	8.7	6.9
Buena	19.1	36.6	32.2
Regular	42.5	32.6	35.1
Mala	36.6	19.4	23.7
Total	100	100	100

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 6.38. Relación entre uso y necesidad de uso de lentes para visión cerca y lejos por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Necesita y usa lentes cerca %	Necesita y usa lentes lejos %
Muy Buenas	69.8	42.3
Buenas	61.8	31.5
Regulares	45.9	27.0
Malas	31.8	18.2
Indigentes	20.0	9.8
Total	42.9	24.3

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 6.39. Calidad de la audición por grupos de edad

Calidad audición	60 a 64 años %	65 a 74 años %	75 o más %	Total %
Excelente	6.6	4.9	3.4	4.9
Muy buena/Buena	67.0	60.9	44.4	57.0
Regular	24.0	28.0	37.3	30.0
Mala	2.1	5.5	14.0	7.5
Sordo	0.4	0.6	0.9	0.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

El cuadro 6.39. presenta información sobre la calidad de la audición por grupos de edad. No sorprende observar que la calidad de la audición es inferior en los grupos de

edad más avanzada. Así, por ejemplo, la prevalencia de sordera fue de 0.4% en el grupo de 60 a 64 años, mientras que se incrementó a 0.9% en el grupo de 75 años o más.

En el cuadro 6.40. se observa que las mayores prevalencias de sordera se localizaron en Quito y en la Sierra rural, con 1.5% y 1.2%, respectivamente. Por otro lado, las menores prevalencias de sordera se localizaron en la Costa urbana y en la Costa rural con 0.2% y 0.4%, respectivamente.

El cuadro 6.41. presenta información sobre la pérdida de piezas dentales parcial o total del adulto mayor por grupos de edad.

Se observa que la proporción de personas con este problema es mayor en las personas de edad más avanzada. Por ejemplo, uno de cada cinco personas entre 60 y 64 años reporta la pérdida de todas las piezas dentales, mientras más de la mitad de las personas en el grupo de 75 años o más tiene este problema.

El cuadro 6.42. analiza la pérdida de piezas dentales parcial y total por región. Se

CUADRO 6.40. Calidad de la audición del adulto mayor por subregión

Región	Calidad audición					Total %
	Excelente %	Muy buena/buena %	Regular %	Mala %	Sordo %	
Sierra urbana	4.5	58.6	29.3	7.0	0.5	100.0
Sierra rural	4.2	46.2	33.6	14.8	1.2	100.0
Costa urbana	3.1	59.2	30.9	6.5	0.2	100.0
Costa rural	2.8	58.7	31.9	6.1	0.4	100.0
Quito	6.4	62.3	26.1	3.7	1.5	100.0
Guayaquil	8.1	59.5	26.2	5.4	0.9	100.0
Total	4.8	56.9	29.9	7.7	0.8	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.41. Pérdida de piezas dentales parcial o total por grupos de edad

Pérdida dientes	Edad (años)			Total %
	60 a 64 %	65 a 74 %	75 o más %	
Ningún	2.2	1.5	0.1	1.2
1-3	17.3	12.3	5.1	11.2
4-16	23.1	16.4	9.1	15.7
17-31	36.5	33.7	32.5	34.1
Todos	20.9	36.1	53.1	37.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.42. Pérdida de piezas dentales parcial o total por región

Región	Pérdida dientes					Total %
	Ningún %	1-3 %	4-16 %	17-31 %	Todos %	
Sierra urbana	1.9	9.8	11.0	23.5	53.9	100.0
Sierra rural	0.7	8.2	9.1	29.5	52.4	100.0
Costa urbana	1.0	10.8	17.8	41.2	29.1	100.0
Costa rural	0.9	12.4	18.8	37.6	30.3	100.0
Quito	2.2	15.6	17.4	27.4	37.3	100.0
Guayaquil	1.1	11.6	21.3	43.4	22.6	100.0
Total	1.3	11.1	15.5	33.9	38.3	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

observa que en la Sierra urbana y la Sierra rural, más de la mitad de las personas ha perdido piezas dentales, mientras que en Guayaquil y la Costa urbana, las proporciones son mucho más bajas (22.6% y 29.1%, respectivamente).

6.9. Consumo de medicamentos

El tema del acceso y uso de medicamentos es particularmente sensible cuando se refiere a la población de adultos mayores. Existen varias barreras a su uso oportuno y correcto, incluyendo costo, dificultades logís-

ticas y el manejo correcto de la información sobre el uso.

En el cuadro 6.43. se puede apreciar la cantidad de medicamentos consumida por adultos mayores por día, según grupos de edad y sexo. Se observa que, globalmente, así como también en todos los estratos de edad, las mujeres consumen en promedio un número mayor de medicamentos. Se concluye que, en general, la gran mayoría de personas en este grupo consumen medicamentos en forma regular.

Esta información se confirma con los datos presentados en el cuadro 6.44. que demuestra que el consumo promedio de

CUADRO 6.43. Cantidad de medicamentos por día, según grupos de edad, sexo

Grupos de edad Años	Número de medicamentos que toma	Mujer %	Hombre %	Total %
60 a 64	Cero	16.8	26.8	21.6
	De 1 a 2	32.3	33.9	33.1
	3 o más	50.9	39.2	45.4
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74	Cero	14.5	25.0	19.3
	De 1 a 2	27.0	33.4	29.9
	3 o más	58.6	41.6	50.8
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	Cero	12.6	17.5	14.9
	De 1 a 2	26.5	36.0	31.0
	3 o más	60.9	46.5	54.1
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.44. Consumo promedio de medicamentos por día, según grupos de edad, sexo

Edad/años	Sexo	Promedio	Des. Est.
60 a 64	Mujer	3.8	2.6
	Hombre	3.3	2.5
	Total	3.6	2.6
65 a 74	Mujer	4.2	2.7
	Hombre	3.4	2.5
	Total	3.9	2.6
75 o más	Mujer	4.3	3.2
	Hombre	3.6	2.6
	Total	4.0	3.0
Total	Mujer	4.2	2.8
	Hombre	3.5	2.6
	Total	3.8	2.7

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 6.45. Cantidad de medicamentos por día, por índice de condiciones sociales

Número de medicamentos que toma	Muy buenas %	Buenas %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	Total %
Cero	11.9	11.5	18.9	21.1	25.3	19.0
De 1 a 2	29.8	33.3	29.5	31.7	33.0	31.0
3 o más	58.3	55.3	51.6	47.2	41.7	50.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

medicamentos es mayor en las mujeres que en los hombres, tanto globalmente, como por los tres grupos de edad. Adicionalmente, también se observa una tendencia hacia un incremento del consumo promedio de medicamentos conforme se incrementaba con la edad, tanto en hombres como mujeres.

El cuadro 6.45. presenta el consumo promedio de medicamentos por día, por índice de condiciones sociales. Se observa que, en general, que la frecuencia y cantidad de consumo de medicamentos es mayor en los niveles socioeconómicos más altos.

El cuadro 6.46. presenta la prevalencia de automedicación por índice de condiciones sociales. Se observa que la prevalencia automedicación en general fue muy baja, posiblemente porque la pregunta se refiere a los medicamentos tradicionales. Sin embargo, el grupo con el índice socioeconómico más alto fue el que menos se auto-medicó (0.2%), mientras que el grupo de los indigentes fue el que más se auto-medicó (0.4%).

CUADRO 6.46. Prevalencia automedicación por índice de condiciones sociales

Índice socioeconómico	Prevalencia de automedicación
Muy Buenas	0.2
Buenas	0.3
Regulares	0.3
Malas	0.3
Indigentes	0.4
Total	0.3

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

En el cuadro 6.47 se presenta la proporción de automedicación por subregión. Se observa que la Sierra rural y urbana fueron las regiones del país con la mayor prevalencia de automedicación.

CUADRO 6.47. Automedicación por subregión

Subregión	Prevalencia de Automedicación %
Sierra urbana	0.3
Sierra rural	0.5
Costa urbana	0.2
Costa rural	0.2
Quito	0.2
Guayaquil	0.2
Total	0.3

En el cuadro 6.48. se observa que las prevalencias de automedicación fueron superiores en los estratos con los más bajos niveles de instrucción, aunque conforme los datos presentados anteriormente, las proporciones son bajas.

CUADRO 6.48. Automedicación del adulto mayor por nivel de educación

Nivel de instrucción	Proporción de automedicación
Ninguno	0.4
Primaria incompleta	0.3
Primaria completa o secundaria incompleta	0.2
Secundaria completa	0.2
Alguna edu. Superior	0.2
Total	0.3

6.10. Comentarios

De los resultados presentados en este capítulo, queda en evidencia que el nivel de salud de las personas mayores de 60 años

del Ecuador, en términos generales, no son buenas, y que en muchos de los parámetros evaluados, y sobre todo en los grupos con los índices socioeconómicos más bajos, en las personas de mayor edad y en las mujeres, el nivel de salud es muy precario.

Primero, se ha mostrado que el deterioro cognitivo es un problema muy importante, especialmente en las mujeres. Algunos grupos específicos son más afectados: el grupo de 75 años y más, y las personas que vive en condiciones de indigencia.

Para poner esta información en contexto, en el presente estudio, la prevalencia poblacional total de deterioro cognitivo, fue del 20,3%, mayor que el 12,0% reportado por Ramírez (2007) en adultos mayores; que los resultados encontrados por SABE en las capitales (8,5% SABE-Cuba; 8,0% SABE-México); y que el reportado por Cruz (2008), en adultos mayores residentes en Monterrey que fue del 10,8%. Es importante tener en cuenta que SABE-Ec se realizó en áreas urbanas y rurales, e incluyó comunidades indígenas, lo que podría explicar, al menos en parte, la mayor prevalencia de deterioro cognitivo encontrado en el Ecuador

El autoreporte de salud general (ASG) en los adultos mayores es un indicador que se asocia significativamente con mortalidad y estado de salud de la población (Wong, 2006). Una percepción positiva de salud fue más frecuente en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. Además, conforme se incrementa la edad en ambos sexos, la prevalencia de una buena percepción de salud disminuye, así como también es menor en personas que viven en malas condiciones sociales y que tienen los niveles más bajos de educación. La prevalencia de una percepción de salud solamente regular fue en todos los grupos de edad la más alta (superior al 50%). Estos resultados son similares a los del informe sobre la salud del anciano en México (Gutiérrez, 2004).

El problema de la salud mental no ha sido reconocido en todo su plenitud, a pesar de que la prevalencia de trastornos nerviosos y/o enfermedades psiquiátricas fue del 12,5%, cifra idéntica al 12,5% reportado por Zarragoitia, pero menor que el reporte de la OMS que lo estima en un 25% (Zarragoitia, 2003).

La depresión está asociada con un importante aumento del peso de enfermedad, medido por DALY--Disability-Adjusted Life



El nivel de salud de las personas mayores de 60 años del Ecuador, en términos generales, no son buenas.

Years, siendo la segunda causa más importante de discapacidad proyectado por el año 2020 en el mundo (Gil, 2004). La prevalencia de depresión encontrada en personas mayores varía entre el 6% y el 20%, (García, 2009; López 2000), aunque la prevalencia observada en el presente estudio llega a casi el 40%. Aquí también existen diferencias marcadas entre grupos. La prevalencia de depresión fue casi 12% en el grupo de adultos mayores que viven en condiciones sociales muy buenas, mientras que en el grupo de indigentes fue más de la mitad. La prevalencia también aumentó con la edad y es más alta en las mujeres, incluyendo la prevalencia de depresión severa. Estos resultados son similares a datos establecidos por la OMS en 1996 y al estudio de Urbina (2007) que reportó una asociación significativa entre depresión y mayor edad (Menchón 2001), riesgo social, comorbilidad, deterioro cognitivo y discapa-

cidad. Adicionalmente, la asociación entre sexo femenino y depresión ha sido reportada en otros estudios (García, 2001; Fernández, 2006).

La teoría de la transición epidemiológica establece que actualmente las personas con enfermedad viven más tiempo. Sin embargo, el precio de este "continuar existiendo" es la incapacidad progresiva y la dependencia cada vez más aguda. La mala salud, la sensación de cansancio vital y el progresivo aislamiento en los grupos sociales, señalan la frontera entre ser mayor y ser anciano. Esta es una muestra más, de los efectos del desarrollo social, donde vivir más no siempre equivale a vivir mejor (Guijarro, 1999). Las prevalencias por medición directa de la presión arterial, como aquellas por auto reporte fueron mayores en mujeres que en los hombres. Adicionalmente, se observa que por ambos métodos la prevalencia de hipertensión arterial es alta, afectando más de cuatro de cada diez adultos mayores.

Se ha reportado que la hipertensión arterial es un proceso extraordinariamente prevalente en la población adulta mayor, y afecta por lo menos a uno de cada cuatro individuos (Ribera, 2009), y que puede llegar a afectar hasta un 64% en los mayores de 60 años, de acuerdo con el estudio NHANES III. La prevalencia de pre-hipertensión arterial encontrada en este estudio muestra una tendencia a una disminución conforme se incrementa la edad. Este patrón también es consistente en todos los estratos de edad y en ambos sexos. Finalmente, las prevalencias de hipertensión grado 1 y grado 2, también se fueron incrementando conforme se incrementa la edad.

Las mujeres en comparación con los hombres, en todos los grupos de edad, presentaron prevalencias superiores de hipertensión, diabetes y cáncer por auto reporte. De acuerdo al NHANES III, la prevalencia aproximada de diabetes en mayores de 60 años es del 25.0%, cifra que representa casi el doble de la encontrada en el presente estudio (13.2%). Es probable que la prevalencia real en el Ecuador sea mayor, porque el cálculo de la prevalencia de esta patología fue por auto reporte.

También se observó, en general, que las prevalencias de todas estas condiciones son más altas en personas de edad más avanzadas. Hubiera sido de esperar una tendencia similar con la prevalencia de tuberculosis,

pero más bien se observó una tendencia opuesta, es decir, que conforme se incrementó la edad la prevalencia de tuberculosis disminuyó. Es necesario tomar en cuenta que el diagnóstico de todas estas enfermedades fue establecido por auto reporte, lo que podría distorsionar su validez, ya que puede depender mucho del nivel de educación y del nivel de acceso a los sistemas de salud.

Uno de los problemas principales de salud pública en general y en la población de adultos mayores es, en particular, el acceso y uso de servicios de salud preventiva. En el Ecuador, hay mucha oportunidad de mejorar en este sentido, particularmente con respecto a exámenes para diferentes formas de cáncer. Aquí también existen brechas dramáticas a base de factores socioeconómicos. Es así que la mayor frecuencia de realización de exámenes de mamas y Papanicolaou ocurrió entre mujeres que viven en muy buenas condiciones socioeconómicas, situación que fue consistente a través de todos los grupos de edad. Pero entre mujeres en peores condiciones socioeconómicas, la frecuencia de realización de estos exámenes es mucho más baja. La frecuencia de realización del examen de próstata es muy baja, y aún más baja en personas de malas condiciones socioeconómicas y en la población indígena y rural.

Algunos síntomas urinarios como "tener que orinar más de tres veces en la noche" se incrementaron en su prevalencia conforme se fue incrementando la edad. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de incontinencia urinaria que los hombres, situación que se mantuvo en todos los estratos de edad. Tanto en mujeres como en hombres la prevalencia de incontinencia urinaria sufrió un incremento, conforme aumentó la edad. En el presente estudio, la prevalencia de incontinencia entre mujeres fue de 30%. Se ha reportado que la incontinencia urinaria ocurre entre el 17.0% al 55.0% de las adultas mayores que viven en la comunidad (Thom, 1998).

Las caídas son un marcador de fragilidad en los ancianos. Las fracturas de cadera que hasta hace unos años se consideraban que eran patológicas, en un 88% son debido a caídas, 8% a otros tipos de accidentes y solo un 3% corresponden a las denominadas patológicas. Las caídas son la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años, y constituyen el 75% de las muertes

accidentales en mayores de 75 años (SAGG, 2004). En el presente estudio, las caídas durante el último año, tanto en hombres como en mujeres, representaron un problema especialmente en las personas de más avanzada edad. Por otro lado, las caídas son menos comunes en hombres que en mujeres. En todos los grupos de edad, se nota, sin embargo, que a partir de los 75 años los hombres presentaron un mayor promedio de caídas que las mujeres.

La pérdida de los sentidos es otro problema grave en los adultos mayores, especialmente en los grupos más vulnerables. Así, la prevalencia de ceguera es mayor en las personas que viven en las peores condiciones sociales. Es un problema progresivo con la edad; por lo tanto, entre personas de 75 años o más años la prevalencia de ceguera es más alta aunque este incremento es más marcado en hombres que en mujeres. De igual manera, la calidad de la audición decrece conforme se incrementa la edad. Las prevalencias de pérdida de piezas dentales también se incrementa de manera importante conforme se incrementa la edad. Este hallazgo refleja la mala calidad de salud oral en la población y del riesgo que esto significa para el estado nutricional de la persona mayor.

Finalmente, el acceso y uso correcto de los medicamentos son claves para la salud

de los adultos mayores; en este contexto, es común el fenómeno de polifarmacia, la ingesta de tres o más medicamentos cada día (Delgado, 2009). El consumo de medicamentos es generalizada en esta población. En particular, en todos los estratos de edad las mujeres presentaron mayores prevalencias que los hombres de consumo de tres medicamentos o más cada día. Adicionalmente, también se observa una tendencia hacia un incremento del consumo promedio de medicamentos conforme se incrementa la edad. Este patrón de comportamiento ocurrió en ambos sexos. Sin embargo, no se debe interpretar esta información como un indicador de un acceso y uso adecuado o suficiente de medicamentos. Lo más probable es que dentro de la población de adultos mayores, el uso no es adecuado en el sentido de no acceder a los medicamentos requeridos o de usarlos en cantidades insuficientes por razones económicas.

Se puede concluir que, según estos datos, unos segmentos importantes de la población de adultos mayores en el Ecuador viven en condiciones de vulnerabilidad. Los más viejos, las mujeres en general, y la población rural son grupos de riesgo especial en este sentido, aún se toma en cuenta las fortalezas de las redes sociales analizadas en el capítulo anterior.

Referencias bibliográficas

- Alfonso J., Leon E Ma., Menendez J., Marín CM, Arcia N., Martínez L, 2005. Sabe Cuba. La Habana.
- Gutiérrez Miguel, La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. La situación demográfica de México, 2004.
- Kane. Lyons, W., et al Geriatric Medicine. Current Medical, Mc Graw-Hill, 2001
- Kimberly S. McClane PhD, RN. Screening Instruments for Use in a Complete Geriatric Assessment. Clin Nurse Spec. 2006;20(4):201-207. <http://www.medscape.com/viewarticle/542312> Tomado el 06-08-17
- Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ. Depresión en ancianos, en Curso de Formación Continuada en Geriátrica, 2001: 3:4.12
- OMS, "Envejecimiento activo: un marco político", en: Revista Española de Geriátrica y Gerontología, Agosto 2002
- Rebeca Wong. 2001. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM).
- Serrano Martines Manuel. Atención a la ancianidad: conceptos generales. ANALES Sis San Navarra 1998, Vol. 21, Suplemento 2 <http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos>. Tomado el 2006-08-18



CAPÍTULO

7

Estilos de vida y nutrición

El envejecimiento es un proceso normal que llega a todo ser vivo, y es de esperarse que este proceso sea saludable y libre de enfermedad y discapacidad, porque genera una menor dependencia tanto física como mental (menor deterioro cognitivo, afectivo y social), y un menor costo social.

Para alcanzar esta meta se han hecho varias recomendaciones en varios foros internacionales. La más reciente es la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud, en el 2009, y su aceptación por parte de los países miembros, del Plan de Acción Sobre la Salud de las Personas Mayores, incluyendo el envejecimiento activo y saludable, para lo cual se centró en cuatro áreas críticas: a) Salud de las personas mayores en las políticas públicas; b) Idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados con el envejecimiento de la población; c) Capacitación de los recursos humanos necesarios para afrontar este reto; y, d) Creación de capacidad destinada a generar la información necesaria para ejecutar y evaluar las acciones que mejoren la salud de la población mayor (OPS, 2009).

Resultado de la aceptación de la propuesta de la OPS y de las recomendaciones de los distintos foros internacionales, está evidente el establecimiento de varias recomendaciones encaminadas a mejorar y mantener una alimentación saludable, conjuntamente con una vida activa, como factores determinantes para bajar la probabilidad de padecer enfermedades e invalidez, y elevar la capacidad funcional física y cognitiva, así como la adopción, de otros componentes de los estilos de vida que contribuirán de igual forma a un envejecimiento saludable, como es la eliminación del consumo de tabaco y alcohol, entre otros. Por ello, es importante considerar factores contribuyentes como la hipertensión, y enfermedad cerebro vascular, cáncer, problemas músculo-esqueléticos, enfermedad pulmonar obstructiva, problemas degenerativos como la pérdida de la visión y audición, y problemas neuro-siquiátricos como la demencia y la depresión, porque si bien estas condiciones aparecen más frecuentemente con la edad, pueden prevenirse o retrasarse con la adopción de estilos de vida saludables. Estos estilos conducen a mantenerse sano y ser capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985).

Bajo este enfoque, en este capítulo se revisará el comportamiento de algunos factores de riesgo que se identificaron en la población de adultos mayores. Se hará un

análisis del consumo de cigarrillo, el consumo de alcohol, la inactividad y la actividad física, los patrones de las comidas, el consumo de líquidos, y la valoración nutricional con indicadores antropométricos. Los aspectos relacionados a la salud se presentan en el capítulo V.

7.1. Tabaco

El cigarrillo es uno de los importantes factores de riesgo de muchas enfermedades, incluyendo las cardiovasculares (ECV) y varias formas de cáncer.

En toda la población de adultos jóvenes y adultos mayores, la cesación del consumo puede tener un importante impacto positivo en la reducción de las ECV y coronarias. Si bien la disminución del riesgo aumenta mientras mayor es el tiempo de cesación, también se observa importantes impactos en períodos cortos. De acuerdo a la WHO (1988), el riesgo de ECV disminuye después de dos años de abstinencia, y al cabo de cinco años el riesgo es comparable a los que nunca fumaron.

La encuesta SABE I Ecuador encontró información en cuanto a las prácticas del consumo de cigarrillo que se presenta a continuación en los siguientes cuadros. El cuadro 7.1. describe el consumo de cigarrillo por sexo y por edad. De este cuadro se desprende que entre los adultos mayores

	Edad / Años	Promedio	Desvío Estandar
Mujer	60 a 64	4.4	± 4.8
	65 a 74	4.6	± 4.4
	75 o más	4.6	± 6.0
	Total	4.5	± 4.9
Hombre	60 a 64	6.7	± 8.9
	65 a 74	4.5	± 6.2
	75 o más	3.5	± 4.1
	Total	4.9	± 6.9
Total	60 a 64	6.3	± 8.4
	65 a 74	4.5	± 6.0
	75 o más	3.6	± 4.3
	Total	4.9	± 6.6

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

que fuman, en promedio, el número de cigarrillos que consumen está entre tres y seis cigarrillos por día, con un mayor consumo entre los hombres, con relación a las mujeres, y en los adultos mayores más jóvenes, si bien la variabilidad en ambos sexos es grande y similar.

En el cuadro 7.2. se puede observar el número promedio de cigarrillos que se consume por sexo y por edad, y por subregión entre los adultos mayores que fuman. De este cuadro se desprende que entre las mujeres, el promedio de consumo más alto se presenta en la Costa urbana, mientras que entre los hombres se presenta en Guayaquil. El menor consumo se da, tanto para hombres como para mujeres, en la Sierra rural, y un poco menor en las mujeres.

El cuadro 7.3 confirma esta información. Guayaquil y la Costa Urbana presentan el promedio más alto de consumo de cigarrillos. También llama la atención que entre los

adultos mayores más jóvenes, el consumo promedio de cigarrillos se da en Guayaquil, al alcanzar una cifra promedio de 13 cigarrillos por día.

En el cuadro 7.4 y gráfico 7.1. se presentan el promedio de cigarrillos que se consumen por día de acuerdo a la condición social. De este cuadro se desprende que aquellos adultos mayores que se ubican en la categoría de condiciones muy buenas, son los que, en promedio, consumen más cigarrillos, mientras que los que menos consumen son aquellos que se ubican en condiciones de indigencia. También en este cuadro se observa que aquellos adultos mayores que se ubican en el índice de condiciones regulares, presentan prácticamente los mismos valores del grupo de índice de condiciones sociales muy buena, pero con una variabilidad mucho mayor, lo cual nos indica que hay muchos adultos mayores que consumen más de 13 cigarrillos al día.

CUADRO 7.2. Promedio y desvío estándar de cigarrillos que se consume por día, por sexo y subregión entre los adultos mayores que fuman

Sexo	Subregión	Promedio	Desvío Estandar
Mujer	Sierra urbana	4.0	± 5.7
	Sierra rural	2.5	± 0.9
	Costa urbana	7.7	± 6.6
	Costa rural	2.9	± 3.8
	Quito	1.3	± 1.1
	Guayaquil	5.1	± 3.9
	Total	4.5	± 4.9
Hombre	Sierra urbana	4.1	± 4.6
	Sierra rural	3.0	± 3.4
	Costa urbana	4.8	± 4.4
	Costa rural	4.8	± 5.3
	Quito	5.3	± 8.7
	Guayaquil	9.1	± 12.0
	Total	4.9	± 6.8
Ambos sexos	Sierra urbana	4.1	± 4.7
	Sierra rural	3.0	± 3.3
	Costa urbana	5.2	± 4.9
	Costa rural	4.6	± 5.2
	Quito	4.6	± 8.1
	Guayaquil	8.0	± 10.5
	Total	4.9	± 6.6

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 7.3. Promedio cigarrillos por día por edad y subregión con desviación estandar

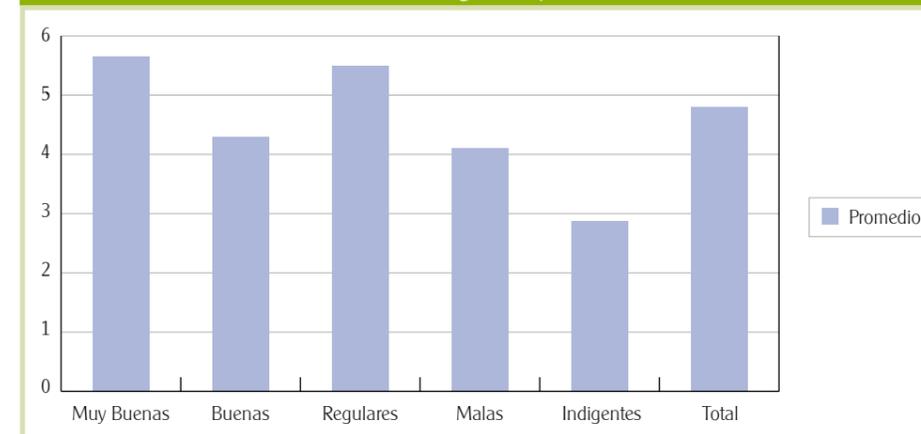
Edad/años	Subregión	Promedio	Desvío Estandar
60 a 64	Sierra urbana	4.8	± 5.6
	Sierra rural	3.7	± 4.0
	Costa urbana	5.9	± 4.3
	Costa rural	3.3	± 3.4
	Quito	4.3	± 3.7
	Guayaquil	13.0	± 14.7
	Total	6.3	± 8.4
65 a 74	Sierra urbana	4.0	± 4.9
	Sierra rural	2.8	± 2.8
	Costa urbana	4.3	± 4.0
	Costa rural	5.7	± 6.0
	Quito	6.3	± 12.3
	Guayaquil	5.2	± 4.9
	Total	4.5	± 6.0
75 o más	Sierra urbana	3.6	± 3.0
	Sierra rural	2.7	± 3.7
	Costa urbana	5.3	± 6.3
	Costa rural	3.6	± 4.6
	Quito	2.2	± 1.3
	Guayaquil	4.0	± 4.1
	Total	3.7	± 4.4
Ambos sexos	Sierra urbana	4.1	± 4.7
	Sierra rural	3.0	± 3.3
	Costa urbana	5.2	± 4.9
	Costa rural	4.6	± 5.2
	Quito	4.6	± 8.1
	Guayaquil	8.0	± 10.5
	Total	4.9	± 6.6

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.4. Promedio y desvío estandar de cigarrillos que fuma por día, por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Promedio	Desvío Estandar
Muy Buenas	5.7	± 5.7
Buenas	4.3	± 4.2
Regulares	5.6	± 8.2
Malas	4.2	± 4.9
Indigentes	3.0	± 2.9
Total	4.8	± 6.6

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

GRÁFICO 7.1. Promedio de consumo de cigarrillos por índice de condiciones sociales

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

El cuadro 7.5. presenta el consumo promedio de cigarrillos por sexo e índice de condiciones sociales. Este cuadro reafirma lo observado anteriormente en el sentido de que, independiente de la condición social, los hombres fuman más que las mujeres, y los adultos mayores se ubican en la categoría de indigentes fuman menos que las otras categorías.

Al preguntar si fuman actualmente, o si fumaban antes o nunca fumaron, y clasificar a los adultos mayores de acuerdo al índice de condiciones sociales (cuadro 7.6.), se encuentra que más del 50% indicó que nunca fumaron, excepto los de condiciones sociales muy buenas en donde el porcentaje es de menos del 50%. Cuando se consultó si fumaban antes, también reportaron proporciones

CUADRO 7.5. Promedio y desvío estándar de cigarrillos por día, por sexo e índice socioeconómico

Sexo	Índice de condiciones sociales	Promedio	Desvío Estandar
Mujer	Muy Buenas	2.7	± 6.3
	Buenas	6.6	± 6.0
	Regulares	4.4	± 4.7
	Malas	4.0	± 3.5
	Indigentes	4.6	± 3.0
	Total	4.5	± 4.9
	Hombre	Muy Buenas	6.0
Buenas		3.9	± 3.8
Regulares		5.8	± 8.6
Malas		4.3	± 5.2
Indigentes		2.9	± 2.8
Total		4.9	± 6.8
Ambos sexos		Muy Buenas	5.7
	Buenas	4.3	± 4.2
	Regulares	5.6	± 8.2
	Malas	4.2	± 4.9
	Indigentes	3.0	± 2.9
	Total	4.8	± 6.6

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.6. Consumo promedio actual de cigarrillos, que consumía antes pero ya no, o que nunca ha fumado, por condición socioeconómica

Índice de Condiciones Sociales	Fuma actualmente %	Antes fumaba, pero ya no %	Nunca ha fumado %	Total %
Muy Buenas	10.4	43.6	46.0	100.0
Buenas	11.0	34.9	54.1	100.0
Regulares	11.2	29.0	59.8	100.0
Malas	10.8	33.3	55.9	100.0
Indigentes	7.3	24.3	68.4	100.0
Total	10.1	30.6	59.3	100.0

CUADRO 7.7. Consumo promedio de cigarrillos que consumen actualmente, que consumía antes pero ya no, o que nunca ha fumado, por sexo y edad

Sexo	Edad	Fuma actualmente %	Antes fumaba, pero ya no %	Nunca ha fumado %	Total %
Mujer	60 a 64 años	4.0	13.5	82.5	100.0
	65 a 74 años	2.4	14.4	83.2	100.0
	75 o más	1.6	12.7	85.7	100.0
	Total	2.6	13.6	83.8	100.0
Hombre	60 a 64 años	22.2	49.7	28.2	100.0
	65 a 74 años	20.7	50.3	28.9	100.0
	75 o más	14.7	54.2	31.1	100.0
	Total	19.1	51.4	29.4	100.0
Ambos sexos	60 a 64 años	12.6	30.6	56.8	100.0
	65 a 74 años	10.8	30.9	58.3	100.0
	75 o más	7.8	32.2	60.0	100.0
	Total	10.3	31.2	58.5	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

que van entre el 24% y el 44%, determinándose que entre todos los índices, la mayor proporción de haber dejado de fumar está en el grupo de condiciones muy buenas. Esta información es relevante porque puede indicar que la promoción que se hace para dejar de fumar ha tenido algún impacto en este grupo social, debido a que la promoción de no fumar fue mejor recibida por este grupo. En cuanto a la categoría de si fuman actualmente, se observa que no más del 11% siguen fumando, siendo menor en el grupo de indigentes.

El cuadro 7.7. presenta la misma información sobre si fuman actualmente, antes fumaban pero ya no y nunca han fumado, de acuerdo a la edad y sexo. De este cuadro

se desprende que una proporción bastante más alta de las mujeres, con relación a los hombres, nunca fumaron, en todos los rangos de edad. Por el contrario, la proporción de hombres que fumaba antes y dejó de fumar es mayor que la proporción de mujeres. Finalmente, en cuanto al consumo actual de cigarrillos, la proporción de mujeres que lo hacen está muy por debajo de la de los hombres, pero en ambos casos los porcentajes no son tan altos como pudimos habernos imaginado.

Cuando el análisis de las mismas preguntas se hace por índice de condiciones sociales y sexo (cuadro 7.8.), se observa que las mujeres que más fuman son aquellas que se ubican en el índice de condiciones malas,

y las que menos fuman son aquellas que están en una situación de indigencia. En el caso de los hombres, excepto aquellos que se ubican en índice de regular, que son los que más fuman, el resto fuman en iguales proporciones.

El cuadro 7.9. se presenta información referente al tiempo que tienen los adultos mayores desde que empezaron a fumar a la edad en que los adultos mayores que fuman o fumaban empezaron a fumar, la edad en

que dejaron de fumar y hace cuánto tiempo dejaron de fumar, cuando dejaron de fumar y la edad en que dejaron de fumar. De este cuadro se desprende que entre los adultos mayores que fumaban o fuman, la edad promedio en la que iniciaron su práctica de fumar fue de alrededor 21 años. Se iniciaron en la práctica del consumo de cigarrillo, hace más o menos 50 años. Los que dejaron de fumar lo hicieron hace 20 años, cuando tenían una edad promedio de 51 años.

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 7.8. Consumo promedio de cigarrillos que consumen actualmente, que consumía antes pero ya no, o que nunca ha fumado, por sexo e Índice de condiciones sociales

Sexo	Índice de condiciones sociales	Fuma actualmente %	Antes fumaba, pero ya no %	Nunca ha fumado %	Total %
Mujer	Muy Buenas	2.6	26.0	71.4	100.0
	Buenas	2.9	8.4	88.6	100.0
	Regulares	3.1	14.4	82.6	100.0
	Malas	4.1	6.9	88.9	100.0
	Indigentes	0.9	10.3	88.8	100.0
	Total	2.5	13.2	84.3	100.0
Hombre	Muy Buenas	16.8	58.2	25.0	100.0
	Buenas	17.1	55.0	27.9	100.0
	Regulares	22.8	49.9	27.3	100.0
	Malas	16.1	54.1	29.8	100.0
	Indigentes	16.5	44.8	38.6	100.0
	Total	19.1	51.2	29.7	100.0
Ambos sexos	Muy Buenas	10.4	43.6	46.0	100.0
	Buenas	11.0	34.9	54.2	100.0
	Regulares	11.2	29.0	59.8	100.0
	Malas	10.8	33.3	55.9	100.0
	Indigentes	7.3	24.3	68.4	100.0
	Total	10.1	30.6	59.3	100.0

CUADRO 7.9. Promedio y desvío estándar del tiempo que empezó a fumar, de la edad en que empezó a fumar, de la edad en que dejó de fumar y de la edad en que dejó de fumar

Fuma	Hace cuantos años empezó a fumar	Edad en la que empezó a fumar	Hace cuantos años dejó de fumar	Edad en la que dejó de fumar
	Promedio y Desvío Estándar	Promedio y Desvío Estándar	Promedio y Desvío Estándar	Promedio y Desvío Estándar
Fuma actualmente	47.1 ± 12.1	21.6 ± 9.8	-	-
Antes fumaba, pero ya no	50.2 ± 12.0	20.9 ± 8.7	20.1 ± 14.9	51.4 ± 15.4
Total	49.4 ± 12.1	21.1 ± 9.0	20.1 ± 14.9	51.4 ± 15.4

7.2. Actividad física

Para muchos adultos que entran en la etapa de envejecimiento implica la pérdida de fuerza y del estado físico, pero esto no debe ser así. La fragilidad y la pérdida de la capacidad de funcionamiento físico, como es el caminar largas distancias, subir escaleras, llevar las compras de mercado, se produce en parte debido a la inactividad. La actividad física disminuye los riesgos de contraer diabetes, de tener presión y colesterol altos, y mejora la habilidad de funcionar y mantenerse independiente. Por ello, el invertir diariamente, una pequeña cantidad del tiempo en actividad física garantiza un mejor estado de salud (U.S. HHS, 1996).

Un estudio realizado en Estados Unidos (McGinnis and Foegen, 1993), estimó que el 14% de todas las muertes estaba vinculadas a la inactividad y la mala alimentación. También se ha demostrado que el ejercicio para fortalecer la masa muscular protege contra la disminución de la masa ósea en las mujeres pos-menopáusicas, y contra las caídas.

En base a toda la evidencia de los beneficios de la actividad física, en esta parte del reporte se presenta los resultados obtenidos de la información recolectada en SABE, sobre la actividad física que realizan los adultos mayores. Básicamente se preguntó sobre la práctica de actividad física rigurosa. En ese sentido, la información recolectada es bastan-

te limitada, pero nos da una aproximación a esta práctica en este segmento de población.

En el cuadro 7.10. se presenta la proporción de adultos que en el último año realizó actividad física rigurosa (deportes, trotar, bailar, deporte pesado), de acuerdo al sexo. De este cuadro se desprende, en primer lugar, que los hombres practicaron en mayor proporción que las mujeres, en los tres grupos de edad. Pero en ambos sexos, la proporción de adultos mayores que practica actividad física rigurosa baja con la edad. Otro aspecto sobresaliente es que los adultos mayores hombres casi la mitad de ellos, entre los menores de 75 años, practica actividad física rigurosa. Es importante indicar que si bien al hablar de actividad física rigurosa, no necesariamente se refiere a las tres categorías indicadas, pues en muchos casos, la actividad física rigurosa puede ser una actividad relacionada con el trabajo.

En el cuadro 7.11. se presenta la práctica de actividad física rigurosa por sexo y subregión en el último año. De este cuadro se desprende, en primer lugar, que en todas las subregiones los hombres hacen más actividad física rigurosa que las mujeres. Pero llama la atención que las mujeres de Quito presentan una proporción importante de alrededor del 40% que hacen este tipo de actividad. En cuanto a los hombres, la proporción más alta de actividad física se da en Quito. También Quito, en relación a todos los

CUADRO 7.10. Porcentaje de adultos mayores que hacen actividad física rigurosa (deportes, trotar, bailar, deporte pesado) en los últimos 12 meses, por sexo y edad

Sexo	Edad / años	Sí %	No %	Total %
Mujer	60 a 64 años	31.0	69.0	100.0
	65 a 74 años	24.8	75.2	100.0
	75 o más	14.6	85.4	100.0
	Total	23.1	76.9	100.0
Hombre	60 a 64 años	56.5	43.5	100.0
	65 a 74 años	46.0	54.0	100.0
	75 o más	25.2	74.8	100.0
	Total	41.8	58.2	100.0
Ambos sexos	60 a 64 años	43.1	56.9	100.0
	65 a 74 años	34.5	65.5	100.0
	75 o más	19.6	80.4	100.0
	Total	31.8	68.2	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimen-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.11. Por ciento de adultos mayores que realizan actividad física rigurosa (deportes, trotar, bailar, deporte pesado), por sexo y subregión, en el último año

Sexo	Subregión	Sí %	No %	Total %
Mujer	Sierra urbana	24.4	75.6	100.0
	Sierra rural	27.5	72.5	100.0
	Costa urbana	15.7	84.3	100.0
	Costa rural	13.4	86.6	100.0
	Quito	40.3	59.7	100.0
	Guayaquil	16.2	83.8	100.0
	Total	22.8	77.2	100.0
Hombre	Sierra urbana	34.1	65.9	100.0
	Sierra rural	46.1	53.9	100.0
	Costa urbana	35.0	65.0	100.0
	Costa rural	51.1	48.9	100.0
	Quito	56.4	43.6	100.0
	Guayaquil	30.7	69.3	100.0
	Total	41.8	58.2	100.0
Ambos sexos	Sierra urbana	28.5	71.5	100.0
	Sierra rural	35.9	64.1	100.0
	Costa urbana	24.8	75.2	100.0
	Costa rural	35.0	65.0	100.0
	Quito	47.7	52.3	100.0
	Guayaquil	22.2	77.8	100.0
	Total	31.5	68.5	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimen-
tate Ecuador
- MIES, 2010

adultos mayores, es la que presenta la mayor proporción de sujetos que practican actividad física rigurosa.

En el cuadro 7.12. se presenta el número y proporción de adultos mayores que realizan actividad física rigurosa en el último año, por edad y por subregión. Se notan las diferencias entre las subregiones urbanas y rurales y entre Quito y Guayaquil. Quito, en términos de distribución geográfica, presenta las prevalencias más altas seguido de la Sierra y Costa rural, para todos los adultos mayores. Cuando se analiza por rangos de edad, los adultos mayores más jóvenes de Quito vuelven a aparecer como el grupo que realiza más actividad física (61%), seguido de la Costa y Sierra rural. En el rango de edad de 65 a 74 años, en todas las regiones baja la proporción de adultos mayores que hacen actividad física, pero sigue siendo más alto en Quito (50%) y en la Sierra rural (41%). En el rango

de edad de 75 y más años, el cuadro muestra un decremento en la proporción de adultos mayores que hacen actividad física rigurosa, con relación a los otros grupos de edad.

Cuando el análisis de las prácticas de actividad física rigurosa se hace por índice de condiciones sociales (cuadro 7.13.), se observa que a medida que mejoran las condiciones sociales es mayor la proporción de adultos mayores que realizan actividad física rigurosa. Es así que vemos que en el nivel de condiciones muy buenas, cerca del 40% ha realizado en el último año actividades rigurosas, mientras que en nivel de indigentes la proporción se redujo al 12.5%. Lamentablemente, la información recolectada no nos permite determinar el tipo de actividad física que desarrollan, por índice de condición social, con lo cual podríamos determinar si la actividad física rigurosa es por placer o por necesidad.

CUADRO 7.12. Por ciento de adultos mayores que realizan actividad física rigurosa en el último año, por edad y subregión

Sexo	Subregión	Promedio	Desvío Estándar	Total %
60 a 64	Sierra urbana	36.1	63.9	100.0
	Sierra rural	46.5	53.5	100.0
	Costa urbana	39.3	60.7	100.0
	Costa rural	47.3	52.7	100.0
	Quito	61.5	38.5	100.0
	Guayaquil	37.7	62.3	100.0
	Total	43.3	56.7	100.0
65 a 74	Sierra urbana	31.7	68.3	100.0
	Sierra rural	41.4	58.6	100.0
	Costa urbana	25.5	74.5	100.0
	Costa rural	36.3	63.7	100.0
	Quito	49.6	50.4	100.0
	Guayaquil	25.3	74.7	100.0
	Total	36.6	65.4	100.0
75 o más	Sierra urbana	20.4	79.6	100.0
	Sierra rural	23.2	76.8	100.0
	Costa urbana	10.1	89.9	100.0
	Costa rural	24.0	76.0	100.0
	Quito	37.3	62.7	100.0
	Guayaquil	8.0	92.0	100.0
	Total	19.6	80.4	100.0
Ambos sexos	Sierra urbana	28.8	71.2	100.0
	Sierra rural	36.5	63.5	100.0
	Costa urbana	25.1	74.9	100.0
	Costa rural	35.7	64.3	100.0
	Quito	48.1	51.9	100.0
	Guayaquil	22.5	77.5	100.0
	Total	31.9	68.1	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.13. Por ciento de actividad física rigurosa que han realizado en el último año, por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Si %	No %	Total %
Muy Buenas	38.8	61.2	100.0
Buenas	26.3	73.7	100.0
Regulares	20.5	79.5	100.0
Malas	15.5	84.5	100.0
Indigentes	12.5	87.5	100.0
Total	20.8	79.2	100.0

7.3. Prácticas de alimentación

Uno de los elementos esenciales para un envejecimiento saludable es la buena nutrición, que implica acceder y consumir una dieta balanceada con alimentos en cantidades adecuadas y con calidad nutricional, en las tres comidas del día. De esta manera se puede garantizar el disponer de todos los nutrientes necesarios y la energía suficiente, para cubrir las demandas nutricionales diarias de todo individuo y del adulto mayor en particular. Esto significa consumir una dieta variada en alimentos que contenga leche, frutas, verduras y cereales complejos, y poca sal, para asegurar la cantidad de calcio, fibra, vitaminas y minerales que se debe consumir diariamente; además de ciertas sustancias que ahora se reconocen como importantes contribuciones a una buena salud y que son los fitoquímicos, presentes en varios alimentos. Pero también se debe consumir suficiente cantidad de líquidos, en forma de agua, jugos, sopas, té, café, para compensar el desbalance que se genera. A pesar de que con el incremento de la edad se disminuye la capacidad de sentir sed, puede producir deshidratación. Del mismo modo, esa dieta debe asegurar la cantidad y calidad de grasas necesarias, lo cual equivale a no comer menos de lo recomendado, pero sí escoger la calidad, para garantizar el incremento de grasa mono-insaturada y poli-insaturada y

disminuir la cantidad de grasas trans y saturada.

Otro elemento esencial es el consumo de sal. La OMS recomienda reducir el consumo de sal debido a que su consumo elevado está asociado con los hipertensión (2007), así como con el incremento en la pérdida de calcio en la orina, lo cual contribuye a un desbalance en el estado de calcio, y por lo tanto, al incremento de pérdida de calcio del tejido óseo (2004). En las últimas décadas se ha incrementado el consumo de sal, debido al acceso, cada vez más frecuente, de alimentos procesados y preparados fuera del hogar, por lo que es una mayor razón para controlar el consumo de sal en los diferentes grupos de población.

Finalmente, otro elemento importante a considerar es el consumo de azúcar, sobre todo si también se tiene en cuenta una mayor disponibilidad de productos dulces, cuyo incremento en el consumo limita la presencia de otros nutrientes.

Bajo estas premisas la Encuesta SABE I recolectó información sobre algunos aspectos relacionados al comportamiento alimentario, en cuanto se refiere a la cantidad de más o menos consumo de alimentos en el tiempo pasado con relación al presente, al menor consumo de alimentos debido a problemas digestivos, y al consumo de líquidos.

En el cuadro 7.14. se presenta el número porcentaje de adultos mayores que reportan

CUADRO 7.14. Porcentaje de adultos mayores que comen menos que antes, en el último año, por problemas digestivos o falta de apetito, por grupos de edad y sexo

Edad / años	Sexo	Si %	No %	Total %
60 a 64	Mujer	48.4	51.6	100.0
	Hombre	33.9	66.1	100.0
	Total	41.6	58.4	100.0
65 a 74	Mujer	50.6	49.4	100.0
	Total	43.3	56.7	100.0
75 o más	Mujer	56.1	43.9	100.0
	Total	51.7	48.3	100.0
Población Total	Mujer	51.9	48.2	100.0
	Total	45.6	54.4	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

que comen menos que antes en el último año, por edad y por sexo, por problemas digestivos o falta de apetito, por grupos de edad y sexo. En general la proporción de adultos mayores que reportan que comen menos que antes está cerca de la mitad, siendo las mujeres las que declararon en mayor proporción.

Este cuadro revela que entre los adultos mayores hay la percepción de que actualmente comen menos que hace un año, y esa percepción es mayor en las mujeres que en los hombres (52% versus 38%). Cuando se analiza esta información por grupo de edad, se comprueba que esta percepción se incrementa con la edad, tanto en los hombres como en las mujeres. En este punto es importante recordar que a medida que avanza la edad, disminuye la sensación de sabor, y por lo tanto el placer de comer, con lo cual también disminuye la cantidad de comida. Si a esto se agrega el hecho de que muchos de los adultos mayores, comen solos o aislados, es todavía un estímulo más para comer menor cantidad.

Al hacer el mismo análisis, pero esta vez por subregión (cuadro 7.15.) se observa que prácticamente no hay diferencia y se mantiene a los niveles cercanos al 50%. Al analizar si comen menos en el último año por índice de condiciones sociales, se observa en el cuadro 7.16. un incremento en la respuesta positiva inversa al índice de condición social. Esto es, a medida que las buenas condiciones sociales disminuyen, mayor es la proporción de adultos mayores que reportan que han dejado de comer por problemas digestivos. Este comportamiento podría reflejar que hay una diferencia en la percepción del consumo, relacionada con la condición social a la que pertenece el adulto mayor.

También se preguntó sobre el comportamiento del consumo en los últimos tres meses, en el sentido de que si están comiendo más, igual o menos que antes. El cuadro 7.17. muestra que alrededor de un tercio de la población de adultos mayores (hombres y mujeres) indica que está comiendo menos que antes, siendo mayor la proporción de las mujeres en los tres grupos de edad. Del mis-

CUADRO 7.15. Proporción de adultos mayores que comen menos que antes en el último año, por problemas digestivos o falta de apetito, por subregión

Subregión	Si %	No %	Total %
Sierra urbana	48.1	51.9	100.0
Sierra rural	48.5	51.5	100.0
Costa urbana	43.3	56.7	100.0
Costa rural	41.7	58.3	100.0
Quito	43.9	56.1	100.0
Guayaquil	46.0	54.0	100.0
Total	45.5	54.5	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 7.16. Número y por ciento de adultos mayores que comen menos que antes en el último año, por problemas digestivos o falta de apetito, por índice de condiciones sociales

Subregión	Si %	No %	Total %
Muy Buenas	30.5	69.5	100
Buenas	42.0	58.0	100
Regulares	47.0	52.7	100
Malas	46.3	53.2	100
Indigentes	50.7	49.0	100
Total	45.4	54.3	100

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 7.17. Número y por ciento de adultos mayores que están comiendo más, igual o menor que hace tres meses, por grupos de edad y por sexo

Edad	Sexo	Más %	Igual %	Menos que antes %	Total %
60 a 64 años	Mujer	3.9	55.4	40.6	100.0
	Hombre	5.8	67.3	26.9	100.0
	Total	4.8	61	34.1	100.0
65 a 74 años	Mujer	4.9	58.8	36.3	100.0
	Hombre	5.2	66.8	27.9	100.0
	Total	5.1	62.5	32.5	100.0
75 o más	Mujer	6.8	56.3	36.9	100.0
	Hombre	7.5	60.4	32.1	100.0
	Total	7.1	58.3	34.6	100.0
	Mujer	5.3	57.1	37.6	100.0
	Hombre	6.1	64.8	29.1	100.0
	Total	5.7	60.7	33.6	100.0

CUADRO 7.18. Número y por ciento de adultos mayores que están comiendo más, igual o menor que hace tres meses, en los últimos 3 meses, por subregión

Subregión	Más %	Igual %	Menos que antes %	Total %
Sierra urbana	5.5	59.0	35.4	100.0
Sierra rural	3.2	61.4	35.4	100.0
Costa urbana	7.4	56.9	35.7	100.0
Costa rural	6.9	61.1	32.0	100.0
Quito	5.3	68.5	26.2	100.0
Guayaquil	6.2	60.2	33.9	100.0
Total	5.7	60.7	33.6	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 7.19. Número y por ciento de adultos mayores que están comiendo más, igual o menor que hace tres meses, en los últimos 3 meses, por subregión por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Más %	Igual %	Menos que antes %	Total %
Muy Buenas	7.3	68.8	23.9	100.0
Buenas	4.5	64.4	31.1	100.0
Regulares	6.2	59.7	34.1	100.0
Malas	5.3	62.0	32.7	100.0
Indigentes	4.8	56.4	38.8	100.0
Total	5.7	60.7	33.6	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

mo modo, también se observa que la proporción de adultos mayores que comen más es relativamente pequeña.

Al hacer el análisis de esta respuesta por subregión (Cuadro 7.18.), no mostró mayo-

res diferencias, excepto en Quito en donde se reportó un 26% mientras en el resto de categorías estaba por sobre el 30%.

Cuando se hizo el análisis por índice de condiciones sociales (cuadro 7.19.), se ve una

clara diferencia entre aquellos adultos mayores que están en muy buenas condiciones y el resto de categorías. Los primeros reportaron comer menos en un 23.9%, mientras las otras categorías, estuvieron todas por sobre el 30%.

Otra información relevante al consumo de alimentos que se recolectó fue la relacionada al consumo de comidas completas, entendiéndose como tal desayuno, almuerzo y merienda, es decir, tres comidas completas al día. En el cuadro 7.20. se observa que en general la mitad de los adultos mayores (hombres y mujeres en los tres rangos de edad) consumen las tres comidas o más por día. Pero también hay un porcentaje importante de adultos mayores que comen solo dos comidas completas. En cuanto al consumo de una sola comida completa, se observa una proporción muy pequeña de adultos mayo-

res que lo hacen, proporción que se incrementa con la edad.

Con relación al consumo de una, dos o tres comidas completas por subregión (cuadro 7.21.), se observa que tanto en la Costa rural como urbana, dos tercios de los adultos mayores consumen las tres comidas completas, seguido de Guayaquil y Quito, cuyos porcentajes se reducen, mientras que en la Sierra urbana y rural menos del 50% consume las tres comidas completas.

Al analizar por índice de condiciones sociales (cuadro 7.22.), se determina que más de la mitad de los adultos mayores consumen las tres comidas, sobresaliendo en mayor proporción aquellos que se ubican en el índice de condiciones malas e indigentes. Lamentablemente, no tenemos información sobre la calidad de las comidas, que nos permitiría interpretar mejor estos hallazgos.

CUADRO 7.20. Porcentaje de comidas completas consumidas al día por edad y por sexo

Edad / años	Sexo	Una comida %	Dos comidas %	≥ 3 comidas %	Total %
60 a 64	Mujer	4.3	42.8	52.9	100.0
	Hombre	4.9	24.6	70.6	100.0
	Total	4.6	34.2	61.2	100.0
65 a 74	Mujer	6.6	32.6	50.8	100.0
	Hombre	3.3	31.9	64.8	100.0
	Total	5.1	37.7	57.2	100.0
75 o más	Mujer	9.8	38	52.2	100.0
	Hombre	6.3	36.2	57.5	100.0
	Total	8.2	37.1	54.7	100.0
Población Total	Mujer	7.1	41.2	51.8	100.0
	Hombre	4.7	31.4	63.9	100.0
	Total	6.0	36.6	57.4	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 7.21. Por ciento de comidas completas consumidas al día por sub-región

Comidas completas en el día	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
Una	10.2	8.8	2.2	2.0	7.1	5.5	6.0
Dos	46.0	49.8	27.9	21.1	33.2	36.0	36.6
Tres o más	43.8	41.4	69.9	76.8	59.7	58.5	57.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 7.22. Porcentaje de comidas completas consumidas en el día por índice de condiciones sociales

Comidas completas en el día	Índice de condiciones sociales					Total %
	Muy Buenas %	Buenas %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	
Una	5.1	5.1	5.7	5.7	7.6	6.0
Dos	41.1	37.0	33.4	32.8	41.2	36.5
Tres o más	53.8	57.8	60.9	61.5	51.2	57.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

7.4. Consumo de líquidos

No existe una recomendación precisa sobre la cantidad de líquidos que se debe consumir al día. Ésta depende de la actividad que realiza, de dónde vive y del estado de salud. Pero cada día se pierde agua con la respiración, el sudor, la orina, los movimientos intestinales. Por ello es indispensable reponer la pérdida de líquidos consumiendo agua o alimentos que contengan líquidos. En general, se recomienda el consumo de ocho a nueve vasos de agua al día para compensar la pérdida por la orina (seis vasos), por la respiración, el sudor y el movimiento intestinal (cuatro vasos). A ello hay que sumar la cantidad de líquidos que proveen los alimentos que es aproximadamente

el 20%, por lo que el consumo de 8 vasos cubre los líquidos perdidos.

A medida que se envejece disminuye la sensación de sed, y por lo tanto, se incrementa el riesgo de deshidratación. Es recomendable para adultos mayores el consumo diario de líquidos para mantener los niveles de flujos necesarios. El beber agua con cada comida, durante y después de hacer ejercicio, y sustituir las bebidas alcohólicas con agua, contribuye a evitar la deshidratación.

Por esta razón también en la encuesta SABE I se averiguó sobre el consumo de líquidos, sea agua, café, leche, jugos o sopa. El cuadro 7.23. muestra el consumo de líquidos por grupos de edad. Este cuadro reporta que alrededor de la mitad de los adultos mayores consumen más de cinco vasos al día. Aproximadamente

CUADRO 7.23. Porcentaje de vasos o tazas de líquido (agua, café, te, leche, jugo, sopa) que el adulto mayor consume diariamente, por grupos de edad y sexo

Edad / años	Sexo	Menos de 3 vasos %	De 3 a 5 vasos %	Más de 5 vasos %	Total %
60 a 64	Mujer	9.5	34.3	56.2	100.0
	Hombre	10.0	30.6	59.4	100.0
	Total	9.8	32.6	57.7	100.0
65 a 74	Mujer	13.1	35.4	51.5	100.0
	Hombre	13.2	32.6	54.2	100.0
	Total	13.1	34.1	52.8	100.0
75 o más	Mujer	17.0	41.7	41.2	100.0
	Hombre	13.1	45.4	41.5	100.0
	Total	15.2	43.4	41.4	100.0
Población Total	Mujer	13.4	37.2	49.4	100.0
	Hombre	12.3	36.3	51.4	100.0
	Total	12.9	36.8	50.3	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

madamente un tercio consume solo de tres a cinco vasos, dejando una pequeña proporción para aquellos que consumen menos de tres vasos, sugiriendo un posible riesgo de deshidratación. No parece haber una diferencia entre hombres y mujeres.

En el cuadro 7.24. se presenta la proporción de adultos mayores que bebe líquidos menos de tres veces, entre tres y cinco y más de cinco vasos o tazas, de acuerdo a la subregión. Como era de esperarse en la Costa urbana y rural, y en Guayaquil el consumo es mayor que en la Sierra rural, no así en la Sierra urbana y Quito, en donde si bien no es igual al de la Costa, el consumo es también alto.

Al analizar el consumo de líquidos por índice de condiciones sociales (cuadro 7.25.) se determina que en las categorías de muy bueno, bueno y regular, el consumo de más de cinco vasos es mayor en comparación con las otras categorías. Los que menos consumen líquidos son aquellos que están en la categoría de indigentes.

Esta información sobre el consumo de líquido revela la necesidad de promover el consumo de agua entre todos los adultos mayores, pues por lo menos la mitad está consumiendo muy por debajo de lo que se estimaría como deseable.

7.5. Disminución de peso

La pérdida involuntaria de peso en adultos mayores puede poner en riesgo de infección, depresión e incluso conducir a la muerte (Grace Brooke Huffman, 2002). La causa puede ser múltiple, pero la atención inmediata es necesaria para determinar las posibles causas y el manejo adecuado. La baja de peso puede conducir a la pérdida muscular, disminución de la capacidad inmunológica e incrementar el riesgo de enfermedad y complicaciones (Chapman y Nelson, 1994). Por lo tanto, es fundamental detectar si los adultos mayores están experimentando pérdida

involuntaria de peso (Alibhai et al, 2005). El cuadro 7.26. reporta la proporción de adultos mayores que en el último año han experimentado una reducción involuntaria de su peso y sin haber hecho dieta. De este cuadro se concluye que, aproximadamente el 10% de los adultos mayores, en todas las edades, ha experimentado una baja de peso de más de tres kilos en los últimos 12 meses. Con los riesgos que implica la baja involuntaria de peso, esta información es de extrema utilidad porque estaría indicando posibles riesgos de morbilidad de los adultos mayores, que no son detectados con oportunidad.

En el cuadro 7.27. se reporta la baja involuntaria de peso en los adultos mayores, de

acuerdo a la subregión en la que viven. Este cuadro revela que la mayor proporción de adultos mayores que reportaron haber bajado de peso está en la Costa urbana. Al analizar pero por condiciones sociales (cuadro 7.28.), se observa que aquellos que se ubican en condiciones malas son lo que proporcionalmente presentan un porcentaje mayor de baja de peso.

7.6. Percepción sobre el estado nutricional

Una información también relevante recolectada es la percepción que el adulto mayor

CUADRO 7.24. Número y porcentaje de vasos o tazas de líquido (agua, café, té, leche, jugo, sopa) que el adulto mayor consume diariamente, por subregión

Subregión	Menos de 3 vasos %	Más de 3 a 5 vasos %	Más de 5 vasos %	Total %
Sierra urbana	13.5	46.0	40.5	100.0
Sierra rural	25.9	45.5	28.6	100.0
Costa urbana	7.1	26.6	66.3	100.0
Costa rural	10.1	31.1	58.8	100.0
Quito	15.1	41.9	43.0	100.0
Guayaquil	5.3	31.3	63.4	100.0
Total	13.1	37.1	49.8	100.0

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 7.25. Por ciento de adultos mayores que consumen tres o menos, de tres a cinco y más de cinco vasos o tazas de líquidos diariamente, por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Menos de 3 vasos %	Más de 3 a 5 vasos %	Más de 5 vasos %	Total %
Muy Buenas	5.5	27.3	67.2	100.0
Buenas	10.0	40.2	49.9	100.0
Regulares	10.7	37.7	51.6	100.0
Malas	14.8	36.4	48.8	100.0
Indigentes	22.3	38.6	39.0	100.0
Total	13.1	36.9	49.9	100.0

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 7.26. Porcentaje de adultos mayores que en el último año ha disminuido de peso, sin haber hecho dieta por edad

Edad / años	Sexo	Disminución de peso				Total
		Si, entre 1 y 3 kg	Si, más de 3 kg	No ha disminuido	No sabe	
60 a 64	Mujer	27.2	10.9	47.6	14.3	100.0
	Hombre	18.4	12.4	58.1	11.1	100.0
	Total	23.0	11.6	52.6	12.8	100.0
65 a 74	Mujer	24.2	13.3	44.2	18.3	100.0
	Hombre	17.5	13.7	54.7	14.1	100.0
	Total	21.1	13.5	49.0	16.4	100.0
75 o más	Mujer	23.4	12.9	45.0	18.8	100.0
	Hombre	20.9	12.9	48.3	17.8	100.0
	Total	22.2	12.9	46.5	18.3	100.0
Población Total	Mujer	24.7	12.5	45.3	17.4	100.0
	Hombre	18.9	13.1	53.5	14.6	100.0
	Total	22.0	12.8	49.1	16.1	100.0

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 7.27. Porcentaje de adultos mayores que en el último año ha disminuido de peso sin haber hecho dieta, por subregión

Subregión	Si, entre 1 y 3 kg %	Si, más de 3 kg %	No ha disminuido %	No sabe %	Total %
Sierra urbana	23.0	13.4	47.7	16.0	100
Sierra rural	25.1	9.0	35.3	30.5	100
Costa urbana	21.3	15.7	49.8	13.2	100
Costa rural	24.7	12.4	47.1	15.8	100
Quito	16.0	12.1	64.1	7.7	100
Guayaquil	20.8	14.0	54.4	10.8	100
Total	22.0	12.8	48.7	16.5	100

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 7.28. Número y porcentaje de adultos mayores que en el último año ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta, por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Si, entre 1 y 3 kg %	Si, más de 3 kg %	No ha disminuido %	No sabe %	Total %
Muy Buenas	15.5	10.9	70.4	3.2	100.0
Buenas	16.4	11.8	61.6	10.2	100.0
Regulares	23.3	13.6	47.3	15.9	100.0
Malas	20.7	15.3	43.7	20.3	100.0
Indigentes	26.1	11.7	37.2	25.0	100.0
Total	22.0	12.8	48.8	16.4	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

tiene sobre su estado nutricional. Para tal efecto se consultó si se considera o no bien nutrido. El cuadro 7.29. reporta que más del 50% de los adultos mayores, en los tres rangos de edad, perciben que están en buen estado nutricional. Cuando la misma pregunta se desagregó por subregión, se encontró una proporción menor de adultos mayores en la Sierra rural que creen estar en buen estado nutricional, en comparación con las otras subregiones (cuadro 7.30). Cuando se analiza la misma pregunta por índice de condiciones sociales, se observa que la respuesta está relacionada con la condición a la que pertenece el adulto mayor. A medida que mejora su condición social, la propor-

ción de adultos mayores que dicen sentir que tienen un buen estado nutricional aumenta (cuadro 7.31).

7.7. Estado nutricional

El incremento de la edad está independientemente asociado con el estado nutricional. Entre los 65 y 70 años es común una disminución del peso en aquellos adultos mayores, que no consumen los alimentos en cantidades suficientes para cubrir las demandas nutricionales y energéticas. Es frecuente disminuir la cantidad de alimentos y padecer de anorexia, exponiéndose a problemas nu-

CUADRO 7.29. Por ciento de adultos mayores que se consideran bien nutridos por edad y sexo

Edad / años	Sexo	Si %	No %	No sabe %	Total %
60 a 64	Mujer	62.3	35.5	2.1	100.0
	Hombre	70.3	28.2	1.4	100.0
	Total	66.1	32.1	1.8	100.0
65 a 74	Mujer	61.5	37.0	1.6	100.0
	Hombre	68.0	30.8	1.1	100.0
	Total	64.5	34.1	1.4	100.0
75 o más	Mujer	66.5	31.6	1.9	100.0
	Hombre	67.6	30.6	1.7	100.0
	Total	67.1	31.1	1.8	100.0
Población Total	Mujer	63.4	34.8	1.8	100.0
	Hombre	68.5	30.1	1.4	100.0
	Total	65.8	32.6	1.6	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.30. Por ciento de adultos mayores que se consideran bien nutridos, por subregión

Subregión	Si %	No %	No sabe %	Total %
Sierra urbana	68.7	29.2	2.1	100.0
Sierra rural	48.8	49.9	1.3	100.0
Costa urbana	67.4	30.9	1.7	100.0
Costa rural	67.4	30.9	1.8	100.0
Quito	78.0	21.0	1.0	100.0
Guayaquil	70.5	27.4	2.1	100.0
Total	65.7	32.6	1.7	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.31. Porcentaje de adultos mayores que se consideran bien nutridos por índice de condiciones sociales

Índice de Condiciones Sociales	Si %	No %	No sabe %	Total %
Muy Buenas	87.7	11.4	0.9	100.0
Buenas	75.1	24.2	0.7	100.0
Regulares	66.4	31.4	2.2	100.0
Malas	58.7	39.5	1.7	100.0
Indigentes	52.1	46.4	1.5	100.0
Total	65.7	32.6	1.7	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

tricionales y sus consecuencias en el decremento funcional de ciertos órganos, y en la incidencia de enfermedades crónicas (Rolls et al., 1995). Los sensores de sabor, palatabilidad, y olor inciden en la selección y cantidad de los alimentos que los adultos mayores escogen, y con el envejecimiento estos sensores se modifican haciendo perder el gusto por los alimentos, y por lo tanto, el interés por alimentarse. Pero además de estos factores también los factores físicos, materiales, psicológicos y sociales influyen en el consumo de alimentos. Estos factores interactúan entre sí y con otros influyendo en la compra de los alimentos, en la preparación y el consumo de las comidas. El desequilibrio en alguno de estos factores puede llevar al adulto mayor a la mala nutrición (Payette, 1995).

Los cambios en los sistemas del organismo y las funciones fisiológicas que están asociados con el envejecimiento, como, por ejemplo, la disminución de la saliva, disminución de la percepción de los sabores, entre otros, más el uso de medicamentos y la presencia de enfermedades crónicas, pueden estar influenciando en forma decisiva, en la forma de alimentarse. Algunos facto-

res psicosociales también pueden jugar un papel fundamental, pues el vivir solo, el no disponer de redes de apoyo y tener dificultades económicas también influyen en la compra y preparación de los alimentos, y por ende, en la condición nutricional del adulto mayor (Franco-Alvarez, 2007).

Por lo tanto, el estado nutricional es el resultado de complejas interacciones entre factores individuales y factores del medio ambiente. La enfermedad influye y está influenciada por el estado nutricional y la capacidad funcional individual. Aunque no existe una sola definición de mala nutrición en el adulto mayor, se reconocen algunos indicadores que son comunes, tales como la pérdida de peso involuntaria, el índice anormal de masa corporal, las deficiencias específicas de nutrientes y una disminución de la ingesta. Concurrentemente, muchos adultos mayores que son obesos, pueden al mismo tiempo padecer de deficiencias específicas de nutrientes que no han sido identificados (Wells y Drambel, 2006). No se puede ignorar que a más de los problemas de desnutrición, está emergiendo en forma alarmante el sobrepeso y la obesidad entre los adultos

mayores (Gutierrez- Fisac et al, 2004; Ruiz-Arregui, 2007), debido en parte a las mismas causas psicosociales antes indicadas más las relacionadas a la oferta de comidas rápidas, con alimentos de mala calidad con exceso de calorías, grasas e hidratos de carbono, fenómeno que es más común en las áreas urbanas. Estos problemas están, a su vez, asociados con las enfermedades crónicas que se presentan con mayor frecuencia en las edades tardías.

Finalmente, si bien no existe una definición uniforme de mala nutrición para el adulto mayor, se utilizan algunos indicadores comunes que incluyen la baja involuntaria de peso, un índice bajo de masa corporal, otras mediciones antropométricas (perímetros, circunferencias) anormales, varios parámetros bioquímicos y disminución de la ingesta. Actualmente se dispone de un instrumento más sensible para hacer la evaluación, denominado evaluación mínima del estado nutricional (EMEN), que consta de cuatro apartados: datos antropométricos, evaluación general de salud, parámetros dietéticos y evaluación subjetiva del estado de salud y nutrición (Franco-Alvarez, 2007).

Para efectos de este reporte, se presentan algunos de los datos recolectados en la encuesta SABE I que permite tener una aproximación a las condiciones nutricionales del

adulto mayor, a través de la construcción del índice de masa corporal.

En el cuadro 7.32. se observa el peso promedio en libras y kilos de los adultos mayores por sexo y por edad. Los pesos promedios son mayores en los rangos de edad de 60 a 64 y de 65 a 74 años, que los de los adultos mayores que están en 75 años y más.

En el cuadro 7.33. se presenta el promedio de la talla de los adultos mayores por sexo y por grupos de edad. En este cuadro se puede observar que al igual que en el cuadro anterior, la talla en promedio es menor en las mujeres que en los hombres e igualmente disminuye con la edad. También es evidente que, en promedio, tanto hombres como mujeres son, en general, pequeños en talla. La mujer adulta mayor, en promedio, tiene una talla de 145 cm. y los hombres 155.2 cm.

En el cuadro 7.34. se presenta el promedio y desvío estándar de peso en libras y kilos, y talla en centímetros de los adultos mayores por subregión. En este cuadro es evidente que tanto los hombres como las mujeres adultos mayores, tienen los pesos y las tallas más bajos en la Sierra rural. Estas cifras son bastante consistentes con las estimadas sobre bajo peso y talla, y desnutrición infantil en la población de niños ecuatorianos (Freire et al., 1988; Freire et al., 2010), que finalmente se traduce en una talla irreversible reducida.

CUADRO 7.32. Promedio de peso en libras y kilos por sexo y grupos de edad

Sexo	Edad	Peso en libras		Peso en kilos	
		Promedio	Desvío Estandar	Promedio	Desvío Estandar
Mujer	60 a 64 años	136.7	± 26.3	62.1	± 12.0
	65 a 74 años	131.5	± 25.9	59.8	± 11.8
	75 o más	119.9	± 25.6	54.5	± 11.6
	Total	129.2	± 26.7	58.7	± 12.2
Hombre	60 a 64 años	150.0	± 26.9	68.2	± 12.2
	65 a 74 años	143.9	± 26.3	65.4	± 11.9
	75 o más	132.9	± 23.7	60.4	± 10.8
	Total	142.0	± 26.5	64.5	± 12.1
Total	60 a 64 años	143.0	± 27.4	65.0	± 12.5
	65 a 74 años	137.2	± 26.8	62.3	± 12.2
	75 o más	126.1	± 25.5	57.3	± 11.6
	Total	135.2	± 27.4	61.4	± 12.5

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.33. Promedio de talla en cm. por sexo y grupos de edad

Sexo	Edad / años	Promedio cm	Desvío estandar
Mujer	60 a 64 años	148.7	± 9.0
	65 a 74 años	146.7	± 6.1
	75 o más	144.1	± 9.0
	Total	146.5	± 8.1
Hombre	60 a 64 años	160.9	± 7.4
	65 a 74 años	158.7	± 11.1
	75 o más	156.5	± 10.0
	Total	158.6	± 10.0
Total	60 a 64 años	154.5	± 10.3
	65 a 74 años	152.2	± 10.6
	75 o más	150.1	± 11.3
	Total	152.2	± 10.9

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.34. Promedio de peso y talla de los adultos mayores, por sexo y subregión

Sexo	Subregión	Talla cm	Peso	
			Libras	Kilo
Mujer	Sierra urbana	147 ± 6	137 ± 26	62.3 ± 11.8
	Sierra rural	144 ± 7	115 ± 23	52.3 ± 10.4
	Costa urbana	148 ± 6	130 ± 28	59.1 ± 12.7
	Costa rural	147 ± 6	126 ± 26	57.3 ± 11.8
	Quito	146 ± 11	135 ± 23	66.7 ± 10.4
	Guayaquil	146 ± 11	132 ± 28	60.0 ± 12.7
	Total	146 ± 8	129 ± 27	58.6 ± 12.3
Hombre	Sierra urbana	159 ± 8	147 ± 25	66.8 ± 11.4
	Sierra rural	155 ± 10	128 ± 21	58.2 ± 9.5
	Costa urbana	160 ± 9	146 ± 29	66.4 ± 13.2
	Costa rural	160 ± 7	139 ± 28	63.2 ± 12.7
	Quito	157 ± 16	148 ± 23	67.3 ± 10.4
	Guayaquil	160 ± 9	144 ± 25	65.4 ± 11.4
	Total	159 ± 10	142 ± 26	64.5 ± 11.8
Total	Sierra urbana	152 ± 9	141 ± 26	64.1 ± 11.8
	Sierra rural	149 ± 10	121 ± 23	55.0 ± 10.4
	Costa urbana	154 ± 10	138 ± 30	62.7 ± 13.6
	Costa rural	155 ± 9	134 ± 28	60.9 ± 12.7
	Quito	152 ± 14	141 ± 24	64.1 ± 10.9
	Guayaquil	152 ± 12	137 ± 28	62.3 ± 12.7
	Total	152 ± 11	135 ± 27	66.7 ± 12.3

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 7.35. Promedio de talla y peso por sexo e índice de condiciones sociales

Sexo	Índice de condiciones sociales	Talla cm	Peso	
			Libras	Kilo
Mujer	Muy Buenas	152 ± 6	141 ± 23	64.1 ± 10.4
	Buenas	147 ± 6	139 ± 25	63.2 ± 11.4
	Regulares	147 ± 9	132 ± 27	60.0 ± 12.3
	Malas	146 ± 9	124 ± 24	56.4 ± 10.9
	Indigentes	144 ± 7	116 ± 23	52.7 ± 10.4
	Total	146 ± 8	129 ± 27	58.5 ± 12.3
Hombre	Muy Buenas	162 ± 15	157 ± 28	71.4 ± 12.7
	Buenas	159 ± 11	149 ± 22	67.7 ± 10.0
	Regulares	159 ± 8	143 ± 25	65.0 ± 11.4
	Malas	158 ± 8	138 ± 27	62.7 ± 12.3
	Indigentes	156 ± 8	127 ± 22	57.7 ± 10.0
	Total	159 ± 10	142 ± 27	64.5 ± 12.3
Total	Muy Buenas	157 ± 13	149 ± 27	67.7 ± 12.3
	Buenas	154 ± 11	145 ± 24	65.9 ± 10.9
	Regulares	152 ± 10	137 ± 27	62.3 ± 12.3
	Malas	153 ± 11	132 ± 27	60.0 ± 12.3
	Indigentes	149 ± 10	120 ± 23	54.5 ± 10.4
	Total	152 ± 11	135 ± 28	61.4 ± 12.7

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

El cuadro 7.35. presenta el promedio de talla y peso en libras y kilogramos de los adultos mayores por sexo y condiciones sociales. En este cuadro, se ve que tanto los adultos mayores hombres como las adultas mayores mujeres tienen las tallas y pesos más bajas en el grupo de indigentes.

Para tener una aproximación del estado nutricional se construyeron los índices de masa corporal (IMC) de todos los adultos mayores, y se aplicaron los puntos de corte de la OMS (2004) para determinar bajo IMC, normal y sobrepeso.

El índice de masa corporal se calculó de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$BMI = \text{peso en Kg} / \text{m}^2$$

Para la clasificación de desnutrición y desbalance nutricional se adoptaron los siguientes puntos de corte (cuadro 7.36), establecidos por la OMS.

Un aspecto que hay que tener presente cuando se evalúa el estado nutricional, a través de los puntos de corte del índice de masa corporal, es que el IMC no necesariamente

CUADRO 7.36. Clasificación de estado nutricional según puntos de corte de IMC (OMS)

Clasificación	IMC (Kg / m ²) Puntos de corte
Bajo peso	< 18.5
Normal rango	18.50 - 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00
Obeso	≥ 30.00

Fuente: WHO/FAO, 2003

mente responde al grado de contenido graso en poblaciones diferentes. La asociación de riesgo con relación al incremento del IMC es continua, pero la interpretación que se da en diferentes poblaciones, no necesariamente es la misma.

En los últimos años hay un debate sobre si se deben utilizar los mismos puntos de corte en diferentes poblaciones, debido a que existe suficiente evidencia de la asociación entre IMC, porcentaje de grasa corporal y distribución de la grasa en diferentes gru-

pos de población, y por lo tanto, el riesgo en salud del punto de corte de IMC, que define sobrepeso en la recomendación de la OMS, no necesariamente es el más adecuado.

Hay dos propuestas en relación a la interpretación de los puntos de corte en poblaciones del Asia y del Pacífico (Lancet, 2004), por lo que la OMS convocó a una reunión para discutir los puntos de corte en poblaciones asiáticas, pero hasta este momento no hay un consenso producido en el seno de la OMS (2002) al respecto.

El grupo de expertos de la OMS (1998) concluyó que la proporción de población asiática con alto riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular es importante al punto de corte establecido por la OMS de = 25 kg/m². Sin embargo, los puntos de corte por el riesgo observado varía de 22 kg/m² a

25 kg/m² y para el riesgo alto, la variación va de 26 kg/m² a 31 kg/m². Por lo tanto, el grupo recomendó que se siga utilizando el actual punto de corte, pero debe añadirse los puntos de corte de 23 kg/m², 27.5 kg/m², 32.5 kg/m² y 37.5 kg/m² para la toma de acción en salud pública. Esto significa que la recomendación es utilizar las siguientes categorías: 18.5 kg/m², 23 kg/m², 25 kg/m², 27.5 kg/m², 30 kg/m², 32.5 kg/m², y en algunas poblaciones agregar 3 5kg/m², 37.5 kg/m² y 40 kg/m² para reportar, como se presenta en el siguiente cuadro 7.37, con el propósito de hacer comparaciones internacionales.

En base a estos puntos de corte, se estimaron las prevalencias de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de los adultos mayores.

En el cuadro 7.38. se presenta la proporción de adultos mayores con bajo peso, peso

CUADRO 7.37. Clasificación del Estado nutricional utilizando el índice de masa corporal (IMC) de acuerdo a la OMS, 1995, 2000 y 2004

Clasificación	Puntos de corte	Puntos de corte adicionales
Bajo peso	< 18.50	< 18.50
Severo	< 16.00	< 16.00
Moderado	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Leve	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Rango normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00	≥ 25.00
Pre-obeso	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obeso		≥ 30.00
Obeso I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obeso II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obeso III	≥ 40.00	≥ 40.00

Fuente: WHO/FAO, 2004

CUADRO 7.38. Clasificación de bajo peso, peso normal, obeso y sobrepeso de los adultos mayores, por sexo e índice de masa corporal (por cientos de IMC). Total población.

Sexo	Bajo peso <18.50 %	Peso Normal 18.50 - 24.99 %	Sobre-peso 25.00 - 29.99 %	Obesidad ≥ 30.00 %	Sobrepeso + obesidad %
Mujer	2.5	32.1	39.2	26.2	65.4
Hombre	2.9	45.5	40.0	11.6	51.6
Total	2.7	38.3	39.5	19.5	59.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

normal, sobrepeso y obeso, por sexo, al nivel nacional. De este cuadro se desprende que, de acuerdo al IMC, menos del 3% % de los adultos mayores presentaron un bajo peso, siendo un poco mayor en los hombres que las mujeres. Asimismo, casi cuatro de cada cuatro adultos mayores tienen un peso en el rango normal, siendo mayor en los hombres que en las mujeres. Pero al observar las prevalencias de sobrepeso y obesidad, se determinaron niveles realmente altos que no se habían reportado antes, siendo mayor en las mujeres con relación a los hombres (65.4% versus 51.6%).

En el cuadro 7.39. se presenta la clasificación de bajo peso, peso normal, obeso y sobrepeso de los adultos mayores por edad y sexo. De este cuadro se desprende que el sobrepeso y la obesidad disminuyen en los adultos mayores, conforme se incrementa la edad, que es lo que generalmente se observa. Cuando revisamos por sexo, se determina el mismo comportamiento, pero en todos los rangos de edad, las mujeres presentan más altas proporciones de sobrepeso y obesidad que los hombres.

Al desglosar el comportamiento del IMC por subregión (cuadro 7.40.) se determina que la proporción más baja de adultos mayores con sobrepeso y obesidad están en la Sierra rural, seguidos de la Costa rural. Del mismo modo, la Sierra urbana y Quito, presentan las más altas prevalencias en comparación con Guayaquil y la Costa urbana.

En el cuadro 7.41. se presenta la prevalencia de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de los adultos mayores por índice de condiciones sociales. De este cuadro se desprende que los adultos mayores que se ubican en el índice de condiciones sociales de indigentes, presentan las más bajas prevalencias de sobrepeso y obesidad (40.4%), y las más altas prevalencias de bajo peso (4.2%). De todas maneras contrasta las bajas prevalencias de bajo peso con las de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad. También llama la atención que las más altas prevalencias de sobrepeso y obesidad, se encuentran en los adultos mayores que se ubican en los índices de condiciones sociales muy bueno y bueno.

CUADRO 7.39. Clasificación de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de los adultos mayores, de acuerdo al sexo y edad, de acuerdo al índice de masa corporal. (Porcentajes)

Edad	IMC	Mujer %	Hombre %	Total hombre y mujeres %
60 a 64 años	Bajo peso, < 18.50	1.1	2.0	1.5
	Peso normal 18.50 - 24.99	29.8	37.4	33.4
	Sobrepeso, 25.00 - 29.99	40.5	44.0	42.2
	Obeso ≥ 30.00	28.5	16.7	22.9
	Total	100.0	100.0	100.0
65 a 74 años	Bajo peso, < 18.50	1.6	2.6	2.10
	Peso normal 18.50 - 24.99	28.7	44.3	35.8
	Sobrepeso, 25.00 - 29.99	39.8	41.3	40.5
	Obeso ≥ 30.00	29.9	11.8	21.7
	Total	100.0	100.0	100.0
75 o más	Bajo peso, < 18.50	3.7	3.5	4.0
	Peso normal 18.50 - 24.99	36.2	53.9	44.8
	Sobrepeso, 25.00 - 29.99	38.2	35.2	36.7
	Obeso ≥ 30.00	20.9	7.5	14.4
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 7.40. Clasificación de bajo peso, peso normal, obeso y sobrepeso de los adultos mayores, por subregión e índice de masa corporal (porcentajes. IMC)

Sub-región	Bajo peso IMC < 18.50 %	Peso normal IMC 18.50 - 24.99 %	Sobre-peso IMC 25.00 - 29.99 %	Obeso IMC ≥ 30.00 %	Total %	Sobre peso y obeso %
Sierra urbana	1.1	27.6	44.6	26.8	100.0	71.4
Sierra rural	2.3	54.7	33.7	9.3	100.0	43.0
Costa urbana	3.7	37.9	38.1	20.3	100.0	58.4
Costa rural	4.2	43.8	37.7	14.4	100.0	52.1
Quito	2.1	25.9	48.2	23.7	100.0	71.9
Guayaquil	2.7	35.6	37.8	24.0	100.0	61.8
Total	2.7	38.4	39.5	19.4	100.0	58.9

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 7.41. Prevalencia de bajo peso, peso normal, obeso y sobrepeso de los adultos mayores, índice de condiciones sociales e índice de masa corporal (porcentajes)

Índice de condiciones sociales	Bajo peso < 18.50 %	Peso Normal 18.50 - 24.99 %	Sobre-peso 25.00 - 29.99 %	Obesidad ≥ 30.00 %	Sobre-peso y obesidad %	Total %
Muy Buenas	2.5	26.9	52.2	18.3	70.0	100.0
Buenas	0.2	28.7	44.8	26.3	71.1	100.0
Regulares	2.5	33.2	40.8	23.4	64.2	100.0
Malas	3.3	45.1	38.1	13.5	51.6	100.0
Indigentes	4.2	55.4	28.9	11.5	40.4	100.0
Total por índice	2.7	38.3	39.5	19.5	59.5	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

7.8. Riesgo de eventos cardiovasculares

La obesidad abdominal está reconocida como uno de los factores de mayor riesgo cardiovascular. Comparado con el IMC, las mediciones de la obesidad abdominal (circunferencia de cintura y tasa de circunferencia de cintura y circunferencia de cadera), parece ser que están más fuertemente asociados con los factores de riesgo metabólico (Koning et al., 2007). El riesgo cardio-metabólico asociado con la obesidad abdominal es atribuido a la presencia de tejido adiposo visceral, que promueve la resistencia a la insulina, dislipidemia e hipertensión (Koning et al., 2007). La medición de estos indicadores para evaluar, además de la obesidad, el riesgo cardio- metabólico, nos estaría dando una mejor información (Srikanthan et al, 2009).

También se sugiere que tanto los IMC bajos, como la circunferencia de cintura y la

tasa de circunferencia de cintura/la circunferencia de la cadera altos, están relacionados con la inhabilidad funcional en poblaciones de adultos mayores. (Chen et al., 2002) encontró que los hispanos adultos mayores en Estados Unidos presentan las tasas más altas de obesidad e inhabilidad.

Con el fin de contar con una aproximación al comportamiento de estos indicadores se informa a continuación la distribución de estos datos en la población de adultos mayores. En el cuadro 7.42. se presentan los promedios de la circunferencia de cintura para hombres y mujeres adultos mayores. Podría decirse a simple vista que hay poca diferencia entre los dos sexos.

En el cuadro 7.43. se presentan los promedios de la circunferencia de cadera para hombres y mujeres adultos mayores y total. En este cuadro se observa que las mujeres en todos los rangos de edad presentan valores promedios más altos que los hombres.

Sexo	Edad / años	Promedio	Desvío estandar
Mujer	60 a 64 años	94.3	± 14.9
	65 a 74 años	93.9	± 13.2
	75 o más	91.7	± 12.4
	Total	93.4	± 13.5
Hombre	60 a 64 años	95.1	± 11.6
	65 a 74 años	94.1	± 11.1
	75 o más	92.2	± 10.3
	Total	93.8	± 11.0
Total	60 a 64 años	94.7	± 13.5
	65 a 74 años	94.0	± 12.3
	75 o más	92.0	± 11.4
	Total	93.6	± 12.4

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

Sexo	Edad / años	Promedio	Desvío estandar
Mujer	60 a 64 años	106.1	± 19.7
	65 a 74 años	102.4	± 12.5
	75 o más	101.4	± 11.5
	Total	103.1	± 14.7
Hombre	60 a 64 años	99.2	± 18.6
	65 a 74 años	97.1	± 10.7
	75 o más	95.5	± 7.3
	Total	97.1	± 12.5
Total	60 a 64 años	103.1	± 19.6
	65 a 74 años	99.9	± 12.0
	75 o más	98.7	± 10.2
	Total	100.4	± 14.1

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

En el cuadro 7.44. se presenta la prevalencia de obesidad abdominal por sexo y por grupos de edad. En este cuadro se determina que el 70% de las mujeres presenta obesidad abdominal, manteniéndose este nivel en los dos primeros rangos de edad, con una modesta baja en el rango de edad de 75 años y más. En cuanto a los hombres se observa una obesidad anormal de solo el 20%,

siendo mayor en el rango de edad de 60 a 64 años (25.5%), para bajar al 21% en el rango de edad de 65 a 74 años, y bajar hasta el 15% en el rango de edad de los hombres de 75 años y más. La diferencia entre hombres y mujeres es de tres veces.

En el cuadro 7.45. se presentan las prevalencias de valores altos de obesidad abdominal por subregión y por sexo. De este cuadro

Mujeres			
Edad / años	< 80 cm %	80 a 87.9 cm %	≥ 88 %
60 a 64	10.6	18.7	70.6
65 a 74	10.8	18.5	70.6
75 o más	17.5	16.2	66.3
Total	12.8	17.9	69.3
Hombres			
Edad / años	< 94 cm %	94-101.9 cm %	≥ 102 %
60 a 64	46.1	28.4	25.5
65 a 74	49.9	29.0	21.2
75 o más	57.6	27.4	15.1
Total	51.3	28.3	20.4

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

Sexo	Cintura cm	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
Mujer	< 80	6.6	24.5	12.6	14.3	5.6	13.3	13.4
	De 80 a 87.9	13.4	25.0	21.2	18.3	13.0	15.2	18.2
	≥ 88	80.0	50.5	66.0	67.5	81.4	71.6	68.5
	Total	100	100	100	100	100	100	100
Hombre	< 94	40.7	72.3	44.6	60.1	38.8	47.7	51.8
	De 94 a 101.9	35.4	21.0	27.	26.3	35.6	27.1	28.2
	≥ 102	23.9	6.8	27.8	13.6	25.7	25.1	20.0
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

se desprende que la más baja prevalencia esta en Sierra rural; sin embargo, la cifra es tan alta que significa que de cada dos mujeres una tiene obesidad abdominal. La prevalencias más altas aparece en Quito y Sierra urbana. En todo caso, las prevalencias de obesidad abdominal son francamente más altas en las mujeres. En cuanto a los hombres, las prevalencias más bajas se dan en la Sierra rural y en la Costa rural (6.8% y 13.6%), respectivamente, mientras que las más altas se dan en Quito y Guayaquil. En todo caso, las prevalencias de las mujeres con relación a la de los hombres son mucho más bajas.

Finalmente, en el cuadro 7.46. se presenta la distribución de la circunferencia de cintura, de acuerdo a tres puntos de corte y por índice de condiciones sociales. De este cuadro se desprende que la prevalencia más baja de obesidad abdominal se da entre los indígenas, con un valor del 6.6%, y la alta, de 32% en los adultos mayores, que se ubica en el índice de muy buenas condiciones.

7.9. Conclusiones

En este capítulo se puede apreciar que entre los adultos mayores hay un consumo

CUADRO 7.46. Circunferencia de cintura por índice de condiciones sociales

Sexo	Cintura	Índice de condiciones sociales					
		Muy Buenas %	Buenas %	Regulares %	Malas %	Indigentes %	Total %
Mujer	< 80	9.8	2.8	11.4	19.9	20.2	13.3
	De 80 a 87.9	18.8	11.7	15.5	21.3	24.0	18.0
	> 88	71.4	85.5	73.1	58.8	55.8	68.6
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombre	< 94	30.8	36.9	50.2	58.2	74.8	51.7
	De 94 a 101.9	36.0	38.0	27.4	26.2	18.6	28.1
	> 102	33.2	25.1	22.4	15.6	6.6	20.2
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

Una proporción muy importante de adultos mayores está en riesgo de mala nutrición por un consumo de alimentos que posiblemente sea deficiente.

promedio de alrededor de 4 a 5 cigarrillos por día, siendo mayor en los hombres que en las mujeres y más en las áreas urbanas que en las rurales. También se aprecia que la mitad de ellos nunca fumaron y para cuando se realizó la entrevista una proporción muy importante de adultos mayores había dejado de fumar.

En cuanto a la actividad física, en general se reportó una proporción importante de adultos mayores que realizan actividad ri-

gurosa. Sin embargo, esta información debe tomarse con cautela porque puede haber un factor de confusión con actividad física rigurosa relacionada al trabajo, pero que dada la forma como se consultó no fue posible hacer una discriminación de las condiciones en que realizan actividad física. En todo caso, llama la atención que se reportó proporciones considerables de actividad física.

Con relación a la pregunta de si están comiendo más o menos que hace un año, se observó que más de la mitad reportaron que están comiendo menos, independientemente del lugar donde viven y del sexo. Sin embargo, cuando se analizó por índice de condiciones sociales, aquellos que se ubican en el grupo de indigentes reportaron en mayor proporción que están comiendo menos. Respuestas similares se observaron cuando la pregunta se hizo con relación a tres meses atrás.

El consumo de líquidos es otro aspecto importante de analizar, pues en general se observó que los adultos mayores consumen entre 3 y 4 vasos, en proporciones que van del 30 al 45%, lo cual nos estaría indicando que hay un consumo reducido de líquidos.

Una pregunta que está vinculada al riesgo de enfermedad está la percepción sobre la disminución del peso. Más o menor un tercio de los adultos mayores reportaron haber perdido peso por debajo de tres kilos. Este dato podría ser un indicador importantísimo de riesgo de enfermedad y aún de muerte.

Las preguntas que permiten evaluar el estado nutricional reflejan, en primer lugar, que tanto los hombres como las mujeres presentan una talla muy baja, en promedio. Los hombres son más altos que las mujeres, pero siempre pequeños. Cuando se hizo la clasificación del índice de masa corporal aplicando los puntos de corte de la OMS, se encontró que una proporción muy importante de adultos mayores presentan altas prevalencias de sobrepeso y obesidad, siendo mucho mayor en las mujeres. Al medir la circunferencia de cintura, se vuelve a observar que son las mujeres las que presentan las mayores prevalencias de obesidad abdominal.

La información que arroja este capítulo evidencia que una proporción muy importante de adultos mayores está en riesgo de mala nutrición, expresada, por un lado, por un consumo de alimentos que posiblemente sea deficiente cuando están consumiendo solo dos comidas al día, con lo cual posiblemente no pueda cubrir sus demandas nutricionales, pero al mismo tiempo es evidente que están frente a un desbalance crónico energético, lo cual se expresa en el sobrepeso y la obesidad, por otro. También se detecta, a través de indicadores indirectos, como la disminución del peso y el consumo disminuido de líquidos, que este grupo de población debería tener acceso a servicios preventivos para poder detectar con oportunidad riesgos que de no ser identificados podrían conducir a resultados graves.

Bibliografía

Adams, W.L. Late life outcomes: Health services use and the clinical encounter. In: Gomberg, E.S.L.; Hegedus, A.M.; and Zucker, R.A. *Alcohol Problems and Aging*. NIAAA Research Monograph No. 33. NIH Pub. No. 98-4163. Bethesda, MD: NIAAA, 1998.

Alibhai S. Greenwood C. and Payette H. 2005. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people; 172 (6): 733



Bibliografía

Adams, W.L. Late life outcomes: Health services use and the clinical encounter. In: Gomberg, E.S.L.; Hegedus, A.M.; and Zucker, R.A. *Alcohol Problems and Aging*. NIAAA Research Monograph No. 33. NIH Pub. No. 98-4163. Bethesda, MD: NIAAA, 1998.

Alibhai S. Greenwood C. and Payette H. 2005. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people; 172 (6): 733

Arregui-Ruiz L, Castillo Martinez L, Orea- Tejada A, Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A. Prevalence of Self-reported overweight-obesity and its association with socioeconomic and Health factors among older Mexican adults. *Salud Publica Mex* 49 suppl 4;S482-S487.

Bikle, D.D.; Stesin, A; Halloran, B; et al. Alcohol-induced bone disease: Relationship to age and parathyroid hormone levels. *Alcohol Clin Exp Res* 17(3):690-695, 1993.

BROOKE HUFFMAN, G. 2002. Evaluating and Treating Unintentional Weight Loss in the Elderly Brooke Grove Foundation, Sandy Spring, Maryland. *Am Fam Physician*. Feb 15;65(4):640-651.

Centro de Investigación sobre Nutrición Humana en el Envejecimiento del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América, Tufts (1998). Consulta de la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Tufts sobre Recomendaciones Nutricionales para los Adultos Mayores. Massachusetts.

Chapman KM, Nelson RA. 1994. Loss of appetite: managing unwanted weight loss in the older patient. *Geriatrics*; 49: 54-9.

Chen H, Bermudez OI, Tucker KL. (2002). Waist Circumference and Weight Change Are Associated With Disability Among Elderly Hispanics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (2002) 57 (1): M19-M25.

Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Alcoholism in the elderly. *JAMA* 275(10):797-801, 1996.

Forster Sand Gariballa (2005). Age as determinant of nutritional status: A cross sectional study. *J Nut* 4.28

Franco-Alvarez N, Avila-Funes J, Ruis-Arrefui L y Gutierrez-Robledo, L (2007) Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en Mexico. *Rev PANAm Salud Publica* 22(6):369-75

Freire, W.B., H. Dirren, J.O. Mora, P. Arenales, E. Granda, J. Breilh, A. Campaña, R. Páez, L. Darquea y E. Molina. 1988. *Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana Menor de Cinco Años*. DANs. Quito: CONADE/MSP

Grant, B.F., and Harford, T.C. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: Results of a national survey. *Drug Alcohol Depend* (39):197-206, 1995

Gutierrez-Fisac JL, López J, Benegas KJ, Graciani A, y Rodriguez-Artalejo F. (2004). Prevalence of Overweight and obesity in Elderly People in Spain. *Obes Res* 12:710-715

Kauhane J, Kaplan GA, Golberg DE, Salonen R and Salonen JT. 1999. Pattern of Alcohol Drinking and Progression of Atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*; 19: 3001-3006

Klatsky, AL; Armstrong, MA; and Friedman, G.D. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med* 117(8):646-654, 1992. Thun, MJ; Peto, R; Lopez, A.D; et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *New Engl J Med* 337(24):1705-1714, 1997.

KonigL, Merchant AT, Pogue J, and Anand S. (2007) Waist circumference and waist-hip ratio as predictors of cardiovascular event: meta-regression analysis of prospective studies. *European Heart J*. 2: 850-856.

Korrapati, M.R., and Vestal, R.E. Alcohol and medications in the elderly: Complex interactions. In: Beresford, T., and Gomberg, E., eds. *Alcohol and Aging*. New York: Oxford University Press, 1995. pp. 42-55.

M. Pelaez y IL Martines con el Comité Asesor de Actividad Física y Envejecimiento. ProMOVER. OPS, 2002

McGinnis JM, Foege. WH. Actual Causes of death in the United State 1993. *JAMA*. Nov 10; 270(18):2207-12.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert*. No. 27: *Alcohol-Medication Interactions*. Bethesda, MD: the Institute, 1995.

OPS/OMS. 1982. Evaluación de la Situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. Documento Oficial 179. Washington D.C.

OPS (2009) Plan de Acción Sobre la Salud de las Personas Mayores incluyendo el envejecimiento activo y Saludable. CD49/8. Washington D.C.

Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (1985). Hacia el bienestar de los ancianos. Washington DC, EE.UU.

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (1982). Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. Washington DC; EE.UU. Documento oficial N° 179.

Payette H, Gray-Donald K, Cyr R, Boutier V. (1995) Predictors of Dietary Intake in a functionally dependent elderly population in the community. *Am J Public Health*: 85: 677-83.

Rolls B J; Dimeo K A; Shide D J. 1995. Age-related impairments in the regulation of food intake. *Am J Clin Nut*. 62:923-31

Srikanthan P, Seeman TE, Karkamangla AS. 2009. Waist-Hip-Ratio as a Predictor of All-Cause Mortality in High-Functioning Older Adults. *Ann Epidemiol*; 19(10) 724-731.

U.S. Department of Human Services. 1996. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Waller, P.F. Alcohol, aging, and driving. In: Gomberg, E.S.L.; Hegedus, A.M; and Zucker, R.A. *Alcohol Problems and Aging*. NIAAA Research Monograph No. 33. NIH Pub. No. 98-4163. Bethesda, MD: NIAAA, 1998

WHO. 2007. Less salt less risk of heart Disease and stroke> Reducing salt intake in populations. Report of Who Forum and Technical Meeting. Geneva, WHO

WHO/FAO.2004. Vitamin and mineral requirements for human Nutrition. Second Edition. WHO/FAO

WHO/FAO. 2003 Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. Report of the joint

WHO/FAO expert consultation.WHO Technical Report Series, No. 916 (TRS 916)

WHO Expert Consultation 2004. Appropriate Body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*; 363: 157-63

WHO. The World Health Report 1998. Life in the XXI Century : a vision for all. Chapter 3. Life across the life span. Who. Geneva, 1998.

WHO. (2002). Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento. <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/>



8.1. Funcionalidad

El aumento en la esperanza de vida no necesariamente ha significado un mejoramiento de las condiciones de vida. Entre los problemas más importantes que se han encontrado en la etapa de adulto mayor son las disminuciones o pérdidas de capacidades funcionales, emocionales y cognitivas. Los cambios fisiológicos propios de la edad, junto con las enfermedades crónicas degenerativas, limitan la realización de actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente limitación de su independencia y la necesidad de ayuda.

La independencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal, sin supervisión, dirección o asistencia personal activa. De otro lado, el Consejo de Europa (1998) define la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importante para realizar las actividades de vida cotidiana”.

La capacidad para funcionar en la vida diaria es un proceso dinámico y cambiante que va más allá de un proceso fisiológico. Está ligada a la funcionalidad y la autonomía que es el grado en que el hombre o la mujer puede funcionar como desee. Esto implica tomar las propias decisiones y asumir las responsabilidades por éstas. Para que esto ocurra es necesario tener un buen funcionamiento de las áreas física, mental y social, acorde con los requerimientos de la forma de vida de la persona (Gómez, 2010)

La capacidad funcional está relacionada de forma directa con la calidad de vida. Además, permite comprender el impacto de las enfermedades en el anciano y su familia, y constituye la piedra angular de la rehabilitación geriátrica. Una de las grandes diferencias en la repercusión de la enfermedad entre adultos jóvenes y adultos mayores es el impacto sobre la funcionalidad, la cual se ve mucho más afectada en este último grupo, como consecuencia de una menor reserva fisiológica (Chávez et al., 2001).

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria o ABVD son un conjunto de actividades primarias de las personas relacionadas con su cuidado personal y movilidad. Las ABVD son las que le permiten al individuo vivir con autonomía e independencia, sin la necesidad de requerir ayuda continua de otros. Entre las más importantes ABVD se incluyen comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, subir y bajar escaleras.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria o AIVD son el conjunto de actividades que facilitan al individuo adaptarse a su entorno para poder llevar una vida independiente en la comunidad. Entre las más importantes AIVD se incluyen hacer llamadas telefónicas, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación y manejar el dinero. Las AIVD tienen importante correlación con el estado cognitivo, y por ello pueden utilizarse para la detección precoz de este tipo de deterioro.

En este capítulo se presentan los resultados de la funcionalidad de la población ecuatoriana de 60 años y más. Específicamente se evaluaron las frecuencias con que se observaron limitaciones en ABVD, limitaciones en AIVD, enfermedades crónicas y discapacidad. También se consideran los

resultados sobre sus limitaciones de flexibilidad y movilidad evaluada en parámetros tales como su capacidad para levantarse de la silla, levantarse de la silla cruzando brazos, trotar un kilómetro, caminar varias cuadras, caminar una cuadra, estar sentado por dos horas, subir varios pisos sin descansar, subir un piso sin descansar, agacharse, arrodillarse, o encorvarse, extender sus brazos, levantar y transportar 5 kg. o más, levantar una moneda. Finalmente se presentarán los resultados de la auto-percepción de salud, según número de limitaciones funcionales para AIVD y ABVD. Todos o casi todos estos temas se presentarán tomando en cuenta el sexo, la edad, la región del país y el nivel socioeconómico de los sujetos estudiados.

8.2. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

En el cuadro 8.1. se presenta la prevalencia de la relación entre la presencia de enfermedades crónicas y el número de limitaciones de las ABVD, por sexo.

Se observa que los hombres en comparación con las mujeres presentaron una mayor prevalencia de ausencia de enfermedades crónicas y libres de limitaciones en ABVD (84.7% y 78.9%, respectivamente). También se puede observar que, conforme aumentan en número las enfermedades crónicas, aumentan también las prevalencias de limitaciones en AIVD, en ambos sexos. Adicionalmente, las mujeres que presentaron tres o más enfermedades crónicas presentaron prevalencias algo menores que los hombres de una o más limitaciones en ABVD.

En el cuadro 8.2. se presenta el porcentaje de población de 60 años y más, según limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria.

Más de uno de cada cuatro ecuatorianos mayores de 60 años presentaron una o más limitaciones en ABVD. Las mujeres tuvieron una mayor prevalencia de limitaciones en una o más ABVD que los hombres, en todos los grupos de edad. También se encontró que la prevalencia de limitaciones en ABVD se incrementa en ambos sexos conforme aumenta la edad.

En el cuadro 8.3. se presenta la prevalencia de limitaciones de ABVD por subregión. Se observa que en Guayaquil, el porcentaje de personas con una o más limitaciones en

CUADRO 8.1. Relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en ABVD por sexo. Porcentajes

Sexo	Número enfermedades crónicas	Número de limitaciones para realizar ABVD				
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	Total %
Mujer	Ninguna	21.1	78.9	15.3	5.8	100.0
	Una y dos	27.4	72.6	18.2	9.2	100.0
	Tres o más	45.7	54.2	25.2	20.5	100.0
	Total	31.1	68.8	19.5	11.6	100.0
Hombre	Ninguna	15.3	84.7	10.3	5.0	100.0
	Una y dos	24.1	75.9	15.8	8.3	100.0
	Tres o más	48.2	51.8	24.5	23.7	100.0
	Total	22.9	77.1	14.4	8.5	100.0
Total	Ninguna	17.4	82.6	12.1	5.3	100.0
	Una y dos	25.9	74.1	17.1	8.8	100.0
	Tres o más	46.3	53.7	25.0	21.3	100.0
	Total	27.4	72.6	17.2	10.2	100.0

Fuente:
Encuesta SABE –
Programa Alimentación
Ecuador
– MIES. 2010

CUADRO 8.2. Porcentaje de población ≥ 60 años según limitaciones en ABVD por sexo y grupos de edad

Sexo	Edad/Años	Limitaciones básicas de la vida diaria (ABVD)				
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	Total %
Mujer	60 a 64	23.9	76.1	18.9	5.0	100.0
	65 a 74	24.3	75.7	18.0	6.3	100.0
	75 o más	45.0	54.9	21.8	23.2	100.0
	Total	31.0	69.0	19.5	11.5	100.0
Hombre	60 a 64	14.4	85.7	11.5	2.9	100.0
	65 a 74	19.4	80.7	14.4	5.0	100.0
	75 o más	33.6	66.5	16.7	16.9	100.0
	Total	22.8	77.2	14.4	8.4	100.0
Ambos sexos	60 a 64	19.4	80.6	15.4	4.0	100.0
	65 a 74	22.0	78.0	16.3	5.7	100.0
	75 o más	39.6	60.4	19.4	20.2	100.0
	Total	27.1	72.9	17.1	10.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE –
Programa Alimentación
Ecuador
– MIES. 2010

ABVD es más alto que en Quito, que tenía el porcentaje más bajo. Guayaquil presenta también un porcentaje más alto que en el resto de áreas geográficas del país incluidas en el estudio (Sierra urbana, Sierra rural, Costa urbana, Costa rural). Adicionalmente, Guayaquil presenta un mayor porcentaje de personas con tres o más limitaciones en

ABVD que Quito, y que el resto de las áreas geográficas.

En el cuadro 8.4. se presenta la relación entre enfermedades crónicas y limitaciones básicas de la vida diaria en los tres grupos de edad de los adultos mayores. Se observa que conforme se incrementa el número de enfermedades crónicas, también se incre-

CUADRO 8.3. Porcentaje de población ≥ 60 años según limitaciones en ABVD por subregiones

Subregión	Limitaciones en actividades básicas de la vida diaria (ABVD)				Total %
	Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	
Sierra urbana	26.8	73.2	18.1	8.7	100.0
Sierra rural	28.5	71.5	16.7	11.8	100.0
Costa urbana	28.5	71.6	18.2	10.3	100.0
Costa rural	28.1	71.9	18.1	10.0	100.0
Quito	20.3	79.7	14.1	6.0	100.0
Guayaquil	30.1	69.9	17.1	12.9	100.0
Total	27.3	72.7	17.2	10.2	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 8.4. Relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en ABVD por edad

Edad/ años	Número enfermedades crónicas	Número de limitaciones para realizar ABVD				Total %
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	
60 a 64	Ninguna	10.7	89.3	9.2	1.5	100.0
	Una y dos	16.4	83.6	13.6	2.9	100.0
	Tres o más	45.2	54.7	32.9	12.3	100.0
	Total	19.4	80.6	15.4	4.0	100.0
65 a 74	Ninguna	12.2	87.8	10.2	2.0	100.0
	Una y dos	19.9	80.1	15.9	4.1	100.0
	Tres o más	40.6	59.4	25.7	14.9	100.0
	Total	22.0	78.0	16.3	5.7	100.0
75 o más	Ninguna	29.7	70.3	16.8	12.9	100.0
	Una	37.8	62.2	21.4	16.4	100.0
	Dos	41.3	58.7	19.8	21.5	100.0
	Tres o más	53.5	46.4	19.4	34.1	100.0
Total	39.6	60.4	19.4	20.2	100.0	
Total	Ninguna	17.2	82.8	12.0	5.2	100.0
	Una y dos	25.6	74.4	16.9	8.7	100.0
	tres o más	46.0	54.0	25.2	20.9	100.0
	Total	27.1	72.9	17.1	10.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

menta el porcentaje de sujetos que presentaron una o más limitaciones en ABVD. Por otro lado, los sujetos de 60 a 64 en comparación con los de 65 a 74 años, con tres o más enfermedades crónicas, presentaron porcentajes similares de una o más limitaciones en ABVD (45.2% y 40.6%, respectivamente). Sin embargo, los sujetos de 75 años o más que tenían tres o más enfermedades crónicas

presentaron una prevalencia mayor (53.5%) de una o más limitaciones en ABVD.

El cuadro 8.5. presenta la relación entre las prevalencias de enfermedades crónicas y las prevalencias de las limitaciones de ABVD, con relación al lugar en donde residen.

En este cuadro se observa que la Costa rural, la Costa urbana y Guayaquil presentaron mayores porcentajes de enfermedades

CUADRO 8.5. Relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en ABVD por subregión

Subregión	Número enfermedades crónicas	Número de limitaciones para realizar ABVD				Total
		Una o más	Ninguna	De 1 a 2	De 3 o más	
Sierra urbana	Ninguna	15.5	84.5	11.2	4.3	100.0
	Una y dos	25.9	74.1	18.5	7.4	100.0
	Tres o más	42.8	57.2	25.2	17.6	100.0
	Total	26.8	73.2	18.1	8.7	100.0
Sierra rural	Ninguna	22.3	77.8	14.5	7.8	100.0
	Una y dos	28.9	71.1	18.0	10.9	100.0
	Tres o más	46.9	53.1	18.6	28.3	100.0
	Total	28.5	71.5	16.7	11.8	100.0
Costa urbana	Ninguna	14.8	85.2	11.7	3.1	100.0
	Una y dos	24.7	75.3	16.4	8.3	100.0
	Tres o más	51.1	48.9	28.9	22.2	100.0
	Total	28.5	71.6	18.2	10.3	100.0
Costa rural	Ninguna	18.5	81.5	13.5	5.0	100.0
	Una y dos	26.3	73.7	16.6	9.7	100.0
	Tres o más	53.5	46.5	32.6	20.9	100.0
	Total	28.1	71.9	18.1	10	100.0
Quito	Ninguna	13.6	86.5	10.6	3.0	100.0
	Una y dos	23.3	76.7	16.2	7.0	100.0
	Tres o más	24.2	75.8	14.4	9.8	100.0
	Total	20.3	79.7	14.1	6.2	100.0
Guayaquil	Ninguna	15.2	84.8	8.4	6.8	100.0
	Una y dos	26.2	73.8	16.7	9.5	100.0
	Tres o más	48.5	51.5	24.6	23.9	100.0
	Total	30.0	69.9	17.1	12.9	100.0
Total	Ninguna	17.4	82.6	12.1	5.3	100.0
	Una y dos	26.0	74.0	17.1	8.8	100.0
	Tres o más	46.0	54.0	24.8	21.2	100.0
	Total	27.3	72.7	17.2	10.2	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

crónicas y limitaciones en AIVD que el resto de las áreas del país. Así, en la Costa rural, la Costa urbana y en Guayaquil se detectaron tres enfermedades crónicas y una o más limitaciones en AIVD en el 53.5%, 51.1 y 48.5% de personas, respectivamente. En el otro extremo, en Quito se detectaron tres enfermedades crónicas y una o más limitaciones en AIVD en el 24.2%, que fue la cifra más baja del país.

El cuadro 8.6. presenta la relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en las ABVD por índice de condiciones sociales. Se observa claramente que hay mayores proporciones de enfermedades crónicas y limitaciones de una o más ABVD, conforme empeoran las condiciones sociales. Así, con un índice de condiciones sociales muy buenas se encontró una prevalencia de tres enfermedades crónicas acompañada

CUADRO 8.6. Relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y la prevalencia de limitaciones en ABVD, por nivel socioeconómico. Porcentaje

Índice de condiciones sociales	Número enfermedades crónicas	Número de limitaciones para realizar ABVD				
		Una o más	Ninguna	De 1 a 2	De 3 o más	Total
Muy Buenas	Ninguna	4.9	95.1	4.5	0.4	100.0
	Una y dos	16.9	83.1	12.3	4.6	100.0
	Tres o más	31.5	68.5	17.9	13.6	100.0
	Total	16.6	83.4	11.4	5.2	100.0
Buenas	Ninguna	8.2	91.9	5.6	2.6	100.0
	Una y dos	20.4	79.6	14	6.4	100.0
	Tres o más	45.0	55.0	24.4	20.6	100.0
	Total	22.0	78.1	13.8	8.2	100.0
Regulares	Ninguna	18.5	81.5	12.8	5.7	100.0
	Una y dos	27.3	72.7	18.2	9.1	100.0
	Tres o más	47.3	52.7	26.6	20.7	100.0
	Total	29.1	70.9	18.5	10.6	100.0
Malas	Ninguna	16.7	83.3	14.0	2.7	100.0
	Una y dos	23.0	77.0	14.2	8.8	100.0
	Tres o más	48.0	52.0	15.4	32.6	100.0
	Total	26.4	73.6	14.4	12.0	100.0
Indigentes	Ninguna	23.9	76.1	15.6	8.3	100.0
	Una y dos	32.2	67.8	20.5	11.7	100.0
	Tres o más	52.1	47.9	30.9	21.2	100.0
	Total	32.4	67.6	20.4	12	100.0
Total	Ninguna	17.4	82.6	12.1	5.3	100.0
	Una y dos	25.9	74.1	17.1	8.8	100.0
	Tres o más	46.3	53.7	25.0	21.3	100.0
	Total	27.4	72.6	17.2	10.2	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

de una o más limitaciones en ABVD en el 31.5% de pacientes, pero esta cifra ascendió en sujetos con condiciones sociales regulares e indigentes a 47.3% y 52.1%, respectivamente.

8.3. Actividades instrumentales de la vida diaria

En los siguientes cuadros se presenta información sobre las limitaciones instrumentales de la vida diaria. El cuadro 8.7. describe la prevalencia de las limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria por grupos de edad y por sexo.

De este cuadro se desprende que más de cuatro de cada diez adultos mayores ecuatorianos presentan una o más limitaciones en AIVD, pero la proporción es mucho más alta entre mujeres que hombres. Una importante diferencia desfavorable para las mujeres en relación a la presencia de limitaciones en AIVD, se observa en todos los grupos de edad. De igual manera, las mujeres presentaron un porcentaje mucho más alto que los hombres de tres o más limitaciones en AIVD. Adicionalmente se observa que en ambos sexos hubo un aumento progresivo en la prevalencia de limitaciones en AIVD conforme aumenta la edad.

En el cuadro 8.8. se informa sobre las limitaciones instrumentales de la vida diaria

CUADRO 8.7. Porcentaje de población ≥ 60 años con limitaciones en AIVD por sexo y edad

Sexo	Edad/ Años	Limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)				
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	Total %
Mujer	60 a 64	36.6	63.4	27.0	9.6	100.0
	65 a 74	45.9	54.1	31.5	14.4	100.0
	75 o más	70.9	29.1	40.3	30.6	100.0
	Total	51.7	48.4	33.2	18.5	100.0
Hombre	60 a 64	15.9	84.1	13.2	2.7	100.0
	65 a 74	24.0	76.1	17.5	6.5	100.0
	75 o más	44.7	55.3	23.3	21.4	100.0
	Total	28.8	71.3	18.3	10.5	100.0
Ambos sexos	60 a 64	26.8	73.2	20.4	6.4	100.0
	65 a 74	35.8	64.2	25.1	10.7	100.0
	75 o más	58.5	41.5	32.2	26.3	100.0
	Total	41.0	59.0	26.2	14.7	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 8.8. Porcentaje de población ≥ 60 años con limitaciones en AIVD por subregión

Subregión	Limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)				
	Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	Total %
Sierra urbana	39.4	60.6	24.7	14.7	100.0
Sierra rural	52.6	47.4	31.8	20.8	100.0
Costa urbana	36.1	63.8	23.4	12.7	100.0
Costa rural	37.4	62.6	26.2	11.2	100.0
Quito	37.4	62.6	25.0	12.4	100.0
Guayaquil	43.9	56.1	28.4	15.5	100.0
Total	41.6	58.4	26.7	14.9	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

en la población de adultos mayores de 60 años y más, por subregión.

En este cuadro se observa que las poblaciones de la Sierra rural y Guayaquil presentan las más altas prevalencias de tener una o más limitaciones en AIVD, mientras que la Costa urbana presenta la prevalencia más baja. También la Sierra rural tiene la más alta prevalencia de tener tres o más limitaciones en AIVD. Globalmente, la Costa urbana y rural ofrecen cifras más bajas de prevalencia de limitaciones en AIVD que la Sierra urbana y rural.

En el cuadro 8.9. se conoce la prevalencia de enfermedades crónicas por edad y por el número de limitaciones instrumentales de la vida diaria. Se aprecia que conforme se in-

crementa la edad, también se incrementa el porcentaje de limitaciones en AIVD, así como también el número de enfermedades crónicas. También se observa que conforme aumenta la cantidad de enfermedades crónicas, aumenta la prevalencia de personas con una o más limitaciones en AIVD. Así, en el grupo de 60 a 64 años, la prevalencia de tener una o más limitaciones en AIVD es del 18.4% cuando no se acompañó de ninguna enfermedad crónica, mientras que la proporción asciende a 53.4% cuando se acompañó de tres o más enfermedades crónicas. Este comportamiento es aún más grave cuando se observa al grupo de edad de 75 años y más, en el que un 36% tiene tres o más limitaciones; al mismo tiempo, el 36% tiene tres o más enfermedades

CUADRO 8.9. Relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en AIVD por edad

Edad/años	Enfermedades crónicas	Número de limitaciones para realizar AIVD				
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	Total %
60 a 64	Ninguna	18.4	81.6	12.5	5.9	100.0
	Una	19.0	81.0	15.4	3.6	100.0
	Dos	30.3	69.6	23.6	6.7	100.0
	Tres o más	53.4	46.5	41.3	12.1	100.0
	Total	26.8	73.2	20.4	6.4	100.0
65 a 74	Ninguna	26.1	73.9	19.6	6.5	100.0
	Una	31.8	68.2	23.2	8.6	100.0
	Dos	38.3	61.6	26.8	11.5	100.0
	Tres o más	52.3	47.7	33.4	18.9	100.0
	Total	35.9	64.2	25.1	10.8	100.0
75 o más	Ninguna	46.9	53.0	25.1	21.8	100.0
	Una	53.4	46.6	34.3	19.1	100.0
	Dos	61.6	38.4	30.0	31.6	100.0
	Tres o más	77.8	22.2	41.6	36.2	100.0
	Total	58.6	41.5	32.3	26.3	100.0
Total	Ninguna	30.4	69.6	19.3	11.1	100.0
	Una	35.3	64.7	24.6	10.6	100.0
	Dos	44.9	55.1	27.2	17.7	100.0
	Tres o más	61.2	38.8	37.9	23.3	100.0
	Total	41.0	59.0	26.2	14.7	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 8.10. Porcentaje de población ≥ 60 años por sexo y su relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en AIVD

Sexo	Enfermedades crónicas	Número de limitaciones para realizar AIVD				
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	Total %
Mujer	Ninguna	46.0	54.0	28.0	18.0	100.0
	Una a dos	48.5	51.5	32.2	16.3	100.0
	Tres o más	64.3	35.7	40.6	23.7	100.0
	Total	52.3	47.7	33.7	18.6	100.0
Hombre	Ninguna	22.8	77.2	15.5	7.3	100.0
	Una a dos	29.6	70.4	19.0	10.6	100.0
	Tres o más	53.3	46.8	30.1	23.2	100.0
	Total	29.1	70.9	18.6	10.5	100.0
Ambos sexos	Ninguna	31.1	68.9	19.9	11.1	100.0
	Una a dos	40.2	59.8	26.4	13.8	100.0
	Tres o más	61.7	38.3	38.2	23.6	100.0
	Total	41.7	58.3	26.8	14.9	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

crónicas, y también tiene limitaciones para realizar AIVD. Es decir, más de un tercio de las personas en este grupo tiene serias limitaciones para realizar actividades instrumentales, y además padecen de enfermedades crónicas.

En el cuadro 8.10. se presenta el porcentaje de población de 60 años y más, por sexo y su relación entre enfermedades crónicas y limitaciones en AIVD. En este cuadro se observa que los hombres tienen una mayor prevalencia de ausencia de enfermedades crónicas que las mujeres y son libres de limitaciones en AIVD

(77.2% y 54.0%, respectivamente). También se puede observar que conforme aumenta el número de enfermedades crónicas, aumentan las prevalencias de limitaciones en AIVD en ambos sexos, aunque en todas las enfermedades crónicas las respectivas prevalencias de limitaciones en AIVD son siempre menores en los hombres que en las mujeres. Recuérdese que el registro de la presencia de enfermedades crónicas es por auto diagnóstico.

El cuadro 8.11. presenta el porcentaje de población de 60 años y más por subregión

CUADRO 8.11. Relación entre enfermedades crónicas y discapacidad por subregión

Subregión	Enfermedades crónicas	Porcentaje del número de limitaciones para realizar AIVD				
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	Total %
Sierra urbana	Ninguna	29.9	70.2	20.2	9.7	100.0
	Una y dos	37.5	62.5	24.1	13.4	100.0
	Tres o más	56.4	43.6	31.7	24.7	100.0
	Total	39.4	60.6	24.7	14.7	100.0
Sierra rural	Ninguna	45.6	54.4	27.0	18.6	100.0
	Una y dos	55.0	45.0	36.0	19.0	100.0
	Tres o más	66.0	34.0	31.0	35.0	100.0
	Total	52.6	47.4	31.8	20.8	100.0
Costa urbana	Ninguna	16.2	83.8	13.4	2.8	100.0
	Una y dos	34.6	65.4	22.2	12.5	100.0
	Tres o más	60.1	39.9	36.6	23.5	100.0
	Total	36.1	63.8	23.4	12.7	100.0
Costa rural	Ninguna	24.5	75.5	16.7	7.8	100.0
	Una y dos	36.5	63.5	25.7	10.8	100.0
	Tres o más	66.3	33.8	47	19.3	100.0
	Total	37.4	62.6	26.2	11.2	100.0
Quito	Ninguna	33.1	66.9	21.4	11.7	100.0
	Una y dos	34.5	65.5	22	12.5	100.0
	Tres o más	56.7	43.3	43.1	13.6	100.0
	Total	37.4	62.6	25	12.4	100.0
Guayaquil	Ninguna	24.6	75.3	14.1	10.5	100.0
	Una y dos	40.9	59.1	27.5	13.5	100.0
	Tres o más	64.1	35.9	40.9	23.2	100.0
	Total	43.9	56.1	28.4	15.5	100.0
Total	Ninguna	31.1	68.9	20.0	11.2	100.0
	Una y dos	40.2	59.8	26.4	13.8	100.0
	Tres o más	61.4	38.6	37.7	23.7	100.0
	Total	41.6	58.4	26.7	14.9	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

y su relación entre enfermedades crónicas y la prevalencia de limitaciones en AIVD. Se observa que la Costa rural, la Sierra rural, y Guayaquil presentan los mayores porcentajes de enfermedades crónicas y limitaciones en AIVD, que el resto de las áreas del país incluidas en este estudio.

En el cuadro 8.12. se presenta la relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y la prevalencia de limitaciones en AIVD por índice de condiciones sociales. Se observa claramente que hay una proporción mayor de enfermedades crónicas y limitaciones de una o más AIVD en los adultos mayores que viven en las peores condiciones sociales. Así, entre las personas que viven en condiciones sociales muy buenas la prevalencia

de tener tres enfermedades crónicas acompañadas de una o más limitaciones en AIVD es 41.8%, cifra que asciende a proporciones asombrosas en personas que viven en condiciones sociales regulares e indigentes de 61.2% y 70.3%, respectivamente.

8.4. Movilidad y flexibilidad

A continuación se presenta alguna información relevante a indicadores de flexibilidad y movilidad, con el fin de tener una idea sobre las dificultades que los adultos mayores tienen en cuanto a un conjunto de actividades. Así, en el cuadro 8.13. se observa que en ambos sexos, conforme aumenta la edad,

CUADRO 8.12. Relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y la prevalencia de limitaciones en AIVD por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Enfermedades crónicas	Número de limitaciones para realizar AIVD				
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	Total %
Muy Buenas	Ninguna	6.5	93.5	6.5	0.0	100.0
	Una y dos	19.5	80.5	16.0	3.5	100.0
	Tres o más	41.8	58.2	32.8	9.0	100.0
	Total	20.3	79.6	16.7	3.6	100.0
Buenas	Ninguna	22.3	77.7	13.9	8.4	100.0
	Una y dos	26.7	73.3	19.5	7.2	100.0
	Tres o más	62.9	37.1	41.3	21.6	100.0
	Total	32.7	67.2	22.3	10.4	100.0
Regulares	Ninguna	27.0	73.0	17.8	9.2	100.0
	Una y dos	41.2	58.8	27.5	13.7	100.0
	Tres o más	61.2	38.9	37.2	24	100.0
	Total	41.5	58.5	26.9	14.6	100.0
Malas	Ninguna	33.0	67.1	28.0	5.0	100.0
	Una y dos	41.8	58.2	30.6	11.2	100.0
	Tres o más	68.0	32.0	42.7	25.3	100.0
	Total	44.8	55.2	32.4	12.4	100.0
Indigentes	Ninguna	48.4	51.6	27.5	20.9	100.0
	Una y dos	55.3	44.7	31.3	24	100.0
	Tres o más	70.3	29.7	39.2	31.1	100.0
	Total	55.2	44.8	31.2	24	100.0
Total	Ninguna	31.1	68.9	20.0	11.1	100.0
	Una y dos	40.2	59.8	26.4	13.8	100.0
	Tres o más	61.7	38.3	38.2	23.6	100.0
	Total	41.7	58.3	26.8	14.9	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 8.13. Prevalencia de dificultades en realizar ABVD, de acuerdo al grupo de edad y sexo.

Sexo	Dificultad para:	60 a 64 años %	65 a 74 años %	75 o más %	Total %
Mujer	Levantar una moneda	2.8	5.3	12.1	6.9
	Trotar 1 km y más	55.4	54.8	60.6	56.8
	Caminar varias cuadras	38.8	44.6	54.9	46.8
	Caminar 1 calle	26.8	36.1	45.6	38.5
	Al estar sentado 2 horas	42.0	43.4	43.3	43.0
	Al levantarse de 1 silla	49.5	53.5	58.5	54.1
	Al subir escaleras varios pisos	59.0	60.4	60.0	59.9
	Al subir 1 piso x escaleras	37.8	44.5	57.8	47.5
	Agacharse	52.6	61.5	64.3	60.2
	Alzar sus brazos	21.1	23.1	29.4	24.6
	Halar o empujar objetos	37.5	40.8	47.9	42.3
	Levantar objetos	32.6	35.7	46.8	38.5
Hombre	Levantar una moneda	2.2	3.9	10.3	5.6
	Trotar 1 km y más	44.7	44.8	57.2	48.9
	Caminar varias cuadras	24.70	32.5	46.3	36.0
	Caminar 1 calle	32.8	28.1	48.2	38.8
	Al estar sentado 2 horas	29.0	31.4	36.1	32.3
	Al levantarse de 1 silla	32.7	40.4	50.7	41.8
	Al subir escaleras varios pisos	39.4	43.8	56.7	46.9
	Al subir 1 piso x escaleras	25.8	35.8	46.9	38.4
	Agacharse	38.0	42.3	53.4	44.9
	Alzar sus brazos	11.8	15.5	23.8	17.3
	Halar o empujar objetos	19.8	25.6	37.9	28.2
	Levantar objetos	10.6	13.0	27.4	17.1
Ambos sexos	Levantar una moneda	2.5	4.6	11.2	6.3
	Trotar 1 km y más	50.3	50.2	59.0	53.1
	Caminar varias cuadras	32.9	39.6	51.1	42.2
	Caminar 1 calle	28.7	33.4	46.6	38.6
	Al estar sentado 2 horas	35.8	37.9	39.9	38.0
	Levantarse de 1 silla	41.6	47.5	54.8	48.4
	Subir escaleras varios pisos	49.7	52.8	58.5	53.9
	Subir 1 piso x escaleras	33.4	41.3	53.0	43.9
	Para agacharse	45.7	52.7	59.2	53.0
	Alzar sus brazos	16.7	19.6	26.7	21.2
	Halar o empujar objetos	29.1	33.9	43.2	35.7
	Levantar objetos	22.2	25.3	37.6	28.6

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

se incrementa la prevalencia de no poder realizar ABVD. Por ejemplo, la incapacidad de levantar una moneda se incrementó de 2.8% en el grupo de 60 a 64 años, a 5.3% en el grupo de 65 a 74 años, para luego subir al 12% en el grupo de 75 años y más. Si observamos cada una de las dificultades, se hace evidente que a medida que se incrementa la edad, incrementa también la proporción de hombres y mujeres que no pueden realizar dichas actividades. Pero también se observa que las mujeres por lo general presentaron mayores prevalencias de dificultades en la realización de tareas concretas de ABVD que los hombres, independientemente de la edad.

En el cuadro 8.14. se presenta la prevalencia de dificultades en realizar AIVD, de acuerdo al grupo de edad y sexo. Al igual que en el cuadro anterior se puede establecer que a medida se incrementa la edad, los adultos mayores hombres y mujeres, en mayor proporción, presentan limitaciones para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Así por ejemplo, en el grupo de mujeres de 60 a 64 años, solo un 2.6 % tuvo dificultades para preparar la comida, mientras que en el grupo de mujeres de 75 años y más, esa proporción se incrementó a 12.2%. Ese mismo comportamiento también se observa en los hombres y es igual para todas las actividades instrumentales, en ambos sexos.

CUADRO 8.14. Prevalencia de dificultades en realizar AIVD, de acuerdo al grupo de edad y sexo. (Porcentaje)

Sexo	Limitación	60 a 64 años %	65 a 74 años %	75 o más %	Total %
Mujer	Preparar la comida	2.6	4.0	12.2	6.3
	Manejar dinero	5.3	8.9	19.9	11.5
	Ir a lugares	13.0	19.6	45.3	26.3
	Hacer compras	8.1	10.5	19.9	12.9
	Llamar x teléfono	11.4	14.1	18.6	14.9
	Para hacer QQDD	5.9	8.5	16.2	10.4
	Hacer quehaceres pesados	19.4	20.7	29.9	23.4
	Tomar sus medicinas	9.9	13.7	31.4	18.5
Hombre	Preparar la comida	1.7	1.9	7.3	3.6
	Manejar dinero	2.4	4.6	14.4	7.3
	Ir a lugares	4.6	8.2	28.1	13.9
	Hacer compras	2.1	4.7	11.6	6.3
	Llamar x teléfono	6.2	10.2	13.9	10.4
	Para hacer QQDD	1.5	3.4	8.0	4.4
	Hacer quehaceres pesados	4.7	6.3	12.2	7.8
	Tomar sus medicinas	4.7	7.4	26.5	13.0
Ambos sexos	Preparar comida	2.1	3.1	9.9	5.1
	Manejar dinero	3.9	6.9	17.3	9.5
	Ir a lugares	9.1	14.4	37.2	20.5
	Hacer compras	5.3	7.8	16.0	9.8
	Llamar x teléfono	8.9	12.3	16.4	12.8
	Hacer QQDD	3.8	6.1	12.4	7.6
	Hacer quehaceres pesados	12.5	14.1	21.6	16.1
	Tomar sus medicinas	7.5	10.8	29.1	16.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010



Los adultos mayores hombres y mujeres, en mayor proporción, presentan limitaciones para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

En el cuadro 8.15. se presenta la prevalencia de dificultades en realizar ABVD de autocuidado, de acuerdo al grupo de edad y sexo. Del mismo modo que en el cuadro anterior, en este cuadro se puede establecer que cuando se incrementa la edad, los adultos mayores, tanto hombres como mujeres, en mayor proporción, presentan limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria. Así por ejemplo, en el grupo de mujeres de 60 a 64 años, solo un 3.3 % tuvo dificultades para cruzar un cuarto caminando, mientras que en el grupo de mujeres de 75 años y más, esa proporción se incrementó a 21.5%. Ese mismo comportamiento también se observa en los hombres y es igual para todas las actividades básicas de la vida diaria, en ambos sexos.

8.5. Auto-percepción de salud funcional

En los siguientes cuadros se presenta información sobre la percepción que los

CUADRO 8.15. Prevalencia de dificultades en realizar ABVD, de acuerdo al grupo de edad y sexo. (Porcentaje)

Sexo	Limitación	60 a 64 años %	65 a 74 años %	75 o más %	Total %
Mujer	Cruzar un cuarto caminando	3.3	4.5	21.5	9.8
	Vestirse	12.5	11.7	24.2	16.0
	Bañarse	5.2	6.7	29.3	13.7
	Comer	2.2	3.6	13.0	6.3
	Levantarse o acostarse de la cama	16.8	17.0	28.6	20.7
	Usar el servicio higiénico	4.9	5.4	18.4	9.5
Hombre	Cruzar un cuarto caminando	2.0	5.5	17.4	8.5
	Vestirse	8.5	10.5	20.3	13.2
	Bañarse	2.9	5.3	18.1	8.9
	Comer	1.8	3.6	11.3	5.7
	Levantarse o acostarse de la cama	10.0	12.4	21.2	14.7
	Usar el servicio higiénico	2.0	2.9	13.2	6.1
Ambos sexos	Cruzar un cuarto caminando	2.7	5.0	19.6	9.2
	Vestirse	10.6	11.2	22.4	14.7
	Bañarse	4.1	6.1	24.0	11.4
	Comer	2.1	3.6	12.2	6.0
	Levantarse o acostarse de la cama	13.6	14.9	25.1	17.9
	Usar el servicio higiénico	3.5	4.3	15.9	7.9

CUADRO 8.16. Percepción de salud, según número de limitaciones funcionales para AIVD, por sexo

Sexo	Auto percepción	Limitaciones instrumentales de la vida diaria				Total
		Una o más	Ninguna	De 1 a 2	De 3 o más	
Mujer	Buena	48.1	51.9	32.4	15.7	100.0
	Mala	66.1	33.9	37.8	28.3	100.0
	Total	52.3	47.7	33.7	18.6	100.0
Hombre	Buena	24.6	75.4	16.2	8.4	100.0
	Mala	49.0	51.0	29.2	19.8	100.0
	Total	29.1	70.9	18.6	10.5	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

adultos tienen de su condición de salud funcional.

En el cuadro 8.16. se observa la prevalencia de auto-percepción de la condición de salud con relación al sexo y al número de limitaciones para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.

En este cuadro se aprecia que la percepción de salud de hombres y mujeres es variable, porque la auto-percepción de hombres versus la de las mujeres depende de la cantidad de limitaciones funcionales en AIVD, siendo en ciertos grupos, mejor en las mujeres que en los hombres, y viceversa. Por ejemplo, los hombres en comparación con las mujeres tuvieron una mejor auto-percepción de salud cuando no tuvieron ninguna limitación en AIVD. Así, un 75.4% de hombres reportaron tener una buena salud en comparación con un 51.9% de mujeres. En contraste, un 15.7% de mujeres con tres o más limitaciones en AIVD reportaron tener buena salud, en comparación con un 8.4% de hombres. En la interpretación de este cuadro es muy importante tomar en cuenta que los hombres presentaron un menor porcentaje de una o más limitaciones en AIVD de las mujeres.

En el cuadro 8.17. se aprecia que la Sierra rural presentó el más alto porcentaje de adultos mayores que reportan una o más limitaciones en AIVD (52.6%). Sin embargo, entre las personas que tenían una o más limitaciones en AIVD, la Sierra rural fue la región del país que reportó tener el más alto porcentaje de percepción de buena salud (48.3%). De igual manera, en la Sierra rural hay el porcentaje más alto de tener tres o más limitaciones en AIVD (20.9%). Pero, dentro de la categoría de tres o más limitaciones en AIVD, la Sierra rural fue la que reportó el

más alto porcentaje dentro del país de una buena percepción de salud (18.3%).

En el cuadro 8.18. se observa que las mujeres más que los hombres presentan una o más limitaciones en ABVD(31.2% y 22.9, respectivamente) así como de tres o más limitaciones en ABVD(11.6% y 8.5%, respectivamente). No obstante, las mujeres reportan porcentajes más altos que los hombres de una buena percepción de salud en ambos grupos (una o más y tres o más limitaciones en ABVD).

En el cuadro 8.19. se presenta la percepción de la condición de salud según el número de limitaciones funcionales para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se observa que en Guayaquil se presenta la más alta prevalencia del país de una o más limitaciones funcionales en ABVD. Guayaquil presenta, dentro de la categoría de una o más limitaciones funcionales en ABVD, el porcentaje más alto del país de una mala percepción de su salud (61.9%). Cabe indicar que este patrón de comportamiento de los datos es similar en la categoría de tres o más limitaciones funcionales en ABVD.

8.6. Discusión

La discapacidad y su nivel de intensidad se incrementan conforme se incrementa la edad de las personas. Sin embargo, este problema empieza a ser más evidente a partir de los 60 años. Un alto porcentaje de sujetos mayores de 60 años tienen que vivir muchos años limitados de sus capacidades funcionales y con sufrimiento físico y psíquico hasta su muerte. De acuerdo con la evidencia de varios estudios, hay muchas medidas eficaces para limitar los muchos de los factores

CUADRO 8.17. Percepción de salud según número de limitaciones funcionales para AIVD, por región

Subregión	Auto percepción	Limitaciones Instrumentales de la vida diaria				Total
		Una o más	Ninguna	De 1 a 2	De 3 o más	
Sierra urbana	Buena	33.8	66.2	23.2	10.6	100.0
	Mala	58.7	41.3	29.6	29.1	100.0
	Total	39.4	60.6	24.7	14.7	100.0
Sierra rural	Buena	48.3	51.7	30.0	18.3	100.0
	Mala	62.6	37.4	35.7	26.9	100.0
	Total	52.6	47.4	31.7	20.9	100.0
Costa urbana	Buena	31.9	68.1	21.2	10.7	100.0
	Mala	53.4	46.6	32.5	20.9	100.0
	Total	36.2	63.8	23.4	12.7	100.0
Costa rural	Buena	33.5	66.5	24.2	9.2	100.0
	Mala	48.8	51.2	31.4	17.4	100.0
	Total	37.2	62.8	26.0	11.2	100.0
Quito	Buena	34.3	65.7	23.1	11.1	100.0
	Mala	63.3	36.7	41.3	22.0	100.0
	Total	37.3	62.7	25.0	12.3	100.0
Guayaquil	Buena	39.0	61.0	26.5	12.6	100.0
	Mala	69.2	30.8	38.3	31.0	100.0
	Total	43.9	56.1	28.4	15.5	100.0
Total	Buena	37.0	63.0	24.7	12.3	100.0
	Mala	58.9	41.1	34.0	24.9	100.0
	Total	41.6	58.4	26.7	14.9	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 8.18. Percepción de salud según número de limitaciones funcionales para ABVD, por sexo

Sexo	Auto percepción	Limitaciones				Total
		Una o más	Ninguna	De 1 a 2	De 3 o más	
Mujer	Buena	26.1	73.9	17.9	8.1	100.0
	Mala	48.1	51.8	24.9	23.2	100.0
	Total	31.2	68.8	19.6	11.6	100.0
Hombre	Buena	17.5	82.5	12.0	5.6	100.0
	Mala	46.7	53.4	25.3	21.4	100.0
	Total	22.9	77.1	14.4	8.5	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

de riesgo, así como para reducir la intensidad del nivel de discapacidad.

Las principales causas de discapacidad se relacionan con importantes causas de morbi-mortalidad, tales como enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades cardiovas-

culares, enfermedades mentales y del sistema nervioso. Medidas tales como el ejercicio físico y mental sistemático, una alimentación saludable, el mantenimiento de redes sociales, y el no uso de tabaco y alcohol pueden lograr importantes beneficios protectores.

CUADRO 8.19. Prevalencia de auto-percepción de salud según número de limitaciones funcionales par a ABVD, por subregión

Subregión	Auto percepción	Limitaciones Instrumentales de la vida diaria				Total %
		Una o más %	Ninguna %	De 1 a 2 %	De 3 o más %	
Sierra urbana	Buena	20.2	79.8	15.1	5.1	100
	Mala	49.8	50.2	28.4	21.4	100
	Total	26.8	73.2	18.1	8.7	100
Sierra rural	Buena	23.8	76.2	14.7	9.1	100
	Mala	39.5	60.5	21.4	18.1	100
	Total	28.5	71.5	16.7	11.8	100
Costa urbana	Buena	24.1	75.9	16.7	7.4	100
	Mala	46.2	53.8	24.2	22.0	100
	Total	28.5	71.6	18.2	10.3	100
Costa rural	Buena	22.0	78.0	15.4	6.6	100
	Mala	47.2	52.8	26.8	20.4	100
	Total	28.2	71.8	18.2	10.0	100
Quito	Buena	16.7	83.3	12.7	5.0	100
	Mala	52.0	48.0	26.9	25.1	100
	Total	20.3	79.7	14.2	6.2	100
Guayaquil	Buena	23.9	76.1	15.4	8.5	100
	Mala	61.9	38.1	26.1	35.8	100
	Total	30.1	69.9	17.1	12.9	100
Total	Buena	22.0	78.0	15.1	6.9	100
	Mala	47.4	52.6	24.9	22.4	100
	Total	27.4	72.6	17.2	10.2	100

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

La presencia o ausencia de discapacidad, así como sus niveles de intensidad están dadas por un conjunto de factores personales y medioambientales que interactúan. Adicionalmente, la discapacidad puede afectar el estado general de salud, así como también un pobre estado general de salud puede llevar a la discapacidad.

A continuación se resumen los resultados más importantes de este capítulo, y se contrastarán con los resultados encontrados en otras encuestas SABE en otros países.

Las prevalencias totales de una o más limitaciones en ABVD y de AIVD en el Ecuador en población de 60 años y más fueron de 27.1% y de 41.0%, respectivamente. La eficacia en la realización de las ABVD fue mayor que para las AIVD dentro de cada grupo de edad, sexo, área geográfica y nivel socioeconómico. Este hallazgo es consistentemente

con los estudios SABE de México y Cuba (SABE, 2005). Las AIVD son más complejas y finas, y generalmente requieren un buen funcionamiento físico y mental, por lo que se pueden ver afectadas ante agresiones menores (SABE, 2005).

Las prevalencias globales de una o más limitaciones en ABVD y de AIVD en La Habana en población de 60 años y más fueron de 19.0% y 25.6%, respectivamente (ref), mientras en México, las prevalencias globales de una o más limitaciones en ABVD y de AIVD fueron de 20% y 27.9%.

Las prevalencias más altas de estos dos tipos de limitaciones encontradas en el Ecuador en comparación con La Habana y México, podrían deberse a múltiples factores. Algunos de ellos podrían ser el nivel de instrucción de la población, el nivel de actividad física y mental de las personas, la calidad de

la dieta, los hábitos de consumo de tabaco y alcohol, así como también la forma de vida y las redes sociales de las poblaciones.

Globalmente, los hombres presentaron menores prevalencias de limitaciones en ABVD y en AIVD a cualquier edad que las mujeres, y las personas de menos edad de ambos sexos presentaron menores prevalencias que las personas de mayor edad. Resultados similares han sido reportados en otros estudios (Manton et al, 1997; Strawbridge et al, 1992).

Quito fue el lugar con la más alta prevalencia de sujetos libres de limitaciones en ABVD (79.7%), y Guayaquil fue el lugar con la menor prevalencia (69.9%).

La Sierra rural y la Costa urbana presentaron los niveles más bajos y más altos de

sujetos sin ninguna limitación en AIVD con 47.4% y 63.8%, respectivamente.

Es importante indicar que las ABVD y las AIVD pueden medir las limitaciones funcionales con algún margen de error en vista que el reporte sobre las mismas en un porcentaje importante no está proporcionado directamente por el paciente, sino por su cuidador o algún familiar. En el presente estudio, un 29% de pacientes no proporcionó la información directamente (Ostir, et al, 1999).

Adicionalmente, cada uno de los diferentes estudios SABE suele realizar una adaptación local de las preguntas, lo que podría ocasionar que haya algún grado de distorsión en la comparación de diferentes estudios (Feinstein et al, 1986).

Bibliografía

Alfonso J., León E Ma., Menéndez J., Marín CM, Arcia N., Martínez L, 2005. Sabe Cuba. La Habana.

Chávez H. Ortiz P. Valoración Funcional del Adulto Mayor. Principios de Geriátria y Gerontología de la Universidad Cayetano Heredia. 2001.

Gómez J. Valoración de la capacidad funcional. Semiología Geriátrica. Anamnesis y Examen Físico del Anciano. López Ramirez Jorge. Editoral CELSUS.2010

Feinstein AR, Josephy BB, Wells CK. Scientific and clinical problems in indexes of functional disability. Ann Intern Med. 1986; 105:413-420).

Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. Proc Natl Acad Sci USA. 1997;94(6):2593-8.)

Ostir Glenn V, Carlson John E, Black Sandra A, Rudkin Laura, Goodwin James S, Markides Kyriakos S. Disability in Older Adults 1: Prevalence, Causes, and Consequences. Behav Med, 1999; 24(4):147-57.

Strawbridge WJ, Kaplan GA, Camacho T, Cohen RD. The dynamics of disability and functional change in an elderly cohort: Results from the Alameda County Study. J Am Geriatr Soc. 1992;40:799-806.



9.1. Introducción

El Ministerio de Salud Pública en el 2007 dictó las “Políticas Integrales de Salud para el Adulto Mayor”, lo cual constituyó un hito en el área de la salud. Incorporó el envejecimiento con un enfoque de ciclo de vida, al permitir, como primer momento, el desarrollo de un espacio participativo y democrático, en el marco del modelo de atención familiar, comunitario e intercultural vigente. Propuso una estrategia para asegurar la vigencia de los derechos y deberes establecidos en la Constitución, y lograr formas equitativas y solidarias de organización, en contra de los derechos violentados de la población excluida, en particular de las personas adultas mayores (MSP, 2009).

Esta declaración de políticas del MSP se tradujo en el “Programa de Atención Integral a las personas Adultas Mayores”, que está estructurado en tres sub-programas.

El primero corresponde al Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, que fortalece la capacidad de la atención primaria de salud, para responder a las necesidades de las personas adultas vistas no como carencias, sino como derechos, dentro del marco del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural. Su objetivo es promocionar la salud, mejorar la calidad de vida y reducir la carga de la enfermedad crónica y la discapacidad. El segundo se refiere al Subprograma de Atención al Adulto Mayor en hospitales. Constituye un instrumento programático que facilita y orienta la atención a toda persona mayor de 65 años y más, en todos los servicios hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Define como grupos programáticos a personas mayores de 65 años a 74 años, de 75 a 84 años, y de 85 y más años. El tercero concierne al Subprograma de Atención al Adulto Mayor en instituciones sociales, con un abordaje transdisciplinario, intersectorial, donde se evidencia la corresponsabilidad y correspondencia, comandados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, los Municipios y ONGs que han venido trabajando en esta línea.

La oferta de servicios de salud se enmarca dentro de los actores del "Sistema Nacional de Salud", cuya conformación, estructura y características están definidas en la Constitución del Ecuador de 2008, que en su sección segunda, sobre Salud, señala lo siguiente:

- "Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional".
- "Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social".

- "Art. 360.- 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".
- "Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes".
"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". (Asamblea Constituyente, 2008).

El sistema nacional de salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, porque no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El subsector público está conformado por los servicios del MSP, el IESS-SSC, ISSFA e ISSPOL, y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

Los servicios de salud del MSP están organizados por niveles de complejidad. En el nivel I (complejidad baja) se encuentran los puestos de salud, subcentros y centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria, y los subcentros ofrecen también atención del parto, emergencias y atención odontológica. En el nivel II (complejidad in-

termedia) hay hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, a más de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia. También dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. En el nivel III (complejidad alta) hay hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional. Además realizan docencia e investigación en salud.

Los servicios de salud municipales tienen a su cargo las direcciones de higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de los de Quito y Guayaquil, que incluyen algunos servicios ambulatorios y hospitalarios privados. En el 2006 había 29 establecimientos de salud municipales nivel I y 8 de nivel II.

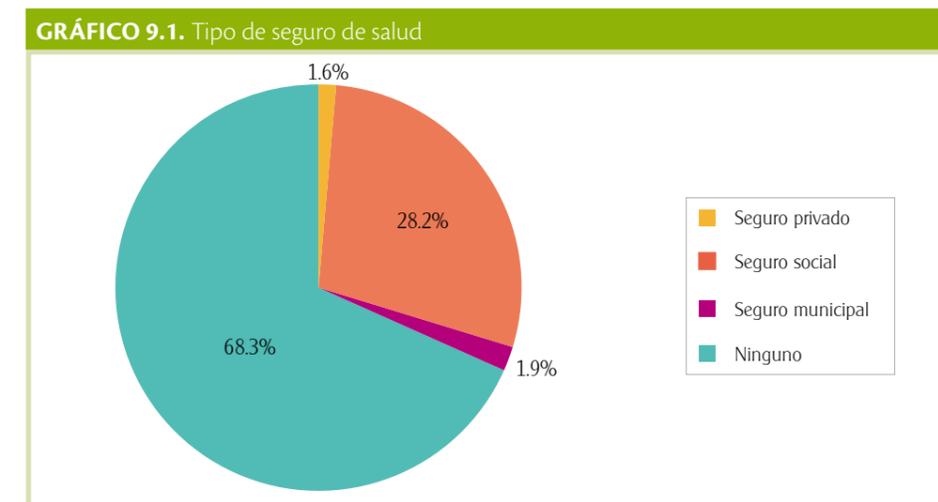
El sector privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y las empresas de medicina prepagada) y organizaciones privadas sin fines de lucro como ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 15% de los establecimientos del país. También existen empresas de medicina prepagada que cubren menos del 3% de la población de los estratos de medianos y altos ingresos (PS, 2008).

Dentro del contexto de la Estrategia Nacional de las Políticas Integrales del Sector Salud y de los objetivos y acciones planteadas en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe (2008), del Plan de Acción Internacional de Madrid (2002), el objetivo de la Estrategia Nacional es que las personas mayores deberían tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía. En el presente caso se analiza este acceso a los proveedores del sistema nacional de salud.

Desde esta perspectiva se presenta un análisis de la situación actual de uso y acceso a servicios de salud de las personas adultas mayores, cobertura aseguramiento a los servicios de salud, uso de los servicios de salud ambulatorios o de primer nivel de atención, utilización de los servicios hospitalarios, acceso geográfico, económico y funcional a los servicios ambulatorios y hospitalarios, situación de uso y acceso a medicamentos y exámenes complementarios, para finalizar con una descripción de los gastos que significa el uso y acceso a los servicios de salud.

9.2. Acceso a seguro de salud

En el gráfico 9.1. se observa que el 68,3% de la población adulta mayor no posee ningún seguro de salud. Antes de la actual Constitución, esto significaba una seria barrera para los servicios de salud, por lo que la población tenía que acudir a servicios pú-



* IESS, Seguro campesino, ISSFA, ISPOL

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimentación
- MIES. 2010

blicos o privados y realizar gastos directos de bolsillo para cubrir los costos de la utilización de los servicios de salud, pues hasta hace dos años los servicios públicos promovían procesos de autogestión o recuperación de costos. Afortunadamente, la nueva Constitución, establece en el artículo 37 la atención gratuita y especializada de salud, y el acceso gratuito a medicinas. Aunque todavía es una declaración de principios, al menos se ha eliminado el pago de servicios públicos de salud y de apoyo, y se va organizando el sistema con servicios gratuitos.

De todas maneras, aún es muy importante contar con un seguro de salud y se ve como solo el 28,2% está afiliado al IESS, y el 2% tiene seguros municipales. En la actualidad, se puede decir que la importancia de estos seguros no solo radica en las prestaciones de salud, sino también en prestaciones adicionales como cesantías, mortuorias, etc. Finalmente, apenas el 1,6% de los adultos mayores cuenta con algún seguro de salud privado.

Otros datos sobre afiliación a seguros de salud por edades provenientes de la encuesta ENDEMAIN, 2004, revelan informaciones muy similares a los encontrados en la encuesta SABE. Señalan que en Ecuador alrededor del 70% de la población de 60 años y más se encuentra sin este tipo de cobertura. Alrededor del 30% de los adultos mayores (según los grupos de edades) se encuentra afiliado a algún sistema. Cerca del 15% está afiliado al Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS); al Seguro Social Campesino (SSC) está afiliado el 14%, entre los de 60 a 74 años, y el 11,5% entre los de 75 años y más; al Ins-

tituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y de la Policía (ISSPOL) alrededor del 1% o menos, y a los seguros privados una proporción ínfima, que no llega al 1% (CELA-DE CEPAL 2007). Así, se ratifica la situación de protección de la seguridad social que no ha cambiado al menos en los últimos cinco años.

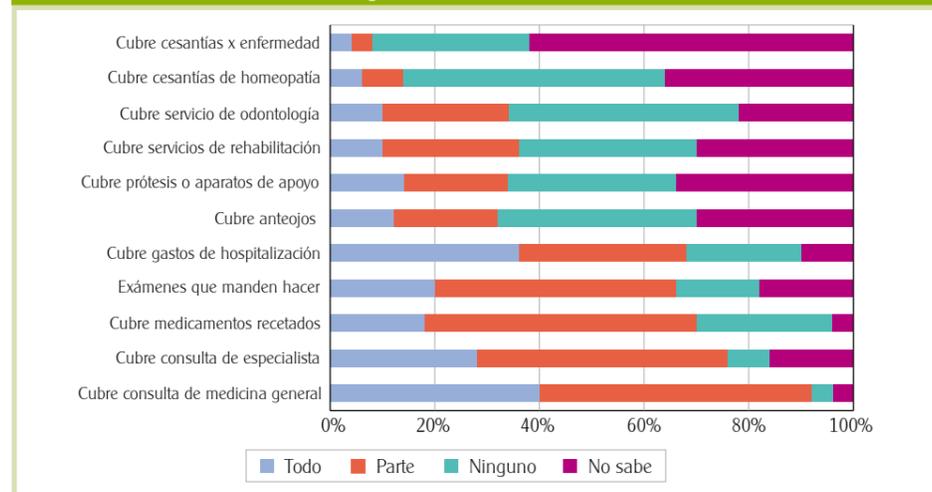
En comparación, en Colombia a fines de 2006, la cobertura de la seguridad social era del 13% para las personas adultas mayores de 60 años en adelante, 42 % de ellas en el régimen contributivo y 58% en el régimen subsidiado (OISS, 2008). La Caja Costarricense del Seguro Social asegura en la actualidad al 61,52% de la población mayor de 65 años, lo que significa acceso a una atención integral. Al interior de la cobertura, puede observarse que son las mujeres las que disfrutan en mayor medida de este aseguramiento (OISS, 2008). Comparativamente, la población de adultos mayores en Ecuador tiene mayor cobertura que en Colombia, con un sistema francamente neoliberal, pero menor cobertura que Costa Rica, que tiene un sistema redistributivo combinado con uno productivo al mismo tiempo.

9.2.1. Cobertura de Seguros de Salud

Más allá de analizar cuanta población tiene acceso a los seguros de salud, resulta muy importante conocer las actividades o servicios cubiertos por estos seguros y el tipo de cobertura que se presta a través de estas instituciones.

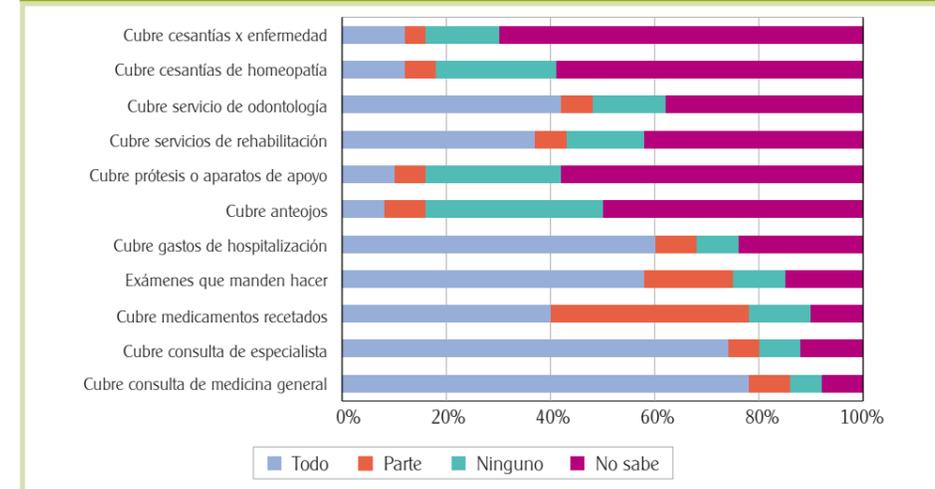
En este gráfico de cobertura de seguros privados (9.2) se observa que las actividades

GRÁFICO 9.2. Cobertura de los Seguros Privados



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

GRÁFICO 9.3. Cobertura del Seguro Social



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

como consulta de medicina general, hospitalización, consulta de especialista, exámenes y medicamentos son las que mayor cobertura tienen, sea total o parcial, pero para cesantías, homeopatía, odontología, rehabilitación, aparatos de apoyo y anteojos, o no tienen cobertura en un porcentaje muy significativo o no saben si el seguro les cubre o no.

En los seguros públicos (ver gráfico 9.3.) se garantiza cobertura total para la consulta medicina general, de especialidad, exámenes y hospitalización. Las coberturas parciales se mencionan en un porcentaje no muy relevante para casi todas las actividades excepto para medicinas, en donde un 40% de los afiliados dice tener cobertura parcial. Este fenómeno quizá tiene relación con la existencia de medicinas en los hospitales o dispensarios del IESS, en los que durante mucho tiempo se padecía de serios desabastecimientos. En la actualidad, se han emprendido procesos de dotación de medicamentos con compras masivas de medicinas e insumos, sobre una base de medicinas genéricas. Esto ha tenido un tropiezo con los prescriptores, quienes aún se niegan a confiar en estos productos y continúan con la prescripción de medicinas comerciales, a riesgo de las sanciones estipuladas en la ley. Pero a pesar de todo esto, los mismos pacientes están acostumbrados al consumo de medicinas comerciales, por lo que bien puede explicar el concepto de cobertura parcial de medicinas.

Un grave problema que tiene la población afiliada al IESS y los demás seguros públicos es la gran desinformación sobre sus beneficios y coberturas, en especial para ce-

santías, homeopatía, rehabilitación, aparatos de apoyo y anteojos.

Se discute si el derecho al aseguramiento debería ser solo para quienes pueden cotizar o, como se establece en nuestra Constitución actual, es un derecho para todos. En países como Alemania, los deberes y derechos del seguro de salud se desprenden del "Código de Seguridad Social", y tienen por lo general una cobertura de un 100%. El 95% de las prestaciones que ofrecen las Cajas de Salud públicas son prácticamente idénticas y se diferencian solo en algunos ámbitos marginales, como acupuntura, medicina cinética tradicional, terapeutas naturistas, o curas terapéuticas. En cambio, en el sistema privado de seguros de salud cada afiliado debe definir, al momento de su incorporación, qué prestaciones desea integrar en su cobertura, en una especie de sistema de módulos (Protección y seguridad Social en salud 2, 2006).

En Uruguay, una propuesta de seguro de salud para los adultos mayores, los clasifica en un primer grupo con las personas que requieren cuidados intensivos, entre las que se distinguen a aquellas que están internas en alguna institución asistencial, y aquellas que son atendidas en sus propios hogares. Este grupo ocasiona una parte muy importante de los gastos de cobertura en el segmento de los adultos mayores. El segundo grupo está compuesto por los enfermos crónicos, que son personas con enfermedades permanentes o de larga duración, como diabetes, patologías coronarias y neoplasias. El tercer grupo está constituido por los multimórbidos, pacientes con varias enfermedades conco-

mitantes, que precisan un mínimo de 6 medicamentos diarios para su tratamiento. Un 4% de los afiliados son multimórbidos con una medicación permanente y representan un 33,61% de los mayores de 70 años." En Uruguay (citado en OISS, 2008), según la Encuesta sobre Estilos de Vida y Salud de la Población Adulta (ENEVISA) de 1999, el 96,8% de los adultos mayores goza de cobertura de salud y el 3,2% carece de ella. El 37,5% de los mayores están asistidos por el sistema público de salud. Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) asisten en salud al 59,3% de las personas mayores residentes en Uruguay.

En Brasil, la atención a la salud de las personas mayores se lleva a cabo a través del sistema de salud público (Sistema Único de Salud, SUS) y por el sistema privado, que actúa de forma complementaria y opcional. Según investigaciones recientes, un 70% de los adultos mayores se atiende exclusivamente en el Sistema Único de Salud. Aquellos que tienen plan privado de salud solo esporádicamente acuden a la sanidad pública, sobre todo cuando necesitan acudir a procedimientos de alto coste, como los tratamientos oncológicos, que generalmente no son cubiertos por los convenios privados. En Argentina, las tasas de cobertura aumentan con la edad (tienen cobertura el 88,1% de los mayores de 80 años, frente al 63,1% de los que tienen entre 60 a 64 años) (OISS, 2008).

9.3. Uso ambulatorio de servicios

El Art. 360 de la segunda sección de la Constitución de 2008, señala: "El sistema ga-

rantizará, 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."

Esto significa que conforme lo expresado por el acuerdo de la OMS de Alma Ata en 1978 sobre la atención primaria de salud, los servicios ambulatorios de primer nivel de atención deberían ser la puerta de entrada al sistema de salud, y por lo tanto, el primer sitio de contacto entre la población, en este caso adulta mayor, cuando presente un problema de salud (enfermedad) que necesite apoyo o resolución del mismo.

9.3.1. Uso de servicios de salud en el último año

Al averiguar sobre la utilización de los servicios de salud (cuadro 9.1.), hay que partir de que el 84,2% de la población considera que estuvo enferma en el año anterior a la encuesta. De ellos, el 38,5% acudió a un establecimiento privado y un 29,9% a establecimientos públicos. Vale señalar que un 6,9% no acudió a servicios de salud, a pesar de considerarse enfermos. En comparación, en México, el 95,2% de los adultos mayores de 65 años y más son usuarios de los servicios de salud (OISS, 2008).

Por otro lado, el 15,8% de la población de adultos mayores manifiesta que no estuvo enfermo el año anterior a la encuesta, y por lo tanto, no buscó atención. En comparación, la proporción de la población general, sobre la que no buscó atención médica, fue

Lugar de consulta	Porcentaje %	Porcentaje acumulado %
No estuvo enfermo	15.8	15.9
Estuvo enfermo pero no fue a la consulta	6.9	22.8
Establecimiento público	29.9	52.7
Establecimiento privado	38.5	91.2
Botica	2.6	93.8
Naturista	1.6	95.4
Otro (incluye casa de reposo)	4.6	100.0
Total	99.9	

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 9.2. Porcentaje de personas mayores de 60 años por utilización de servicios de salud y sexo según ciudad

Ciudades	Necesitó pero no consultó	No necesitó	Consultó	Necesitó pero no consultó	No necesitó	Consultó
	M	M	M	H	H	H
Bridgetown	1	6	93	1	13	86
Buenos Aires	1	13	86	2	18	80
México. D.F.	2	15	83	2	24	74
Montevideo	1	19	80	1	29	70
Santiago	7	15	78	16	19	65
Sao Paulo	2	11	87	3	16	81

Fuente: OMS, 2005

el 24,1%, en 1995; 30.7%, en 1999, y en 2006 fue el 22,2%. Estas cifras incluyen los no enfermos y los que estando enfermos no buscaron atención médica. Existe entonces mucha similitud con los hallazgos (OISS, 2008) de la encuesta SABE Ecuador.

Los resultados de la encuesta multicéntrica de la OPS del 2001(2005), mostró los resultados del cuadro 9.2.

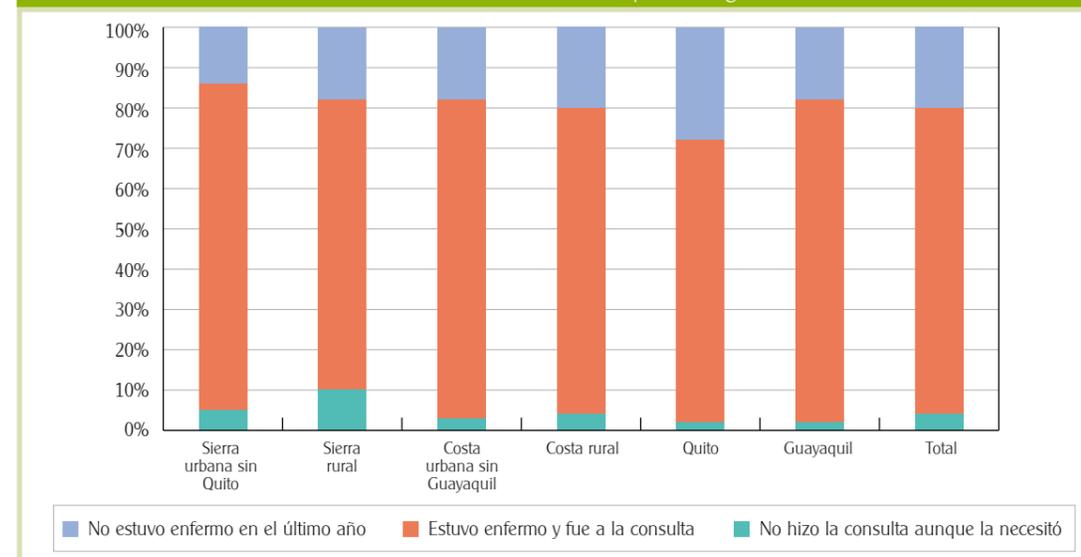
Al analizar el uso de los servicios en el último año por regiones (gráfico 9.4.) se observa que en la Sierra rural, se presenta el mayor porcentaje (13,9%) de adultos mayores que estando enfermos no acuden a los servicios de salud, dato muy ligado quizás con la accesibilidad y disponibilidad de los mismos. También por iguales razones, en Quito un porcentaje algo mayor que las otras regiones (23,7%) dice no haberse enfermado.

En general, el rango de adultos mayores que utilizaron servicios de salud está entre 70,8% en la Sierra rural y 82,8% en Guayaquil, con una media de 77,4% a nivel nacional.

Cuando se hace el mismo análisis pero comparándolo por el nivel socio-económico (cuadro 9.3) se observan diferencias sustanciales entre los adultos mayores con condiciones muy buenas y los indigentes, en los cuales tanto los porcentajes de no utilización a pesar de estar enfermos varía entre 1,3% a 13,8%, respectivamente, la población que utiliza los servicios porque si los necesitó, y la población que no se enfermó tiene menor variabilidad al analizar entre los distintos estratos socio-económicos. Esto confirma la condición socio-económica como una barrera considerable para el acceso a los servicios de salud.

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.4. Asistencia a consulta médica en el último año, por subregiones



CUADRO 9.3. Asistencia a consulta médica en el último año, por nivel socio-económico

Índice de condiciones sociales	No hizo la consulta aunque la necesitó %	Estuvo enfermo y fue a la consulta %	No estuvo enfermo en el último año %	Total %
Muy Buenas	1.3	78.4	20.3	100.0
Buenas	1.1	83.5	15.5	100.0
Regulares	6.2	77.5	16.3	100.0
Malas	6.8	80.7	12.5	100.0
Indigentes	13.8	71.5	14.7	100.0
Total	6.9	77.2	15.9	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

La misma variable se analizó pero considerando la edad para el tipo de servicio al que acuden (cuadro 9.4.); es decir, se analiza la preferencia de los servicios. Lo más destacable es que el grupo de adultos mayores de 60 a 64 años es el que menos reporta haberse enfermado (82%) comparado con los grupos de 65 a 74 años (83,5%) y los de 75 años ó más (87,1%). Respecto a las preferencias

para todos los grupos de edad, la utilización de servicios públicos es de alrededor de un 30%, privados entre 38 a 39%, y otro tipo de establecimientos 4 a 5%. Por lo tanto, no hay grandes diferencias substanciales para estos grupos de edad.

Según el mismo análisis pero considerando el sexo (cuadro 9.5.), se observa que los hombres reportan no haberse enfermado

CUADRO 9.4. Asistencia a consulta médica en el último año, por grupo de edad y tipo de servicio

Categoría de atención	60 a 64 años %	65 a 74 años %	75 o más %	Total %
No estuvo enfermo	18.0	16.5	12.9	15.7
Estuvo enfermo pero no fue a la consulta	6.2	7.0	6.7	6.7
Establecimiento público	29.8	29.1	30.9	29.9
Establecimiento privado	37.7	39.3	39.3	38.9
Botica	2.7	2.4	2.8	2.6
Naturista	1.0	1.5	2.2	1.6
Otro (incluye casa de reposo)	4.6	4.1	5.3	4.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 9.5. Asistencia a consulta médica en el último año, por grupo de edad y tipo de servicio

Categoría de atención	60 a 64 años %	65 a 74 años %	Total %
No estuvo enfermo	10.1	22.6	15.9
Estuvo enfermo pero no fue a la consulta	6.7	7.1	6.9
Establecimiento público	31.1	28.5	29.9
Establecimiento privado	43.5	32.7	38.6
Botica	2.4	2.9	2.6
Naturista	1.5	1.7	1.6
Otro (incluye casa de reposo)	4.6	4.5	4.6
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

(22%) más que las mujeres (10%). Respecto de las preferencias por algún tipo de servicio, se observa mayor frecuencia de utilización tanto de servicios públicos y privados por las mujeres, pero explicado por su mayor percepción de enfermedad. Este aspecto resulta muy importante pues implica, por un lado, la concepción de enfermedad y su aceptación o negación como tal, por otro. Ambos grupos muestran preferencia por los servicios de salud privados, siendo más notoria en el grupo de mujeres (12% de diferencia con el servicio público), que en el de hombres (4% de diferencia con el servicio público).

Es interesante observar que al analizar por regiones (cuadro 9.6.), los adultos mayores de Quito manifiestan con mayor frecuencia no haberse enfermado (24%), que en las

demás regiones con una frecuencia superior entre ocho y 12 puntos porcentuales. Resulta visible inequidades en el acceso, pues en la Sierra rural, un 14% no acude a servicios de salud a pesar de necesitarlos, y de la misma forma es la única región en la que la compra directa de medicamentos en la farmacia o tiendas naturistas resulta importante (8%), en comparación con porcentajes no mayores al 4% en las demás regiones. En todas las regiones hay una preferencia por los servicios de salud privados (hasta 20 puntos porcentuales de diferencia), siendo menos notorio en la ciudad de Guayaquil (6%).

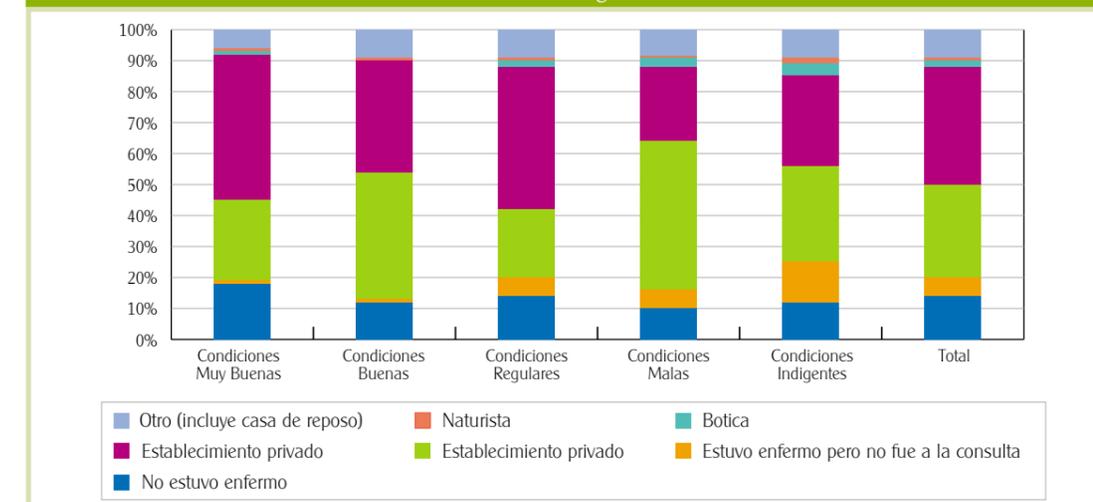
En el siguiente gráfico (9.5) se puede ver que las condiciones económicas influye en el uso de los servicios de salud, notándose claramente que mientras es menor el

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 9.6. Asistencia a consulta médica en el último año, por subregión y tipo de servicio

Categoría de atención	Sierra urbana %	Sierra rural %	Costa urbana %	Costa rural %	Quito %	Guayaquil %	Total %
No estuvo enfermo	11.8	15.3	14.5	17.6	23.7	14.7	15.8
Estuvo enfermo pero no fue a la consulta	7.6	13.9	5.0	6.7	2.8	2.5	6.8
Establecimiento público	26.8	32.1	33.8	25.2	26.2	33.0	30.0
Establecimiento privado	45.1	26.1	41.9	43.3	38.7	39.4	38.6
Botica	2.5	5.2	1.0	2.7	2.8	1.6	2.7
Naturista	1.9	3.0	0.7	1.3	0.8	0.8	1.5
Otro (incluye casa de reposo)	4.3	4.4	3.1	3.3	5.0	8.0	4.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

GRÁFICO 9.5. Preferencia de uso de servicios de salud según la condición económica



nivel económico, mayor es el porcentaje de adultos mayores que a pesar de estar enfermos no accede a los servicios de salud. Esto confirma en alto grado las inequidades de acceso, determinadas por las condiciones económicas de la población. De la misma forma podemos observar las preferencias de utilización de servicios: mientras en los grupos con condiciones regulares buenas y altas la tendencia es a una mayor ocupación de servicios privados, los grupos de malas condiciones e indigentes prefieren la utilización de servicios públicos, y un porcentaje pequeño de utilización directa de las boticas como lugar de atención para sus problemas de salud.

Al ser considerable el porcentaje de población adulta mayor que sintiéndose enfermos no utiliza los servicios de salud, es necesario analizar las principales barreras (Cuadro 9.7). Claramente y en concordancia con el gráfico anterior, se observa que la principal barrera es la económica, pues más de dos de cada tres de los adultos mayores

no acceden porque no tienen dinero. Otra razón importante se refiere a la calidad de la atención como la principal barrera para no utilizar los servicios de salud.

Factores tales como el vivir solo o acompañado, ó el grado de escolaridad de las personas adultas mayores no representan per se una barrera para la utilización de los servicios de salud; más bien en cualquiera de estas situaciones sigue siendo el factor económico la principal barrera.

A continuación se presenta un cuadro en el que se visualiza mucho más las inequidades y exclusiones producidas por la condición socioeconómica del adulto mayor (Cuadro 9.8). Las diferencias porcentuales entre los que mencionan a la falta de dinero como una barrera para utilizar los servicios de salud es de cerca de 15 puntos, entre los de nivel socio-económico alto y los indigentes (59% y 73,7% respectivamente). Se ve que para los adultos con un nivel social bueno, la calidad de atención se convierte en la principal barrera para el acceso, mientras para los grupos con malas condiciones o indigentes, aparecen otras causas, incluyendo la falta de transporte. Es interesante reconocer que los indigentes ni siquiera mencionan este factor pues para ellos, simplemente no hay dinero.

El hecho que la calidad de la atención se la mencione como una barrera para los grupos con mejores condiciones sociales (73.7%), puede estar ligado al grado de escolaridad y a una menor asimetría de la información que les permite a los adultos mayores ser más críticos de los servicios de salud que utilizan.

CUADRO 9.7. Causa de no uso de servicios médicos ambulatorios

Razón por la que no fue a consulta	Porcentaje Válido (%)
Falta de transporte	2.5
No tuvo tiempo	2.0
No tiene dinero	67.5
La atención no es buena	4.7
Otras razones	23.3
Total	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 9.8. Causa de no uso de servicios médicos ambulatorios por Índice de condiciones sociales

Causa	Índice de condiciones sociales					Total %
	Muy Bueno %	Bueno %	Regular %	Malas %	Indigentes %	
Falta de transporte	0	0	1.2	12.7	1.5	2.5
No tuvo tiempo	0	0	4	2.5	0.4	2
No tiene dinero	59.1	51.3	61.3	64.7	73.7	67.5
La atención no es buena	25	15.9	5.3	0.8	4.1	4.7
Otras razones	16	32.7	28.2	19.2	20.3	23.3
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

9.3.2. Profesionales de la salud relacionados con la atención de los adultos mayores

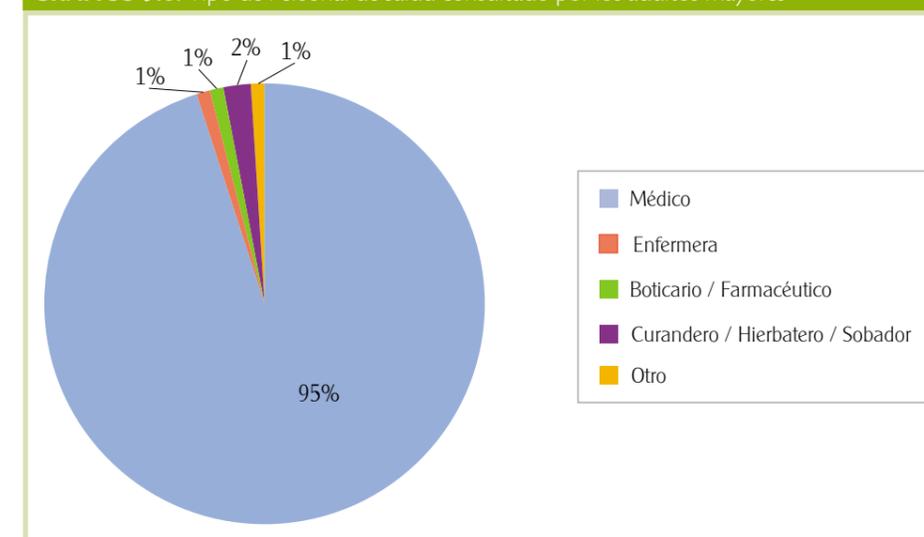
Según el gráfico 9.6. en forma casi unitaria, los adultos mayores manifiestan su preferencia de consulta con un profesional médico, mientras que otros profesionales, tales como enfermera, boticario, etc. casi no tienen importancia. Entre todas las alternativas, no llegan al 5%.

En contraste, en Cuba, el 57,2% fue atendido por los médicos de familia y el 42,4% lo fue por otros médicos. Solo en el 0,4% ciento de las personas entrevistadas, otra persona que no era médico. En resumen, el 99,6 por ciento de las atenciones fue brindada por personal médico (Cuba, 2000).

Tanto hombres como mujeres adultas mayores no muestran preferencia diferente por el personal de salud (gráfico 9.6). Ambos

prefieren la atención directa con un médico (95% de promedio). Al analizar esta preferencia por subregiones (cuadro 9.9.) existen pequeñas diferencias en la Sierra rural, en donde hay el menor porcentaje de atención por médico (88,6%) en comparación con Quito, que presenta el mayor porcentaje (98,8%). Esta diferencia refleja la disponibilidad de servicios y personal médico, pues en el Ecuador, la deficiencia de personal médico en las unidades de salud principalmente públicas es más notoria en el área rural de la Sierra. Este fenómeno se compensa con la utilización de otro personal de salud como los boticarios (4,7%) y curanderos (4,5%), que generalmente se relacionan con procesos de automedicación y la medicina tradicional, respectivamente. Algo similar sucede en la Costa rural, en donde se observa también la consulta directa a boticarios (2,4%) y curanderos (2,9%).

GRÁFICO 9.6. Tipo de Personal de salud consultado por los adultos mayores



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

CUADRO 9.9. Personal de salud consultado por los adultos mayores según subregión

Subregión	Médico %	Enfermera %	Boticario %	Curandero / Hierbatero %	Otro %	Total %
Sierra urbana	96.8	0.6	1.5	0.6	0.5	100.0
Sierra rural	88.6	2	4.7	4.5	0.3	100.0
Costa urbana	94.9	0.4	0	2	2.7	100.0
Costa rural	94.2	0.2	2.4	2.9	0.3	100.0
Quito	98.8	1.2	0	0	0	100.0
Guayaquil	97.6	1.1	0.4	0.7	0.2	100.0
Total	95	0.9	1.5	1.8	0.8	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

Finalmente, al analizar las preferencias para profesionales de salud a los cuales se acude en demanda de servicios de salud, se puede observar que la presencia de un seguro de salud (cuadro 9.10), independiente del tipo de seguro, la preferencia por la atención con un médico es levemente mayor (entre 96 a 98%) que cuando no se tiene acceso a estos seguros (93%). Este factor se explica

por la capacidad de pago de la consulta y los gastos que ella genera.

Se realizó también el análisis por el nivel de educación (Cuadro 9.11.) y prácticamente no hubo diferencias en la preferencia de consulta a médicos. Entre 96 a 98% prefiere ser atendido por un médico. Aún el análisis por nivel socio-económico (Cuadro 9.12.) no mostró diferencias en la preferencia de los adul-

CUADRO 9.10. Personal de salud consultado por los adultos mayores según tipo de seguro

Tipo de seguro	Médico %	Enfermera %	Boticario %	Curandero/Hierbatero %	Otro %	Total %
Seguro privado	95.9	0.0	0.0	4.1	0.0	100.0
Seguro social (IESS, IESS campesino, ISSFA, ISPOL)	97.5	0.6	0.6	1.0	0.2	100.0
Seguro municipal	98.3	0.0	0.0	1.7	0.0	100.0
Ninguno	93.6	1.1	2.0	2.1	1.2	100.0
Total	95.0	0.9	1.5	1.8	0.8	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 9.11. Personal de salud consultado por los adultos mayores, según nivel de instrucción

Nivel de institución	Médico %	Enfermera %	Boticario %	Curandero/Hierbatero %	Otro %	Total %
Ninguno	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Primaria incompleta	95.0	0.8	1.4	1.9	0.9	100.0
Primaria completa o secundaria incompleta	96.4	1.0	0.7	1.2	0.7	100.0
Secundaria completa	94.7	0	0.4	1.7	3.2	100.0
Alguna educación superior	99.7	0	0	0	0.3	100.0
Total	95.9	0.8	1.0	1.4	0.9	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 9.12. Personal de salud consultado por los adultos mayores según nivel socio-económico

Nivel socioeconómico	Médico %	Enfermera %	Boticario %	Curandero/Hierbatero %	Otro %	Total %
Condiciones Muy Buenas	98.3	0	0	1.3	0.4	100.0
Condiciones Buenas	98.2	0.9	0.3	0.6	0	100.0
Condiciones Regulares	95.2	0.6	1.5	1.4	1.4	100.0
Condiciones Malas	95.8	0.5	1.4	2	0.3	100.0
Condiciones Indigentes	90	2.3	3.2	3.8	0.6	100.0
Total	95	0.9	1.5	1.8	0.8	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

tos mayores por la atención directa con un profesional médico, entre 90% hasta el 98% en los grupos de indigente y nivel alto respectivamente. Vale la pena recalcar que en el grupo de indigentes hay un porcentaje considerable de adultos mayores que prefieren acudir al boticario 3,2% o al curandero 3,8%.

En conclusión, se encuentra que a mayor nivel socioeconómico, mayor acceso a los servicios y mayor preferencia por la atención directa con profesionales médicos, mientras que los grupos indigentes tienen menor acceso y se ven obligados a preferir la consulta con boticarios o curanderos.

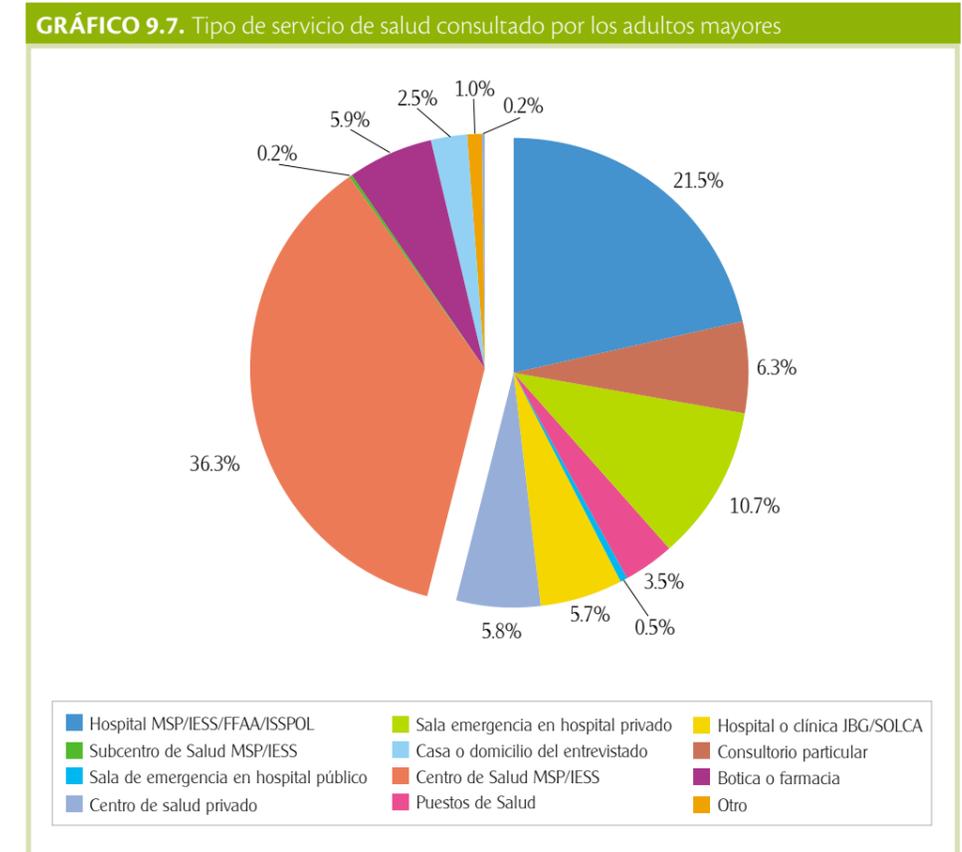
9.3.3. Tipo de servicio de salud ambulatorio al que acuden los adultos mayores

Las preferencias por un tipo de servicio ambulatorio para resolver problemas de salud (gráfico 9.7.), también tienen un patrón claro respecto al uso de los consultorios particulares (36,3%) y las unidades hospitalarias (21,5%), mientras un porcentaje considerable (17%) utiliza los centros o subcentros de sa-

lud del MSP. Se puede decir también que la preferencia entre servicios públicos o privados clasificados por su pertenencia no es relevante, pues las cifras se acercan al 45% en ambos casos, mientras un 6% de la población acude directamente a una botica, lo que claramente se relaciona con la automedicación.

Vale la pena destacar que la utilización de los servicios ambulatorios de los hospitales es muy considerable, a pesar de que, como se indicó en el apartado anterior, se debería preferir la utilización de servicios de primer nivel de atención en el marco de la Atención Primaria de Salud. Esto es muy importante, pues generalmente se propende a procesos de medicalización de los problemas de salud y peor aún de atención especializada, lo que no permite garantizar una atención holística, integral e integradora del adulto mayor y su contexto.

Cuando se desglosa la preferencia del tipo de servicio por regiones y por sexo (Cuadro 9.13.), en primer lugar se observa que las mujeres adultas mayores, preferentemente, prefieren la utilización de servicios privados



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 9.13. Lugar de consulta médica por sexo y subregión

Sexo	Subregión	Público %	Privado %	Total %
Mujeres	Sierra urbana	33.4	66.6	100.0
	Sierra rural	45.4	54.6	100.0
	Costa urbana	41.2	58.8	100.0
	Costa rural	29.7	70.3	100.0
	Quito	32.1	67.9	100.0
	Guayaquil	37.8	62.2	100.0
	Total	37.6	62.4	100.0
Hombres	Sierra urbana	33.2	66.8	100.0
	Sierra rural	45.1	54.9	100.0
	Costa urbana	43.2	56.8	100.0
	Costa rural	36.4	63.6	100.0
	Quito	40.9	59.1	100.0
	Guayaquil	43.2	56.8	100.0
	Total	40.6	59.4	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

(62,4%) en detrimento de lo público (37,6%), mientras los hombres acuden a lo privado en un 59,4% y a lo público un 40,6%. La mujer de la Costa rural presenta mayor porcentaje de preferencia para servicios privados (70,3%), en contraste con la mujer de la Sierra rural, que es la que tiene en menor grado una preferencia por lo privado (54,6%). En el caso de los hombres, el patrón de preferencia es similar entre Costa rural y Sierra rural,

pero en la ciudad de Quito la preferencia por los servicios privados es mayor que en cualquiera de las demás regiones (66,8%), y sin mayor diferencia entre hombres y mujeres.

Finalmente, se analizó la influencia del nivel socioeconómico (cuadro 9.14.) del adulto mayor comparándolo también por sexo. Como era de esperarse, mientras más bajo es el nivel socio-económico, la tendencia a utilizar los servicios públicos aumenta. Sin

CUADRO 9.14. Lugar de consulta médica por sexo índice de condiciones sociales

Sexo	Índice de condiciones sociales	Público %	Privado %	Total %
Mujeres	Muy Buenas	34.0	66.0	100.0
	Buenas	45.0	55.0	100.0
	Regulares	30.5	69.5	100.0
	Malas	60.3	39.7	100.0
	Indigentes	41.6	58.4	100.0
	Total	37.4	62.6	100.0
Hombres	Muy Buenas	36.5	63.5	100.0
	Buenas	53.7	46.3	100.0
	Regulares	28.6	71.4	100.0
	Malas	56.4	43.6	100.0
	Indigentes	44.8	55.2	100.0
	Total	40.5	59.5	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

embargo, la utilización de servicios privados aún continúa siendo la principal preferencia de las personas adultas mayores.

9.3.4. Uso de servicios ambulatorios en los últimos 4 meses

Con la finalidad de analizar no solo la utilización sino también la frecuencia de utilización, se preguntó a las personas que se consideraron enfermas en el último año, cuántas de ellas habían utilizado los servicios de salud ambulatorios en los últimos 4 meses, observándose que un 68,8 % solicitó atención médica (Gráfico 9.8).

De las personas que utilizaron algún servicio de salud ambulatorio, la frecuencia promedio de uso era 2,44 veces en los últimos 4 meses. En la población general, se espera al menos una consulta por habitante por año; por lo tanto, esta cifra sugiere que la frecuencia de enfermedades en este grupo es mayor y que la gravedad de las mismas podría ser mayor que en el resto de la población. Esta interpretación es razonable dada la presencia de enfermedades crónicas en esta población.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud, PROFAMILIA 2005, reporta que el uso de los servicios de salud en el último mes fue del 12% a nivel nacional, siendo mayor para las mujeres y para los residentes del área urbana. Si se desglosan los datos por edad, se advierte que este porcentaje se va incrementado ligeramente hasta alcanzar el 20 por ciento entre los adultos de entre 80 y 89 años de edad (OISS, 2008).

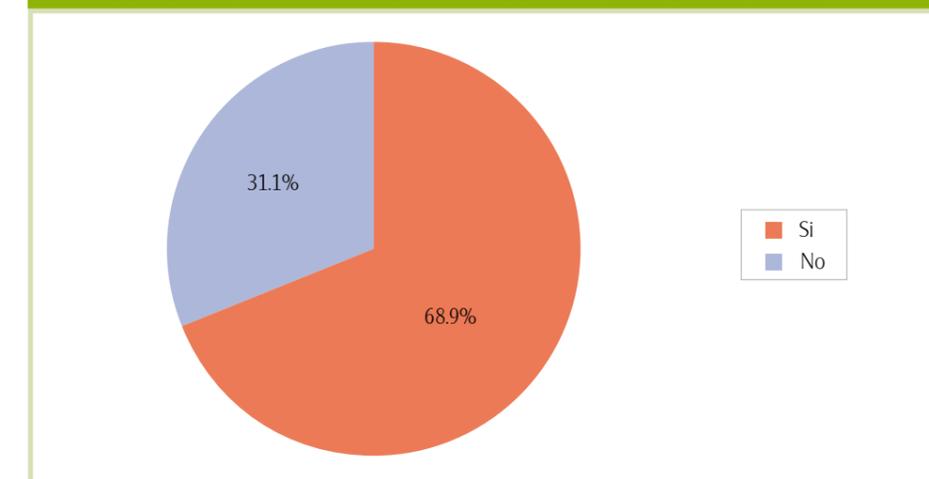
9.3.5. Cobertura de vacunación

La Atención Primaria de Salud garantiza la promoción, prevención, curación y rehabilitación de los problemas de salud de la población. Entre las actividades prioritarias está la instauración de programas de vacunación contra las enfermedades inmuno-prevenibles. Es así que el Estado debe garantizar un programa de inmunización para los grupos prioritarios, entre los que se encuentra el adulto mayor.

Por muchos años los grupos prioritarios incluyeron las niñas y niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas, descuidándose los demás grupos importantes, especialmente las personas adultas mayores. Solo en los últimos años el MSP ha incluido a los adultos mayores como beneficiarios de este programa, y se ha dado inicio a campañas de vacunación que aún no han tenido acogida las estrategias y los recursos necesarios para conseguir sus objetivos. Esta situación la podemos observar claramente reflejada en los siguientes gráficos y cuadros, en los cuales se analiza las coberturas de vacunación contra la gripe (influenza) que se aplica anualmente, el tétanos cada diez años y la neumonía cada cinco años.

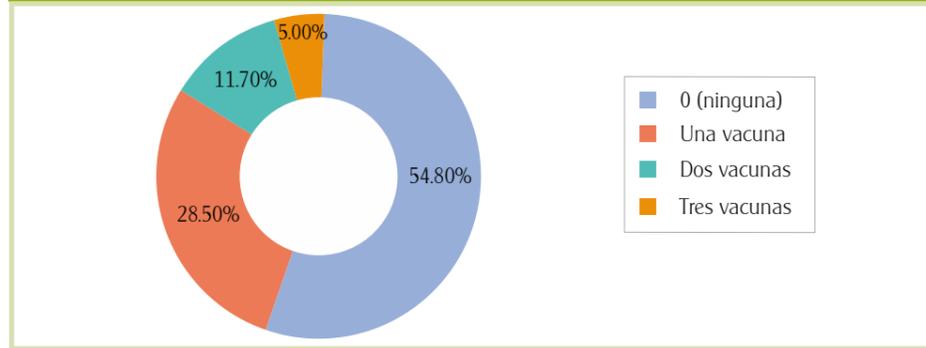
La vacuna contra la gripe es obligatoria para los adultos mayores a partir de los 65 años, y se la aplica a través de campañas de vacunación entre los meses de noviembre y diciembre. En estas campañas se aplica también la vacuna contra la neumonía por neumococo solo a los adultos que aún no han sido vacunados, pues se la aplica cada cinco

GRÁFICO 9.8. Uso de los servicios de salud ambulatorios en los últimos 4 meses



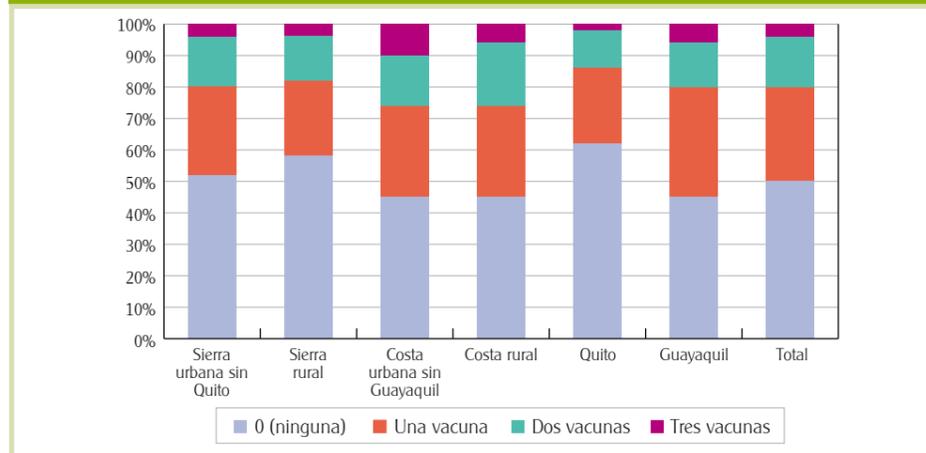
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

GRÁFICO 9.9. Cobertura de vacunación en los adultos mayores



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 9.10. Cobertura de Vacunación por subregión



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

años. La vacuna contra el tétanos es voluntaria por demanda espontánea (gráfico 9.9).

En el gráfico 9.10. se observa que el 54,8% de los adultos mayores no ha recibido ninguna de las tres vacunas (gripe, neumonía y tétanos), mientras apenas el 28,5% ha recibido una de las tres, el 11,7% dos y solo el 5% las tres vacunas, lo cual representaría un esquema de vacunación incompleto para personas de esta edad. Esta situación tiene muchas implicaciones sobre la salud de estas personas, pues cuando se presentan estas patologías pueden ser graves o muy graves, y muy bien pudieron haberse prevenido y evitado complicaciones, y por lo tanto, ingentes recursos económicos.

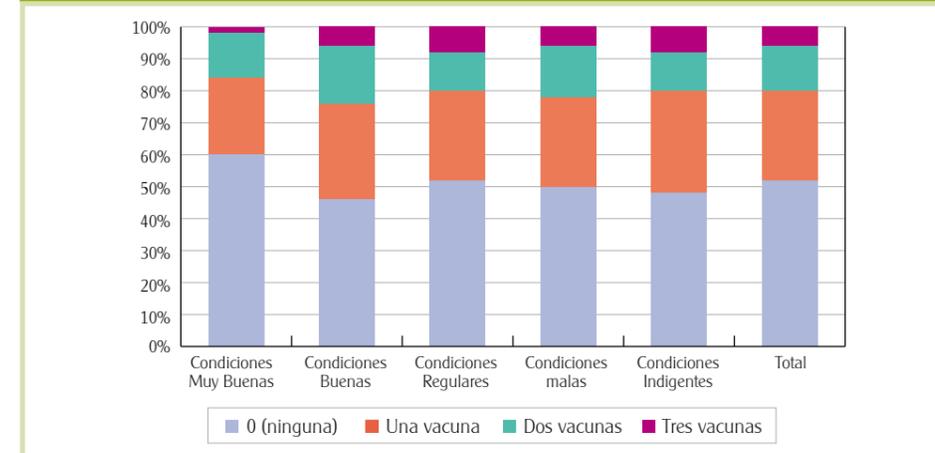
Al analizar la cobertura de vacunación por sub-regiones, paradójicamente Quito es la región con menor cobertura de vacunación (33,5%) junto con la Sierra rural (40%), mientras que la Costa urbana sin Guayaquil es la que presenta la mayor cobertura (51,5%), comparada con la media nacional de 45,2% (gráfico 9.11).

El programa de inmunizaciones en el Ecuador es público y quizá explique la menor cobertura de vacunación en las personas con niveles socio-económicos muy buenos (37%), porque es probable que participan menos en estos programas preventivos del gobierno. En los demás niveles se ven similares coberturas de vacunación al de la media nacional (Ver gráfico 9.11).

Al analizar la cobertura de vacunación por sexo y edad (cuadro 9.15.) se observa que en los grupos de adultos mayores entre 60 a 64 años y entre 65 a 74 años, hay mayor cobertura entre las mujeres que tienen mejor cobertura de vacunación que los hombres, pero algo similar en el grupo de adultos mayores de 74 o más años de edad. También se observa que en el grupo de personas de 65 a 74 años se presentan proporciones de cobertura de vacunación más altas que en los demás grupos de edad de adultos mayores.

En el cuadro 9.16. se identifica la variabilidad de cobertura por tipo de vacuna en

GRÁFICO 9.11. Cobertura de vacunación por nivel socioeconómico



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 9.15. Cobertura de vacunación por grupos de edad y sexo

Edad	Sexo	0 (ninguna) %	1 %	2 %	3 %	Total %
60 a 64 años	Mujer	59.0	29.5	8.1	3.4	100.0
	Hombre	60.4	23.8	12.8	3.0	100.0
	Total	59.7	26.8	10.3	3.2	100.0
65 a 74 años	Mujer	48.3	31.9	14.2	5.7	100.0
	Hombre	55.4	26.3	12.6	5.7	100.0
	Total	51.6	29.3	13.4	5.7	100.0
75 o más	Mujer	55.4	29.5	10.2	4.9	100.0
	Hombre	53.6	29.7	11.0	5.8	100.0
	Total	54.5	29.6	10.6	5.3	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 9.16. Cobertura por tipo de vacunas, grupos de edad y sexo

Vacunas	Edad / Sexo	60 a 64 años			65 a 74 años			75 o más		
		Mujer %	Hombre %	Total %	Mujer %	Hombre %	Total %	Mujer %	Hombre %	Total %
Gripe (ult.12 meses)	Si	18.4	17.9	18.2	34.2	29.4	32.0	29.8	32.7	31.1
	No	80.8	81.0	80.9	65.0	69.8	67.2	69.4	66.2	67.9
	NS/NR	0.8	1.2	0.9	0.8	0.7	0.8	0.8	1.1	1.0
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Tétanos (ult.10 años)	Si	28.2	29.7	28.9	30.0	24.8	27.6	22.5	23.0	22.7
	No	71.0	69.2	70.2	69.2	74.4	71.6	76.7	75.9	76.3
	NS/NR	0.8	1.2	0.9	0.8	0.7	0.8	0.8	1.1	1.0
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Neumonía (ult.5 años)	Si	9.2	10.7	9.9	13.1	14.2	13.6	12.3	13.3	12.8
	No	90.0	88.2	89.1	86.1	85.1	85.6	86.8	85.6	86.3
	NS/NR	0.8	1.2	0.9	0.8	0.7	0.8	0.8	1.1	1.0
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

los diferentes grupos de edad y por sexo. Específicamente, la vacuna contra la gripe, al tener indicaciones de especificidad para los adultos mayores de 65 años, tiene una cobertura mayor aunque apenas llega al 32% de cobertura (y con poca variabilidad por sexo). Con respecto a la vacuna contra el tétanos, se advierte mucha variación en la cobertura en los grupos de edad, con una variabilidad por sexo únicamente en el grupo entre 65 a 74 años, en las que las mujeres presentan mayor cobertura (30%) que los hombres (24,8%). Finalmente, la vacuna contra la neumonía es la que tiene menor cobertura, y con poca variabilidad entre los diferentes grupos de edad o entre mujeres y hombres.

En contraste la encuesta SABE realizada en Cuba en 2000 señala que el 64,7% de

la población estudiada estaba inmunizada contra el tétanos, y el 1,9% contra la influenza. Los grupos de mayor edad estaban menos protegidos contra el tétanos y algo más protegidos contra la influenza. Las mujeres declararon estar vacunadas contra el tétanos en mayor proporción que los hombres para ambos grupos de edades, y en el caso de la influenza el grupo, más protegidas fueron las mujeres de 75 años y más. En Cuba, se vacunan contra la influenza a los grupos más vulnerables, y se priorizan a los mayores de 80 años, que viven solos, los que viven en hogares de ancianos y los que tienen enfermedades que comprometen al sistema inmune (SABE, Cuba, 2000).

9.4. Uso de hospitales

En el adulto mayor resulta fundamental analizar la utilización de los hospitales, pues está relacionado con el tipo de patología y su gravedad. Como se dijo anteriormente, las enfermedades crónicas y las degenerativas son las principales y más frecuentes en este grupo poblacional, además de complicaciones de otras patologías agudas, todas relacionadas con el estado nutricional y otros factores que hacen del adulto mayor vulnerable para sufrir problemas de salud que, frecuentemente, necesitan atención hospitalaria.

Las enfermedades crónicas y las degenerativas son las principales y más frecuentes en este grupo poblacional

9.4.1. Utilización general de los servicios hospitalarios

Se estima que en un 10% de la población general utilizará al menos una vez los servicios hospitalarios durante un año. En los adultos mayores la tasa de hospitalización en los últimos cuatro meses es 6,3%. Este hallazgo significa que si lo prorrateáramos a un año, se sobrepasaría el promedio de uso de servicios hospitalarios, como se reporta en otros países como Chile, en donde la tasa de hospitalización para adultos mayores es 2,5 veces mayor que para la población general.

En Cuba, el 6.1 por ciento de la población estudiada estuvo internada en hospitales al menos una vez en los últimos cuatro meses; la proporción de personas que ingresaron fue mayor en el grupo de más edad, y no hubo diferencias entre sexos (Cuba, Wisconsin, 2000).

El promedio de estadía para las hospitalizaciones del adulto mayor es de 6,87 días, cuando el promedio a nivel nacional en la población general es de 3,4 días. Esta diferencia sugiere que los problemas por los cuales los adultos mayores requieren hospitalización son más graves ó crónicos.

En cuanto a la frecuencia de hospitalización, en promedio los adultos mayores que se

hospitalizan, han sido internados 1,75 veces en los cuatro meses anteriores a la encuesta.

La tasa de hospitalización por sexo es algo mayor en la mujer que en el hombre, como se observa en el cuadro 9.17.

Si se analizan los patrones de hospitalización por subregiones (cuadro 9.18.), se encuentra pocas diferencias, con proporciones de adultos mayores que no requieren hospitalización entre 91,4% en la Sierra urbana sin Quito hasta 94,8% en Sierra rural. Asimismo, la frecuencia de personas mayores que requirió hospitalización una vez varía entre 4,1% en Guayaquil y la Sierra rural hasta el 6% en Sierra urbana sin Quito. La proporción de personas que se hospitalizó dos o tres veces fue menos del 2% en todas las regiones.

Se encuentra una situación similar en lo que se refiere al nivel socio-económico (cuadro 9.19.), en donde no se halla diferencias importantes en la frecuencia de hospitalización. La proporción que no se ha hospitalizado varía solamente de 92% a 94%; una sola hospitalización de 4% al 7%; y entre 2 y 3 hospitalizaciones, menos del 1%.

La posibilidad de contar con un seguro de salud generalmente favorece la hospitalización (BID, 2010), especialmente cuando se cuenta con un seguro privado que da cobertura de este servicio. Este punto es importante porque el Ecuador tiene un sistema en

CUADRO 9.17. Frecuencia de Hospitalización en los últimos 4 meses por sexo

Sexo	Ninguna %	Una vez %	Dos veces %	Tres o más veces %	Total %
Mujer	92.8	5.7	0.8	0.7	100.0
Hombre	94.7	3.9	0.5	0.8	100.0
Total	93.6	5.0	0.7	0.8	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 9.18. Frecuencia de hospitalización en los últimos 4 meses por subregión

Subregión	Ninguna %	Una vez %	Dos veces %	Tres o más veces %	Total %
Sierra urbana	91.4	6.0	1.5	1.1	100.0
Sierra rural	94.8	4.1	0.4	0.7	100.0
Costa urbana	93.9	5.1	0.7	0.3	100.0
Costa rural	94.3	5.1	0.5	0.1	100.0
Quito	92.3	5.7	0.3	1.7	100.0
Guayaquil	94.5	4.1	0.4	1.0	100.0
Total	93.6	5.0	0.7	0.8	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010



CUADRO 9.19. Frecuencia de Hospitalización en los últimos 4 meses por sexo

Índice de condiciones sociales	Ninguna %	Una vez %	Dos veces %	Tres o más veces %	Total %
Muy Buenas	92.0	7.0	0.0	1.0	100.0
Buenas	94.0	5.0	0.0	1.0	100.0
Regulares	94.0	4.0	1.0	1.0	100.0
Malas	93.0	6.0	0.0	1.0	100.0
Indigentes	93.0	6.0	1.0	0.0	100.0
Total	94.0	5.0	1.0	1.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

transición en donde a pesar de la gratuidad de los servicios, la población que requiere hospitalización generalmente tiene que gastar de su bolsillo para cubrir costos de varios servicios de los hospitales. Por esta razón, se observa que adultos mayores con un seguro privado de salud utilizan servicios hospitalarios (gráfico 9.12) más que otras personas.

Como es de esperar al comparar la frecuencia de utilización de servicios hospitalarios por edad (gráfico 9.13) y aunque las diferencias son mínimas, se puede observar

que a mayor edad, la frecuencia de hospitalización aumenta paulatinamente 8% en los de 75 o más años, 6% en el grupo de 65 a 74 años y 4% en el grupo entre 60 a 64 años, al igual que aumenta el número de hospitalizaciones.

9.4.2. Lugar de Hospitalización

Resulta muy importante analizar el lugar en donde se hospitalizaron las personas adultas mayores. Se encontró que práctica-

mente la mitad de los adultos mayores accede a los hospitales públicos, sean estos del MSP, del IESS, las Fuerzas Armadas o de la Policía. Pero se nota que un 27,8% de los adultos mayores acude a centros privados con fines de lucro. Este hallazgo está relacionado con los niveles socio-económicos y por la percepción de calidad y capacidad resolutive de los servicios privados por esta población. Ver gráfico 9.14.

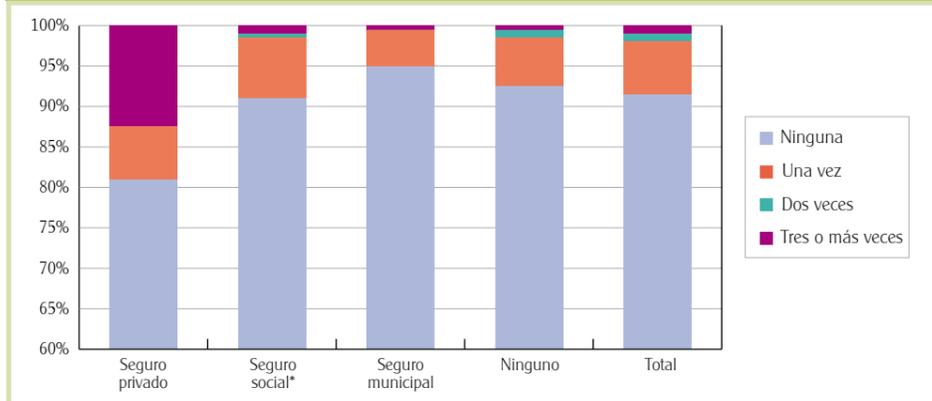
De la misma forma, la utilización de servicios hospitalarios por subregión demuestra diferencias importantes. Específicamente, en las principales ciudades (especialmente Guayaquil) hay mayor tendencia a utilizar los servicios hospitalarios privados, mientras que en la Costa y Sierra urbana el uso de hospitales públicos es mayor, probablemente debido a factores relacionados a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios. Otro factor sería a la calidad atribuida por

su capacidad resolutive, especialmente en las ciudades de Guayaquil y Quito, donde se encuentran los grandes centros hospitalarios privados, en comparación de las demás regiones de Ecuador (gráfico 9.15).

El patrón de utilización de servicios hospitalarios desglosada por nivel socio-económico no es muy claro, pero en general, a excepción de los que se encuentran en condiciones regulares (que en cerca del 60% prefieren utilizar servicios hospitalarios privados (las personas en las otras categorías prefieren utilizar los hospitales públicos en aproximadamente las mismas proporciones (gráfico 9.16).

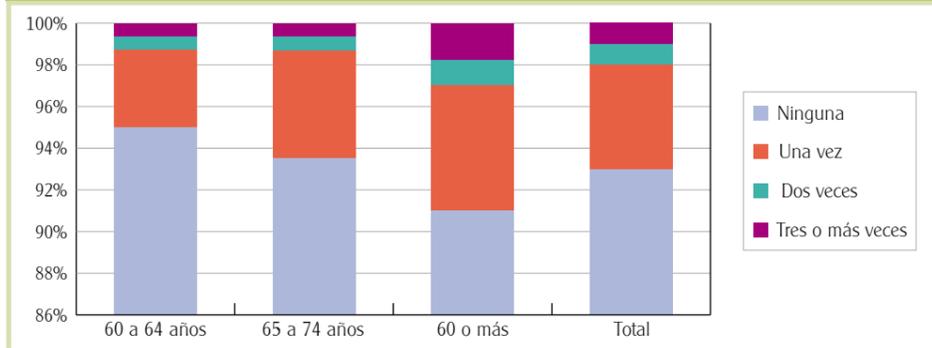
Al analizar el lugar de hospitalización según el grupo etáreo (gráfico 9.17), se observa que a mayor edad la proporción de personas que utilizan servicios privados aumenta. La razón estriba en la complejidad de las patologías del adulto mayor en edades avan-

GRÁFICO 9.12. Frecuencia de Hospitalización en los últimos 4 meses por tipo de seguro



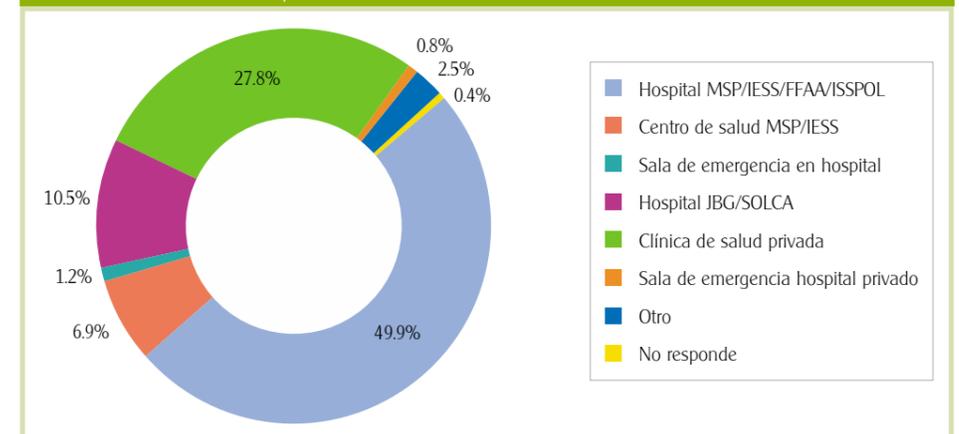
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 9.13. Frecuencia de Hospitalización en los últimos 4 meses por edad



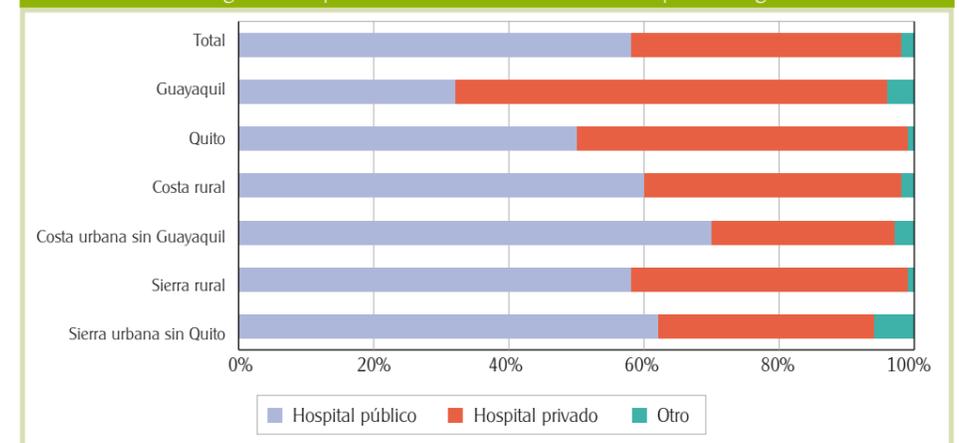
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 9.14. Lugar donde estuvo hospitalizada la población adulta mayor en los últimos 4 meses por edad



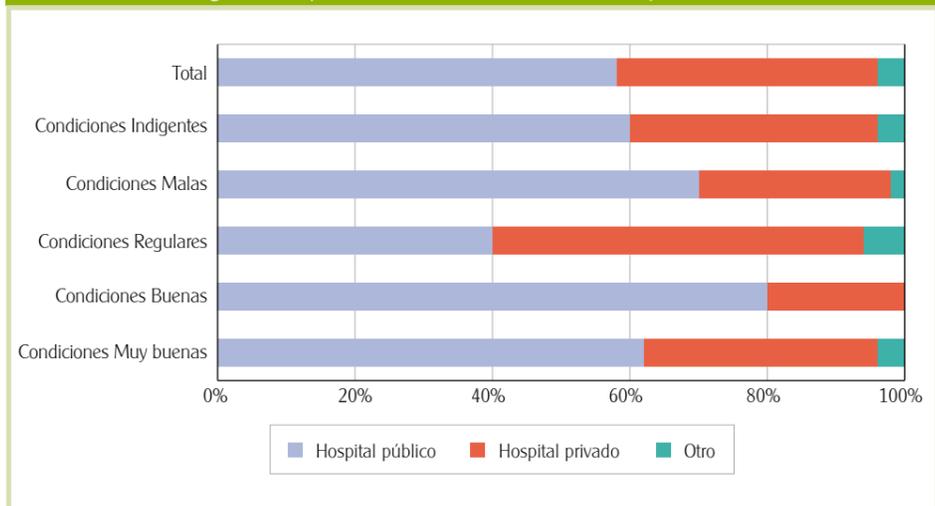
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 9.15. Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por subregión



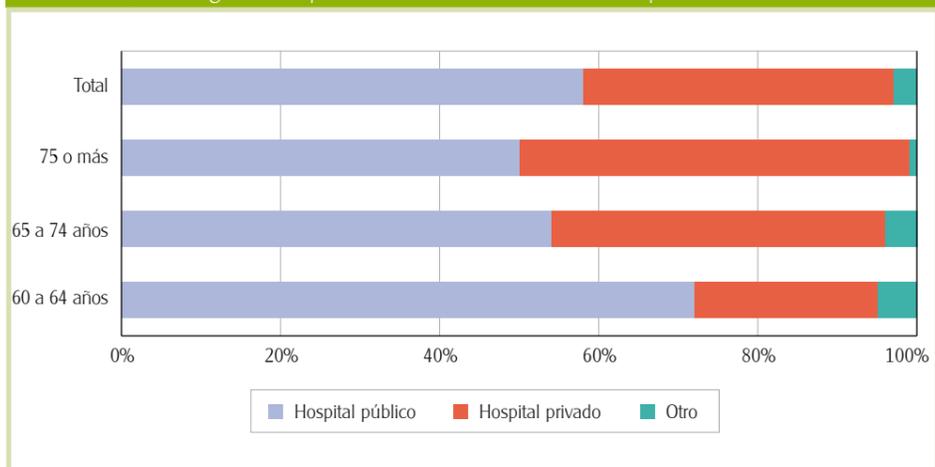
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 9.16. Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por edad



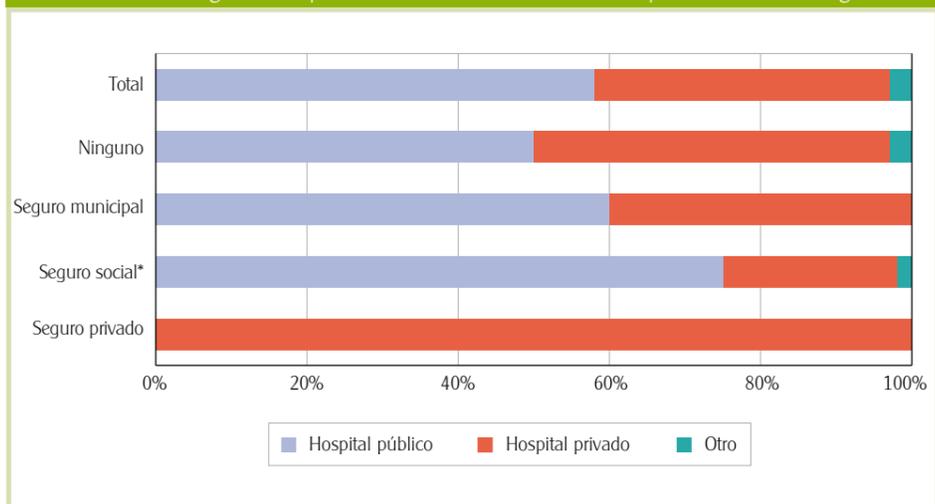
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

GRÁFICO 9.17. Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por edad



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

GRÁFICO 9.18. Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por cobertura de seguro



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

zadas y la capacidad resolutive de los servicios públicos, siempre en desventaja con los privados que disponen de mayor tecnología, infraestructura y recursos humanos especializados.

Por lógica los adultos mayores que cuentan con seguros privados utilizan los hospitales privados; sin embargo, llama la atención que alrededor de un 75% de adultos mayores con un seguro público, utilizó hospitales privados. De la misma forma, un 44% de la población que no cuenta con un seguro de salud utilizó servicios privados (gráfico 9.18).

Según el cuadro 9.20, en la Sierra urbana y Costa urbana, Quito y Guayaquil, a

mayor edad, mayor utilización de hospitales privados mientras que en grupos de menor edad en la Sierra urbana, se observa una considerable utilización de otros servicios, posiblemente debido a la presencia de otras alternativas como ONGs y SOLCA. En Guayaquil también existen otros servicios relacionados con la Junta de Beneficiencia, pero en la Sierra rural y Costa rural ocurre lo contrario, ya que a mayor edad menor utilización de hospitales privados y casi ninguna utilización de otros servicios. Esta tendencia podría explicarse por la accesibilidad a los servicios, pues en el sector rural tanto de la Costa como de la Sierra existen muy pocos hospitales privados con fines de lucro.

CUADRO 9.20. Lugar de hospitalización en los últimos 4 meses por grupos de edad y subregiones

Subregión	Edad / años	Hospital público %	Hospital privado %	Otro %	Total %
Sierra urbana sin Quito	60 a 64	75.5	8.4	16.1	100.0
	65 a 74	70.9	20.6	8.5	100.0
	75 o más	56.3	43.7	0.0	100.0
	Total	64.1	30.4	5.4	100.0
Sierra rural	60 a 64	37.2	62.8	0.0	100.0
	65 a 74	56.7	43.3	0.0	100.0
	75 o más	65.5	34.5	0.0	100.0
	Total	58.3	41.7	0.0	100.0
Costa urbana sin Guayaquil	60 a 64	87.9	12.1	0.0	100.0
	65 a 74	68.8	26.6	4.6	100.0
	75 o más	60.7	39.3	0.0	100.0
	Total	70.4	27.5	2.1	100.0
Costa rural	60 a 64	49.3	50.7	0.0	100.0
	65 a 74	64.3	35.7	0.0	100.0
	75 o más	67.0	29.9	3.2	100.0
	Total	62.8	36.0	1.2	100.0
Quito	60 a 64	100.0	0.0	0.0	100.0
	65 a 74	66.9	33.1	0.0	100.0
	75 o más	38.6	61.4	0.0	100.0
	Total	51.3	48.7	0.0	100.0
Guayaquil	60 a 64	78.6	21.4	0.0	100.0
	65 a 74	8.7	84.7	6.6	100.0
	75 o más	35.9	59.9	4.2	100.0
	Total	34.4	61.4	4.2	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

A manera comparativa, aunque en la población general, en Colombia, los hospitales públicos debían ser gratuitos y dar cobertura a los pobres y a personas sin seguro médico, pero tan solo el 20% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a población situada en el quintil más pobre y el 91% de los pacientes más pobres hospitalizados debía afrontar costos directos. Al contrario de lo que se podría esperar, el subsidio público beneficiaba a pacientes en mejor situación económica: casi un 60% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a personas de ingreso medio y alto de los quintiles cuarto y quinto de ingresos, pero tan solo el 69% de los pacientes con más recursos que estaban hospitalizados realizaba desembolsos directos (Molina et al., 1993).

9.5. Accesibilidad a servicios de salud

Según lo descrito en las secciones anteriores, un aspecto importante de este análisis se refiere a la accesibilidad a los servicios de salud, sean estos ambulatorios u hospitalarios. A manera de introducción al tema y como referencia para el análisis de los resultados, se presenta un gráfico (9.19) de tiempos de viaje y de espera de la población general para acceder a los servicios de salud,

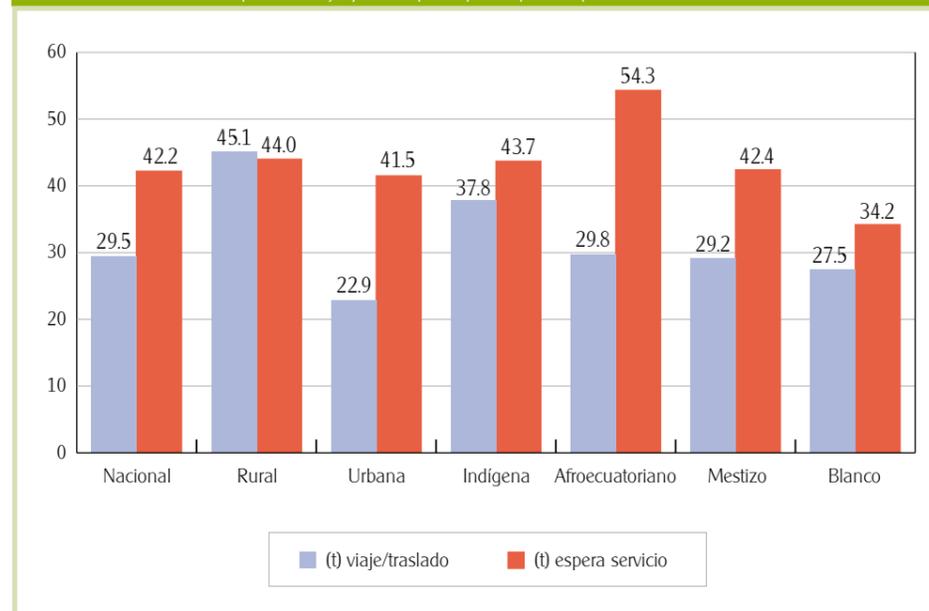
tomado de "Perfil de Sistema de Salud: Ecuador de la OPS, 2008".

9.5.1. Accesibilidad a servicios ambulatorios

La accesibilidad a servicios ambulatorios se mide a través de tres indicadores básicos: el tiempo de espera o tiempo transcurrido para recibir atención médica; el tiempo de acceso a los servicios o tiempo de viaje; y, el tiempo de espera. En el primer indicador la población adulta mayor demora un promedio de 3,22 días entre la solicitud de una cita o turno para consulta ambulatoria y el día de la atención. El tiempo de acceso al servicio de salud desde su domicilio es en promedio alrededor de 1 hora con 22 minutos. Finalmente, el tiempo de espera para ser atendidos una vez que accede al servicio de salud es de 1 hora con 3 minutos.

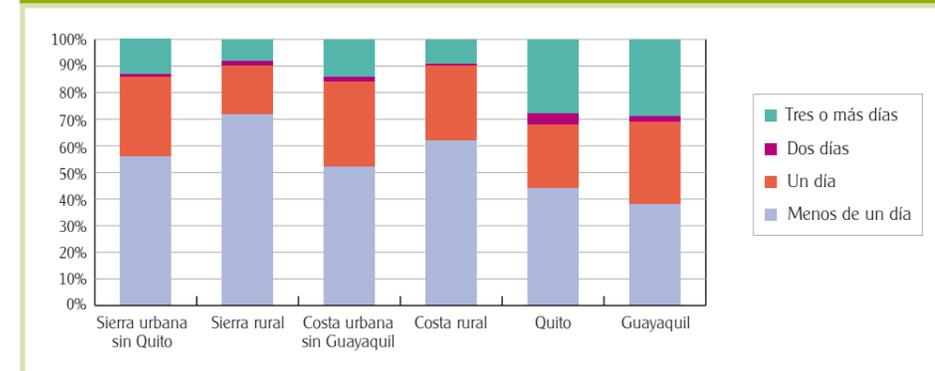
Se puede comparar estos resultados con la medias de tiempo de espera a nivel nacional para la población general que es de 42,2 minutos (INEC, 2006), lo cual significa que los adultos mayores tienen que esperar más que la gente más joven. Lo mismo ocurre con los tiempos de acceso a los servicios de salud a nivel nacional, con 29,5 minutos de traslado e igual situación o casi tres veces menos que la gente mayor (INEC, 2006).

GRÁFICO 9.19. Tiempo de viaje y de espera por tipo de población



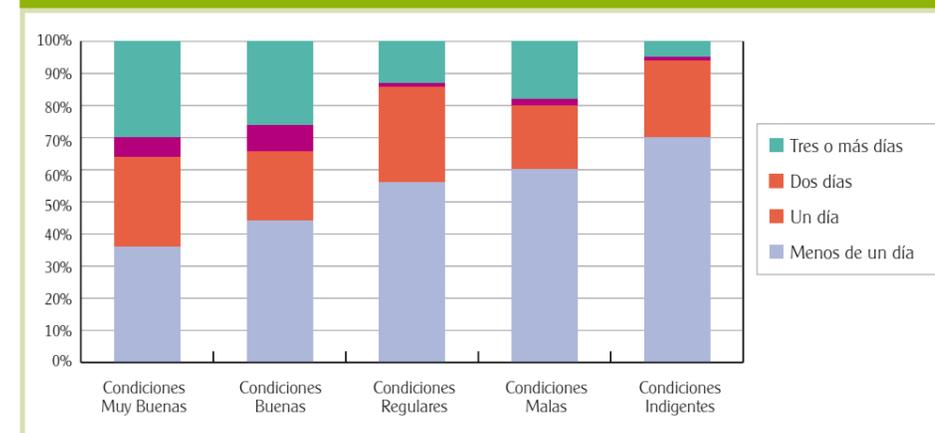
Fuente: ECV, INEC, 2006

GRÁFICO 9.20. Tiempo transcurrido (días) para recibir atención médica por subregiones



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.21. Tiempo transcurrido (días) para recibir atención médica por nivel socio-económico



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

En el gráfico 9.20, demuestra las serias diferencias en las subregiones en el tiempo transcurrido para recibir atención médica.

En la Sierra rural, la espera para recibir atención es menor, porque más del 80% de su población adulta mayor espera menos de un día para recibir atención médica. En contraste, en Quito y Guayaquil la espera promedio es mayor. Más del 50% de la población espera más de dos días (gráfico 9.21).

Muy similar a lo demostrado anteriormente, mientras mejores son las condiciones socio-económicas (y se supone que la posibilidad de tener una cita médica telefónicamente aumenta), el tiempo de espera por atención es mayor, mientras que los grupos con peores condiciones sociales se ven obligados a ir directamente a los servicios de consulta y generalmente son atendidos el mismo día. Es decir, esperan menos tiempo porque madrugan para conseguir turnos a los servicios públicos, principalmente del MSP.

9.5.2. Accesibilidad a hospitales

En el caso de servicios hospitalarios en los que se necesita la hospitalización, los indicadores básicos son el tiempo de traslado o acceso a los servicios hospitalarios y el tiempo de espera para ser atendidos una vez en la casa de salud. En este contexto, el indicador de tiempo de traslado para la población adulta mayor era una hora con cinco minutos en promedio, y el tiempo promedio de espera en el hospital era una hora con un minuto.

Las dos cifras están sobre las medias nacionales en población general ya expresadas anteriormente, lo que es particularmente grave, pues sabiendo que los adultos mayores van al hospital por problemas severos y que en promedio están en peores condiciones físicas en los mejores de casos, esta situación podría contribuir al agravamiento de los problemas y la consecuente aparición de complicaciones.

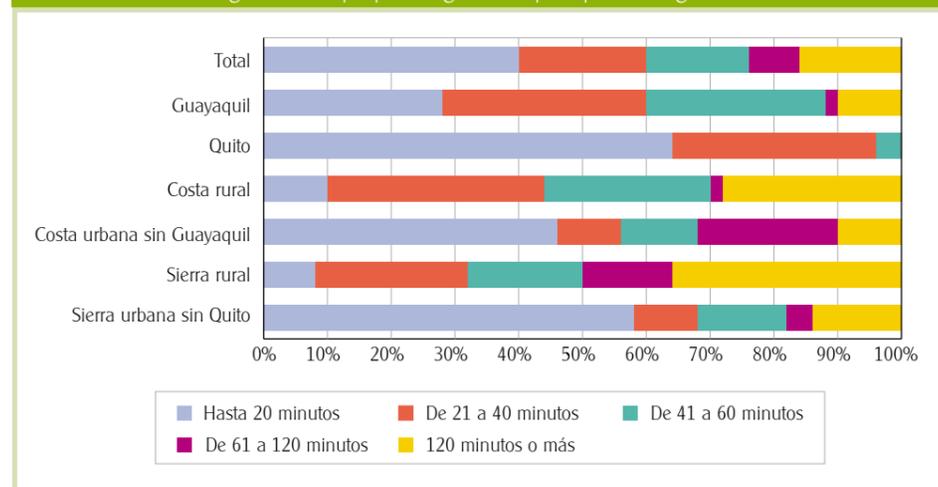
Si se analiza los tiempos promedios para llegar a los hospitales (cuadro 9.21.) se observan grandes diferencias entre regiones. Mientras en Quito el acceso se lo realiza en un promedio de 23 minutos, al otro extremo, en la Sierra rural el tiempo asciende a casi dos horas y en la Costa, incluyendo Guayaquil, el tiempo promedio de acceso es de alrededor de una hora. Con seguridad este patrón se debe a las distancias, la disponibilidad de transporte y el estado de las vías de acceso. En este contexto, Quito cuenta con un sistema de transporte adecuado, como señalan los estudios de movilidad, no así en las demás regiones, en donde el transporte urbano no satisface las necesidades o recién se está consolidando (como es el caso de Guayaquil), o las áreas rurales, que permiten acceso a las hospitales vía carreteras de acceso de mala calidad, a veces casi intransitables en el invierno.

CUADRO 9.21. Tiempo promedio para llegar al hospital por subregiones

Subregión	Promedio minutos	Desvío Estándar
Sierra urbana	44	60
Sierra rural	119	129
Costa urbana	60	88
Costa rural	72	65
Quito	23	12
Guayaquil	67	132
Total	62	94

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.22. Rangos de tiempo para llegar al hospital por subregiones



Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

El gráfico 9.22. permite realizar el mismo análisis por rangos de tiempo para llegar a un hospital por subregión, lo cual demuestra que existe un rango considerable, pero que en particular, cerca al 40% de los adultos mayores de la sierra rural demora más de dos horas para llegar a un hospital.

Al analizar el acceso a un hospital por condiciones socio-económicas (cuadro 9.22.), se observa una clara tendencia de que a mejor condición mejor acceso. Es decir, los adultos mayores con condiciones sociales muy buenas llegan al hospital en menos tiempo, probablemente debido a mejor acceso al transporte propio, que les permite llegar a un hospital en un promedio de 40 minutos. Incluso más del 50% de las personas en este grupo llegan en menos de 20 minutos, mientras los indigentes se demoran en promedio una hora y media, y de ellos, un 25% se demora más de dos horas, probablemente porque tendrán que utilizar el transporte público o hacerlo a pie.

El gráfico 9.23. muestra que la relación entre condición social y el tiempo para llegar a un hospital, demostrando otra vez que los adultos mayores en condiciones difíciles demoran más tiempo, probablemente debido a limitaciones en el transporte.

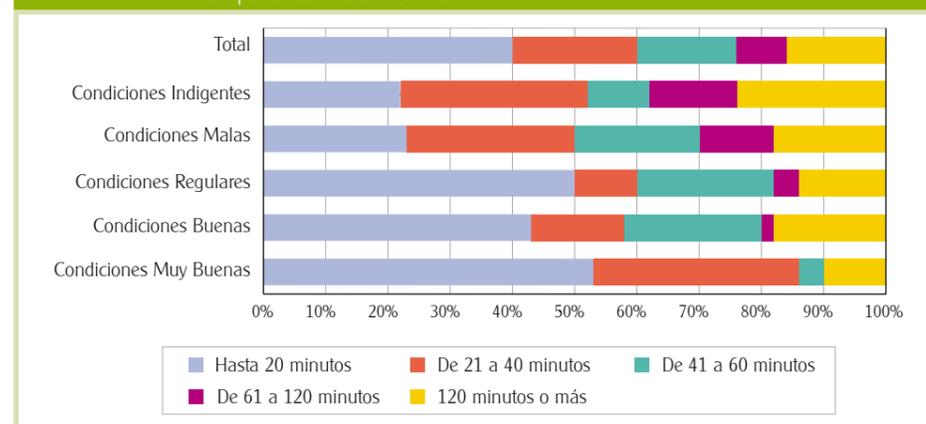
Al analizar el tiempo necesario para llegar a un hospital por grupos de (cuadro 9.23.) se observa un patrón interesante. Mientras los adultos mayores de 65 a 74 años demoran más que sus contrapartes de 60 a 64 años, el tiempo promedio es menor para las personas de 75 años o más. Una explicación podría ser que las personas con mayor edad

CUADRO 9.22. Tiempo promedio para llegar al hospital por índice socioeconómico

Subregión	Promedio minutos	Desvío Estándar
Condiciones Muy Buenas	41	75
Condiciones Buenas	60	79
Condiciones Regulares	52	78
Condiciones Malas	65	67
Condiciones Indigentes	92	132
Total	62	94

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.23. Rangos de tiempo para llegar al hospital por índice socioeconómico comparando la accesibilidad



Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES, 2010

CUADRO 9.23. Tiempo promedio para llegar al hospital, por edad

Edad	Promedio minutos	Desvío Estándar
60 a 64 años	58	77
65 a 74 años	84	130
75 o más	41	42
Total	61	93

podrían depender de otras personas (sean familiares o instituciones), quienes de una u otra forma facilitan transporte. El grupo entre 65 a 74 años es el que mayor tiempo demora en llegar a un hospital: en un promedio de casi una hora y media. Este grupo generalmente todavía se considera autosuficiente, pero le rodean una serie de barreras para llegar a un hospital, especialmente en lo que se refiere al transporte público.

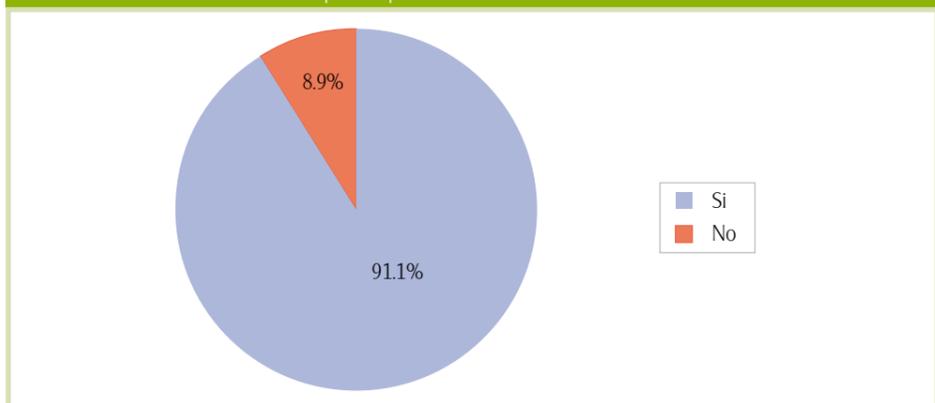
En conclusión, está claro que las personas adultas mayores sufren severas limitaciones

y barreras para acceder oportunamente a los servicios de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios.

9.6. Uso y accesos a medicamentos y hospitales

Entre los adultos mayores, el acceso a medicamentos resulta crucial para prevenir, mejorar o resolver problemas de salud. Si bien la Constitución de 2008 establece la gratuidad de los servicios de salud (incluidos los medicamentos), todavía no se ha organizado un sistema de gestión de medicamentos en el sector público (MSP, IESS y Seguro Campesino) capaz de garantizar que todos los adultos mayores con prescripción médica accedan a las medicinas requeridas y que estos medicamentos estén disponibles todo el año. Además, una proporción importante de adultos mayores asiste al sector privado. Por lo tanto, es importante analizar tanto la frecuencia de prescripción y el acceso a medicamentos.

GRÁFICO 9.24. Frecuencia de prescripción de medicamentos en la consulta médica



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

9.6.1. Prescripción de medicinas

En general se considera que el 60% de los problemas de salud en la toda la población se puede solucionar sin intervención médica o procesos de medicalización. No obstante, por las características distintas de los problemas de salud de los adultos mayores es más probable que personas en este grupo necesiten prescripción con mayor frecuencia. Los datos lo demuestran: el 91% de los adultos mayores que acude a consulta recibe una prescripción de medicamentos, como consta en el gráfico 9.24.

De hecho, las personas mayores utilizan medicamentos de prescripción aproximadamente tres veces más que la población en general, pero este dato crea problemas en cuanto al uso de los medicamentos. Por ejemplo, se ha encontrado que los adultos mayores tienen mayor probabilidad de no seguir las instrucciones para tomar medicamentos. Esta situación puede ser grave dado que los adultos mayores con más frecuencia

toman más de un medicamento. En Estado Unidos el 81% de los adultos mayores toma uno o más medicamentos bajo prescripción médica (Medicina geriátrica Argentina, 2010). Existe también el problema del uso de medicamentos inapropiados; entre el 14% al 37% de adultos mayores ambulatorios tiene prescripciones inapropiadas, cifra que asciende al 40% de los residentes en hogares.

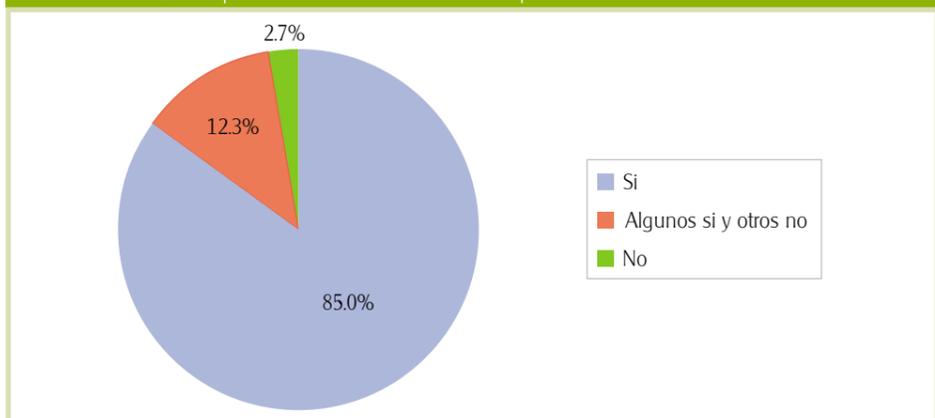
Entonces queda una pregunta crítica: ¿de 91% que en el Ecuador tiene prescripción médica, en cuantos casos esta la prescripción inapropiada y en qué proporción se utiliza el medicamento correctamente.

9.6.2. Accesibilidad a las medicinas o remedios

Se supone que una persona que recibe una prescripción de medicamentos, debieran poder acceder a dichos medicamentos.

Sin embargo no siempre es así. El gráfico 9.25. muestra que el 86% de la población de adultos mayores adquiere o accede a la

GRÁFICO 9.25. Adquisición de los medicamentos prescritos en la consulta



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

totalidad de la prescripción medicamentosa, pero que 12% adquiere solamente algunos de los medicamentos de su receta, mientras en casi 3% de los casos, no se consigue ningún medicamento de la prescripción.

En comparación, aproximadamente una tercera parte de la población del Perú no tiene acceso a medicamentos indispensables (Gerardo Valladares Alcalde Lima Perú, 2005), y se estima que en Bolivia cuatro de

cada diez personas no acceden a los medicamentos prescritos. Desde esta perspectiva, la garantía de 100% de acceso a medicamentos es más cerca a ser cumplido, dejando, sin embargo, una proporción de mayores de edad sin los medicamentos requeridos.

El cuadro 9.24. analiza la obtención de medicamentos por grupo de edad y sexo. Se observa que en los grupos de 60 a 64 años y de 65 a 74 años, los hombres adquieren la

CUADRO 9.24. Accesibilidad a medicamentos recetados por sexo y grupos de edad

Grupos de edad	Pudo obtener la medicinas	Observaciones	Mujeres %	Hombres %	Total %
60 a 64 años	Sí	% por obtención de medicinas	56.8	43.2	100
		% por sexo	77.6	86.2	81.1
	Algunos sí y otros no	% por obtención de medicinas	66.2	33.8	100
		% por sexo	17.3	12.9	15.5
	No	% por obtención de medicinas	89.6	10.4	100
		% por sexo	5.1	0.9	3.4
Total	% por obtención de medicinas	59.4	40.6	100	
	% por sexo	100	100	100	
65 a 74 años	Sí	% por obtención de medicinas	59.7	40.3	100
		% por sexo	83.4	87.8	85.1
	Algunos sí y otros no	% por obtención de medicinas	66.5	33.5	100
		% por sexo	12.7	10	11.7
	No	% por obtención de medicinas	73.1	26.9	100
		% por sexo	3.9	2.2	3.2
Total	% por obtención de medicinas	60.9	39.1	100	
	% por sexo	100	100	100	
75 o más	Sí	% por obtención de medicinas	58.3	41.7	100
		% por sexo	89.1	86.0	87.8
	Algunos sí y otros no	% por obtención de medicinas	52.8	47.2	100
		% por sexo	9.7	11.7	10.5
	No	% por obtención de medicinas	43.0	57.0	100
		% por sexo	1.3	2.3	1.7
Total	% por obtención de medicinas	57.5	42.5	100	
	% por sexo	100	100	100	

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

totalidad de los medicamentos prescritos en mayor proporción que las mujeres, mientras en el grupo de 75 años o más, las mujeres adquieren en mayor proporción todos los medicamentos.

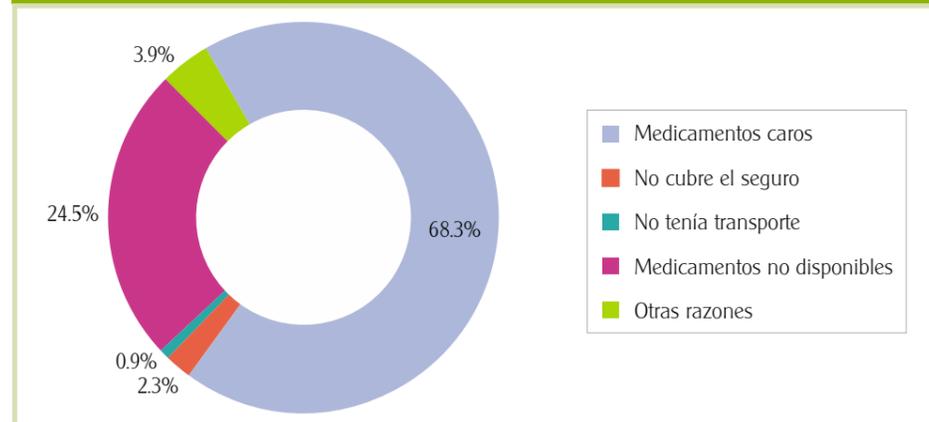
En este contexto, aunque hay un porcentaje relativamente bajo de adultos mayores que no adquieren sus medicamentos. ¿Es importante saber porque algunos adultos mayores no los adquiere? ¿Cuáles son los principales motivos de no adquisición? Conocer estos motivos es muy importante, pues el no adquirir medicamentos o hacerlo en forma parcial puede significar complicaciones para el adulto mayor, y por lo tanto, mayores gastos, quizá incluso relacionado con posibles hospitalizaciones por descompensaciones o agravamientos de sus problemas de salud.

El gráfico 9.26 indica que las causas por las que el 2,7% de las personas adultas mayores no adquiere medicamentos, se relacionan con la falta de dinero en más de dos de cada tres casos y la no disponibilidad de me-

dicamentos en uno de cada cuatro casos. Al analizar estas causas relacionándolas con el nivel socioeconómico, se puede resumir que en condiciones indigentes la falta de dinero y la falta de transporte son las principales causas de no adquirir medicamentos, mientras que para personas con condiciones sociales buenas y altas las causas principales son que los costos no son pagados por el seguro y que no hay disponibilidad. Al analizar si el nivel de instrucción tiene relación con los motivos de no adquirir los medicamentos, no se observa un patrón claro. Al revisar los datos por sexo se observa que las mujeres tienen motivos más relacionados con la falta de dinero, mientras los hombres aducen falta de transporte (gráfico 9.27).

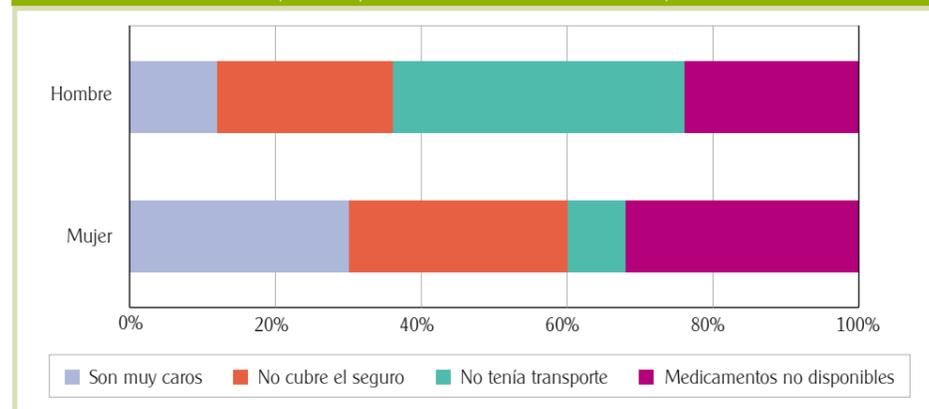
Si los motivos de no adquisición se relacionan con la edad del adulto mayor (gráfico 9.28), se observa que la no cobertura del seguro es una causa importante las personas de 60 a 64 años y de 65 a 74 años de edad, mientras que para las personas de 75 años y

GRÁFICO 9.26. Motivos por los que no accede a medicamentos



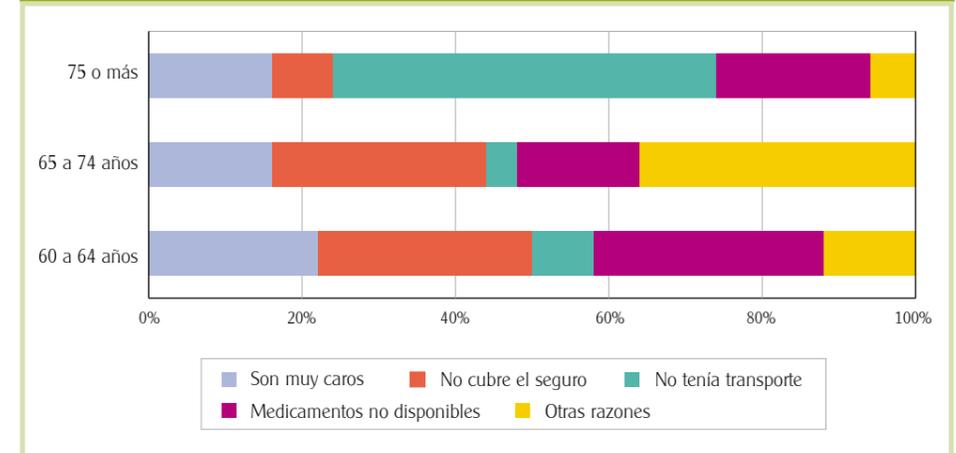
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.27. Motivos por los que no accede a medicamentos por sexo



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.28. Motivos por los que no accede a medicamentos por edad



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

más, la falta de transporte es el principal motivo. La falta de dinero influye mucho menos en las edades de 65 a 74 años y de 75 o más años, quizás porque a esta edad generalmente el adulto mayor suele estar acompañado o depender de terceras personas quienes cubren el costo de los medicamentos.

En síntesis, se ha demostrado que si bien hay una alto nivel de medicalización de la atención de salud ambulatoria, con sus posibles peligros de prescripción inapropiada, la mayoría de los adultos mayores acceden a los medicamentos que se les prescribe. Sin embargo, queda una proporción de personas que no los obtienen por diferentes razones.

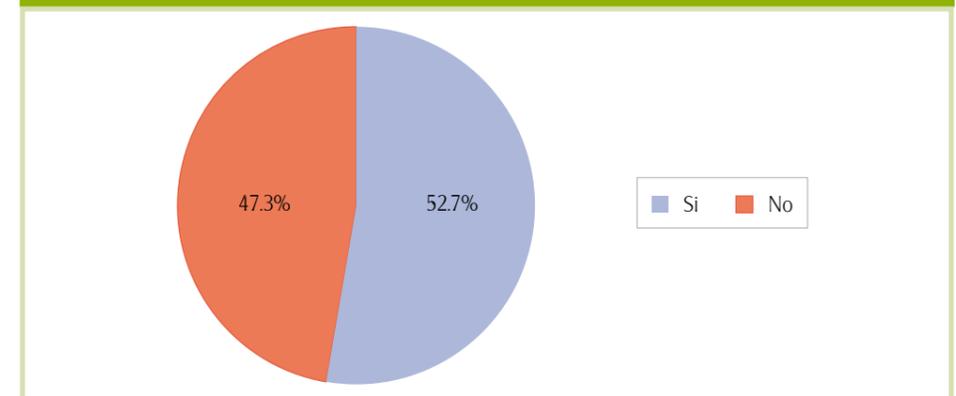
9.6.3. Solicitud de exámenes complementarios (incluye de laboratorio, rayos X y otros)

Los exámenes complementarios no son suficientes por sí solos; su real valor es cuan-

do se relacionan con los hallazgos clínicos, es decir, cuando son producto de diagnósticos presuntivos. Los más exámenes usados son de laboratorio (bioquímico, bacteriológico, citológico, etc.), los de imágenes (radiología directa, radiología Contrastada, TAC, ecografía, etc.) y los de endoscopia (esófago gastroscopia, colonoscopia, recto-sigmoscopia, fibrobroncoscopia, fibroscopia de laringe, etc.).

Muy similar a lo que sucede con los medicamentos podemos analizar la solicitud de exámenes complementarios y el acceso a los mismos (gráfico 9.29). De las personas adultas mayores que acuden a consulta ambulatoria en Ecuador, al 53% se le solicita exámenes complementarios. En comparación, en los servicios de urgencias de La Habana, Cuba, solo el 19,7 % de los pacientes requirieron la realización de exámenes complementarios (Diaz Novas et al, 2008). En los dos casos se supone gravedad de los problemas

GRÁFICO 9.29. Frecuencia de solicitud de exámenes de laboratorio en la consulta ambulatoria



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

de salud y en el caso de los adultos mayores, factores de cronicidad. Pero, difícilmente se debería justificar que más de la mitad de los que acuden a consulta ambulatoria requieran exámenes complementarios.

La revolución tecnológica en la medicina comenzó alrededor de la década del 50 y luego de esa década el acercamiento intelectual al diagnóstico y los recursos del examen físico comenzaron a caer en la desatención, reemplazados por una inapropiada y exclusiva confianza en los recursos tecnológicos. Los profesionales médicos se olvidaron que los exámenes complementarios representan la extensión de una práctica clínica realizada cuidadosamente y no son su sustituto. El médico eficiente reconoce la utilidad de estos estudios apropiadamente integrados con una buena práctica clínica. Esta revolución tecnológica ha cambiado la práctica médica, y es por ello quizá la presencia de tan alto porcentaje de solicitudes de exámenes complementarios, sin valorar su eficacia o capacidad predictiva.

Con este antecedente, se observa que el cumplimiento de solicitudes de exámenes complementarios es bastante alta: llega al

81% de casos (gráfico 9.30). Sin embargo, este no considera los costos de los exámenes ya sea del bolsillo del paciente o del presupuesto del Estado. En todo caso solo queda pensar en el porcentaje de exámenes justificados para facilitar el manejo de los problemas de salud de los adultos mayores. Es decir: ¿Qué mejor uso de le podría haber dado al gasto no justificado en exámenes complementarios? Pero, por otro lado, habría que analizar también las razones por las cuales no se cumplen con los exámenes en dos de cada diez casos de adultos mayores.

9.7. Costo de los servicios

Uno de los aspectos más críticos en el uso y acceso a los servicios de salud es el relacionado con los costos, pues como se ha podido ver en las secciones anteriores, una de las principales barreras es la falta de dinero para pagar los costos, factor estrechamente relacionado con la condición socioeconómica de los adultos mayores.

Según el gráfico 9.31. para más del 50% de las personas adultas mayores, los costos

de los servicios de salud significan gastos directos de bolsillo, sea este propio o de familiares o conocidos. Por lo tanto, es muy importante analizar la carga económica del acceso y uso de los servicios de salud.

9.7.1. Costo promedio y rango de costos de los servicios de salud

Si consideramos el salario básico unificado (SBU) de 240 USD y costo de la canasta familiar vital (CFV) de 383,44 USD al momento de la encuesta como referencias para comparar el costo de los servicios de salud, se puede decir que el 55% de los adultos mayores, paga del bolsillo el costo de una consulta ambulatoria de menos de 10 USD. Este valor representa un día del SBU (8 USD) y algo menos de un día del costo de la CFV (12,78 USD). Quizá este costo no sería significativo si el Ecuador no estuviera en un sistema que declara la gratuidad de los servicios de salud, y dadas las condiciones

económicas de una proporción considerable de adultos mayores. Aún más grave resulta observar que un 33% de los adultos mayores paga entre 10 a 50 USD. Con seguridad no serán únicamente los adultos mayores de niveles socio-económicos altos, sino otros que necesitan servicios ambulatorios especializados y que acuden a servicios privados para satisfacer sus necesidades (gráfico 9.32).

En lo que se refiere al pago por exámenes, el gráfico 9.33. muestra que casi el siete de cada diez adultos mayores que necesitan exámenes complementarios pagan hasta 50 USD, el 13,5% pagan entre 50 y 100 USD, y un 5% gasta entre 101 y 200 USD de su bolsillo.

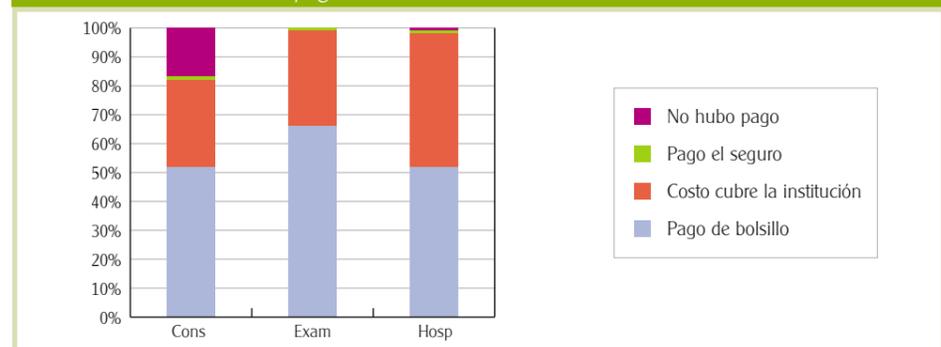
Al analizar el rango de gastos en medicamentos, el gráfico 9.34. demuestra que el 68% de los adultos mayores gasta hasta 50 USD, mientras un 14,5% gasta entre 51 USD y 100 USD, y 6% gasta en medicinas entre 101 USD a 200 USD. Esto en un sistema en que los cuidados de salud son declarados como gratuitos. Cuando no lo son, o cuando

GRÁFICO 9.30. Ejecución de la solicitud de exámenes de laboratorio en la consulta ambulatoria



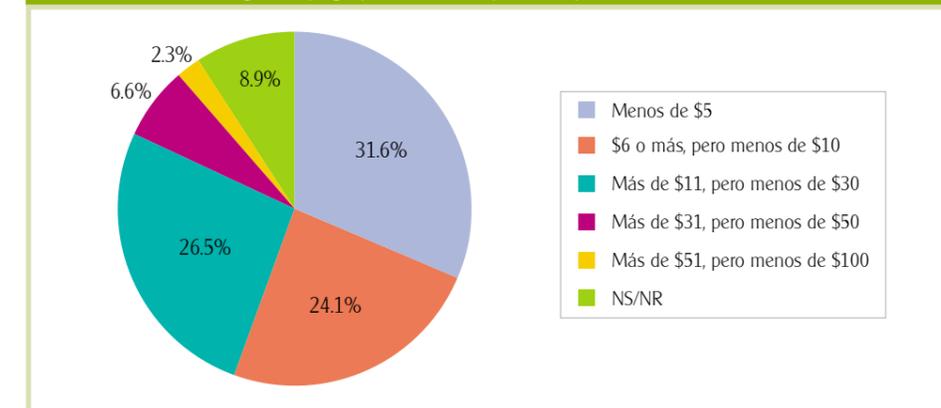
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

GRÁFICO 9.31. Fuente de pago de los servicios de salud



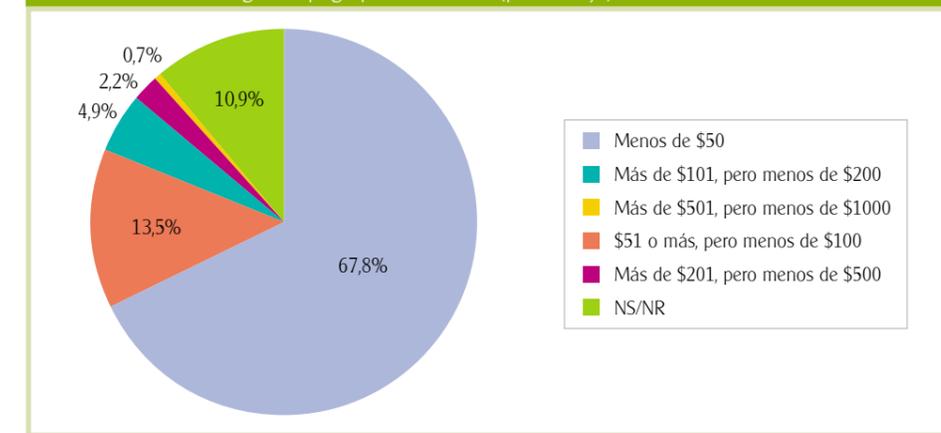
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

GRÁFICO 9.32. Rangos de pago por consulta (porcentaje)



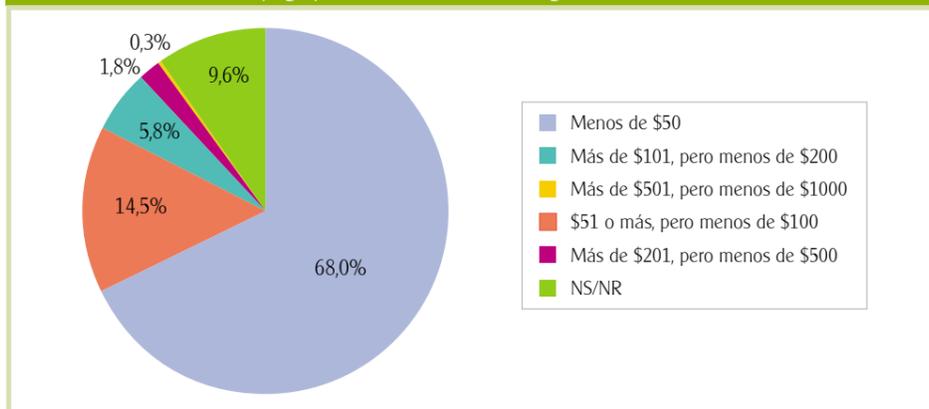
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

GRÁFICO 9.33. Rangos de pago por exámenes (porcentaje)



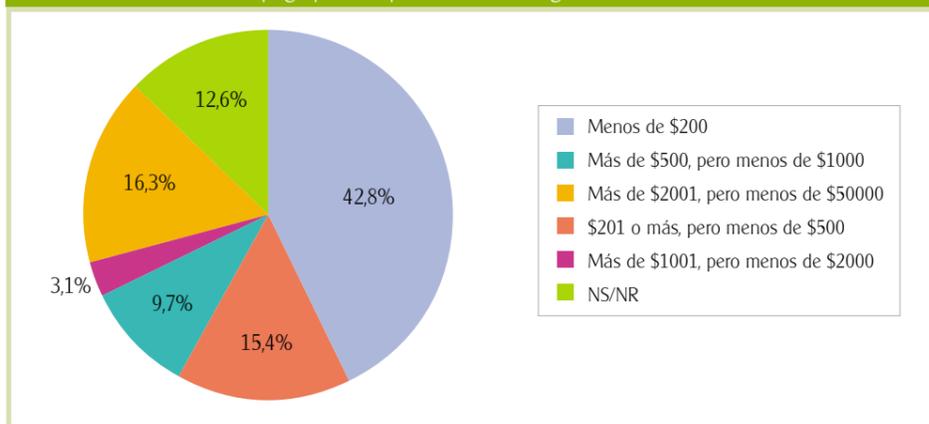
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES. 2010

GRÁFICO 9.34. Cuánto pagó por Medicamentos - Rango



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 9.35. Cuánto pagó por Hospitalización - Rango



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

no son disponibles, los adultos mayores con necesidades frecuentemente agudas de medicamentos, se ven obligados gastar de sus bolsillos.

El patrón de gastos para hospitalización es similar a lo anteriormente expuesto. El gráfico 9.35. demuestra que los gastos de bolsillo para este rubro pueden ser sustanciales. Se observa que para los adultos mayores que se hospitaliza, los servicios significan gastos directos de bolsillo para un 55%. En más de cuatro de cada diez casos el gasto del bolsillo está hasta 200 USD, para un 15% el costo es entre 201 y 500 USD y para casi uno de cada diez casos, el costo directo es entre 500 y 1000 USD. Además, llama la atención (y esto seguramente se debe a la mayor frecuencia de condiciones crónico-degenerativas entre los adultos mayores) que un 16% gasta entre 2001 USD a 50000 USD. Si se compara este dato con la cantidad de hospitalizados cubiertos por un seguro de salud, es evidente que la hospitalización

podría considerarse un gasto catastrófico en algunos casos.

Para ahondar más el tema del gasto de bolsillo, los gráficos 9.36, 9.37 y 9.38 presentan datos sobre gastos en consulta, exámenes, medicamentos y hospitalización por sub-región, nivel socio-económico y edad. Para comenzar, se observa que el gasto promedio a nivel nacional por consulta médica es de 16,95 USD; por exámenes, de 49,71 USD; por medicamentos, de 74,41 USD; y por hospitalización, de 113,1 USD.

Por subregión (gráfico 9.36.), se observa que en Quito los costos promedios en todos los servicios de salud analizados son más altos. Este hallazgo se relaciona con la mayor oferta de servicios (especialmente de tipo privados) y su mayor nivel de complejidad. Paradójicamente, Guayaquil presenta gastos directos de bolsillo menores a los promedios nacionales, posiblemente debido a la presencia de la Junta de Beneficencia entidad privadasin fines de lucro.

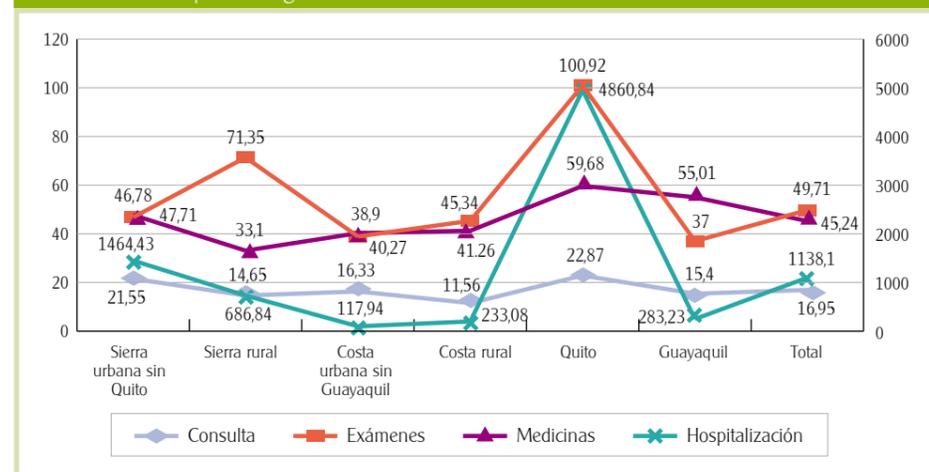
La Sierra urbana sin Quito presenta gastos promedios sobre la media nacional, tanto para consulta cuanto para hospitalización, mientras que en las demás regiones el gasto promedio por tipo de servicio está debajo de la media nacional, la única excepción siendo el gasto para exámenes en la Sierra rural. En conclusión, Quito concentra centros de atención especializados, privados y de mayor complejidad, que se traducen en mayores costos de bolsillo, mientras que Guayaquil dispone de centros de atención privados a bajo costo.

El gráfico 9.37. confirma que los adultos mayores que se encuentran en condiciones socio-económicas buenos y muy buenos gastan en promedio sobre la media nacional,

en hospitalización (entre 1550 y 3882 USD), mientras que los grupos en condiciones regulares, malas e indigentes el gasto promedio es menor que la nacional. Es notorio que las personas en condición indigente gastan en promedio mucho menos (310 USD).

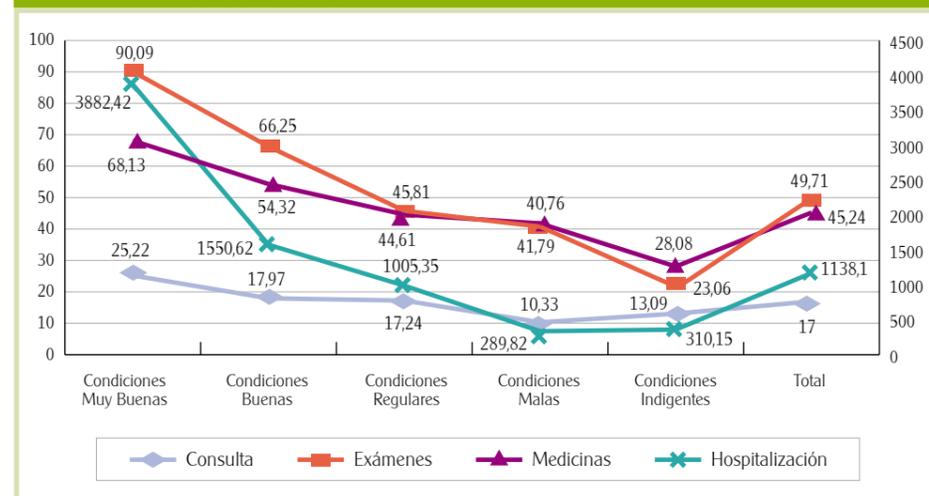
Según el gasto promedio de bolsillo para los cuatro servicios, se observa que los adultos mayores de 75 o más años de edad gastan más de la media nacional (gráfico 9.38), hallazgo que se relaciona con la frecuencia de enfermedades y la gravedad de las personas en este grupo. Las personas entre 60 y 64 años y entre 65 y 74 años gastan en promedio menos de la media nacional, la excepción de exámenes en el grupo de 65 a 74 años que gastan en promedio 10 USD

GRÁFICO 9.36. Costo promedio de consulta, medicinas, exámenes y hospitalización por subregión



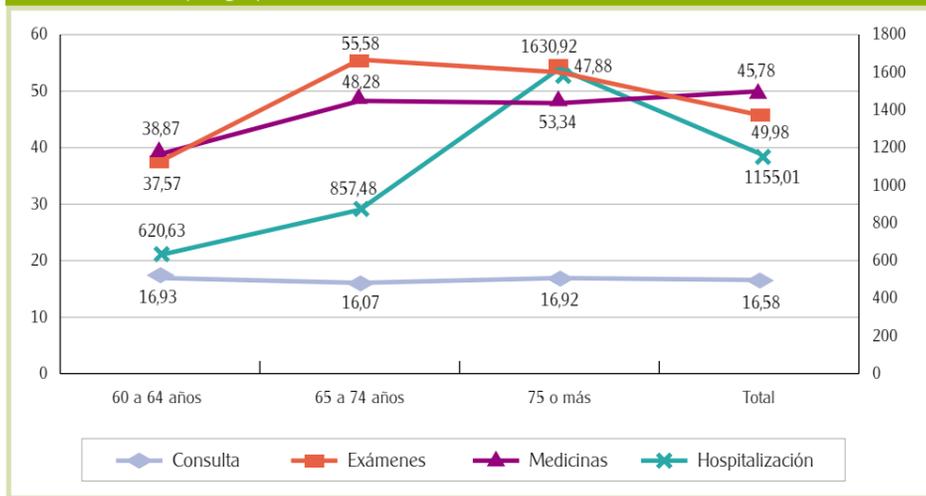
Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 9.37. Costo promedio de consulta, medicinas, exámenes y hospitalización por nivel socioeconómico



Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

GRÁFICO 9.38. Costo promedio de consulta, exámenes, medicamentos y hospitalización por grupos de edad



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

sobre la media nacional. Este dato quizá está vinculado a que en esta edad se producen las jubilaciones y generalmente se aprovecha para realizarse exámenes para conocer su estado de salud. El gasto promedio por consulta en los tres grupos de edad no varían mucho, mientras como es de esperar, el gasto para hospitalización aumenta según la edad.

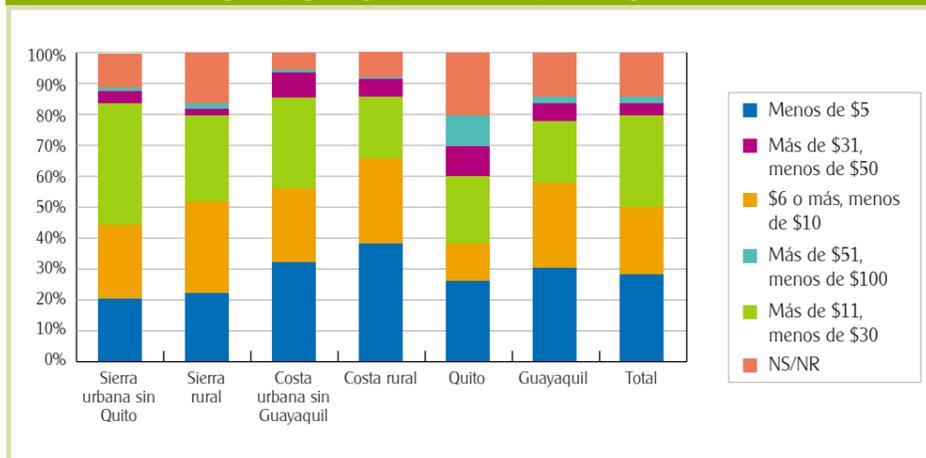
Al analizar los pagos de bolsillo para consultas en las cuatro subregiones, se observa en el gráfico 9.39. que el gasto de alrededor 80% de la población adulta mayor es hasta 30 USD, y menos del 5% pagan entre 31 USD a 100 USD. En Guayaquil, un 75 % de la población adulta mayor paga hasta 30 USD y un 10% paga entre 31 y 100 USD, mientras que en Quito solo el 60% de los

adultos mayores pagan hasta 30 USD, y casi un 20% paga entre 31 USD a 100 USD. Es de recalcar que otro 20% dice no saber o no recordar cuánto pagaron.

En cuanto a los rangos de pago por exámenes, Quito (40%) y las subregiones de la Sierra (60%) presentan porcentajes menores de adultos mayores que pagan menos de 50 USD mientras que en Guayaquil (70%) y la Costa (más del 80%) pagan menos de 50 USD (gráfico 9.40).

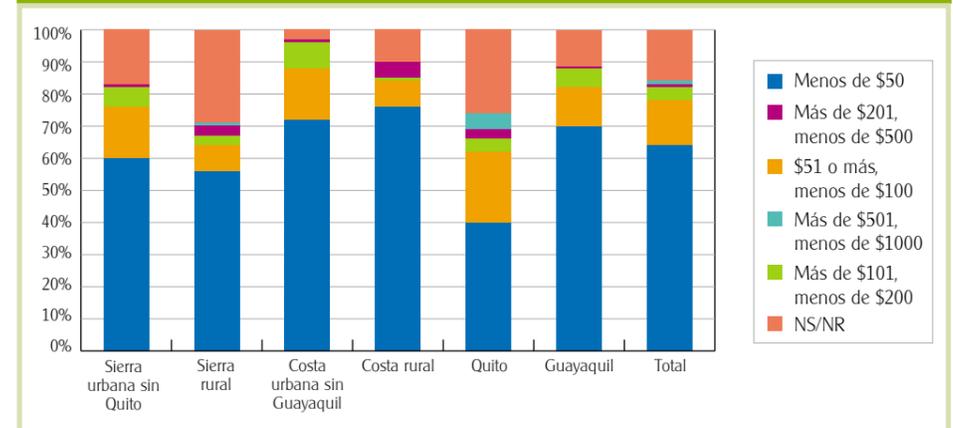
De acuerdo al análisis anterior, la presencia de servicios privados con tecnología más cara y servicios con fines de lucro en Quito y en menor grado en las otras ciudades de la Sierra, existen proporciones importantes de la población adulta mayor que gasta entre 2001 y 50000 USD para hospitalización,

GRÁFICO 9.39. Rango de pago de gastos de consulta por subregión



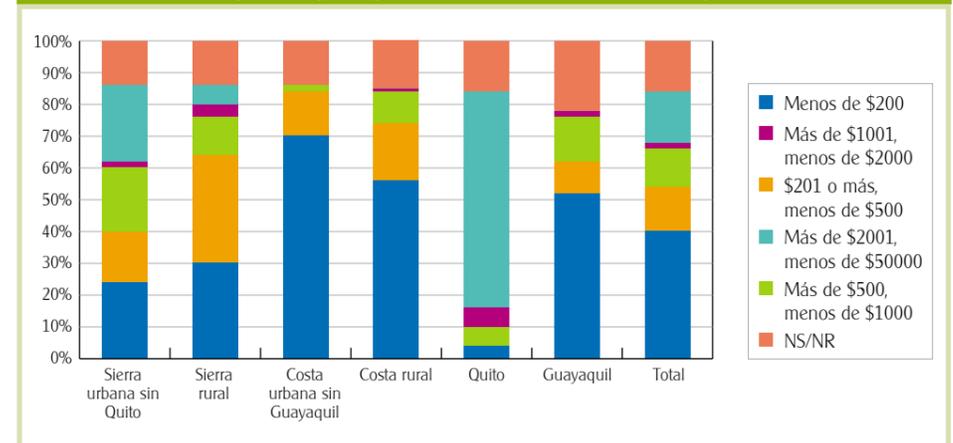
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.40. Rango de pago de gastos de exámenes por subregión



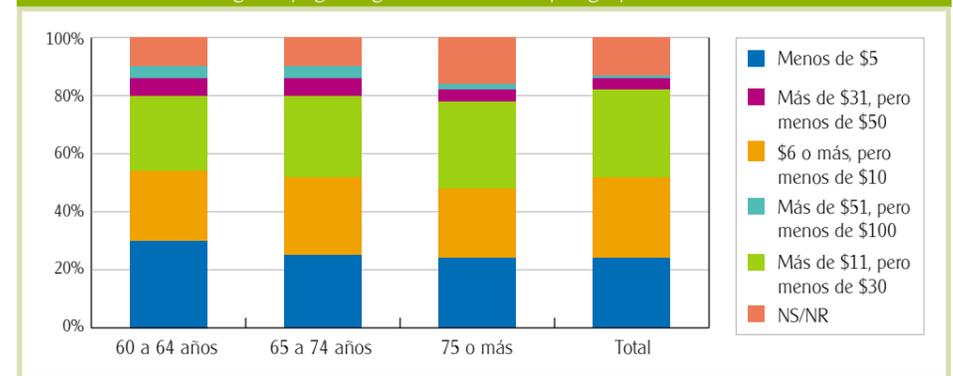
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.41. Rango de pago de gastos de hospitalización por subregión



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.42. Rango de pago de gastos de consulta por grupos de edad



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

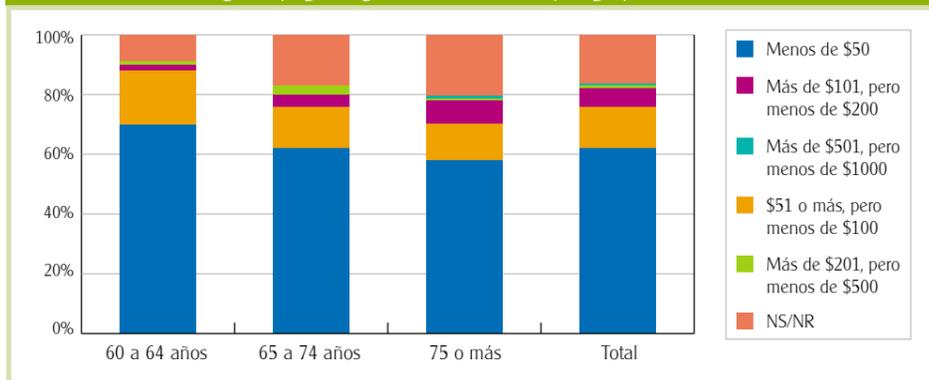
mientras que en Guayaquil y la costa rural (55% de casos) y la urbana (75%) el gasto promedio en este rubro es menos de 200 USD por hospitalización, relacionado con la presencia de un gran sector público en el que el gasto por hospitalización es complementario, y por la presencia de hospitales

de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (gráfico 9.41).

Al analizar los rangos de gastos de bolsillo por grupo de edad, se observa que las diferencias son mínimas (gráfico 9.42).

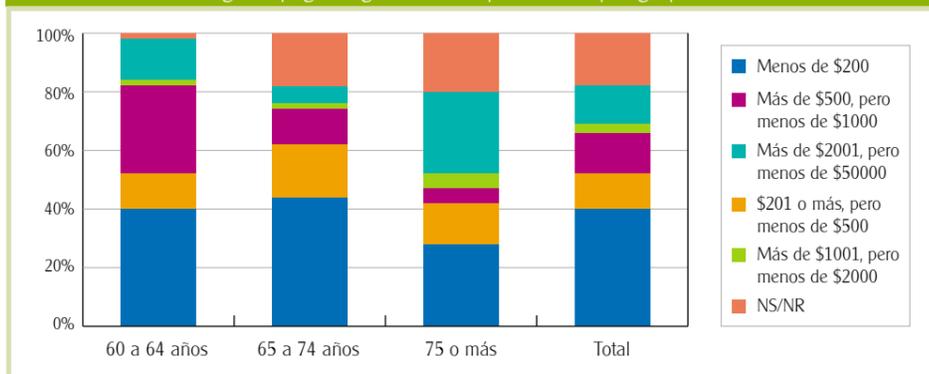
El análisis de los rangos de gastos por exámenes por grupos de edad (gráfico 9.43.)

GRÁFICO 9.43. Rango de pago de gastos de exámenes por grupos de edad



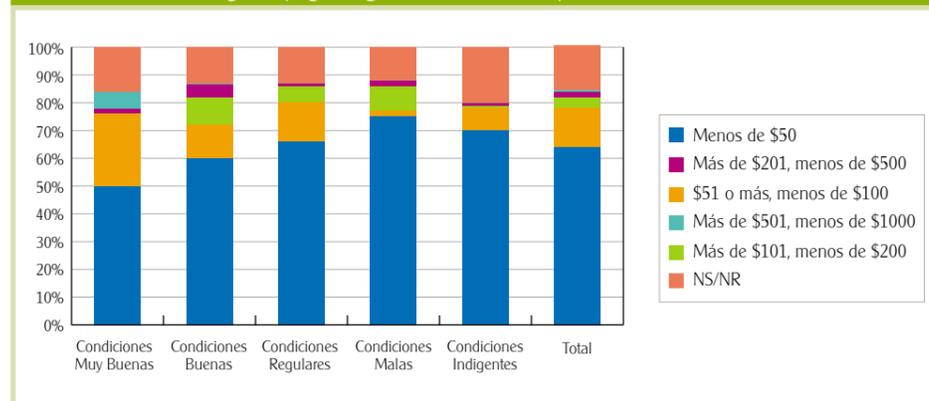
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.44. Rango de pago de gastos de hospitalización por grupos de edad



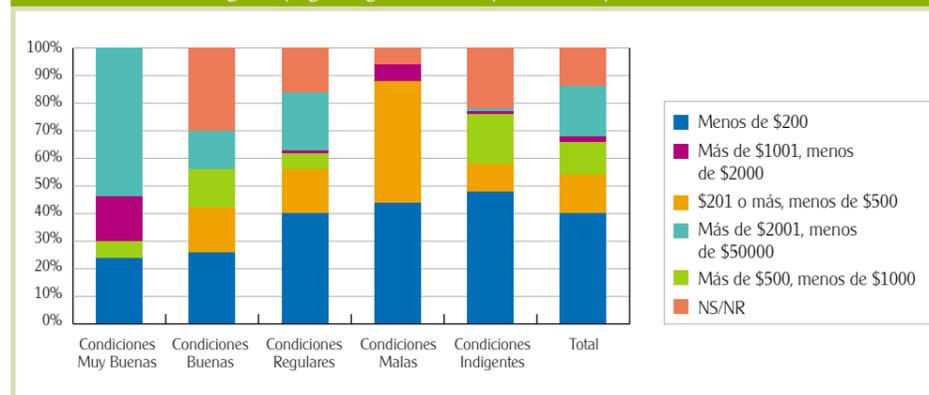
Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.46. Rango de pago de gastos de exámenes por nivel socioeconómico



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

GRÁFICO 9.47. Rango de pago de gastos de hospitalización por nivel socioeconómico



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

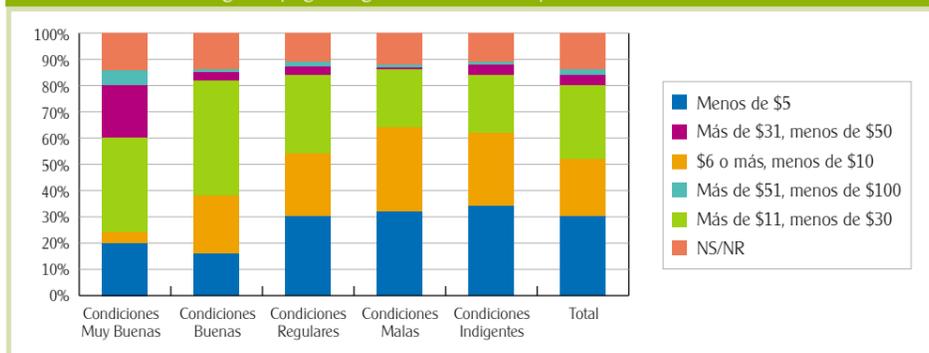
muestra proporciones menores de adultos mayores que pagan menos de 50 USD, desde el grupo entre 60 a 64 años (70%), al grupo de 75 o más años de edad (55%).

Según los rangos de gasto de bolsillo para hospitalización por edad, el gráfico 9.44. muestra que el 30% del grupo de 60 a 64 años gasta entre 500 y 1000 USD. Se debe recordar que muchas patologías, especialmente las crónicas, son diagnosticadas o tienen complicaciones a esta edad, mientras

un 25% de los adultos mayores de 75 años o más gasta entre 2001 y 50000 USD, pues en esta etapa de la vida se presenta con mayor frecuencia las enfermedades en fase terminal, que generalmente necesitan o cuidados paliativos o intervenciones de largo plazo con estadías amplias de hospitalización.

Como se observa en el gráfico 9.45. a mejores condiciones socio-económicas, el rango de gasto de bolsillo para consultas aumenta. Así, el 55% de adultos mayores en

GRÁFICO 9.45. Rango de pago de gastos de consulta por nivel socioeconómico



Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentate Ecuador - MIES, 2010

condiciones muy buenas gasta entre 10 y 50 USD, mientras que en los demás grupos el porcentaje que paga menos de 10 USD se incrementa mientras bajan las condiciones socio-económicas.

El rango de pago para exámenes por nivel socio económico (gráfico 9.46.), es similar en el sentido de que el porcentaje de adultos mayores que paga menos de 50 USD es más alta en las personas en las condiciones socio-económicas más bajas, desde 52 % en quienes están en muy buenas condiciones, hasta el 75% en quienes están en malas condiciones o son indigentes.

Para finalizar, el análisis de rango de gastos por hospitalización, el gráfico 9.47. demuestra que más del 51% de adultos mayores con muy buenas condiciones socio-económicas gastan entre 2001 y 50000 USD. Este rango de gastos se repite únicamente para los adultos con buenas (14%) y regulares condiciones socio-económicas (20%). En cambio, más del 50% de los adultos en malas condiciones o indigentes gastan me-

nos de 200 USD en hospitalización. Resulta preocupante ver que el gasto para el 16,5% de personas indigentes está entre 500 USD a 1000 USD. La pregunta es: ¿cómo cubren este gasto? ¿Será la solidaridad de otras personas ó que hay familiares que corren con estos gastos?

9.7.2. Quién paga los gastos de consulta, exámenes y hospitalización

Para tratar de explicar algunas de las preguntas planteadas anteriormente, los siguientes cuadros (9.25, 9.26) presentan datos sobre quién paga los gastos de los servicios de salud de los adultos mayores. Aquí se considera no solo el gasto de bolsillo, sino también la generalidad del gasto y la fuente de pago. En lo que se refiere a la hospitalización, se observa que la misma persona paga sus gastos de su bolsillo en mayores porcentajes, mientras mejores son sus condiciones socioeconómicas, y que apenas un 5% de

los indigentes cubre sus costos incurridos por hospitalización, comparado con un 22,5 % de quienes están en muy buenas condiciones. Los hijos de los adultos mayores son otra fuente de pago de bolsillo. Se recurre a esta fuente más entre las personas con las condiciones socio-económicas menos que buenas. También se observa que otras personas que no son familiares cubren los gastos de sus bolsillos, especialmente cuando los adultos mayores pertenecen a grupos de malas condiciones y especialmente indigentes (4%). Este fenómeno parece representar diferentes formas de solidaridad que también se expresa a nivel institucional, cuando se observa que en 6% del grupo de indigentes, nadie paga por la hospitalización. Generalmente en estos casos, los costos se cubren por acciones de trabajo social de las instituciones, o son declarados "pérdidas".

Finalmente, los seguros privados únicamente cubren gastos de quienes los pueden pagar, normalmente los adultos mayores de muy buenas condiciones socio-económicas.

De la misma forma el cuadro 9.26 presenta datos sobre quién cubre los gastos de los servicios de salud por los grupos de edad de los adultos mayores que generan estos gastos. Se observa que el mismo adulto mayor cubre sus gastos en un porcentaje rele-

vante, cuando se trata de consulta externa y exámenes, pero disminuye para gastos de hospitalización, y su mismo aporte disminuye a mayor edad del adulto mayor. Aquí también son los hijos quienes aportan con los gastos generados de los servicios de salud para adultos mayores, y este aporte es mayor mientras mayor es la edad del adulto mayor (19% en el grupo entre 60 a 64 años y 32% en el grupo de 75 a años o más). El aporte de otras personas no familiares analizada no presenta diferencias relevantes, y en general, representa menos de 3% de la fuente de pago de los gastos de estos servicios. En los tres grupos, se observa que en casi el 14% de los casos nadie cubre los gastos de consulta externa.

9.8. Conclusiones

La aplicación de la encuesta SABE en el Ecuador permite conocer por primera vez la situación real del uso y acceso a los servicios de salud por parte de los adultos mayores. 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 sobretodo las barreras económicas.

CUADRO 9.26. Quién pagó los gastos de consulta, exámenes y hospitalización por grupos de edad

Quién pagó los gastos	60 a 64 años			65 a 74 años			75 o más			Total		
	Cons	Exam	Hosp	Cons	Exam	Hosp	Cons	Exam	Hosp	Cons	Exam	Hosp
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Entrevistado(a)	31.2	39.3	11.2	29.8	34	11.8	21.6	22.1	19.4	27.3	31.4	15
Esposo(a) / Compañero(a)	8.3	9.7	5.8	5.5	6	6.7	3.3	4.7	3.9	5.4	6.5	5.3
Hijo(a)	13.5	19.9	19.1	16.9	22.7	26.9	31.5	39.3	32.4	21.1	27.4	28
Otro(a) familiar	1.7	2.7	2.3	2	2.4	6.1	2.1	3.8	1.9	2	2.9	3.6
Otra persona no familiar	0.2	0.8	2.8	0.9	1.9	3	0.4	0.2	3.5	0.6	1.1	3.2
Se atendió en una institución de seguridad social	13.5	13.6	37.2	14.5	19.3	13.1	12.3	17.4	18.4	13.5	17.2	19.6
Se atendió en otra institución pública gratuita	17	11.8	21.5	16.8	12	22.6	13.1	11.3	19.5	15.6	11.7	21.1
Lo pagó su seguro privado	1.1	2.1	0	1	1.8	4.8	0.5	1.1	0	0.9	1.7	1.9
No hubo pago	13.5		0	12.5		4.9	15.2		0.9	13.7		2.3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

En comparación con otros países de la región, Ecuador presenta bajas coberturas de seguridad social y de seguros de salud, lo que se traduce en ingentes gastos directos de bolsillo y en consecuencia menor accesibilidad a los servicios de salud. La utilización de los servicios de salud aún tiene un peso muy alto, incluso para adultos mayores con seguros públicos, de preferencia de utilización de los servicios privados (o se ven obligados por problemas de capacidad resolutive), especialmente a nivel hospitalario. Lamentablemente, una proporción relativamente alta de adultos mayores desconoce los beneficios de sus seguros, especialmente coberturas de actividades no relacionadas directamente con la consulta, hospitalización exámenes o medicamentos. Hay una marcada diferencia de cobertura de las actividades o servicios de salud. La tendencia a una cobertura total es mayor en los seguros públicos, mientras que en los seguros privados prevalecen coberturas parciales. Esta situación pone el país en franca desventaja frente a otros países como Chile, Brasil, Costa Rica y mejor frente a la situación colombiana.

Los adultos mayores en su gran mayoría utilizan los servicios ambulatorios o de primer nivel de atención. Esto señala un fuerte proceso de medicalización con sobreprescripción de medicamentos y exagerada solicitud de exámenes complementarios. Hay un acceso adecuado de los adultos mayores tanto a servicios de consulta externa, cuanto a medicamentos y exámenes complementarios, pero persisten algunas brechas importantes. La utilización de la consulta por parte de los adultos mayores presenta una amplia preferencia por servicios privados con fines de lucro, y también de utilización de consulta ambulatoria hospitalaria. En otras palabras, no solo hay un proceso de medicalización, sino también preferencia de atención especializada de segundo y tercer nivel.

Hay un porcentaje significativo de alrededor del 15% de la población de adultos mayores que no han accedido a servicios e consulta ambulatoria, a pesar de haber estado enfermos. Se puede observar inequidades en el acceso a servicios de consulta, pues subregiones como la Sierra rural presenta los mayores porcentajes de adultos que a pesar de

CUADRO 9.25. Quién pagó los gastos de consulta, exámenes y hospitalización por nivel socioeconómico

Quién pagó los gastos	Índice de condiciones sociales															Total		
	Muy buenas			Buenas			Regulaes			Malas			Indigentes			Cons	Exam	Hosp
	Cons	Exam	Hosp	Cons	Exam	Hosp	Cons	Exam	Hosp	Cons	Exam	Hosp	Cons	Exam	Hosp			
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Entrevistado(a)	32.3	33.2	22.5	28.4	28.4	10.5	31.6	34.3	19.8	15.5	33	8.3	19.1	19.9	5.2	27	31.3	14.5
Esposo(a) / Compañero(a)	10.1	10.7	11.4	2.2	1.7	2.1	6.8	7.7	5.4	2.7	3.3	2	3.7	4.2	4.7	5.5	6.5	5.3
Hijo(a)	5.3	7.3	0	10	11	6.5	30.2	39.2	41.5	12.5	15.4	33.4	23.7	34.8	43.1	21.1	27.4	30.1
Otro(a) familiar	2.2	2	9.1	0.8	0.6	0	2.2	3.9	2.5	0.2	0	2.6	3.3	5	4.1	2	2.9	3.5
Otra persona no familiar	0	1.1	0	0.3	0.3	2.6	0.8	0.7	3.8	0	0	0	0.7	3.8	5.7	0.5	1	3.1
Se atendió en una institución de seguridad social	32.7	34.9	44.8	42	55.4	62	0.5	1.1	0.3	28.7	33	31.5	0.8	3.4	2.2	13.3	17.2	19
Se atendió en otra institución pública gratuita	3.3	1.2	4.1	6.2	2.6	16.3	14.8	12.9	24.3	25	15.2	22.2	27.5	28.9	26.3	15.8	12	20.4
Lo pagó su seguro privado	5.4	9.6	8.1	0	0	0	0.4	0.2	0	0	0	0	0.2	0	2.8	0.8	1.6	1.8
No hubo pago	8.8		0	10.1		0	12.8		2.4	15.4		0	20.9		6.1	13.9		2.3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

estar enfermos no acudieron a consulta. Esta inequidad de acceso geográfico se complementa con inequidades de acceso por condición socio-económica y por edad, pues los niveles socioeconómicos más bajos tienen menor acceso a estos servicios, igual que los adultos mayores de 75 años y más también presentan más barreras para el acceso. Finalmente el último aspecto analizado como inequidad es de género, y se puede observar como la mujer se reconoce más enferma y presenta mayores dificultades para utilizar la consulta ambulatoria. Todo este conjunto de inequidades se sustenta en que los adultos no acuden a pesar de estar enfermos por no tener dinero o porque existen problemas de calidad de atención en los servicios de salud.

La preferencia de consultar profesionales médicos es la constante a nivel nacional. Esto no varía por regiones, nivel socio-económico, nivel de instrucción o tipo de seguro al cual estén cotizando.

La Sierra rural es una de las subregiones con mayores exclusiones sociales, pues dispone de menos servicios de salud y con mayores barreras geográficas y económicas que dificultan la utilización de los servicios de salud. A pesar de lo anterior, la preferencia de utilización de servicios privados con fines de lucro representa un 40% del total y esta constante se mantiene en franca ventaja aún sobre el 60% si sumamos todo lo privado con y sin fines de lucro, sea por subregión, sexo o nivel socio-económico. Aun personas en los estratos de indigentes y de malas condiciones socio-económicas, utilizan en un buen porcentaje los servicios privados a pesar de sus costos.

Los pocos programas públicos de atención, como el de vacunación, presentan bajas coberturas, pues no existe una verdadera política de protección o estrategias que faciliten coberturas universales en la población de adultos mayores. De los tres tipos de vacuna, dos son parte de un esquema oficial de vacunación, que aún no termina de penetrar en este grupo poblacional; esto se expresa en que más del 50% de adultos mayores no ha recibido ningún tipo de vacuna.

Si bien la encuesta establece la hospitalización en los últimos cuatro meses, se puede observar que la tasa entre los adultos mayores de Ecuador sobrepasa las tasas esperadas para la población general, lo que indica claramente el mal estado de salud de este grupo etario. Sin embargo, estos resultados

no difieren de lo encontrado en otras encuestas como la de Cuba. Es notoria la alta tasa de hospitalización cuando se posee un seguro, especialmente seguros privados, o al analizar por subgrupo de edad, en donde los adultos mayores de 75 años y más presentan tasas de hospitalización superiores a subgrupos de entre 60 a 64 años ó de 65 a 74 años.

En cuanto al tipo de servicio hospitalario en donde se produce la internación, la tendencia es totalmente diferente a la utilización de servicios ambulatorios, pues más del 50% de los adultos mayores prefieren hospitalizarse en instituciones públicas, aunque un 28% se hospitalizan en instituciones privadas con fines de lucro. Al comparar las dos grandes ciudades del Ecuador, se nota que, Quito tiene mayor disponibilidad de servicios, sobre todo servicios privados con fines de lucro, lo que determina una fuerte concentración de coberturas de atención, pero con altos costos. En Guayaquil y la Costa rural y urbana hay mayor tendencia a hospitalizarse en instituciones públicas. Llama también la atención que casi la mitad de los adultos mayores sin ningún tipo de seguros prefiere utilizar instituciones privadas.

En cuanto a la accesibilidad a servicios de salud tanto ambulatorios como hospitalarios, existe un patrón definido en cuanto a los tiempos de traslado o viaje, en el sentido de que los tiempos de espera son superiores en casi el doble para los adultos mayores que en la población general. Así, los adultos mayores de la Sierra rural experimentan mayores tiempos de traslado y espera; lo mismo sucede para los grupos de adultos mayores indigentes o con niveles socioeconómicos regulares y malos.

La utilización de servicios de salud propende a una excesiva medicalización de los problemas de los adultos mayores, y se ve como más del 90% de ellos reciben medicamentos y prácticamente el 97% de ellos acceden a los mismos. Los pocos que no acceden a medicamentos expresan que el costo y la falta de disponibilidad de los medicamentos son las principales barreras para no adquirirlos. A pesar de este proceso medicalizador, la situación de acceso a medicamentos del adulto mayor en Ecuador es mejor que en otros países latinoamericanos como Bolivia, Perú y Colombia.

Las diferencias en gastos para los servicios de consulta, hospitalización, exámenes y medicamentos son marcadas en los estratos

CUADRO 9.27. Simulación del gasto total en servicios de salud que utiliza el adulto mayor del Ecuador

Indicador	%	N° Adultos Mayores	Coto promedio	Costo total	Pago de Bolsillo
Total de Adultos Mayores		1,192,475	132.01	157,417,420.11	SD
% Uso Consulta Externa	77%	918,206	16.95	15,563,587.46	56.04%
% Prescripción de medicinas	91.10%	836,485			
% Adquisición de medicinas	97.30%	813,900	45.24	36,820,850.99	SD
% De solicitud de exámenes	52.70%	483,894			
% De realización de exámenes	81.20%	392,922	49.71	19,532,166.41	69.30%
% De Hospitalización	6.30%	75,126	1138.1	85,500,815.24	55.10%

socio-económicos, y según subregión y la edad del adulto mayor. Quienes tienen mayores gastos, por ejemplo, gastan entre 2001 y 50000 USD en hospitalización; son adultos mayores que viven en Quito, tienen 75 años o más de edad y viven en muy buenas condiciones socio-económicas.

Para cerrar este capítulo se presenta un ejercicio matemático (cuadro 9.27) para calcular el gasto total que realizan los adultos mayores del Ecuador en consulta, medicinas, exámenes y hospitalización. Para ello se uti-

liza algunos indicadores obtenidos a lo largo del presente capítulo y se multiplica por el costo promedio de los servicios mencionados. Se observa que más del 60% del gasto total corresponde al sector privado y más del 55% de este gasto es directo de bolsillo. Es decir, lo paga el mismo paciente o sus familiares.

La gratuidad de los servicios es solo un principio en papel, pues más de la mitad de los adultos mayores o sus familiares deben pagar directamente de sus bolsillos.

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimentación
Ecuador
- MIES. 2010

Bibliografía

- CEPAR. 2004. Encuesta Demográfica y de Salud Reproductiva (ENDEMAIN). CEPAR
- Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente. 2008
- Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente
- Encuesta de condiciones de vida (ECV) - INEC. 2006. Elaboración SIISE
- Encuesta de condiciones de vida (ECV) - INEC. Series 1995 - 2006. SIISE
- Encuesta Multicéntrica SALUD BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO (SABE) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Informe Preliminar. DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD (HPP). Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. Mayo de 2001
- <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EkFFupEZFECeqYKAKD> Consultado 28 de marzo 2010.
- <http://www.monografias.com/trabajos14/abuso-medicam/abuso-medicam.shtml> Consultado 28 de marzo 2010

Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, Noviembre 2003

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2006. Encuesta de Condiciones de Vida. INEC

Las urgencias en la atención primaria: uso de exámenes complementarios y medicamentos. José Díaz Novás; Adela Calles Calviño; Ivette Roldán de la Paz; Daniel Chea Ochoa. 2008 http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi03308.htm Consultado 01 de abril 2010.

Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social / CEPAL-CELADE. Protección Social de la Tercera Edad en Ecuador. Abril 2007. www.eclaccl/celade/noticias/noticias/1/30081/Doc_Ecuador.pdf

Ministerio de Salud Pública del Perú. Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del tratado de libre comercio que se negocia con los Estados Unidos de América Gerardo Valladares Alcalde Lima – Perú ABRIL 2005 <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/MINSA-TLC-salud.pdf>

Molina, C. G., M. C. Rueda, M. Alviar et al. 1993. Estudio de incidencia del gasto público social: el gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia. Bogotá: Banco Mundial/Fedesarrollo.

MSP, "Políticas Integrales de Salud para el Adulto, Adulto Mayor" Quito Ecuador, 2007

Naciones Unidas. 2002. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Reporte de la Segunda Asamblea Mundial en envejecimiento. A/CONF.197/9 Publicación de las Naciones Unidas.

OMS. 1978. DECLARATION OF ALMA-ATA. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). 2008. El Proyecto "Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos": Avances y Perspectivas. OISS.

Organización Panamericana de la Salud "Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma" Washington, D.C.: OPS, © 2008

PAHO. 2008. Health of older persons, including active and healthy aging. Regional Strategy. CE142/14

Personas mayores, dependencia y servicios sociales Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. Apuntes para un diagnóstico. OISS. 2008 http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf Protección y seguridad social en salud. 2°

Personas mayores, dependencia y servicios sociales Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. Apuntes para un diagnóstico. OISS. 2008 http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf

Personas mayores, dependencia y servicios sociales Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico. OISS. 2008 <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oiss-brasil-01.pdf>

Prescripción de Medicamentos potencialmente inapropiados en Adultos Mayores Hospitalizados. Marcela Jirón, Leslie Escobar, Sebastián Orellana, Paola Jara, Ximena Oyarzún, Leonardo Arriagada, Héctor Griñen. Congreso ISPOR Brasil, 2009 <http://www.ispor.org/awards/2ndLAC/CO2.pdf>

Protección y seguridad social en salud. 2° Seminario Internacional. Una contribución a la agenda del Bicentenario. Santiago de Chile 2006. http://fon.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/libro_seminario_internacional.pdf Consultado 31 de marzo 2010

Proyecto Salud Bienestar y Envejecimiento de los adultos mayores en América Latina y el Caribe Ciudad de la Habana, Cuba. Centro de estudios de población y desarrollo. Centro Iberoamericano de la tercera edad Cuba. OPS. La Universidad de Wisconsin. 2000

Proyecto Salud Bienestar y Envejecimiento de los adultos mayores en América Latina y el Caribe Ciudad de la Habana, Cuba. Centro de estudios de población y desarrollo. Centro Iberoamericano de la tercera edad Cuba. OPS. La Universidad de Wisconsin. 2000

Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia. Amanda L. Glassman, María-Luisa Escobar, Antonio Giuffrida, Úrsula Giedion. Banco Interamericano de Desarrollo, 2010 <http://idb-docs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35120157> Consultado 31 de marzo 2010.

Seminario Internacional. Una contribución a la agenda del Bicentenario. Santiago de Chile 2006. http://fon.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/libro_seminario_internacional.pdf Consultado 31 de marzo 2010

SABE, Cuba Protección y seguridad social en salud. 2° Seminario Internacional. Una contribución a la agenda del Bicentenario. Santiago de Chile 2006. http://fon.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/libro_seminario_internacional.pdf Consultado 31 de marzo 2010

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/MINSA-TLC-salud.pdf> Ministerio de Salud Pública del Perú. Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del tratado de libre comercio que se negocia con los Estados Unidos de América Gerardo Valladares Alcalde Lima – Perú ABRIL 2005

<http://www.monografias.com/trabajos14/abuso-medicam/abuso-medicam.shtml> Consultado 28 de marzo 2010

<http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EkFFupEZFECEqYKAKD> Consultado 28 de marzo 2010.

<http://www.ispor.org/awards/2ndLAC/CO2.pdf> Prescripción de Medicamentos potencialmente inapropiados en Adultos Mayores Hospitalizados. Marcela Jirón, Leslie Escobar, Sebastián Orellana, Paola Jara, Ximena Oyarzún, Leonardo Arriagada, Héctor Griñen. Congreso ISPOR Brasil, 2009

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi03308.htm Consultado 01 de abril 2010. Las urgencias en la atención primaria: uso de exámenes complementarios y medicamentos. José Díaz Novás; Adela Calles Calviño; Ivette Roldán de la Paz; Daniel Chea Ochoa. 2008

<http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EkFFupEZFECEqYKAKD> Consultado 28 de marzo <http://www.monografias.com/trabajos14/abuso-medicam/abuso-medicam.shtml> Consultado 28 de marzo 2010

<http://www.monografias.com/trabajos14/abuso-medicam/abuso-medicam.shtml> Consultado 28 de marzo 2010



CAPÍTULO

10

Maltrato y violencia

10.1. Introducción

Hablar del maltrato, abuso o violencia contra los adultos mayores parece impensable o tabú. Es algo que para muchas personas no podría existir o no tiene porque suceder, o si es que existe, sería algo anormal e inusual que ocurre en casos específicos, aislados o extremos.

Según esta interpretación de negación, las formas de abuso contra los adultos simplemente no debe haber porque las víctimas no solamente son personas relativamente vulnerables y débiles, sino que son precisamente aquellos miembros de la sociedad que más merece el afecto, amor y cuidado de los miembros de sus familias, comunidades y sociedades.

En la imaginación colectiva, cuando ocurren casos de abuso contra personas adultas mayores, sería algo que no se debe tratar como un problema social sino “un asunto privado que no debía ventilarse en público” (Krug et al., 2003:135). Sin embargo, el maltrato de personas en envejecimiento es un problema social, cultural y político que representa la intersección entre la vida familiar y comunitaria, la justicia penal y la salud pública.

Si bien el fenómeno ha existido en privado en toda la historia humana, fue descrita como un problema de salud pública por primera vez por una revista inglesa en 1975. Poco después fue tratado desde distintos ángulos por legisladores, investigadores y profesionales en Estados Unidos, Australia, Canadá, Hong Kong, Noruega y Suecia, y posteriormente en Argentina, Brasil, China, India, Israel, Japón, Reino Unido y Sudáfrica (Krug et al., 2003).

La atención creciente en el abuso contra los adultos mayores en todo el mundo demuestra en forma contundente que es un problema universal porque impacta gravemente en una forma u otra a todas las sociedades. Además, el crecimiento en la proporción de la población en la categoría de adultos mayores (analizados anteriormente en este volumen), sugiere que la gravedad de esta situación aumentará en la ausencia de programas y políticas preventivas. Los estudios nacionales e internacionales sugieren que entre el 4% y el 6% de los adultos mayores es objeto de las formas de abuso descritos a continuación (Krug et al., 2003: 139).

Los adultos mayores ecuatorianos no están exentos de este problema: como se demuestra abajo, la proporción de ellos que reportan haber sufrido de abuso va de 3% en el caso de violencia sexual hasta 16,4% en violencia psicológica, valores que son aun más altos en ciertas grupos poblacionales. Y como es el caso a nivel internacional, la evidencia existente demuestra que el problema se expresa en todos los estratos sociales y económicos.

10.2. Las formas de abuso contra adultos mayores

La creciente preocupación con el abuso contra los adultos mayores como problema social y de salud pública ha dado lugar a

varias definiciones del fenómeno. Para la Asociación Americana de Medicina:

El abuso de ancianos, también denominado maltrato de ancianos, consiste en cualquier caso de abuso o abandono de una persona de 60 años o más, por parte de un cuidador u otra persona que tenga una relación que supone confianza y que pone en peligro la salud o la seguridad de dicha persona anciana (Hildreth, Burke y Glass, 2009).

Según la definición elaborada por la organización británica Acción Contra el Maltrato de los Ancianos, la misma que fue adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores,

el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor (Krug et al., 2003).

Asimismo, el Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano (1995) considera que el maltrato es

cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas adultas mayores de 60 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente (citado en Sánchez del Corral Usaola y Ruipérez Cantera, 2004).

Estas definiciones demuestran al abuso de adultos mayores como fenómeno social y problema de salud pública, que incluye no solamente actos de comisión sino también omisiones que pueden entenderse en términos de negligencia pasiva o activa. En este sentido, el maltrato puede ser intencional o no, puede ser repetido o cíclico o no, normalmente proviene de personas conocidas

y aún de confianza, y puede involucrar o no la violencia física. Como se observa en este capítulo, pueden presentarse varias formas de maltrato simultáneamente.

Los actos de comisión de abusos incluyen el abuso físico con o sin violencia y puede llegar hasta la violación de los derechos humanos y la libertad. El abuso por omisión de forma pasiva ocurre cuando las necesidades son desconocidas o no reconocidas. En cambio, la negligencia activa se presenta cuando las necesidades del adulto mayor son reconocidas, pero no reciben una respuesta adecuada y apropiada.

Existe un amplio consenso sobre las distintas formas de maltrato al adulto mayor, aún cuando la forma en que se presentan, se perciben y se identifican pueden variar sustancialmente en distintos ámbitos sociales y culturales (Hildreth, Burke y Glass, 2009; Krug et al., 2003; Sánchez del Corral Usaola y Ruipérez Cantera, 2004).

Estas distintas formas de maltrato tienen en común la existencia de un “triángulo de violencia” que une la víctima, el agresor y otras personas que observan o conocen del maltrato. Individualmente o en conjunto, se producen sufrimiento innecesario, dolor, pérdida o violación de los más básicos derechos humanos y un deterioro de calidad de vida (Hildreth, Burke y Glass, 2009; Krug et al., 2003:137).

El **abuso o maltrato físico** incluye actos que causan dolor o lesiones; también toda forma de coerción física incluyendo golpes y empujones, el confinamiento o restricción de libertad de movimiento por la fuerza o por el uso de fármacos.

El **abuso o maltrato psíquico o emocional** ocurre cuando se logra provocar sufrimiento o preocupación mental o psíquica, frecuentemente a través de agresiones o presiones verbales y amenazas.

El **abuso o maltrato económico o material** consiste en la explotación o uso de los fondos o recursos del adulto mayor en forma indebida, no autorizada o ilegal.

El **abuso sexual** se presenta en la forma de cualquier contacto sexual no consentido de cualquier tipo.

El **abandono o descuido** es negarse a cumplir con las obligaciones de atender al adulto mayor y de satisfacer sus necesidades básicas, incluyendo alimentación, vestimenta, vivienda y atención médica. Esta forma de maltrato se presenta en forma intencionada

y sin intención, pero de todas formas causa sufrimiento físico o emocional.

10.3. Factores de riesgo y consecuencias

Para poder identificar estrategias efectivas y eficientes de prevención es necesario analizar los factores de riesgo identificados con el maltrato y la violencia contra los adultos mayores, que se han estudiado en dos niveles.

Primero, se entiende el maltrato desde la perspectiva de la víctima y del agresor. Al ser en términos relativos las personas más vulnerables y débiles, los adultos mayores se encuentran en desventaja, aún más cuando su condición se caracteriza por deficiencias cognitivas o físicas, que se relacionan con el avance de la edad. Cuando se trata de falta de memoria (hasta llegar a diferentes grados de demencia), la condición de dependencia es especialmente aguda. Si bien se ha especulado que las probabilidades de maltrato y violencia son mayores cuando se trata de mujeres, no existe clara evidencia del efecto de género en este fenómeno (Hildreth, Burke y Glass, 2009; Krug et al., 2003).

Desde la perspectiva del agresor (la persona que comete el maltrato o violencia), los siguientes factores de riesgo son de especial preocupación: trastornos de personalidad, problemas asociados con el abuso de alcohol o drogas, antecedentes de abuso de otras personas, altos grados de dependencia emocional o económico con el adulto mayor y estrés causado por factores económicos, psicológicos o sociales (Hildreth, Burke y Glass, 2009; Krug et al., 2003).

Segundo, los factores personales a nivel de la víctima o agresor se expresa dentro del contexto de situaciones sociales a nivel de la familia, la comunidad o extra-comunitaria. En este sentido, la existencia y forma de redes sociales pueden representar factores de protección o en su ausencia, sentidos profundos de aislamiento con las consecuencias económicas, físicas y mentales, produciéndose generalmente cuadros de depresión crónica. En este sentido, el aislamiento es una causa y consecuencia del maltrato.

Otros factores sociales que tienden a magnificar o contextualizar el maltrato inclu-

yen los prejuicios contra la vejez y los adultos mayores, el sexismo que afecta en particular las mujeres, y en general la cultura de violencia en que se minimiza la importancia del maltrato.

Las consecuencias del maltrato y la violencia contra los adultos mayores son dramáticas. Al nivel del individuo, se trata de la dificultad o imposibilidad de recuperarse de agresiones físicas que pueden producir fracturas y depresión. A nivel social, el maltrato y la violencia contra los adultos mayores incrementan la mortalidad y producen altos costos económicos.

Los datos presentados en este acápite demuestran que ya es tiempo de levantar la vela del fenómeno del maltrato y violencia en la población de adultos mayores. Es el momento de tratar en forma abierta y pública lo que hasta ahora ha sido un "secreto sucio."

El presente capítulo provee información que permite evaluar la realidad sobre este importante problema en la población mayor de 60 años. El personal de campo, fue ampliamente entrenado con el afán de no cometer errores en la apreciación del maltrato en todas sus formas y se buscó detectar evidencia de los varios tipos de maltrato mencionados arriba.

En el cuadro 10.1, se observa que alrededor del 7% de los mayores de edad han recibido amenazas de daños físicos. Las mujeres son particularmente vulnerables a amenazas de daño físico o posible maltrato físico entre los 60 y los 74 años de edad. Sin

embargo, este patrón se revierte en el grupo de 75 años o más, donde las amenazas a los hombres son más prevalentes. Globalmente, uniendo todos los grupos de edad, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres, de este tipo de maltrato (7.3% y 6.9%, respectivamente).

En el cuadro 10.2, se aprecia que la máxima prevalencia de amenaza de daño físico (10.2%) se presentó en el grupo con el índice socioeconómico más bajo (condiciones indigentes), mientras que la menor prevalencia (2.9%) se presentó en el grupo con el índice socioeconómico más alto (condiciones muy buenas).

En el cuadro 10.3, se observa que casi el 5% de adultos mayores ha sido víctima de empujones o de que alguien le ha halado su cabello. Se nota también que en todos los grupos de edad, las mujeres experimentarán en mayor prevalencia estos maltratos que los hombres. Cuando se toma en cuenta ambos sexos en conjunto, se observa una leve disminución de este maltrato conforme avanza la edad.

En el cuadro 10.4, se observa que en la Sierra rural, se encontró la mayor prevalencia de violencia física (6.6%), mientras que en la Costa rural fue la menor del país (3.3%).

En el cuadro 10.5, se observa un marcado patrón de esta forma de maltrato por condiciones socioeconómicas, porque los mayores de edad que viven en indigencia sufrieron empujones o halado del cabello, con una prevalencia tres veces más a sus contrapartes en condiciones muy buenas.

CUADRO 10.1. Prevalencia de amenazas de daño físico (posible maltrato), por grupos de edad y sexo

Edad / años	Sexo	Amenaza de Daño Físico		
		Si %	No %	Total %
60 a 64	Mujer	7.7	92.3	100.0
	Hombre	6.1	93.9	100.0
65 a 74	Mujer	9.0	91.0	100.0
	Hombre	7.1	92.9	100.0
75 o más	Mujer	4.4	95.6	100.0
	Hombre	7.0	93.0	100.0
Total	Mujer	7.3	92.8	100.0
	Hombre	6.9	93.2	100.0
Total		7.2	93.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 10.2. Prevalencia de amenazas con daño físico (posible maltrato), por índice de condiciones sociales

Índice de condiciones sociales	Amenaza de Daño Físico		Total %
	Si %	No %	
Muy Buenas	2.9	97.1	100.0
Buenas	5.8	94.2	100.0
Regulares	7.3	92.7	100.0
Malas	5.8	94.2	100.0
Indigentes	10.2	89.8	100.0
Total	7.2	92.8	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 10.3. Prevalencia de haber sido empujado o haber halado el cabello (posible maltrato físico), por grupos de edad y sexo

Edad / años	Sexo	Le han empujado o le han halado el cabello		
		Si %	No %	Total %
60 a 64	Mujer	5.3	94.7	100.0
	Hombre	4.7	95.3	100.0
	Total	5.0	95.0	100.0
65 a 74	Mujer	6.3	92.4	100.0
	Hombre	4.5	95.5	100.0
	Total	5.5	94.5	100.0
75 o más	Mujer	4.1	95.9	100.0
	Hombre	3.8	96.2	100.0
	Total	4.0	96.1	100.0
Total	Mujer	5.4	94.1	100.0
	Hombre	4.3	95.7	100.0
	Total	4.9	95.1	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

CUADRO 10.4. Prevalencia de haber sido empujado o haber halado el cabello (posible maltrato físico), por subregión

Subregión	Si %	No %	Total %
Sierra urbana	4.5	95.5	100.0
Sierra rural	6.6	93.4	100.0
Costa urbana	3.8	96.2	100.0
Costa rural	3.3	96.7	100.0
Quito	4.3	95.7	100.0
Guayaquil	5.9	94.1	100.0
Total	4.9	95.2	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

En el cuadro 10.6. se aprecia que la prevalencia de haber recibido insultos (maltrato psicológico) fue mayor en mujeres que en hombres, en los grupos de edad 60 a 64 y de 65 o más años, mientras que en el grupo de 75 o más años la prevalencia de este tipo de maltrato fue mayor en hombres. Sin embargo, globalmente la mujeres (15.8%) sufrieron más comúnmente este tipo de maltrato que los hombres (13.5%).

En el cuadro 10.7. se observa que la prevalencia de "haber sido insultado" (como indicador de maltrato psicológico) se incrementó conforme bajó el nivel socioeconómico.

co. Así, el grupo en condiciones sociales muy buenas presentó una prevalencia del 6.2% y el de indigentes de 18.1%. Globalmente, la prevalencia de este indicador de posible maltrato psicológico fue del 14.7%.

En el cuadro 10.8. se observa que en todos los grupos de edad las mujeres presentaron mayores prevalencias de posible maltrato sexual: 4.7% y 1.3% en los hombres, respectivamente).

En el cuadro 10.9. se observa que en la Sierra rural se encontró la mayor prevalencia de maltrato sexual, mientras que en Quito se encontró la menor del país.

CUADRO 10.5. Prevalencia de haber sido empujado o haber halado el cabello (posible maltrato físico), por nivel socioeconómico

Índice de condiciones sociales	Le han empujado o le han halado el cabello		
	Si %	No %	Total %
Muy Buenas	2.1	97.9	100.0
Buenas	4.2	95.9	100.0
Regulares	4.8	95.2	100.0
Malas	3.3	96.7	100.0
Indigentes	7.5	92.5	100.0
Total	4.9	95.1	100.0

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.6. Prevalencia de haber sido insultado (posible maltrato psicológico), por grupos de edad y sexo

Edad / años	Sexo	Le han empujado o le han halado el cabello		
		Si %	No %	Total %
60 a 64	Mujer	17.6	82.4	100.0
	Hombre	14.4	85.6	100.0
	Total	16.1	83.9	100.0
65 a 74	Mujer	17.9	82.1	100.0
	Hombre	12.9	87.1	100.0
	Total	15.6	84.4	100.0
75 o más	Mujer	11.5	88.5	100.0
	Hombre	13.6	86.4	100.0
	Total	12.5	87.5	100.0
Total	Mujer	15.8	84.2	100.0
	Hombre	13.5	86.5	100.0
	Total	14.7	85.3	100.0

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.7. Prevalencia de "haber sido insultado" (posible maltrato psicológico), por nivel socioeconómico

Índice de condiciones sociales	Maltrato Psicológico		
	Si %	No %	Total %
Muy Buenas	6.2	93.8	100.0
Buenas	12.1	87.9	100.0
Regulares	16.1	83.9	100.0
Malas	12.5	87.5	100.0
Indigentes	18.1	81.9	100.0
Total	14.7	85.3	100.0

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.8. Prevalencia de "haber sido exigido tener relaciones sexuales" (posible maltrato sexual), por grupos de edad y sexo

Edad	Sexo	Le han exigido tener relaciones sexuales		
		Si %	No %	Total %
60 a 64	Mujer	7.1	92.9	100.0
	Hombre	1.5	98.5	100.0
	Total	4.4	95.6	100.0
65 a 74	Mujer	5.1	94.9	100.0
	Hombre	1.3	98.7	100.0
	Total	3.4	96.6	100.0
75 o más	Mujer	1.8	98.2	100.0
	Hombre	1.2	98.8	100.0
	Total	1.5	98.5	100.0
Total	Mujer	4.7	95.4	100.0
	Hombre	1.3	98.7	100.0
	Total	3.0	97.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.9. Prevalencia de haber sido exigido tener relaciones sexuales (posible maltrato sexual) por subregión

Subregión	Le han exigido tener relaciones sexuales		
	Si %	No %	Total %
Sierra urbana	3.1	96.9	100.0
Sierra rural	3.6	96.4	100.0
Costa urbana	3.4	96.6	100.0
Costa rural	2.7	97.3	100.0
Quito	1.5	98.5	100.0
Guayaquil	3.1	96.9	100.0
Total	3.0	97.0	100.0

Fuente:
Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

En el cuadro 10.10. se observa que al igual que las otras formas de maltrato, la prevalencia de posible maltrato sexual es mayor en los adultos mayores que viven en condiciones sociales desfavorables.

En el cuadro 10.11. se observa que un porcentaje mucho más alto (13.9%) de los que fueron amenazados con daño físico reportaron también haber sido exigidos a tener relaciones sexuales, en comparación con los que no fueron amenazados con daño físico (2.3%).

En el cuadro 10.12. se observa que un porcentaje mucho más alto (17.2%) de los adultos mayores que reportaron haber sido halados el cabello o empujados, reportaron también haber sido exigidos a tener relaciones sexuales, en comparación con los que no (2.4%).

La amenaza de llevar a un adulto mayor a un asilo es en el Ecuador algo muy serio porque implica el posible rompimiento de contactos familiares y lazos de afecto.

En el cuadro 10.13. se observa que un poco más del 2% de reportaron haber

recibido este tipo de amenaza, sin notar mayor diferencia entre mujeres y hombres. Sin embargo, se nota que la prevalencia va incrementándose conforme aumenta la edad.

En el cuadro 10.14. se observa un patrón irregular de prevalencia de amenazas de ser llevado a un asilo por índice de condiciones

sociales, aunque al igual que los otros abusos, los grupos de personas que viven en condiciones de indigencia son los que presentaron la mayor prevalencia, mientras que el grupo de condiciones buenas también presenta una alta prevalencia.

La amenaza de daño físico es considerada una forma de violencia psicológica. En el

CUADRO 10.10. Prevalencia de haber sido exigido tener relaciones sexuales (posible maltrato sexual), por nivel socioeconómico

Índice de condiciones sociales	Le han exigido tener relaciones sexuales		
	Si %	No %	Total %
Muy Buenas	1.3	98.7	100.0
Buenas	2.2	97.8	100.0
Regulares	3.7	96.3	100.0
Malas	2.1	97.9	100.0
Indigentes	3.7	96.3	100.0
Total	3.0	96.9	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.11. Prevalencia de "le han exigido tener relaciones sexuales" (posible maltrato sexual) por amenaza con daño físico (posible maltrato físico)

Amenaza con daño Físico	Le han exigido tener relaciones sexuales		
	Si %	No %	Total %
Si	13.9	86.1	100.0
No	2.3	97.7	100.0
Total	3.0	97.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.12. Prevalencia de (posible maltrato sexual) por (posible maltrato físico)

Le han halado el cabello	Le han exigido tener relaciones sexuales		
	Si %	No %	Total %
Si	17.2	82.8	100.0
No	2.4	97.6	100.0
Total	3.0	97.0	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.13. Prevalencia de amenazas a ser llevados a un asilo por grupos de edad y sexo

Edad / años	Sexo	Le han amenazado con llevarle a un asilo		
		Si %	No %	Total %
60 a 64	Mujer	2.1	97.9	100.0
	Hombre	1.1	98.9	100.0
	Total	1.6	98.4	100.0
65 a 74	Mujer	1.2	98.8	100.0
	Hombre	1.9	98.1	100.0
	Total	1.5	98.5	100.0
75 o más	Mujer	4.1	95.9	100.0
	Hombre	3.6	96.4	100.0
	Total	3.9	96.1	100.0
Total	Mujer	2.4	97.6	100.0
	Hombre	2.2	97.8	100.0
	Total	2.3	97.7	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.14. Prevalencia de amenazas "de llevarle a un asilo" por nivel socioeconómico

Índice de condiciones sociales	Le han amenazado con llevarle a un asilo		
	Si %	No %	Total %
Muy Buenas	1.3	98.7	100.0
Buenas	2.9	97.1	100.0
Regulares	2.2	97.8	100.0
Malas	0.5	99.5	100.0
Indigentes	3.4	96.6	100.0
Total	2.3	97.7	100.0

Fuente: Encuesta SABE - Programa Alimentación Ecuador - MIES. 2010

CUADRO 10.15. Prevalencia de violencia psicológica* por edad

Edad / años	Si %	No %	Total %
60 a 64	17.5	82.5	100.0
65 a 74	17.9	82.1	100.0
75 o más	13.8	86.2	100.0
Total	16.4	83.6	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

* Se calcula sumando las respuestas positivas de: "Le han amenazado con daño físico", "le han amenazado con llevarle a un asilo", "le han insultado".

CUADRO 10.16. Prevalencia de de violencia psicológica* por subregión

Subregión	Si %	No %	Total %
Sierra urbana	14.7	85.3	100.0
Sierra rural	22.0	78.0	100.0
Costa urbana	13.4	86.6	100.0
Costa rural	13.7	86.3	100.0
Quito	16.3	83.7	100.0
Guayaquil	16.7	83.3	100.0
Total	16.4	83.7	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

* Se calcula sumando las respuestas positivas de: "Le han amenazado con daño físico", "le han amenazado con llevarle a un asilo", "le han insultado".

La violencia económica consiste en ser sujeta a presiones para que deje la propiedad (casa u otro inmueble) a otras personas.

cuadro 10.15. se observa que más del 16% de los adultos mayores han sido victimizados por esta forma de maltrato. La prevalencia es un poco más baja, siendo en el grupo de 75 años o más.

En el cuadro 10.16. se observa que en la Sierra rural se encontró la mayor prevalencia de maltrato psicológico, mientras que en la Costa urbana se encontró la menor prevalencia.



La violencia económica es otra forma de maltrato, y consiste en ser sujeta a presiones para que deje la propiedad (casa u otro inmueble) a otras personas.

En el cuadro 10.17. se observa que la mayor prevalencia abuso económico se incrementa conforme aumenta la edad. Así, la mayor prevalencia se presentó en el grupo de 75 o más años (7.0%), mientras que la menor prevalencia se observa en el grupo de 60 a 64 años (5.1%).

En el cuadro 10.18. se observa que en la Sierra rural se encuentra la mayor preva-

lencia de abuso económico (7.9%), mientras que en Quito se encuentra la prevalencia más baja.

Finalmente, la negligencia y abandono constituye una forma de abuso y consiste en que se deja de dar dinero, alimentos o medicamentos que se necesita o que se deja sola la persona. En el cuadro 10.19. se observa que la mayor prevalencia de la negligencia y abandono está en los adultos mayores de 75 años o más año, mientras que la menor prevalencia se observa en el grupo de 65 a 74 años.

CUADRO 10.17. Prevalencia de abuso económico* por edad

Edad / años	Si %	No %	Total %
60 a 64	5.1	94.9	100.0
65 a 74	6.8	93.2	100.0
75 o más	7.0	93.0	100.0
Total	6.4	93.6	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

* Respuesta positiva a: Alguien le ha manejado o maneja su dinero o bienes sin su consentimiento, le han presionado para que deje usted de ser propietario de su casa o de alguna otra propiedad.

CUADRO 10.18. Prevalencia de abuso económico* por subregión

Subregión	Si %	No %	Total %
Sierra urbana	6.3	93.7	100.0
Sierra rural	7.9	92.1	100.0
Costa urbana	5.6	94.4	100.0
Costa rural	7.0	93.0	100.0
Quito	5.1	94.9	100.0
Guayaquil	6.3	93.7	100.0
Total	6.4	93.6	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

* Respuesta positiva a: Alguien le ha manejado o maneja su dinero o bienes sin su consentimiento, le han presionado para que deje usted de ser propietario de su casa o de alguna otra propiedad.

CUADRO 10.19. Prevalencia de negligencia y abandono* por edad

Edad / años	Si %	No %	Total %
60 a 64	15.1	84.9	100.0
65 a 74	14.1	85.9	100.0
75 o más	15.8	84.2	100.0
Total	14.9	85.1	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES, 2010

* Respuesta positiva a: Han dejado de darle el dinero que requiere para sostenerse, le han dejado de dar alimentos o medicamentos que necesita, le han dejado solo por largos periodos de tiempo

Subregión	Si %	No %	Total %
Sierra urbana	14.3	85.7	100.0
Sierra rural	19.7	80.3	100.0
Costa urbana	13.6	86.4	100.0
Costa rural	11.9	88.1	100.0
Quito	10.8	89.2	100.0
Guayaquil	16.6	83.4	100.0
Total	14.9	85.1	100.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

* Respuesta positiva a: Han dejado de darle el dinero que requiere para sostenerse, le han dejado de dar alimentos o medicamentos que necesita, le han dejado solo por largos períodos de tiempo.

En el cuadro 10.20. se observa otra vez que en la Sierra rural se encuentra la mayor prevalencia de esta forma de abuso, mientras que en Quito se encontró la menor prevalencia del país.

10.3.1 Discusión

Se puede concluir que en el Ecuador se encuentran altas prevalencias de todos los tipos de maltrato a los adultos mayores. Como se observa en el resumen presentado en el cuadro 10.21. los tipos de maltrato que presentaron la mayor prevalencia fueron el maltrato psicológico (16.4%) y negligencia y abandono (14.9%). Los maltratos más deni-

grantes y extremos como el físico y sexual presentaron también prevalencias menores pero preocupantes. En comparación, un estudio de corte transversal en los Estados Unidos encontró que un 3.2% de las personas adultas mayores reportaron haber experimentado violencia física, abuso psicológico o negligencia y olvido (Pillemer, 1988)

La prevalencia de todos los tipos de maltrato es mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, cuando se tomó en cuenta la edad hay algunas excepciones, en las cuales, los hombres maltratados en mayor proporción que las mujeres. Este fenómeno parece ser más común en el estrato de 75 o más años. Por ejemplo, los hombres de 75 o

Tipo de violencia	Porcentaje (%)
■ Indicador de violencia psicológica: Le han amenazado con daño físico. Le han amenazado con llevarle a un asilo. Le han insultado (preguntas m1, m3, m4)	16.4
■ Indicador de negligencia y abandono. Han dejado de darle el dinero que requiere para sostenerse. Le han dejado de dar alimentos o medicamentos que necesita. Le han dejado solo por largos períodos de tiempo (preguntas m7, m8, m9)	14.9
■ Indicador de abuso económico: Alguien le ha manejado o maneja su dinero o bienes sin su consentimiento. Le han presionado para que deje usted de ser propietario de su casa o de alguna otra propiedad (preguntas m5, m6)	6.4
■ Indicador de violencia física (han empujado o le han halado el cabello): (pregunta m2)	4.9
■ Indicador de violencia sexual Le han exigido tener relaciones sexuales" (posible maltrato sexual): (pregunta m10)	3.0

Fuente:
Encuesta SABE -
Programa Alimén-
tate Ecuador
- MIES. 2010

más años presentaron una prevalencia de 7.0% de amenaza de daño físico, mientras que las mujeres presentaron una prevalencia de 4.4%.

Por otro lado, en algunos tipos de violencia las diferencias entre mujeres y hombres fueron mucho mayores. Por ejemplo, la prevalencia de abuso sexual fue más que el triple que en los hombres: 4.6% y 1.3%, respectivamente.

El maltrato es un problema de salud y bienestar que casi no se habla en voz alta. Por razones de estigma y presiones sociales, se

considera que hasta un 90% de casos no son reportados. El hecho de que las mujeres son más vulnerables en este sentido es un fenómeno bien entendido. Por ejemplo, un estudio en España encontró que el 75% de los cuidadores que maltratan a los adultos mayores son mujeres. Adicionalmente este estudio indicó que el maltrato es un problema con tendencia creciente similar a lo observado en España en donde anotó un 47% entre el 2000 y el 2005 (Marmolejo, 2008).

Bibliografía

Hildreth, C.J., A.E. Burke y R.M. Glass (2009) "Abuso de ancianos." *JAMA* 302 (5): 588.

Krug, E.G., L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (eds.) (2003) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Marmolejo I. I. Maltrato de personas mayores en la familia en España 2008. FUNDACIÓN DE LA COMUNITAT VALENCIANA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (CENTRO REINA SOFÍA)

Sánchez del Corral Usaola, F. e I. Ruipérez Cantera (2004). "Violencia en el anciano". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, n° 21. <http://imersomayores.csices.com/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf>. Bajado Agosto 14, 2010.



Se realizó la primera Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-Ecuador) para brindar la información sobre las características y tendencias relevantes a las personas de la tercera edad. Con esta encuesta se espera contribuir al desarrollo de una política nacional de atención al adulto mayor. La encuesta SABE-Ecuador es parte del proyecto regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), que promueve el desarrollo de encuestas nacionales para determinar las condiciones de salud, bienestar y envejecimiento de la población de adultos mayores de América Latina.

CAPÍTULO

11

Conclusiones y recomendaciones

Con el objetivo general de “evaluar el estado de salud, familia, trabajo y desarrollo cognitivo de las personas adultas mayores del Ecuador para disponer de información relevante para diseñar una estrategia nacional,” esta encuesta investigó un universo definido por todos los hogares ocupados, tanto urbanos como rurales y dentro de las regiones de Costa y Sierra, que tienen al menos una persona de sesenta años o más de edad, con exclusión de las viviendas colectivas y establecimientos comerciales.

El muestreo fue probabilístico, bi-etápico y estratificado, proporcional al tamaño de la población. Las etapas fueron: (i) selección de sectores por dominios: Costa-Sierra (incluyendo Quito y Guayaquil) y rural-urbano y (ii) selección de viviendas por sector. Este proceso determinó una muestra total de 10.368 viviendas a nivel nacional (5.100 en la Sierra y 5.268 en la Costa).

El cuestionario SABE fue diseñado por un comité regional integrado por investigadores de la OPS/OMS, e investigadores nacionales en cada una de las temáticas que contempla la encuesta. Para el estudio SABE-Ecuador, se partió de la revisión del cuestionario que se aplicó en México, y en los otros países en donde ya se aplicó la encuesta SABE. Una diferencia importante entre la encuesta ecuatoriana y los estudios en otros países es que en el Ecuador, el cuestionario fue aplicado en áreas urbanas y rurales cuando los estudios previos se limitaron solo a las áreas urbanas. El cuestionario consta de 13 secciones:

- información general;
- datos personales;
- evaluación cognitiva;
- estado de salud;
- estado funcional;
- acceso a y uso de medicamentos;
- uso y accesibilidad a servicios de salud;
- redes de apoyo familiar y social;
- historia laboral y fuentes de ingreso;
- características de la vivienda;
- toma de presión arterial, condición de extremidades, medidas antropométricas de peso, altura de rodilla, circunferencia de brazo, cintura, cadera, pliegue tricótipal, talla, circunferencia de pantorrilla, ancho de muñeca, media brazada, fuerza de mano, flexibilidad y movilidad;
- maltrato y violencia; y,
- preguntas y comentarios finales.

Para complementar los datos demográficos y personales, se construyó un indicador compuesto de condiciones socioeconómicas, a base de los siguientes factores: afiliación a seguro social, años de escolaridad, índice simple de bienes de consumo duraderos, índice simple de vivienda, ingreso total y participación en el programa de bono de desarrollo humano.

11.1. Conclusiones

Los resultados de la encuesta SABE I-Ecuador, presentados en el presente documento, se pueden entender en tres niveles. Primero, los datos demuestran las características y el proceso de envejecimiento a *nivel individual* en términos de sus aspectos físicos, mentales y emocionales. Se concluye en forma muy general que se presentan estas características y procesos de manera muy heterogénea, en el sentido de que se observan diferencias dramáticas entre adultos mayores ecuatorianos en diferentes grupos de edad, en diferentes regiones, y en las áreas urbanas frente a las rurales del país. De interés especial son las diferencias entre hombres y mujeres y el efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud y bienestar. Más que nada, los datos presentados en este informe demuestran que el patrón de desigualdad en la distribución de ingresos se extiende al campo de la salud.

En segundo lugar, los datos demuestran que la situación de salud y bienestar de los adultos mayores se sitúa dentro del contexto de las redes sociales, especialmente a *nivel de la familia*. Los factores operativos que inciden en la formación y mantenimiento de estas redes son económicos, culturales, residenciales y afectivos. Sin embargo, este informe provee también evidencia de maltrato y violencia doméstica, lo que sugiere que existe un lado oscuro de las redes sociales que abrigan los adultos mayores y otros miembros de sus familias y comunidades.

Tercero, se puede entender el proceso de envejecimiento a *nivel de todo el país* en términos de procesos demográficos y epidemiológicos. Más relevante en este contexto es la transformación sistemática del Ecuador de un país dominado por una población joven, a un país en las etapas iniciales de envejecimiento. A través de esta transformación, un número y una proporción cada vez mayor de

ecuatorianos se ubicarán en la población de adultos mayores en las próximas décadas, y sufrirán de enfermedades y condiciones de salud características de esa población.

Después de una descripción de la metodología de la encuesta en el segundo capítulo, el capítulo 3 enfoca en la diversidad que define el país no solamente en términos geográficos, biológicos y culturales, sino también en cuanto al estado de salud y el acceso a los servicios de salud. En este sentido, es de suma importancia el hecho de que la población ecuatoriana es muy heterogénea, y está experimentando dos grandes transiciones: la demográfica y la epidemiológica.

Por un lado, la transición demográfica es producto directo de la disminución primero en la tasa de mortalidad y luego de la tasa de fertilidad, resultando así en un dramático aumento en la expectativa de vida al nacer. Como producto de esta transición, se observa un cambio sistemático en la proporción de personas en diferentes cohortes de grupos de edad.

En particular, se observa una reducción paulatina pero sistemática en la proporción de personas jóvenes, mientras se evidencia un aumento en la proporción de adultos mayores. Esta transformación sugiere un futuro de envejecimiento poblacional, proceso ya observado en los países industrializados.

Por otro lado, la transición epidemiológica se refleja en los cambios en la distribución de causas de morbilidad y mortalidad, desde las causas “tradicionales” para la mala salud hasta las condiciones “modernas” asociadas con una mayor esperanza de vida. Se concluye que el perfil epidemiológico se ha modificado en el Ecuador, en el sentido de que se ha producido una superposición o traslape epidemiológico, caracterizado por la expresión simultánea del perfil tradicional y el perfil moderno en diferentes proporciones y en diferentes segmentos poblacionales.

En gran parte, las diferencias en los patrones de salud y bienestar al interior del país se deben a los altos niveles de desigualdad, tanto en los ingresos como en el acceso y uso de los servicios de salud, situación que se agudiza en el Ecuador por la existencia de un sistema de salud segmentado, conformado por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas que atienden a diferentes grupos poblacionales.

En el capítulo cuatro, se manifiesta la gran diversidad existente en la población de

adultos mayores, especialmente en cuanto a la distribución de condiciones socioeconómicas de esta población. Una primera vertiente es la corte de edad, que reconoce las grandes diferencias entre las personas de 60 a 64 años, 65 a 74 años y 75 años y más. Estas diferencias están asociadas, además, con el factor de género.

Este capítulo permite concluir que los adultos mayores ecuatorianos viven en condiciones socioeconómicas muy variadas, pero que existe una proporción muy importante que vive en condiciones desfavorables. Mientras uno de cada cuatro adultos mayores dice que vive en condiciones buenas o muy buenas, más de cuatro de cada diez viven en condiciones regulares, y más de tres de cada diez en condiciones malas o de indigencia. Las condiciones buenas y muy buenas son más prevalentes en el sector urbano (especialmente Quito, seguido por Guayaquil), y las condiciones malas e indigentes en el sector rural, especialmente en la Sierra rural. Este hallazgo está asociado con el hecho de que una proporción muy alta de los adultos mayores indígenas, seguidos por los afroecuatorianos, viven en condiciones malas o de indigencia.

Una variable asociada con las condiciones socioeconómicas es la vivienda. Se concluye que especialmente entre las personas que viven en condiciones malas o indigentes, una proporción importante habitan viviendas de extrema vulnerabilidad, sin acceso a los servicios básicos de electricidad, agua y eliminación de aguas servidas.

Como predice el modelo de ciclo de vida familiar descrito en la introducción, una alta proporción de adultos mayores vive en parejas, mientras otros son divorciados, separados o viudos. El vivir solo es particularmente característico de las personas de edad más avanzada, porque la probabilidad de viudez es cada vez más alta. No sorprende que la mayoría de los adultos mayores tengan hijos o hijas vivos, pero es interesante observar que una pequeña proporción de ellos también tiene uno u ambos padres vivos.

Otro factor relevante en la población de adultos mayores es que, en general, tiene un nivel promedio bajo de educación formal de solo 5.7 años, con leves diferencias entre hombres y mujeres, entre personas en los tres grupos de edad, y entre personas de diferentes partes del país. Es más, la proporción de personas que no saben leer o escribir varía

entre más de dos de cada diez personas de 60 a 64 años a más de cuatro de cada diez personas de 75 años o más. Las proporciones son mayores para mujeres que para hombres.

Tampoco sorprende observar que especialmente entre las personas de 60 a 64 años, una proporción apreciable sigue siendo parte de la fuerza laboral, especialmente los hombres. Pero, al mismo tiempo, se concluye que algunas personas de más de 75 años de edad también siguen trabajando. Por lo tanto, una alta proporción de adultos mayores (especialmente los hombres) sigue percibiendo ingresos por salarios o ganancias independientes, mientras los ingresos por jubilación son cada vez más importantes conforme el avance de la edad.

Se puede concluir que la pobreza se expresa en la población de adultos mayores del Ecuador en varios aspectos fuertemente relacionados entre sí, especialmente los bajos niveles de ingresos y educación. Estos factores son más críticos para mujeres que para hombres y se complican aún más con la marcha de los años porque a nivel individual, las personas de edad más avanzada experimentan en mayor grado los problemas de salud de orden físico, mental y psicológico.

El capítulo cinco demuestra que las redes sociales representan un aspecto crítico en las vidas cotidianas de los adultos mayores. Existen varias formas de asociación en términos afectivos, culturales y económicos dentro de la familia y la comunidad. Estos factores suelen ser especialmente importantes para el adulto mayor, en la medida en que se presentan dificultades u obstáculos físicos, emotivos, logísticos o económicos en la búsqueda de la buena salud y el bienestar.

Hay una imagen generalizada de la familia extendida en el Ecuador, pero los datos demuestran que más de uno de cada diez adultos mayores vive solo y otros dos de cada diez viven solamente con sus cónyuges. Además, si bien una proporción apreciable de adultos mayores vive con sus hijos o hijas, más de dos de cada diez viven en alguna situación de convivencia diferente, lo que podrían incluir arreglos residenciales con personas no relacionadas o con grupos. Lo preocupante (pero no sorprendente) es que hay una asociación entre condiciones socioeconómicas malas o indigentes y residencia sola o con cónyuge. Es decir, los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza pueden contar menos con redes

sociales de apoyo, que personas que viven en mejores condiciones porque viven más aislados de sus familiares.

Este hallazgo obliga una reconsideración de la fuerza de los lazos familiares y la familia extendida en el Ecuador. Por otro lado, se observa que si bien muchos los adultos mayores dependen económicamente de los miembros de su familia, ellos también siguen contribuyendo económicamente a su familia. Es decir, los flujos de recursos económicos son bidireccionales. De la misma manera, las redes sociales incluyen una transferencia frecuentemente bidireccional de servicios de trabajo, cuidado de miembros de la familia (especialmente de niños por los abuelos) y cosas o objetos.

El capítulo seis presenta los datos sobre el estado de salud de los adultos mayores en términos de auto percepción. Estos datos demuestran que el deterioro físico y cognitivo afecta a altas proporciones de personas en este grupo, especialmente conforme avanza la edad, hasta tal punto que uno de cada tres personas mayores de 75 años reporta un deterioro en la capacidad cognitiva, y uno de cada ocho adultos mayores, en general, dice haber experimentado un trastorno mental. Como es el caso en otros indicadores, este factor también tiene más peso en personas que viven en condiciones socioeconómicas malas o indigentes. Por ejemplo, más de la mitad de los adultos mayores que viven en condiciones de indigencia experimentan depresión.

Los datos sobre las condiciones crónicas de salud ilustran en forma elocuente la marcha de la transición epidemiológica. Evidentemente, la edad es un factor contribuyente importante en las tasas obtenidas por esta encuesta, mientras que a diferencia de otros hallazgos, la asociación entre enfermedad crónica y condiciones socioeconómicas no está muy clara. Esto se debe, probablemente, no a prevalencias más bajas entre los adultos mayores más pobres, sino al hecho de que las personas que viven en pobreza tienen menos acceso a servicios de prevención y detección de enfermedades.

Otra conclusión relevante es que si bien las tasas reportadas de diferentes formas de cáncer son bajas, las proporciones de personas que se han sometido a los exámenes de detección relevantes son también muy bajas, lo que sugiere que las tasas reportadas representan una sub-estimación. Así, el

hecho de que tan pocos hombres mayores han sido examinados por cáncer de próstata es particularmente preocupante. Como se ha mencionado en otros análisis, el factor de condición socioeconómica es muy importante en este sentido, ya que la proporción de personas que han hecho una detección de cáncer es más baja en personas que viven en condiciones malas o indigentes que entre personas que viven en condiciones buenas o muy buenas.

Los datos también permiten apreciar que con el avance de la edad, disminuyen parcial o completamente las capacidades sensoriales, al mismo tiempo que se produce un desgaste o pérdida de la dentadura, lo que dificulta la ingesta de una dieta adecuada.

Al mismo tiempo que se presentan patrones claros en la salud y bienestar con la edad y en asociación con factores socioeconómicos, el acceso a medicamentos y servicios de salud es bastante desigual en la población de adultos mayores ecuatorianos. Dado el deterioro físico y mental inevitable que experimentan las personas en este grupo, no sorprende que deban tomar una cantidad importante de medicamentos. Tampoco sorprende que el número de medicamentos sea más alto en promedio en personas que viven en buenas o muy buenas condiciones socioeconómicas, que en las personas que viven en condiciones malas o de indigencia. Esto demuestra que los mandatos constitu-

cionales y legales sobre la gratuidad de los medicamentos no refleja la realidad.

Los datos sobre actividad física y nutrición presentados en el capítulo 7 son consistentes con la información presentada sobre las percepciones sobre la salud, en el sentido de que el avance de la edad está asociado con la disminución de la actividad física. Llama la atención que las mujeres tienen actividad física en menor proporción que los hombres, y que se presenta una relación inversa con condiciones socioeconómicas.

Asimismo, se observa que con el avance de edad, las personas reportan cada vez

■ La proporción de personas que han hecho una detección de cáncer es más baja en personas que viven en condiciones malas o indigentes, que entre personas que viven en condiciones buenas o muy buenas.



en mayor grado comer menos que antes, especialmente las mujeres. Además, se conoce que este comportamiento, que podría incidir en la desnutrición, es más prevalente en las personas que viven en condiciones socioeconómicas malas e indigentes. De la misma forma, es preocupante que uno de cada ocho adultos mayores consume menos de tres vasos de líquidos por día, cifra que asciende a casi uno de cada cuatro adultos mayores que viven en indigencia.

Se estima, entonces, que más de uno de tres adultos mayores dice que ha perdido al menos un kilogramo, especialmente entre las personas con más de 75 años de edad. Al mismo tiempo, proporciones similares reportan que no son bien nutridos, cifra que llega a casi la mitad en personas que viven en indigencia.

Las medidas antropométricas incluidas en la encuesta SABE-Ecuador demuestran que, en general, los adultos mayores ecuatorianos son de talla baja, mientras la prevalencia de bajo peso es menos de 3%. Pero, por otro lado, cuatro de cada diez adultos mayores tienen sobrepeso, y además dos de cada diez son obesos. Esta condición es más prevalente en mujeres que en hombres. Estos datos son consistentes con las proporciones de personas que sufren de hipertensión o diabetes. Sin embargo, es interesante notar que el sobrepeso y obesidad se presentan en proporciones mayores en personas que viven en condiciones socioeconómicas buenas o muy buenas, que en aquellas que viven en condiciones malas o indigentes. Este patrón es contrario a lo que se encuentra en otros países, en donde la obesidad y el sobrepeso se encuentran en los grupos más pobres. En parte, la diferencia se explica por la importancia relativa de la población rural en el Ecuador, que experimenta la obesidad y el sobrepeso en proporciones relativamente bajas.

Un elemento central en el proceso de envejecimiento a nivel individual es el deterioro inexorable de funcionalidad. Como se explica en el capítulo 8, el aumento en la esperanza de vida no necesariamente ha significado un mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos mayores. La condición socioeconómica es uno de los factores asociados con la presencia de condiciones que limitan la vida cotidiana del adulto mayor; es decir, las personas que viven en condiciones malas o indigentes experimentan más limitaciones

en promedio que las personas que viven en condiciones buenas o muy buenas.

Cuando se toma en cuenta la relación entre las enfermedades crónicas y las limitaciones funcionales (ambos factores siendo asociados con las condiciones socioeconómicas) se puede apreciar lo tan importante que es el factor socioeconómico en la salud y bienestar del adulto mayor. Así, que siete de cada diez personas que viven en condiciones indigentes y que sufren de tres condiciones crónicas o más también tienen tres limitaciones funcionales o más.

Como es de esperar, el deterioro en la capacidad funcional avanza con la edad; por lo tanto, las personas de 75 años o más reportan más dificultades en realizar sus actividades diarias, aunque proporciones importantes de adultos mayores experimentan las mismas dificultades más temprano, a partir de los 60 años. Existe también una relación con el factor de género, ya que se observa que tres de cada cuatro hombres mayores perciben que tienen un buen estado de salud en cuanto a limitaciones funcionales, mientras solo una de cada dos mujeres cree esto.

En cuanto a las limitaciones funcionales, se concluye que las principales causas de discapacidad se relacionan con las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, mentales y del sistema nervioso. Medidas tales como el ejercicio físico y mental sistemático, una alimentación saludable y el mantenimiento de redes sociales son posibles factores protectores.

Frente a los patrones marcados en la distribución de condiciones y enfermedades experimentados por los adultos mayores ecuatorianos, es crítico el acceso a servicios apropiados, adecuados y aceptados de salud. El concepto de un sistema segmentado de salud como el ecuatoriano, es que toda persona debe poder ejercer su derecho constitucional a la buena salud. Sin embargo, dos de cada tres adultos mayores no tienen un seguro de salud, lo cual evidentemente se refleja en limitaciones en el acceso a los servicios de la salud. Dadas las condiciones socioeconómicas inadecuadas de proporciones importantes de esta población, se puede concluir que existen barreras sustanciales para el uso apropiado de los servicios de salud con efectos directos en el estado promedio de salud.

Además, se nota que a pesar de las limitaciones económicas que caracterizan a mu-

chos de los adultos mayores, una proporción mayor de ellos reportaron que acudieron a un servicio privado en vez de un servicio público. Esta situación puede reflejar problemas de acceso, distancia o percepción de la calidad de los servicios.

Se identifica que una proporción más alta de personas que viven en indigencia reportaron no haber acudido a una consulta médica cuando estuvieron enfermas, pero al mismo tiempo se nota que, en general, la gran mayoría en todos los grupos de condiciones socioeconómicas sí asistieron al menos a una consulta. Es importante señalar que el motivo para no acudir a una consulta médica en casos de enfermedad, en dos de cada tres casos fue la falta de dinero, cifra que aumenta a tres de cada cuatro personas cuando viven en indigencia. Este hallazgo refleja el hecho que los servicios nominalmente gratuitos de salud implican costos directos e indirectos al usuario, como transporte, materiales y medicamentos que no están incluidos o disponibles en los servicios.

El profesional que presta servicios de la salud a los adultos mayores es un médico en más de nueve de cada diez casos. Esta proporción no varía sustancialmente entre regiones del país, presencia o ausencia de un seguro, nivel de instrucción o nivel socioeconómico, aunque se observa una leve tendencia de uso de servicio de curanderos o hierbateros en las personas que viven en condiciones socioeconómicas indigentes.

Las condiciones físicas relativamente deterioradas de los adultos mayores ecuatorianos se refleja en el hecho que dos de cada tres dice que acudió a un servicio ambulatorio de salud en los últimos cuatro meses. Este hallazgo es especialmente pertinente porque sugiere que la demanda para los servicios de salud, tanto privados como públicos, necesariamente va a subir en los próximos años con el incremento en la proporción de personas que son adultos mayores.

Otro vacío en la prestación de servicios de salud se verifica en que casi seis de cada diez adultos mayores no han recibido las tres vacunas sugeridas para personas en este grupo: gripe, neumonía y tétanos.

En un sistema segmentado de salud, cada persona debe tener acceso a un nivel de cuidado apropiado a su condición. Se concluye que el uso de servicios es mayor en los adultos mayores que en la población general. Por lo tanto, mientras se estima que en

una de cada diez personas en la población general utiliza al menos una vez los servicios hospitalarios *durante un año*, en los adultos mayores la tasa de hospitalización solo en los *últimos cuatro meses* es 6,3%.

Se reconoce que casi la mitad de los adultos mayores accede a los hospitales públicos, sean del MSP, del IESS, las Fuerzas Armadas o de la Policía. Al mismo tiempo, solo uno de cada cuatro acude a servicios privados. Este hallazgo está relacionado con los niveles socio-económicos y por la percepción de calidad y capacidad de los servicios privados. Además, las personas con seguros privados acuden en 100% a un hospital privado.

Uno de los factores más importantes para determinar el uso o no de servicios de salud ambulatoria es su accesibilidad, que se mide a través de tres indicadores: el tiempo de espera ó tiempo transcurrido para recibir atención médica y el tiempo de acceso a los servicios o tiempo de viaje. Mientras que en las ciudades grandes (Quito y Guayaquil) el tiempo para recibir atención es mayor en general (probablemente como producto del gran número de personas que buscan estos servicios cada día), las personas en las áreas rurales requieren más tiempo en promedio para llegar a los servicios de salud, situación que se agrava aún más en personas en condiciones socioeconómicas malas o indigentes.

Los datos confirman que los adultos mayores frecuentemente requieren medicamentos prescritos durante sus consultas médicas, porque como ya se observó, sufren de una variedad de condiciones crónicas y agudas. De hecho, en 91% de las consultas, se prescribe al menos un medicamento. No obstante, solo se adquiere todos los medicamentos en 85% de los casos; la razón principal para no adquirir los medicamentos es la falta de recursos económicos. Si bien la tasa de no cumplimiento no es muy alto, es preocupante que una parte de esta población tan vulnerable a la mala salud no pueda adquirir sus medicamentos en su totalidad. Asimismo, alrededor de dos de cada diez adultos mayores reportan no conseguir todos los exámenes de laboratorio que se pide, otro signo que una proporción de la población de adultos mayores no esta en condiciones de cuidar su salud en forma adecuada.

La barrera más crítica en la falta de capacidad para cuidarse la salud es económica. Se observa que para el 50% de las consultas,

el costo fue pagado de bolsillo, mientras para los exámenes y la hospitalización, las cifras respectivas fueron más del 60% y 50%. Este hallazgo subraya la importancia de las redes sociales ya que los pacientes o sus familiares deben asumir estos costos. Los datos presentados sobre los costos pagados sirven para enfatizar que existen obstáculos económicos para un acceso adecuado y apropiado a los servicios de salud para un segmento importante de los adultos mayores ecuatorianos.

Se termina estas conclusiones con un área de enorme sensibilidad y controversia: el maltrato y la violencia contra adultos mayores. Aunque parece inconcebible, este es un fenómeno real en el Ecuador y un tema relevante a la salud y bienestar de un grupo vulnerable. Es el lado oscuro de las redes sociales. Los datos presentados demuestran claramente que los actos de violencia psicológica, emocional, física y aún sexual no son casos aislados, y que es un tema que los profesionales en la medicina y la salud pública deben entender mejor.

En suma, la salud y bienestar del adulto mayor es un problema de enorme envergadura en el Ecuador, como es en todo el mundo, especialmente por el sensible crecimiento en la proporción de personas en este segmento poblacional. Pero, por otro lado, se ha evidenciado un conjunto de factores que determinan que una proporción importante de los adultos mayores no viven en condiciones socioeconómicas adecuadas y tienen características sociales (especialmente raza, etnicidad y género), que representan obstáculos al mantenimiento de un buen nivel de salud y nutrición, incluyendo barreras la obtención de servicios adecuados de servicios de salud.

11.2. Recomendaciones

Los actuales sistemas de protección social fueron diseñados para dar atención principalmente a los denominados grupos vulnerables de madres y niños. Pero con el cambio de la estructura poblacional este enfoque deja de ser adecuado, porque ya no responde a los cambios que deben darse en todos los niveles que garanticen la oferta oportuna de servicios sociales y de salud para el creciente grupo de adultos mayores. Los cambios demográficos obligan a reconocer que la proporción de la población de la

tercera edad, está en incremento y que es un grupo que todavía puede hacer aportes sustanciales al desarrollo, al mismo tiempo que requiere de una atención diferenciada. Por ello, las instituciones tienen el desafío de adaptarse a una nueva y diferente demanda de atención de servicios, que satisfaga no solo las necesidades de un número creciente de este segmento de la población, sino que responda a sus nuevas condiciones en la que deba tomarse en cuenta que el envejecimiento va acompañado de un deterioro económico y de salud física y mental, y de que en estas etapas de la vida, es cuando se experimenta en mayor proporción, el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, de amigos y compañeros y del trabajo, que le ha dado por muchos años un espacio para consolidar su identidad personal.

Para ello es importante adoptar una visión de largo plazo con un enfoque de ciclo de vida, que significa no solo pensar en lograr buenas condiciones para el niño y la madre, sino también en incorporar elementos que aseguren un envejecimiento saludable. Esto quiere decir que hay necesidad de planificar para sociedades adultas, para lo cual es indispensable contar con información que permita caracterizar a la población de adultos mayores en cuanto a sus condiciones, sociales, económicas y de salud, incluyendo el acceso a y uso de servicios y, al potencial que tienen de seguir siendo útiles al nivel de la familia y de la sociedad, con su continuo aporte afectivo y de conocimientos.

En este sentido, se espera que esta encuesta estimule a los diferentes sectores a replantear programas y servicios en función del creciente número de adultos mayores, que requiere de una atención diferenciada en todos los servicios.

En concreto, de este estudio surge como primera recomendación, la necesidad de dar prioridad al diseño e implementación de una política, estrategias y programas de atención a los adultos mayores, para fomentar un buen estado de salud y de bienestar, creando entornos favorables para el desarrollo óptimo de sus condiciones, ofertando servicios de calidad y garantizándoles la atención a todas sus necesidades en esta etapa de la vida. Esta política debe ser el marco de referencia, cuyo objetivo sea brindar sustento y coordinar las acciones que se realicen en favor de las personas de edad, promoviendo la

creación de mecanismos institucionales para ejecutar, monitorear y evaluar la realización y el impacto de sus programas.

Para ello se debe diseñar un sistema de control periódico y monitoreo del cumplimiento de las actividades de los programas, mensual, local, provincial y semestral en el ámbito nacional y un sistema periódico de evaluación de impactos.

La política también debe contemplar el aseguramiento del acceso a trabajo y a una pensión por vejez, creando mecanismos que eliminen la discriminación por edad; y en aquellas personas que trabajan o han trabajado en el sector informal, a través de mecanismos para que accedan a pensiones que les permita cubrir sus necesidades básicas.

Con relación a las fuentes de trabajo, se deberá ser creativos para aprovechar los años de experiencia de los adultos mayores o para que puedan emprender actividades que pueden ser productivas y, por lo tanto, contar con una independencia económica.

Con el fin de brindarle seguridad social, esta política debe garantizar a todos los adultos mayores el acceso a todos los servicios, para asegurarle una vejez digna, eliminando las desigualdades en la provisión de servicios de salud y de seguridad social. Para ello, la política debe asegurar la asignación de recursos financieros necesarios para cubrir estos requerimientos.

La encuesta SABE I ha demostrado que los adultos mayores transfieren recursos a las generaciones más jóvenes, generando un ambiente propicio para la cohesión familiar y social. Por lo tanto es necesario reconocer estos lazos, apoyarlos y fortalecerlos para asegurar que factores externos no modifiquen los aspectos positivos de estas relaciones, porque son parte del capital social acumulado por las personas mayores en el transcurso de su vida.

En este sentido, deben tomarse medidas que sensibilicen a la sociedad respecto de la importancia de mantener o generar redes familiares, vecinales o comunitarias para prevenir la soledad, la depresión y el desarraigo en esta etapa de la vida.

Al mismo tiempo, debe promoverse programas institucionalizados, como las casas de los abuelos en Cuba, con el fin de que cuenten con espacios a donde puedan acudir para socializar, realizar actividades recreativas, actividades productivas en un ambiente de solidaridad.

Las diferencias observadas en los varios parámetros analizados en función de la ubicación geográfica, de las condiciones sociales y de las diferencias por sexo, indican que las personas mayores indigentes y que viven en el área rural por lo general, tienen menor acceso a servicios de salud por razones de diversa índole; por lo tanto, es urgente poner especial atención a su situación para garantizar el acceso a los servicios, sin ser discriminados.

El número de adultos mayores seguirá en aumento; en consecuencia, es prioritario promover la formación de profesionales médicos, enfermeras, asistentes sociales, nutricionistas y demás profesionales de la salud para que se especialicen en geriatría y áreas afines, y de esta manera aumentar el número de profesionales que puedan brindar atención a este creciente grupo de población.

Otro aspecto que requiere de legislación y establecimiento de leyes y regulaciones es la protección de los residentes en instituciones de cuidado geriátrico, para asegurar que el personal que labora en estos lugares tenga los conocimientos y las habilidades necesarias.

En cuanto a la salud, la meta debe ser la reducción de la morbilidad y aplazamiento de la invalidez en las personas mayores. Los estudios sobre los determinantes del envejecimiento activo y las amenazas a la autonomía o independencia de las personas mayores es esencial para establecer prioridades y asignar recursos. Por ello se recomienda producir información periódica sobre el estado de salud de las personas mayores, para identificar las tendencias, evaluar la salud y los riesgos funcionales, y determinar la demanda de servicios.

Deben incrementarse hospitales y servicios de salud especializados con profesionales capacitados para atender las diferentes patologías propias de esta edad, así como casas de recuperación a donde puedan recibir atención especializada para su pronta mejoría.

En lo específico, se debe organizar programas preventivos, curativos y de rehabilitación para mejorar la salud y el aumento de la vida activa. Se debe crear una atención gerontológica al nivel de la comunidad, a través de la cual se puedan resolver necesidades socioeconómicas, psicológicas y biomédicas, de los adultos mayores, y se debe garantizar

la vacunación a todos los ancianos de acuerdo al sistema nacional de inmunización.

El fomento de la atención comunitaria debe ser otro objetivo para la protección de la salud del adulto mayor, mediante procesos de promoción, prevención y atención primaria, donde juegan un rol protagónico los equipos multidisciplinarios de atención gerontológica.

Junto a estos equipos deben promoverse los grupos de recreación que le brinda al adulto mayor la posibilidad de incorporarse a la vida social, y los prepara para enfrentar los problemas del diario vivir y adquirir estilos de vida sanos.

El médico y enfermera de la familia, los asistentes sociales comunitarios, deben estar preparados para brindar atención y cuidados a este grupo etáreo; para lo cual es indispensable implementar formas de capacitación permanente.

Para aquellos adultos mayores que viven solos es necesario diseñar programas de alimentación domiciliar y extra-domiciliar, así como servicios de consejería y ayuda que le permita desarrollar su capacidad de adaptación y realización de las actividades de la vida diaria, instrumentadas y no instrumentadas.

También es recomendable generar entornos que favorezcan el ejercicio de los derechos en la vejez, promoviendo la convención de derechos de las personas mayores, para fomentar la compatibilización de la legislación nacional con las normas instituidas a nivel internacional y contar con una instancia de vigilancia para el cumplimiento de dichas disposiciones.

Debe promoverse la asociatividad y participación de las personas mayores, generando organizaciones de personas mayores con autogestión, que favorezcan su autonomía y el desarrollo ciudadano, así como las prácticas de inclusión de las personas mayores en espacios de participación distintos de las organizaciones de gente de edad.

También es necesario realizar campañas permanentes de sensibilización en los medios de comunicación dirigidas a promover

una imagen social positiva del envejecimiento y la vejez, y mitigar los estereotipos negativos que afectan a las personas mayores.

Hay que promover la solidaridad entre generaciones, promoviendo la creación y aprovechamiento de oportunidades para que las personas mayores puedan prestar servicios a la comunidad, promoviendo el diálogo a nivel local y nacional, para fomentar la solidaridad y promover una imagen realista de la vejez.

Debe sensibilizarse a la población para prevenir la violencia y el maltrato, y capacitarse a aquellas personas que actúan como cuidadores de personas mayores dependientes.

En el campo legal, debe tipificarse los actos de maltrato, desde los de menor gravedad hasta aquellos de tipo penal.

En cuanto a la vivienda, debe promoverse programas habitacionales adecuadas a los hogares con personas mayores, con incentivos para adecuación de viviendas que se adapten a las necesidades de los adultos mayores. Al mismo tiempo, generar espacios públicos amigables con diseños adecuados.

Se debe adecuar los sistemas de transporte público, reforzar y hacer cumplir las regulaciones tendientes a disminuir la tasa de accidentes y facilitar la movilidad de las personas mayores, a través de un sistema de transporte público más amigable y de bajo costo.

Debe promoverse la participación de la sociedad civil, con iniciativas que aporten a la consecución de los objetivos y la formulación de estrategias de empoderamiento de las personas mayores.

Finalmente, debe promoverse entre las instituciones académicas, la capacitación de profesionales especializados y orientados a la atención de las necesidades de las personas mayores, y la investigación para responder a la demanda de información y dar respuestas a la implementación de programas sustentados en las evidencias exitosas de otras latitudes, asimilando los logros de la ciencia y la tecnología, evaluando el costo-beneficio de las intervenciones y el costo-efectividad de los programas

La I Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-Ecuador) se diseñó para brindar la información necesaria para entender las características y tendencias relevantes a las personas de la tercera edad.

SABE-Ecuador es parte del proyecto regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), que promueve el desarrollo de encuestas nacionales para determinar las condiciones de salud, bienestar y envejecimiento de la población de adultos mayores de América Latina.

El objetivo general fue 'evaluar el estado de salud, familia, trabajo y desarrollo cognitivo de las personas adultas mayores del Ecuador para disponer de información relevante para diseñar una estrategia nacional. SABE-Ecuador investigó un universo definido por todos los hogares ocupados, tanto urbanos como rurales y dentro de las regiones de Costa y Sierra, que tienen al menos una persona de sesenta años o más de edad, con exclusión de las viviendas colectivas y establecimientos comerciales. El muestreo fue probabilístico, bi-etápico y estratificado, proporcional al tamaño de la población. Este proceso determinó una muestra total de 10.368 viviendas a nivel nacional (5.100 en la Sierra y 5.268 en la Costa). El cuestionario constó de 13 secciones.

El cuestionario SABE-Ecuador fue diseñado por un comité regional integrado por investigadores de la OPS/OMS, e investigadores nacionales en cada una de las temáticas que contempla la encuesta.

Los resultados de SABE-Ecuador, presentados en el presente documento, demuestran que el patrón de desigualdad en la distribución de ingresos se extiende al campo de la salud.

También se observa que la situación de salud y bienestar de los adultos mayores se sitúa dentro del contexto de las redes sociales, especialmente a nivel de la familia. Este informe provee también evidencias de maltrato y violencia doméstica, lo que sugiere que existe un lado oscuro de las redes sociales que abriga los adultos mayores y otros miembros de sus familias y comunidades.

Se puede entender el proceso de envejecimiento a nivel de todo el país, en términos de procesos demográficos y epidemiológicos. Más relevante en este contexto es la transformación sistemática del Ecuador de un país dominado por una población joven a un país en las etapas iniciales de envejecimiento.

En este sentido, es de suma importancia reconocer el hecho de que la población ecuatoriana, siendo muy heterogénea, está experimentando dos grandes transiciones: la demográfica y la epidemiológica. En particular, se observa una reducción paulatina pero sistemática en la proporción de personas jóvenes mientras se evidencia un aumento en la proporción de adultos mayores. Esta transformación sugiere un futuro de envejecimiento poblacional, proceso ya observado en los países industrializados.

En suma, la salud y bienestar del adulto mayor es un tema de enorme importancia en el Ecuador, como es en todo el mundo, especialmente por el sensible crecimiento en la proporción de personas en este segmento poblacional. Y también se ha evidenciado un conjunto de factores que determinan que una proporción importante de los adultos mayores no viven en condiciones socioeconómicas adecuadas y tienen características sociales (especialmente raza, etnicidad y género) que representan obstáculos al mantenimiento de un buen nivel de salud y nutrición, incluyendo barreras a la obtención de servicios adecuados de servicios de salud.

SABE-Ecuador es una contribución del Programa Aliméntate Ecuador, junto a otras instituciones, a la comprensión de la realidad del adulto mayor y contribuir al desarrollo de políticas públicas en este sector importante de la población ecuatoriana, que vive en situación de riesgo.



