

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**MAESTRÍA EN DESARROLLO LOCAL CON MENCIÓN EN FORMULACIÓN Y
EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE DESARROLLO ENDÓGENO**



**Tesis previa a la obtención del título de: MAGISTER EN
DESARROLLO LOCAL CON MENCIÓN EN FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN
DE PROYECTOS DE DESARROLLO ENDÓGENO**

**TEMA:
POLÍTICAS PÚBLICAS DEL BUEN VIVIR PARA LA POBLACIÓN ADULTA
MAYOR APLICADAS EN LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PERÍODO
2011-2012**

**AUTORA:
MARÍA DE LOS ÁNGELES PÁEZ SALVADOR**

**DIRECTOR:
PATRICIO ANTONIO VELASCO SALAZAR**

Quito, Julio de 2014

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL
TRABAJO DE GRADO**

Yo MARIA DE LOS ÁNGELES PÁEZ SALVADOR, autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaro que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

MARIA DE LOS ÁNGELES PÁEZ SALVADOR
CC. 170883131-6

DEDICATORIA

Dedico este logro académico a:

*Todos los seres humanos, hombres y mujeres,
que algún momento llegarán a ser Personas Adultas Mayores
y que anhelan vivir esa etapa de su vida,
en el goce del ejercicio pleno de todos sus derechos,
con dignidad, libertad, amor, felicidad,
siendo respetados y valorados por una sociedad
que reconoce su aporte, por el simple hecho de existir.*

*A mis padres: de quienes aprendí
el gran valor de vivir la vida en todas sus facetas.*

*A mis hijos: Amaru y Jerónimo, mis tesoros,
a quienes ofrezco el sueño que ha guiado mi vida,
de alcanzar una sociedad más justa y equitativa
para todas y todos los seres humanos.*

María de los Ángeles Páez Salvador

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento al Dr. Patricio Velasco MGS, por su acertado y permanente acompañamiento en la dirección de esta tesis.

Al Dr. Pablo Ortíz T. MGS, por sus valiosos aportes y orientaciones teóricas brindadas.

A mi amada familia, por su paciencia, estímulo y comprensión para la realización de mis estudios de maestría.

A mis amigas: Carol Murillo y Azucena Sono, por su apoyo incondicional a mi crecimiento profesional.

A mi querido amigo Camilo Tobar, quien generosamente compartió sus conocimientos especializados en personas adultas mayores, los que constituyeron una guía fundamental para la comprensión de la problemática estudiada.

A todos los y las profesionales que es su calidad de funcionarios públicos de los gobiernos central y local, brindaron la información necesaria para esta investigación.

A las personas adultas mayores, usuarias de los servicios, cuyos testimonios aportaron al conocimiento de su realidad.

María de los Ángeles Páez Salvador

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
Índice General	V
Índice de gráficos y cuadros	X
Siglas y acrónimos	XI
Resumen ejecutivo	12
Abstract	13
Introducción	14
CAPÍTULO I	21
MARCO TEÓRICO	
1.1 Concepciones sobre el envejecimiento	21
1.2 Teoría del Envejecimiento activo	23
1.3 Teorías psicológicas del ciclo vital	24
1.4 Enfoques sobre el modelo de desarrollo capitalista	27
1.5 Enfoque de Desarrollo Humano	28
1.6 Teoría del Desarrollo y Necesidades Humanas a Escala Humana de Manfred Max-Neef	31
1.7 Teorías del Enfoque de Derechos	36
1.8 Concepto del Estado de bienestar	37
1.9 Buen Vivir o Sumak Kawsay	38
1.10 Definición de Gobernabilidad y de políticas públicas	41
1.11 Marco Normativo de las políticas públicas para población adulta mayor	47
1. 12. Enfoques teóricos considerados en las Políticas Públicas Nacionales de Salud	50

1.13 Enfoques teóricos en las Políticas Públicas Nacionales de Inclusión Social en el Ecuador	53
---	----

CAPÍTULO II CONTEXTO DEMOGRÁFICO	58
---	----

2.1 Comportamiento del crecimiento demográfico a nivel mundial	58
--	----

2.2 Comportamiento demográfico de la población adulta mayor en el Ecuador	61
---	----

2.3 Comportamiento demográfico de la Población Adulta Mayor en Quito	64
--	----

CAPÍTULO III	68
---------------------	----

PROCESO EVOLUTIVO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DURANTE EL PERÍODO 2011 – 2012	
--	--

3.1 Antecedentes	68
------------------	----

3.2 Características de las Políticas públicas de Salud para población adulta mayor, emitidas en el año 2007	69
---	----

3.2.1 Lineamientos de salud para las personas adultas mayores	69
---	----

3.2.2 Principio de Participación en las políticas públicas de salud, 2007	70
---	----

3.2.3 Lineamiento de Desarrollo sectorial	71
---	----

3.2.4 Lineamiento de Desarrollo económico	71
---	----

3.2.5 Lineamiento de Seguridad	71
--------------------------------	----

3.2.6 Lineamiento de reducción de las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades de las mujeres adultas mayores	72
--	----

3.3 Políticas Públicas para población Adulta Mayor, año 2013, constantes en el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS	72
--	----

3.3.1 Modelo de Atención Integral de Salud familiar, comunitario e intercultural – MAIS	73
---	----

3.3.2 Estrategia de Atención Primaria en Salud - APS	74
--	----

3.3.4.- Importancia de la atención en Salud mental y emocional en el Modelo de atención primaria de salud, MAIS	75
3.3.5 Excelencia técnica en el Modelo de atención primaria en salud	76
3.3.6 Tratamiento de enfermedades terminales	76
3.3.7 Especificidades para la atención a grupos poblacionales con necesidades especiales de atención	76
3.3.8 Análisis comparativo de las políticas públicas de salud de los períodos 2007 y 2013	78
3.4 Comportamiento de las Políticas públicas de Inclusión Social para la población adulta mayor	81
3.4.1 Políticas públicas nacionales de inclusión social, emitidas antes del año 2011	81
3.4.2 Pasos previos a la emisión de Políticas de Inclusión Social en el período 2011 – 2012	83
3.4.3 Políticas Públicas Nacionales de Inclusión Social en el período 2011 – 2012	83
3.4.3.1 Ejes transversales en la política pública de inclusión social	86
3.4.3.2 Aplicación de la política pública nacional de inclusión social en los servicios para Personas Adultas Mayores, financiados por el MIES	86
3.4.4. Resumen de los aportes de la política pública de inclusión social	89
3.4.5 Agenda de Igualdad, un documento de política pública de inclusión social, período 2012 - 2013.-	91
CAPÍTULO IV	94
APLICACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL, PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR QUE HABITA LA CIUDAD DE QUITO	
4.1 Antecedentes	94
4.2. Aplicación de las políticas públicas para población adulta mayor, en el sistema nacional de salud	95
4.2.1 Posibilidades de acceso a los servicios de salud para PAM	96

4.2.2 Problemática de los servicios de salud para PAM	96
4.2.3. Servicio de salud especializado para PAM	97
4.2.4 Desafíos en los servicios de salud a nivel nacional	99
4.3 Análisis sobre la aplicación de las políticas públicas de salud en la población adulta mayor en la ciudad de Quito a través del gobierno local	100
4.3.1 Criterios teóricos considerados en el diseño del Programa Sesenta y Pi Quito, Activos y Saludables	102
4.3.2 Enfoque de salud en el Programa Sesenta y Pi Quito	105
4.3.3. Metodología de funcionamiento del Programa Sesenta y Pi Quito	105
4.3.4. Aprobación y Puesta en Marcha del Programa Sesenta y Pi Quito	106
4.3.5. Funcionamiento del Programa Sesenta y Pi Quito	106
4.3.6. Hallazgos de la implementación del Programa Sesenta y Pi Quito en el sector Salud	107
4.3.6.1. Comportamiento de la cobertura	108
4.3.6.2. Calidad de los servicios	108
4.3.6.3. Efectos del Programa en la calidad de vida de sus usuarios/as	109
4.3.7. Temas pendientes a desarrollar en el Programa Sesenta y Pi Quito, en el ámbito de salud	109
4.4. Aportes de los enfoques de la política de Inclusión Social al Programa Sesenta y Pi Quito durante el período 2011 – 2012	109
4.4.1. Apertura de espacios comunitarios	110
4.4.2. Inclusión laboral	110
4.4.3. Participación Familiar	110
4.4.4. Recuperación de saberes y promoción de talentos	111
4.4.5. Enfoque de interculturalidad	112

4.5. Participación de Personas Adultas Mayores en el diseño del Programa	112
4.6. Funcionamiento del Programa Sesenta y Pi Quito en los servicios, durante el período 2011 al 2012	112
4.6.1. Evolución de los servicios municipales para la población adulta mayor	113
4.6.2. Vinculación del Programa con el Plan Metropolitano de Desarrollo 2012 – 2022.-	113
4.6.3. Vinculación con las políticas públicas locales	114
4.6.4. Mecanismos de funcionamiento	114
4.6.5. Ejes de atención	115
4.6.6. El enfoque de pertinencia cultural de los servicios del Programa Sesenta y Pi Quito	116
4.6.7. Acciones de colocación de empleo y desarrollo de micro emprendimientos en los servicios del Programa Sesenta y Pi Quito	117
4.6.8. Participación de las personas adultas mayores en la toma de decisiones	117
4.6.9. Presupuesto	117
4.6.10. Trascendencia del Programa Sesenta y Pi Quito	117
4.6.11. Punto de vista de los Usuarios del Programa	118
4.6.12. Condición social de los usuarios/as	119
4.7 Análisis de la aplicación de las políticas públicas de salud e inclusión social para población adulta mayor en el Distrito Metropolitano de Quito, período 2011 – 2012.-	120
CAPÍTULO V	121
CONCLUSIONES	121
Bibliografía Consultada	133
Webgrafía	135

Entrevistas

138

Anexos

140



ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

Gráficos y Cuadros	Página
Cuadro N°1 : Pirámide de Necesidades Básicas	29
Cuadro N° 2: Cuadro comparativo de las Políticas Públicas Nacionales de Salud períodos 2007 y 2013	81
Cuadro N° 3 : Aportes a la política pública de población adulta mayor, en el período 2011 - 2012	90
Cuadro N° 4 : Ejes de la Política Nacional de Inclusión Social para Población Adulta Mayor	93
Cuadro N° 5 : Necesidades Humanas Fundamentales	104

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

BID Banco Interamericano de Desarrollo
CLAD Consejo Latinoamericano para el Desarrollo
EUDEBA Editorial de la Universidad de Buenos Aires
FPMSJ Fundación Patronato Municipal San José
HAIAM Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor
IINGER Instituto de Investigaciones Gerontológicas
MAIS Modelo de Atención Integral en Salud
ME Ministerio de Educación
MIES Ministerio de Inclusión Económico Social
MSP Ministerio de Salud
MDMQ Municipio del Distrito Metropolitano de Quito
OMS Organización Mundial de la Salud
OPS Organización Panamericana de la Salud
PAM Personas Adultas Mayores
PIB Producto Interno Bruto
PJNC Pensión Jubilar No Contributiva
SRI Servicio de Rentas Internas
SIS Secretaría de Inclusión Social del Municipio de Quito
SS Secretaría de Salud del Municipio de Quito

RESUMEN EJECUTIVO

La presente tesis constituye un ejercicio académico que estudia del contenido de las políticas públicas quiteñas orientadas a la población adulta mayor, durante el período 2011 – 2012 y su proceso evolutivo sucedido por el apareamiento de un nuevo referente teórico, como es el *paradigma del Buen Vivir*, planteado en la Constitución de la República del Ecuador.

La preocupación de los gobiernos central y local por atender a la población adulta mayor, responde a la presencia de un fenómeno demográfico nunca antes visto en el país, como es la inversión de la pirámide poblacional, por el crecimiento constante de la cantidad de personas adultas mayores y la reducción de la población infantil, lo que trae nuevos problemas a resolver a través de las políticas públicas, como son el abandono, la exclusión social y el deterioro físico, mental y emocional de estas personas.

Al respecto, los años investigados: 2011 – 2012, revelan un antes y un después en las políticas públicas nacionales y locales para personas mayores de 65 años, en los ámbitos de inclusión social y salud, en tanto aparecen servicios especializados orientados a garantizar el ejercicio de sus derechos.

El Programa de mayor impacto en el Distrito Metropolitano de Quito, denominado *Sesenta y Pi Quito, activos y saludables*, ha sido implementado por el gobierno local, cuyo diseño observa los principios del envejecimiento activo y del Buen Vivir, constituyéndose en una iniciativa de concreción y avance del enfoque humanista, como la característica del modelo de desarrollo a seguir en la ciudad.

Los resultados de la investigación realizada evidencian la gran acogida ciudadana a los servicios institucionales, que han posibilitado la integración, ocupación del tiempo libre, cuidado y preservación de la salud, de las personas adultas mayores, factores que han incidido directamente en el mejoramiento de su calidad de vida.

ABSTRACT

The present thesis is an academic exercise which studies the content of Quitoian social - public policies aimed at the elderly population throughout the 2011 – 2012 period, and its evolution process due to the appearance of a new theoretical model; such as the *Good Living (Buen Vivir) paradigm*, as stated in the 2008 Constitution of the Republic of Ecuador.

The concern of the central and local governments to take care of the elderly population is due to a demographic phenomenon never seen before in the country's history such as the inversion of the population pyramid; a steady rise in the quantity of elderly people and, at the same time, a reduction of the infant population. Such a fact brings about new problems to solve; among others must be mentioned: abandonment, social exclusion, physical, mental and emotional damage, conditions that must be solved through public policies.

Regarding the time – lapse investigated: 2011 – 2012, the results of national and local public policies reveal a before and after for the population 65 year – old and up, in the fields of social inclusion and health, as specialized services appear aimed at warranting the practice of their rights.

The Program with the most impact in the Metropolitan District of Quito called *Sixty and Up, healthy and active, (Sesenta y Pi Quito, activos y saludables)*, was implemented by the local government. Its design observes the principles proposed for active ageing and *The Good Living*. Thus, it constitutes a concrete initiative and a humanist advancement; characteristics to follow in the city.

The results of the investigation evidence the great welcome of the citizenship to such institutional services because they have made possible: integration, use of free time, preservation and health care. In other words, the quality of life of the elderly has improved.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del desarrollo de la Maestría de Desarrollo Local, se ha estudiado a fondo los diferentes modelos de desarrollo que se han aplicado en el Ecuador y sus consecuencias en la población términos económicos, culturales y sociales, hasta arribar al último modelo de desarrollo, denominado *Socialismo del Buen Vivir*, que pone como centro de atención al ser humano, siendo su fin generar las condiciones que posibiliten condiciones de vida dignas que aseguren el Buen Vivir, de todas las personas que habitan en el territorio nacional.

Al ser una propuesta nueva, demanda una mayor comprensión tanto de los principios filosóficos que la orientan cuanto de su aplicación, a través de las políticas públicas, herramientas técnicas con las que cuenta el Estado para concretar su modelo ideal.

En la presente tesis se ha seleccionado a la población adulta mayor, como un grupo poblacional que emerge en los últimos tiempos con una importancia inusitada, dado el crecimiento demográfico poblacional de las últimas décadas y las precarias condiciones de vida, en las que la mayoría de personas de este grupo se desenvuelve, lo que pone en evidencia un fenómeno social, nunca antes visto.

En la ciudad de Quito, el 15.03% del total de su población, son personas adultas mayores, de los cuales el 39.6% está protegida por un sistema de pensiones y seguro médico, frente a un 57.7% que carece de esta protección económica y social, de cuyo porcentaje un 30.9% trabaja para vivir, y de un 2.7% se desconoce su situación, pues no responde. (INEC, 2010)

Al haber un proceso de envejecimiento continuo de la población, el número de personas que se encuentran en edad productiva disminuye, mientras que aumenta el número de personas que dejan de trabajar y pasan a depender de una jubilación, no siempre justa o suficiente, lo que provoca que el Estado deba asumir el costo de la manutención de un grupo poblacional creciente, en una línea de servicios en diversas áreas como salud,

cuidado diario, protección social, protección especial, deportes, cultura, entre otras, para garantizar una adecuada calidad de vida a esta población mayor de 65 años, que presenta condiciones especiales de salud, que demandan mayor atención, cuidado y por ende, mayor gasto público.

El Socialismo del Buen Vivir, tiene como su centro de atención al Ser Humano, quien a través de la satisfacción de sus necesidades básicas y el ejercicio pleno de todos sus derechos, podrá gozar de un estado de felicidad y realización humana, denominado *Buen Vivir*.

Para identificar los cambios originados en el Estado Ecuatoriano a partir de esta nueva propuesta de desarrollo, se ha tomando como referencia comparativa las políticas públicas emitidas al amparo de la Constitución de 1998, y las políticas emitidas con la guía de la Constitución de 2008, de manera de evidenciar el proceso evolutivo de los enfoques, en los sectores de salud e inclusión social, que son aquellos que tienen bajo su responsabilidad la garantía de derechos fundamentales para la población adulta mayor, relacionados con su bienestar y con el mejoramiento de su calidad de vida.

El período de estudio de esta investigación corresponde a los años 2011 – 2012, período en el que por primera vez se diseña un Programa de carácter distrital en Quito, para la atención a las personas adultas mayores, denominado *Sesenta y Pi Quito, activos y saludables*, que tiene el mérito de ser una experiencia pionera y singular a nivel nacional. Por otro lado, en el año 2012, en el sector salud, entra en funcionamiento el único hospital existente a nivel nacional, especializado en personas adultas mayores, lo que evidencia un interés gubernamental de atender con prioridad a este sector poblacional.

Esta investigación se ha centrado en la revisión de los contenidos de la política pública para la población adulta mayor y ha pretendido evidenciar la existencia o no, de una superación de enfoques etnocentristas, utilitaristas, adulto centristas, discriminatorios y de mono culturalidad, presentes en el anterior modelo de desarrollo del Estado de bienestar y correlacionarlos con los principios que permiten alcanzar el Buen Vivir, relacionados con la creación de relaciones solidarias, recíprocas, participativas entre los miembros de la comunidad en total respecto a las diferencias; la corresponsabilidad social para garantizar el bienestar y la felicidad de todas las personas.

En tal virtud, esta tesis ha buscado resolver el siguiente problema de investigación:

La sociedad al valorar a las personas por la capacidad de generación de recursos económicos que posee, excluye, abandona y desvaloriza a sus personas adultas mayores, lo que incide en el deterioro de su calidad de vida y socialmente ocasiona una pérdida irreparable de saberes que son parte de la identidad cultural de los pueblos. (Páez, 2013: 15).

En la resolución de esta problemática, esta tesis se planteó como objetivo general:

Abrir una línea de investigación respecto de la existencia o no, de procesos de transformación de las políticas públicas locales para personas adultas mayores a partir de los postulados de la Constitución de 2008 y del modelo de desarrollo del Buen Vivir, tomando en cuenta la incorporación del enfoque de derechos y la superación de los enfoques de etnocentrismo, utilitarismo, adulto centrismo y mono culturalidad. (Páez, 2013: 15).

Los objetivos específicos que permitieron dar cumplimiento a alcanzar el Objetivo general son:

- Determinar los enfoques presentes en las políticas públicas pertenecientes al Estado de bienestar, anterior a la Constitución de 2008
- Identificar los principios rectores del modelo de desarrollo del Buen Vivir y que están relacionados con la garantía de derechos de las personas adultas mayores
- Precisar los cambios generados en las políticas públicas para población adulta mayor a partir de la vigencia del modelo de desarrollo del Buen Vivir en las Constitución del 2008
- Investigar los efectos de la aplicación de las políticas públicas locales surgidas a partir del 2008, en la calidad de vida de las personas adultas mayores habitantes de la ciudad de Quito. (Páez, 2013: 15).

En cuanto a la metodología empleada en la realización de este tesis, se recurrió a la investigación de campo, consistente principalmente en la revisión de fuentes primarias generadoras de la información objeto de estudio, para lo que se recopiló y estudió documentos institucionales donde consta la política pública; se aplicó además la observación directa al funcionamiento de los servicios públicos para la atención de personas adultas mayores; se aplicaron entrevistas a profundidad a actores claves en la construcción de las políticas, tanto en las áreas de salud como de Inclusión Social de los gobiernos central y local; se aplicó la técnica de grupos focales con personas adultas mayores, usuarias de los servicios para el levantamiento de información sobre sus percepciones respecto a los efectos de la política pública en su calidad de vida.

Los hallazgos de la investigación realizada permitieron identificar que el enfoque del Buen Vivir, todavía constituye un concepto difícil de alcanzar y posicionar en las políticas públicas, por lo que la superación de los enfoques etnocentristas, utilitaristas, adulto centristas y monoculturales característicos del modelo del Estado de Bienestar, todavía están presentes, constituyendo para el Estado central y local, un gran desafío su superación, así como para la sociedad ecuatoriana, que continúa valorando a las personas por la utilidad que puedan tener en términos económicos, más que por su condición humana.

Los avances en la incorporación de los principios del Buen Vivir, están presentes en el sector salud, a partir del año 2013, en el que se diseñan políticas públicas alineadas a los principios del Buen Vivir, que promueven la corresponsabilidad familiar y comunitaria y posicionan un enfoque de atención biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, considerando que al mejorar el entorno social y cultural de las personas disminuyen las condiciones para el apareamiento de enfermedades. Estas políticas están orientadas a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor de todas las clases sociales.

En el período en el que se centra el estudio de esta tesis que es de los años 2011 – 2012, se evidenció que las políticas de salud nacionales y locales, responden a un modelo anterior centrado en el individuo y en sus enfermedades; de ahí que el criterio que prevalece es el promovido por la Organización Mundial de la Salud y es el del envejecimiento activo, principio orientador del Programa municipal *Sesenta y Pi Quito activos y saludables*.

En el sector de inclusión social se ha avanzado en el diseño de criterios organizadores de la política pública, más que en contenidos que permitan alcanzar el Buen Vivir. Estos se distribuyen en tres ejes fundamentales: a) Protección Social Básica; b) Protección Especial, c) Participación Social. En el primer eje se preserva el enfoque asistencialista presente en el modelo de Estado de bienestar anterior, de focalización de las políticas en los sectores poblacionales en situación de pobreza y pobreza extrema, a través de la asignación de ayudas económicas de subsistencia como el Bono de la Solidaridad. En el segundo eje se ha avanzado hacia la generación de espacios legales para la atención de casos de violación de derechos; así como se han creado mecanismos de verificación de estándares de calidad que permitan garantizar los derechos de las personas usuarias de los

servicios institucionales de acogimiento. Finalmente, en el último eje se identificaron acciones de participación ciudadana para el diseño de la política, más no la existencia de políticas públicas, que promuevan la generación de espacios de participación de las personas adultas mayores.

A nivel cultural, se evidenció que existen pocos avances en la garantía y preservación de la diversidad cultural de las personas adultas mayores, prevaleciendo el enfoque mono cultural occidental como el dominante en las políticas públicas, tanto de salud como de inclusión social.

Si bien el enfoque del Buen Vivir todavía no se ha posicionado plenamente en las políticas públicas para las personas adultas mayores, éstas políticas, tienen un eje vertebrador y es el enfoque de Desarrollo Humano basado en la satisfacción de necesidades básicas y en el cumplimiento de derechos, lo que revela la existencia de un camino trazado para aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

De esta manera, la tesis se estructuró en 5 capítulos, cuyo detalle es el siguiente:

El primer capítulo, fue destinado a la estructuración del marco teórico, que partió de la recopilación de teorías que desde los enfoques de salud física y psicológica, permiten comprender al envejecimiento como una etapa dentro de la vida de un ser humano.

Desde las líneas de pensamiento de la sociología y la economía, se revisaron teorías explicativas del concepto del Desarrollo, partiendo desde los enfoques de necesidades humanas, hasta los de desarrollo humano y del Buen Vivir, gobernabilidad, política pública y los enfoques teóricos que las orientan en los sectores de salud e inclusión social.

El segundo capítulo correspondió al contexto demográfico, donde se hizo un abordaje del comportamiento del fenómeno del envejecimiento poblacional y su crecimiento a nivel mundial, latinoamericano, ecuatoriano, para aterrizar al estudio del comportamiento demográfico en la ciudad de Quito.

A fin de evidenciar el proceso evolutivo de las políticas públicas para la población adulta mayor en los sectores de salud e inclusión social, en el tercer capítulo se registraron y analizaron las políticas vigentes antes de la emisión de la Constitución del 2008 y su variación con el enfoque del Buen Vivir hasta el año 2013.

El capítulo cuarto estuvo destinado al estudio de la aplicación de las políticas públicas de salud e inclusión social, en la ciudad de Quito, tomando como caso de estudio al Programa Municipal *Sesenta y Pi Quito, activos y saludables* y evidenciando la aplicación de las políticas de salud en el Hospital de Atención del Adulto Mayor.

Finalmente el capítulo quinto estuvo destinado a las conclusiones alcanzadas al final del estudio de las políticas públicas para población adulta mayor en la ciudad de Quito, y su relación con el enfoque del Buen Vivir.

La realización de este ejercicio académico fue posible por la colaboración brindada por autoridades del gobierno central, a quienes se les aplicó entrevistas a profundidad, como es el caso en el Ministerio de Salud, de la Dra. Tatiana Arias, Directora Nacional de Adulto Mayor; la Dra. Susana Tito, Gerente del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor¹. En el Ministerio de Inclusión Económica y Social, aportaron la Dra. Narcisca Calahorrano, Directora Nacional de Atención Integral Gerontológica al Adulto Mayor del MIES, durante el período 2010 – 2012 y Dra. Catalina Garcés, Directora Nacional de Población Adulta Mayor del MIES; período 2013 – 2014².

A nivel del gobierno local, se realizaron entrevistas a profundidad a actores claves que participaron en el diseño del Programa *Sesenta y Pi Quito*, durante el año 2010 y 2011, habiendo recibido la colaboración del Dr. Camilo Tobar, ex asesor de la Secretaria de Inclusión Social, para población adulta mayor, durante el período 2010 – 2012³; de la Dra. Cecilia Tamayo, Secretaria de Salud período 2010 – 2011 y 2013 – 2014⁴, quien proveyó información relacionada con la consultoría realizada por el Dr. Oscar Forero, quien fue el consultor que diseñó del Programa *Sesenta y Pi Quito, activos y saludables*.

¹ Ver Anexo 3

² Ver Anexo 1

³ Ver Anexo 2

⁴ Ver Anexo 4

Para conocer el funcionamiento del Programa *Sesenta y Pi Quito*, fue necesario acudir a la Fundación Municipal Patronato San José y solicitar autorización para la realización de la investigación, habiendo obtenido esta autorización por parte de la Dra. Nilka Pérez, Directora Ejecutiva. Colaboraron con información el Dr. Edgar Andrade, Director Administrativo, la Dra. Mirna Pombosa a quien se le aplicó una entrevista a profundidad y se visitó a los servicios del *Sesenta y Pi Quito*, en donde se entrevistó al Dr. Alberto Paz, Director del Centro del Adulto Mayor⁵, lugar donde se realizó el grupo focal con las Señoras asistentes al taller de tejido de dicho Centro y se conversó con otros usuarios asistentes a los talleres de música y coro⁶.

Es necesario expresar un agradecimiento especial a todas las personas anteriormente mencionadas, quienes desde su rol de funcionarios públicos, autoridades y usuarios de los servicios, proveyeron de la información necesaria, de forma abierta y diáfana, para la realización de esta tesis.

Los contenidos de esta tesis han sido elaborados por su autora, siendo su estructuración de su exclusiva responsabilidad.

⁵ Ver Anexo 5

⁶ Ver Anexo 6

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Concepciones sobre el envejecimiento.-

El envejecimiento es un proceso progresivo, gradual, inevitable; es parte del ciclo de la vida de un ser vivo y sus formas de expresión difieren de un individuo a otro; es producido por factores biológicos, psicológicos y sociales.

La ciencia que estudia el envejecimiento es la Gerontología, término acuñado por el científico Elie Metchnikoff en 1903.

El científico Bertrand Strehler, definió al envejecimiento como un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal; deletéreo porque implica la pérdida de funciones fisiológicas; progresivo por su gradualidad; intrínseco porque las pérdidas son propias; universal porque afecta a todos los seres vivos, sin excepción. (Strehler Bertrand, s/f, citado por González, 2010).

El envejecimiento es diferente en cada persona, porque depende de factores hereditarios, según el sexo, el estilo de vida que llevó o las relaciones afectivas que construyó.

Las personas que van envejeciendo presentan problemas en su rendimiento físico, mental o sensorial, que lo conducen a modificar o limitar sus actividades. El Instituto de Geriatría Mexicano, identifica que en muchos casos se presenta fatiga mental y física, disminución de la memoria, de la agudeza visual y auditiva, del sentido del gusto, de la capacidad de concentración, de la eficacia pulmonar y de la potencia sexual, entre otras (Bolaños y Sánchez Galicia, 2010) que van acompañados de enfermedades crónico-degenerativas como obesidad, diabetes, hipertensión, artritis, lo que hace más complejo el cuadro que presenta la persona adulta mayor. (Lozano-Cardozo, 2000: s/p, citado por: Instituto de Geriatría, 2013).

El envejecimiento es un proceso singular en cada individuo que depende de las condiciones familiares, culturales en las que se desenvuelve y de las condiciones económicas que logró generar o no en su etapa de vida productiva; situaciones que le aportan en condiciones de seguridad o de vulnerabilidad. Su vida presente también incide en su calidad de vida: su ambiente, actividad o rutina puede ayudar a complicar su estado de salud o a mejorarlo. Para la teoría del envejecimiento activo, el que la persona adulta mayor realice actividades significativas, puede llenar de energía a esta etapa de la vida, puede aportarle deseos de vivir, de seguir construyendo su proyecto de vida. (Instituto de Geriatría, 2013).

Un estudio efectuado por Santamarina, sobre la percepción que los mayores tienen de sí mismos, señala diferencias entre el envejecimiento y la vejez:

En el primero se reconoce la variedad de las capacidades y contribuciones, mientras que en el segundo prevalece la homogeneidad y desaparecen las aportaciones y fortalezas. Sobre el primero se pueden proyectar valores positivos, mientras que en el segundo se proyectan temores; lo que se percibe es que en ese periodo las aspiraciones, los deseos y la capacidad de decidir ya no forman parte de la vida (Santamarina. 2002: s/p citado en Instituto de Geriatría, 2013: 35).

Según el Instituto de Geriatría de México, el grupo de los adultos mayores, por sus condiciones biológicas, requieren bajar su ritmo de actividad física, lo que determina algunas veces, su retiro de las actividades laborales y la creciente dependencia de otras personas para la satisfacción de sus necesidades, que son varias y diversas. A nivel social, la realidad de las personas adultas mayores está caracterizada por la pérdida de amistades, de la pareja, el abandono de la familia, sumada a la seguridad social que protege a algunas personas adultas mayores y otras viven en total desprotección social. (Instituto de Geriatría, 2013).

La mayor cantidad de personas adultas mayores dentro del grupo poblacional general en la actualidad, revela el éxito de las políticas de supervivencia y expresan además un gran desafío económico, social, sanitario para garantizar calidad de vida; como lo plantea la declaración de Brasilia de Naciones Unidas sobre envejecimiento y salud, los profesionales que trabajan con este grupo poblacional deberán motivar a las familias que mantengan a sus personas de edad avanzada en su seno, dentro del reconocimiento que la

familia es el principal espacio de desarrollo del ser humano. (ONU. 1996 citado en Instituto de Geriatría, 2013).

Roberto Han Chandé, de la UNAM de México plantea que, la aplicación de políticas de económicas y sociales y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, el aumento de la esperanza de vida, la reducción de las tasas de natalidad, han generado como resultados el incremento de la población en edad avanzada y con ello el envejecimiento de una población que se encuentra en situación de vulnerabilidad, por sus condiciones de salud al disminuir su capacidad física y mental, perder su autonomía, dependencia social y económica, ha generado problemas que deben tener su respuesta en la política pública en relación a la seguridad social y en la existencia de un sistema de cuidados para una población que cada vez aumenta. (Chandé, s/f).

Dada la cantidad de personas que en la próxima década pasarán de los 65 años, la problemática del envejecimiento poblacional cada vez se vuelve más común en América Latina y en el Ecuador y desde el ámbito de la salud, es necesario dar una respuesta adecuada al inevitable proceso de deterioro físico de la persona.

1.2 Teoría del Envejecimiento activo.-

Para el Instituto de Geriatría de México, se debe construir una cultura de envejecimiento activo y saludable, que debe incluir varios factores sanitarios, económicos, sociales, donde una parte importante constituye el entorno físico donde vive la persona y su conducta. (Instituto de Geriatría, 2013).

Para la OMS, el envejecimiento activo es “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental, y social, durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”. (OMS, citado en Instituto de Geriatría, 2013: 395). Por consiguiente, los 4 pilares del envejecimiento activo que plantea el Instituto de Geriatría de México son: “estar sano, valerse por sí mismo, tener solvencia económica y estar acompañados” Instituto de Geriatría, 2013: 395).

El envejecimiento activo es una estrategia de promoción de la salud, que tiene como fundamento los principios de Naciones Unidas para las personas adultas mayores, entre los que están: salud con independencia, auto cuidado, participación, asistencia, seguridad, para que las personas adultas mayores disfruten de más años con calidad. Instituto de Geriatria, 2013). El lograr estos objetivos requiere de la intervención solidaria de la familia y de la comunidad, de la creación de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo. La ayuda mutua y la corresponsabilidad son principios claves para el éxito de estos fines y las políticas públicas deberían estar orientadas a la protección integral de este grupo humano.

La OMS espera que el envejecimiento activo, no sea solo una estrategia, sino que se convierta en una cultura, es decir, en un conjunto de hábitos, costumbres, saberes, que deben estar integrados profundamente en las personas adultas mayores. (OPS-OMS. 1985 citada en el Instituto de Geriatria, 2013).

1.3 Teorías psicológicas del ciclo vital.-

De la mano con la teoría del envejecimiento activo, está la teoría de la generatividad, proveniente de la línea psicológica y que fuera desarrollada por Erik Erikson, psicoanalista judío de origen alemán radicado en Estados Unidos, quien es uno de los pensadores que comenzó a posicionar el concepto del desarrollo humano, a partir de la psicología evolutiva o del desarrollo, conocida como la teoría del desarrollo psicosocial, en la que reconoce el rol fundamental que cumple la sociedad, la cultura, la historia de un pueblo en la formación de la personalidad desde la infancia hasta la vejez y en el desarrollo mismo de una persona, a través de procesos de toma de consciencia que se dan por mediación de la interacción social. (Erikson, 2013)

Este pensador discrepó con Freud porque no aceptaba que el inconsciente sea quien dirija la naturaleza humana, sino que reconoció la importancia de la influencia de la sociedad en el comportamiento humano. Para él, la vida de una persona desde su nacimiento hasta la vejez, está atravesada por ocho crisis psicosociales. Estas son:

1. Etapa 1. Confianza básica frente a la desconfianza, va desde los 0 a los 2 años, y está relacionada con los cuidados y el amor que el entorno brinda a los bebés.

2. Etapa 2. Autonomía frente a la vergüenza y la duda. Va entre los 2 y 3 años y corresponde a los aprendizajes para conseguir la autonomía personal.
3. Etapa 3. Iniciativa frente a la culpa. Se ubica entre los 4 y 5 años y corresponde al establecimiento de metas personales.
4. Etapa 4. Diligencia frente a la inferioridad. Va desde los 5 hasta los 12 años y está relacionada con el aprendizaje de competencias, habilidades, herramientas culturales de desenvolvimiento.
5. Etapa 5. Identidad frente a confusión. Corresponde a la adolescencia entre los 12 y 18 años, etapa donde se va definiendo la Identidad personal.
6. Etapa 6. Intimidad frente al aislamiento. Compreendida entre los 20 y los 30 años aproximadamente, la identidad se fortalece y se desarrolla la capacidad de amar.
7. Etapa 7. Generatividad versus Estancamiento. Desde los 30 o 35 a los 65 años, y es cómo contribuir al bienestar de los demás.
8. Etapa 8. Integridad del Yo, frente a la desesperación. Va desde los 65 años en adelante. Se valora la significación de la vida para la persona. (Erikson, 1956, citado por Villar, 2003)

La penúltima, que consiste en que a partir de los 30 años y hasta los 65 años, el ser humano debe realizar una labor psicosocial que es la Generatividad, es decir, la persona debe aplicar su compromiso con ayudar, servir o promover el desarrollo de las siguientes generaciones, de crear o producir cosas. Si estas actividades no se cumplen, es probable que se generen sentimientos de estancamiento o empobrecimiento personal, que pesará en la vejez. (Belsky, 2012).

A partir de los 65 años, las personas adultas mayores dejan de preocuparse por los demás y se preocupan por sí mismas; es la etapa de integración del yo frente a la desesperación y corresponde a la octava etapa de la vida de un ser humano, desarrolladas por Erikson.

Las personas adultas mayores están en una disyuntiva: si han vivido la generatividad en la etapa adulta, entonces aceptarán su vida como ha sido y se preparan para consentir su muerte, si no se han cumplido sus fases anteriores, las personas pueden caer en desesperación y generar sentimientos de culpa, (Erikson, 1956, citado por Belsky, 2012); por lo que la vejez puede ser una pérdida o una ganancia, depende del tipo de vida

que haya llevado una persona. Puede haber maneras muy negativas de envejecer, caracterizadas por el aislamiento, la depresión, sentimientos de culpa o temor a la muerte, o puede ser una etapa positiva, donde la persona desarrolle su creatividad, acepte sus errores y busque la forma de enmendarlos, incorpore sus logros. (Erikson, 1956 cit. por Villar, 2003).

El fenómeno del envejecimiento fue estudiado en un primer momento por la biología, más tarde será por la psicología. Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento responde a factores biológicos involutivos, que significan deterioro y declive, muchas de las veces promovido por enfermedades degenerativas; entrando en contraposición con el concepto de desarrollo en el ser humano, que es entendido como el despliegue de los potenciales de las personas. Así el envejecimiento significa involución, mientras que el desarrollo significa maduración. (Villar, 2003).

La biología identifica 3 etapas en la vida de una persona:

- a) La del desarrollo, que va del nacimiento hasta el fin de la adolescencia, que implica la mejora y progreso en el funcionamiento estructural y psicológico de un individuo
- b) Una intermedia, donde se mantiene ese desarrollo adquirido
- c) De envejecimiento donde hay un deterioro o declive de las funciones biológicas y psicológicas, que tiene como fin inevitable la muerte. (Villar, 2003).

La psicología incorpora otros conceptos en la comprensión del envejecimiento, como es la concepción del ciclo vital, reconociendo que cada etapa de la vida es importante, sin que una sea mejor que otra. Estas teorías apuntan a responsabilizar al individuo como el configurador de su propio desarrollo, pudiendo como lo plantea el psicólogo Baltes (1990), producirse un envejecimiento satisfactorio. (Baltes s/f cit. por Villar, 2003)

En esta misma línea el Psicólogo Brandtstädter plantea que los seres humanos tenemos recursos que pueden determinar “ciertas trayectorias vitales deseadas”. (Brandtstädter, 1999 cit. por Villar 2003).

Las teorías del ciclo vital, desarrolladas desde la segunda mitad del siglo XX, principalmente por la línea de la psicología expresada en Erikson, Baltes, Brandtstädter, reconocen la importancia del contexto social e histórico y la cultura en la estructura de desarrollo de una persona. Además reconocen la responsabilidad que tiene el individuo en la construcción de su propio destino, teniendo el poder de cambiar o adaptarse ante circunstancias diversas, (Villar, 2003) y constituyen por tanto un primer abordaje teórico al enfoque de derechos humanos que será ampliamente posicionado por el economista Amartya Sen en la década de los ochentas y noventas.

Al haber sido reconocido como importante el contexto social, histórico y cultural en la vida de una persona, es necesario entender sus dinámicas, características, comportamiento al menos desde la segunda mitad del siglo XX que arranca un nuevo modelo de desarrollo en el mundo y entender su relación con el proceso de envejecimiento.

1.4 Enfoques sobre el modelo de desarrollo capitalista.-

El concepto de desarrollo aparece en la segunda mitad del siglo XX, luego de la segunda guerra mundial, cuando los Estados Unidos a través del Plan Marshall, plantean la reconstrucción de Europa a través de la implementación del modelo de desarrollo capitalista norteamericano, considerado como el modelo a seguir, y categorizan a los países que salían del modelo de desarrollo capitalista como *subdesarrollados*, con la intención de garantizar la continuidad del capitalismo y fortalecer los niveles de capitalización y consumo, como lo caracteriza Arturo Escobar:

Crear las condiciones necesarias para reproducir en todo el mundo los rasgos característicos de las sociedades avanzadas de la época: altos niveles de industrialización y urbanización, tecnificación de la agricultura, rápido crecimiento de la producción material y los niveles de vida, y adopción generalizada de educación y los valores culturales modernos. En el concepto de Truman, el capital, la ciencia y la tecnología eran los principales componentes que harían posible tal revolución masiva. Sólo el sueño americano de paz y abundancia podría tenderse a todos los pueblos del planeta. (Escobar, 2010: 35).

Para Arturo Escobar, el desarrollo es concebido entonces como:

Un proyecto tanto económico (capitalista e imperial) como cultural. Es cultural en dos sentidos: surge de la experiencia particular de la modernidad europea; y subordina a las demás

culturas y conocimientos, las cuales pretende transformar bajo principios occidentales. Segundo, el desarrollo y la modernidad involucran una serie de principios: el individuo racional, no atado ni a lugar ni a comunidad; la separación de naturaleza y cultura; la economía separada de lo social y lo natural; la primacía del conocimiento experto por encima de todo otro saber. Esta forma particular de modernidad tiende a crear lo que la ecóloga hindú Vandana Shiva llama «monocultivos mentales». Erosiona la diversidad humana y natural. Por esto el desarrollo privilegia el crecimiento económico, la explotación de recursos naturales, la lógica del mercado y la búsqueda de satisfacción material e individual por sobre cualquier otra meta. (Escobar, 2010: 22).

El modelo económico estuvo acompañado por la homogenización de la cultura, siendo la cultura occidental el modelo a seguir. Escobar recupera un documento de 1953, en el que en Naciones Unidas, los expertos del desarrollo expresaban lo siguiente:

Hay un sentido en el que el progreso económico acelerado es imposible sin ajustes dolorosos. Las filosofías ancestrales deben ser erradicadas; las viejas instituciones sociales tienen que desintegrarse; los lazos de casta, credo y raza deben romperse; y grandes masas de personas incapaces de seguir el ritmo del progreso deberán ver frustradas sus expectativas de una vida cómoda. Muy pocas comunidades están dispuestas a pagar el precio del progreso económico (United Nations:1951: 15 cit. por Escobar, 2010:36)

Para Escobar, los resultados del modelo de desarrollo económico y cultural capitalista norteamericano han sido la miseria masiva, la desnutrición, la violencia cada vez creciente. (Escobar, 2010: 37).

La demostración del fracaso del modelo capitalista de desarrollo, expresada en la pobreza cada vez creciente en los países tercermundistas donde los gobiernos, organismos internacionales, Organizaciones No Gubernamentales habían intervenido precisamente para mejorar las condiciones de vida de la población, condujo al surgimiento de nuevas teorías que desvinculen la intervención Estatal de los fines centrales del capitalismo, que son la generación de la riqueza material a pesar del sufrimiento de los demás y la destrucción del planeta, y promuevan estas nuevas teorías, el posicionamiento del ser humano como centro de atención e intervención.

Surgen así nuevos enfoques en el modelo de desarrollo como el Desarrollo Humano.

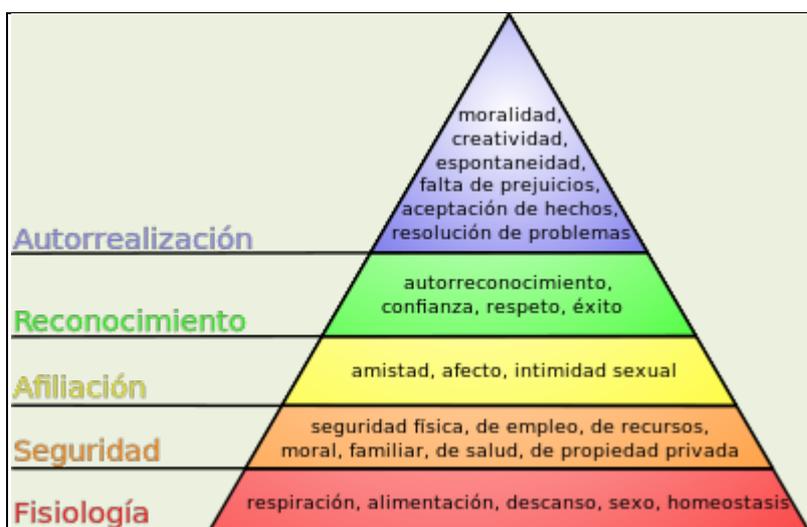
1.5 Enfoque de Desarrollo Humano.-

Para el creador de la psicología humanista, Abraham Maslow, los seres humanos necesitan estar en compañía con otros, debido a que existe un sentimiento gregario de establecer relaciones interdependientes con otros, ya que el ser humano es un ser gregario y necesita sentirse querido y aceptado por otros, esto ayuda a su bienestar tanto físico como social.

El psicólogo mencionado señala que los seres humanos tenemos necesidades que requieren ser satisfechas. Así, planteó el concepto de la *Jerarquía de Necesidades* dentro de su teoría de la personalidad, en su libro *Motivation and Personality* (Motivación y Personalidad). El autor organiza las necesidades de forma estructural a manera de pirámide, en la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad.

El punto ideal de la teoría de Maslow es que el ser humano se sienta *autorrealizado/a*, lo que es muy raro porque menos del 1% de las personas llegan a la plena realización. De esta manera, Maslow organiza las necesidades humanas de la siguiente manera:

GRAFICO N° 1 PIRÁMIDE DE NECESIDADES BÁSICAS



Fuente: <http://mundoadministrativo.net/wp-content/uploads/2013/07/Piramide-de-Maslow.png>
Elaboración: <http://mundoadministrativo.net/wp-content/uploads/2013/07/Piramide-de-Maslow.png>

De acuerdo con la estructura de pirámide ya comentada, las necesidades identificadas por Maslow son:

a) Necesidades fisiológicas: son las necesidades que constituyen la primera prioridad del individuo y que se encuentran relacionadas con su supervivencia. Están la homeóstasis que es el esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo, la alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, el sexo, la maternidad o las actividades completas. (Maslow, 1991).

b) Necesidades de seguridad: con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Entre estas están la necesidad de estabilidad, orden y protección, entre otras. Estas necesidades se relacionan con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo, miedo a lo desconocido, a la anarquía. (Maslow, 1991).

c) Necesidades sociales: Tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras. (Maslow, 1991).

d) Necesidades de reconocimiento: también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacarse dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo. (Maslow, 1991).

e) Necesidades de auto superación: también conocidas como de auto realización o auto actualización, que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo. (Maslow, 1991).

Bloqueo inminente: La oportunidad de llegar a la satisfacción de las necesidades de más alto nivel es prácticamente una utopía cuando nos referimos a personal trabajador que tiene

que regirse por determinadas reglas que no le permiten desarrollar su talento al máximo. (Maslow, 1991).

En este conjunto de necesidades para las personas adultas mayores, es de esperar que sus necesidades fisiológicas puedan ser satisfechas, a través de su pensión jubilar o por el sostenimiento que hace su familia, aunque en la realidad ecuatoriana, esta situación apenas cubre a menos de la mitad de la población. A su vez el tener asegurada la sobrevivencia, las personas pueden tener una base material que les permita sentirse seguros y protegidos.

Sin embargo, el aporte más importante del autor radica en la incorporación de otro tipo de necesidades que son fundamentales para la continuidad de la vida de este grupo poblacional, como aquellas vinculadas con el afecto. Se trata de la importancia de recibir y de dar amor, de sentirse una persona valorada, reconocida y estimada por la sociedad, de alimentar su autoestima al sentirse productiva o sana e inclusive el autor reconoce a la trascendencia como una necesidad que debe ser satisfecha aunque a ella solo accedan muy pocos seres humanos podrán llegar.

1.6 Teoría del Desarrollo y Necesidades Humanas a Escala Humana de Manfred Max-Neff.-

El Desarrollo a Escala Humana, desplegado por el politólogo chileno Max-Neff, está orientado a la “satisfacción de las necesidades humanas y exige un nuevo modo de interpretar la realidad” (MAX-NEEF, 1993: 38), siendo que el postulado básico menciona que *el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos*, es decir, pone en el centro del análisis al ser humano.

Para medir el desarrollo dentro del paradigma tradicional, se tiene el indicador como el Producto Interno Bruto (PIB), sin embargo, se necesita un indicador del crecimiento cualitativo para las personas. Esta teoría propone que “...el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas” (MAX-NEEF.1993:40). Surge entonces la interrogante: ¿qué determina la calidad de vida de las personas?. Para Max-Neff, la calidad de vida “dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales” (MAX

NEEF, 1993, pág. 40) y provoca el surgimiento de la siguiente interrogante: ¿cuáles son las necesidades fundamentales?.

Para arribar a las necesidades fundamentales se deberán analizar los siguientes conceptos:

a) Concepto de Necesidades

Si se considera que las necesidades son infinitas, como se ha concebido tradicionalmente, que están cambiando y que varían de una cultura a otra y son diferentes en cada período histórico, es un error conceptual. En esta teoría se plantea que: “...la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan” (MAX-NEEF, 1993: 41). Max-Neef desagrega las necesidades en dos categorías: *existenciales* y *axiológicas*. Las existenciales incluyen las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar y, las axiológicas, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad. (MAX-NEEF, 1993). Es decir, que las necesidades humanas son finitas, pocas y clasificables. Además se reconoce que las necesidades son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos, teniendo en cuenta lo que cambia en el tiempo y cultura es la manera o medios que se utilizan para satisfacer las necesidades. (MAX-NEEF, 1993).

Por otro lado, las necesidades revelan el ser de las personas, “ya que aquel se hace palpable a través de éstas en su doble condición existencial: como carencia y como potencialidad”. (MAX-NEEF, 1993: 49).

Cuando se concibe la necesidad como carencia se restringe a lo fisiológico, asumiendo la sensación de *falta de algo*, pero cuando las necesidades comprometen, motivan y movilizan las personas, son también potencialidad y pueden transformarse en recursos. Por ejemplo la necesidad de participación es potencial de participación. Si se entiende la necesidad como carencia y potencialidad sería un error hablar de necesidad que se satisface o que se colman, es más apropiado tomarlo como vivir y realizar las necesidades de manera continua y renovada (MAX-NEEF, 1993). Además se debe analizar el medio que reprime, tolera o estimula las posibilidades disponibles para realizar las

necesidades. Por otro lado, se plantea que “las necesidades humanas cambian con la aceleración que corresponde a la evolución de la especie humana” (MAX-NEEF, 1993: 50). Las necesidades fundamentales son atributos esenciales que se relacionan con la evolución.

b) Concepto de Satisfactores

Puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de varias necesidades, o puede darse el caso contrario, que una necesidad puede requerir diversos satisfactores para obtener la satisfacción. Se debe tener en cuenta que lo que cambia en la sociedad es la “elección de cantidad y calidad de los satisfactores y/o posibilidades de tener acceso a los satisfactores requeridos” (MAX-NEEF.1993: 42). Por tanto, se puede decir que lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas sino los satisfactores de las necesidades.

Se debe tener presente que las necesidades se pueden satisfacer en distintos contextos: en relación a uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente, teniendo en cuenta el tiempo, lugar y circunstancia. De esta manera, para Max-Neef los satisfactores son:

Los que definen la modalidad dominante que una cultura o una sociedad imprimen a las necesidades. No son bienes económicos disponibles sino que están referidos a todo aquello que, por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuye a la realización de necesidades humanas. (MAX-NEEF, 1993: 50).

Por tanto, el satisfactor es para Max-Neef, “... el modo por el cual se expresa una necesidad” (MAX-NEEF. 1993: 51). Las formas de satisfacer las necesidades dependen de la subjetividad de las personas, de su cultura y de las circunstancias en las que se encuentre. (MAX-NEEF. 1993). “Los satisfactores no son bienes económicos disponibles, sino que están referidos a todo aquello que, por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuye a la realización de las necesidades humanas”. (MAX-NEEF, 1993: 50).

En los satisfactores se pueden distinguir los siguientes tipos:

- *Violadores o destructores.*- Son aquellos que al ser aplicados con la intención de satisfacer una determinada necesidad, no sólo aniquilan la posibilidad de satisfacción en un plazo mediano, sino que imposibilitan, por sus efectos colaterales, la satisfacción adecuada de otras necesidades. Están vinculados preferentemente a la necesidad de protección. La insatisfacción va acompañada del miedo.
- *Pseudo-satisfactores.*- Son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. El atributo especial es que generalmente son inducidos a través de la propaganda, publicidad u otros medios de persuasión.
- *Satisfactores Inhibidores.*- Son los que por el modo en que satisfacen, una necesidad determinada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades.
- *Satisfactores singulares.*- Son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto a la satisfacción de otras necesidades. Su principal atributo es el de ser institucionalizados, ya que tanto en la organización del Estado como en la organización civil, su generación puede estar vinculada a instituciones, sean ministerios, otras reparticiones públicas o empresas de cualquier tipo.
- *Satisfactores sinérgicos.*- Son aquellos que por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades.

Estos satisfactores están encaminados a resolver las necesidades de la población, y pueden ser accionados por actores externos a la sociedad civil o por sí misma. Max-Neef los denomina como exógenos y endógenos. Son exógenos los satisfactores destructores o violadores, los pseudo satisfactores, los inhibidores y los singulares. Estos satisfactores son impulsados de arriba hacia abajo. Los endógenos son los satisfactores sinérgicos, vienen de los procesos liberadores que se impulsan desde la

comunidad, desde abajo hacia arriba. Uno de los propósitos principales del Desarrollo a Escala Humana, es que el Estado latinoamericano sea capaz de transformar el rol tradicional de generador de satisfactores exógenos a la sociedad civil, en estimulador y potenciador de procesos emanados desde abajo hacia arriba. (MAX-NEEF, 1993)

c) Definición de Bienes económicos

Para MaxNeef, los bienes económicos son entendidos como “...en sentido estricto el medio por el cual es sujeto potencia los satisfactores para vivir sus necesidades” (MAX-NEEF, 1993:51). Se puede entender cómo se relacionan los satisfactores y bienes económicos dominantes en las formas de sentir, expresar y actuar las propias necesidades, detectar cómo los satisfactores y bienes disponibles o dominantes limitan, condicionan, desvirtúan o, por el contrario, estimulan nuestras posibilidades de vivir las necesidades humanas. (MAX-NEEF, 1993).

Por otro lado, el bien económico entendido como artefactos, tecnología, se modifican, según lo caracteriza Max-Neef, “...a ritmos coyunturales, por una parte, y, por la otra, se diversifican de acuerdo a las culturas; y dentro de éstas, se diversifican de acuerdo a los diversos estratos sociales” (Max-Neef, 1993:54). Los bienes económicos son objetos que se relacionan con las coyunturas.

Para efectos de esta investigación, es pertinente abordar la Teoría del Desarrollo a Escala Humana de Max-Neef, para conocer de qué manera las políticas públicas locales son un instrumento técnico – político que han posibilitado o no la satisfacción de las necesidades de la población adulta mayor.

Para comprender la teoría que postula Max-Neef, es necesario conocer, que las necesidades que presentan las personas, cualquiera sea el tipo de necesidades, revela el ser interno de cada uno, ya que no sólo pueden remitirse al plano fisiológico, en el que la necesidad se entiende como carencia, sino que cuando éstas necesidades comprometen, motivan y movilizan, se transforman en recursos y potencialidades para mejorar su bienestar.

1.7 Teorías del Enfoque de Derechos.-

El economista hindú Amartya Sen parte de un enfoque de los derechos desde una visión integrada, que permite incorporar un enfoque de secuencialidad en el ejercicio de los derechos, en contraposición con la teoría independiente a la que denomina teoría deontológica, que rechaza la secuencialidad. (Sen, 2002: 6,7).

La teoría integrada de Sen, posiciona el concepto de la titularidad de los derechos y su efectiva realización, dentro del objetivo de evitar la miseria social y la opresión económica. Por tanto, ninguna violación de derechos puede ser acallada, ni así sea para generar mayor utilidad social. (Sen, 2002: 7). Amartya Sen consagra así la absoluta prioridad de los derechos, aunque establece la necesidad de hacer *transacciones* entre los derechos, dada la importancia relativa de unos sobre otros. (Sen, 2002: 16).

En relación al modelo de desarrollo, Sen reconoce el eje central de la prosperidad económica como eje central del proceso de desarrollo; sin embargo, hace énfasis en condiciones sociales que deben existir para hablar de desarrollo. Estas condiciones son la cooperación, el protagonismo y la difusión de las libertades y capacidades humanas. (Sen, 1998).

En cuestionamiento a la teoría del bienestar, que fue impulsada por el modelo de Estado neoliberal, Sen ubica entre sus defectos, el obviar los derechos, libertades y prerrogativas de las personas.

Los diferentes tipos de vida de las personas son para Sen, producto de las capacidades de las personas, las mismas que dependen de varios factores que incluyen sus características personales y los arreglos sociales. (Sen, 1996). Para Sen, las capacidades humanas constituyen una parte importante de la libertad individual.

Para Sen, el bienestar de una persona, solo puede ser medido desde los elementos que contribuyen a su propio bienestar, que es único y singular para cada ser humano.

Los funcionamientos relevantes para el bienestar varían desde los más elementales como evitar la morbilidad y la mortalidad, estar adecuadamente nutrido, tener movilidad, etc.,

hasta los tan complejos como ser feliz, lograr el autorespeto, participar en la vida de la comunidad, aparecer en público sin timidez. (Sen, 1996: 62).

La evaluación del bienestar debe ir de la mano, de la evaluación de las libertades. Las personas deben tener libertad para alcanzar su bienestar. La libertad de una persona puede estar representada en la *libertad de disfrutar de varios bienestares*, asociados al ejercicio de las capacidades. (Sen, 1996). Entre la libertad y el bienestar hay una relación muy estrecha, debido a que el actuar y elegir libremente, conducen de forma directa a alcanzar un estado de bienestar. (Sen, 1996).

El ejercicio de las libertades humanas debe ser apoyado o reforzado por la política pública, que tiene la potencialidad de transformar los ambientes epidemiológicos o sociales de desarrollo del ser humano. (Sen, 1996). La libertad y el bienestar de una persona están directamente relacionados con sus capacidades, de ahí la importancia que este pensador pone al desarrollo de las capacidades humanas, que posibilitan que los individuos sean los constructores de su propia felicidad. (Sen, 1996).

1.8 Concepto del Estado de bienestar.-

Este es el concepto sobre el Estado de Bienestar, que Amartya Sen y muchos otros pensadores de la línea del Desarrollo Humano han criticado por considerarlo asistencialista e ineficiente, para resolver los graves problemas sociales de los llamados países del tercer mundo.

Como ya se refirió anteriormente, es a partir de la Segunda Guerra Mundial que Estados Unidos plantea para occidente, un nuevo modelo de desarrollo basado en el Estado de Bienestar, que deja de lado las características del modelo liberal del Estado que le asignaba un rol de garante externo y le asigna responsabilidades que el libre mercado no era capaz de asumir como el empleo, crédito, salud, educación, vivienda, prestaciones. El Estado se convierte en inversionista en sectores estratégicos en los que el sector privado no debe o no puede intervenir, como el petróleo o las telecomunicaciones; así mismo asigna créditos a las empresas en áreas productivas consideradas como prioritarias, fomenta la industria nacional, se establece la expansión monetaria a través de la inflación y a nivel social se desarrollan varios planes de ayuda social para beneficio de los más pobres como

por ejemplo, vivienda económica, jubilaciones, pensiones, subsidios; se conquistan derechos laborales como la estabilidad laboral, la jornada de trabajo de 8 horas, vacaciones pagadas, indemnizaciones por despido, lo que conduce a mejorar las condiciones y el nivel de empleo. La lógica que está presente en este modelo es que “sin romper con el modo de producción capitalista, establece mecanismos de redistribución por el cual el beneficio de los sectores más ricos de la sociedad se ve acompañado por el incremento del bienestar de los más pobres. (Servers, 2013).

Este modelo de Estado ha sido severamente cuestionado por los pensadores del Desarrollo Humano, por considerarlo ineficiente. La actual constitución del Ecuador de 2008, decidió darle fin e incorporó un nuevo modelo de desarrollo basado en el concepto del Buen Vivir o Sumak Kawsay, como el principio orientador del nuevo modelo de desarrollo.

1.9 Buen Vivir o Sumak Kawsay.-

El concepto del Buen Vivir tiene su origen en la cosmovisión de los pueblos y nacionalidades indígenas, como parte de su comprensión de la convivencia armónica entre la comunidad, la naturaleza y el cosmos, en el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural existente, recuperando el concepto del Sumak Kawsay.

En el Plan Nacional del Buen Vivir, se explicita el nuevo modelo de desarrollo al cual ha denominado Socialismo del Buen Vivir, que busca “construir una sociedad más justa, en la que el centro de la acción pública sea el ser humano y la vida”, (SENPLADES, 2013: 22), basado en la defensa y fortalecimiento de la sociedad, el trabajo y la vida en todas sus formas.

El Buen Vivir o Sumak Kawsay se construye en relaciones solidarias, en condiciones de mejoramiento de la calidad de vida de la población, en sociedades que conviven de forma armónica con la naturaleza y construyen condiciones que les permite vivir en goce de la felicidad, preservando la vida en el planeta. (SENPLADES, 2013). La SENPLADES, define al Buen Vivir de la siguiente manera:

El Buen Vivir se planifica, no se improvisa. Buen Vivir es la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental: es armonía, igualdad, equidad y solidaridad. No es buscar la opulencia en el crecimiento económico infinito. (SENPLADES, 2013: 14).

El Buen vivir se constituye en el principio base del nuevo modelo de desarrollo para el Ecuador, llamado Socialismo del Buen Vivir y tiene como fin:

Defender y fortalecer la sociedad, el trabajo y la vida en todas sus formas. El primer paso es resolver el acceso a bienes, oportunidades y condiciones que garanticen –al individuo, a la colectividad y a las generaciones futuras– una vida digna sin perjudicar a la naturaleza. El Buen Vivir es una práctica diaria. Nuestro desafío fundamental es universalizar los derechos y las oportunidades para que toda la ciudadanía ecuatoriana viva en plenitud. La realización y la felicidad individuales van de la mano del bienestar colectivo, del mutuo reconocimiento y la solidaridad, del respeto a la dignidad ajena y del cuidado de la naturaleza. (SENPLADES, 2013: 5).

Este modelo se centra en el mejoramiento de las condiciones de vida de todas las personas sin discriminación alguna, desde la apertura de las oportunidades y la generación de capacidades en las personas, dentro del ejercicio de sus derechos y libertades. (SENPLADES, 2013)

Se perfila además un nuevo modelo de sociedad, con plenas capacidades, libre y autónoma:

La expansión de las capacidades del conjunto de la ciudadanía, la afirmación de las identidades que constituyen su ser y el libre desarrollo de mujeres y hombres, son indispensables para una sociedad emancipada, que no sobrevive sino que vive digna y plenamente: una sociedad que expande sus capacidades, que crea, que ejerce su rol político, que no se satisface con suplir sus necesidades mínimas.

Es indispensable, para alcanzar esto, el rol del Estado como garante de derechos y como facilitador de procesos de cohesión social, de distribución de conocimientos y de redistribución de poder a la sociedad. Es corresponsable del cumplimiento de los deberes con los otros, con sus comunidades y con la sociedad en su conjunto. (SENPLADES, 2013: 6).

La sociedad ecuatoriana es concebida como una sociedad solidaria, humanista, donde debe primar el criterio de lo colectivo, de la reciprocidad, la cooperación, la fraternidad, recuperando así el carácter público y social del individuo. Este es el principio de corresponsabilidad, opuesto al individualismo y al silencio cómplice, que alimenta una nueva cultura de relacionamiento humano, donde las personas se convierten en actrices de su propia vida, dejando de lado el asistencialismo que esperaba que el Estado resolviera

todos los problemas. (SENPLADES, 2013). La corresponsabilidad es entonces: “El justo equilibrio entre la responsabilidad del Estado, las instituciones y los ciudadanos”. (SENPLADES, 2013: 6).

Este modelo de desarrollo se basa en los postulados de Amartya Sen (2000), que cuestiona a la economía convencional del desarrollo cuyo fin es maximizar el crecimiento económico, olvidándose de la expansión de las capacidades humanas. (Sen 2000, cit, por SENPLADES, 2013: 9). Se plantea una nueva perspectiva económica definida como integradora, multidimensional y holística:

El Buen Vivir exige una métrica alterna que parta de una perspectiva integradora, multidimensional y holística; que supere los límites de la perspectiva tradicional de desarrollo integrando la dimensión ambiental y la necesidad de sustentabilidad, y otras dimensiones como la búsqueda de la felicidad y realización humana, la participación social y la multiculturalidad. (SENPLADES, 2013: 10)

La implementación de un nuevo modelo de desarrollo como el Socialismo del Buen Vivir, va de la mano con un nuevo modelo de gobernabilidad y de gestión de lo público, que rompe con el modelo patriarcal y asistencialista del Estado, y que plantea nuevas formas de sostenimiento de la economía, potencializando los pequeños espacios territoriales, a lo que se conoce como desarrollo local.

El desarrollo local tiene por objeto la inserción de forma competitiva en el ámbito global, desde la capitalización de sus capacidades endógenas, surgidas a partir de experiencias individuales articuladas en base a una misma idea, a los miembros de una comunidad. En este contexto, los aspectos sociales tienen un importante lugar; pues es necesario impulsar medidas para el desarrollo del recurso humano, para promover un elevado nivel de empleo y protección social, igualdad, cohesión económica y social. (Elizalde, 2003).

Uno de los temas que debe ser considerado en el desarrollo local es la protección al medio ambiente y el fomento de la cultura local, siendo éstos considerados como recursos con los que cuenta un determinado espacio. Igual tratamiento Elizalde asigna a la cultura cuando la define como: “La cultura es algo vivo, por estar integrada por gente. Compuesta por elementos heredados del pasado como por influencia exteriores adoptadas y novedades

inventadas localmente, ésta ejerce importantes funciones en la sociedad”. (Elizalde, 2003: 23).

Dentro del desarrollo local caben las políticas de inclusión de las personas adultas mayores, portadoras de saberes, de cultura y de tradición, que pueden aportar a la preservación de la identidad cultural de los pueblos, asumiendo un rol protagónico, como parte de la recuperación de la importancia que tuvieron en la organización social de los pueblos y nacionalidades indígenas, donde eran ellos quienes gobernaban los pueblos; una práctica que todavía se encuentra vigente en los pueblos y nacionalidades indígenas del país.

1.10 Definición de Gobernabilidad y de políticas públicas.-

La economía es necesario reestructurarla dentro del nuevo modelo de desarrollo, como también hay que reestructurar las políticas públicas en un nuevo modelo de gobernabilidad.

La reconstrucción de la gestión pública para el Consejo Científico del Centro Latinoamericano para el Desarrollo - CLAD, implica:

(...) redefinir sus funciones, además incrementar la capacidad de gestión estatal (governance), mediante la profesionalización de la burocracia estratégica, el fortalecimiento de sus instrumentos gerenciales y el mejoramiento de su desempeño en la elaboración de políticas. (CLAD, BID & EUDEBA, 2000: 1)

En relación a la gobernabilidad, el CLAD identifica la necesidad de montar un nuevo comportamiento del Estado y la Sociedad.

Para Prats i Catalá, la gobernabilidad debe ser entendida como:

La capacidad de una determinada sociedad para enfrentar positivamente los desafíos y oportunidades que se plantean en determinado momento. Gobernabilidad no es entonces, estabilidad política, sino creación de condiciones para reconocer y enfrentar colectivamente los desafíos y las oportunidades de cada época. (Catalá, 1998: 22 citado en CLAD, BID & EUDEBA, 2000: 1).

Esta gobernabilidad debe tener un fin, que hoy por hoy es el del fortalecimiento de la democracia en América Latina, lo que implica dinamizar el rol de los gobernados como

actores sociales, que asumen funciones de control del gobierno, para lo que el Estado debe dinamizar mecanismos de rendición de cuentas hacia la sociedad. Esta dinámica lo que provoca es incentivar la participación social. (CLAD, BID & EUDEBA, 2000). El Estado debe tender hacia el mejoramiento del desempeño gubernamental, que pase del modelo de control burocrático paso a paso, de normas y procedimientos sin la participación de ciudadanos, caracterizados por la imposición, a otro donde a posteriori la población participe en la definición de metas y control de resultados desde los niveles de satisfacción de los servicios públicos. (CLAD, BID & EUDEBA, 2000).

Por este motivo, las políticas públicas deben definirse en espacios de participación social, dónde sea la población la que evidencie sus necesidades y encamine las soluciones a las mismas a través de las políticas públicas, interviniendo en el seguimiento a su gestión y evaluación, que constituyen mecanismos nuevos de responsabilización para el mejoramiento de la gestión pública, donde se supera el modelo de administración pública basado en el control burocrático del cumplimiento de normas y procedimientos y se pasa a un modelo donde impera el control a posteriori de la gestión gubernamental, donde la sociedad ha participado en la definición de metas, en la identificación de indicadores de medición de la gestión hasta en la evaluación directa de los bienes y servicios públicos. (CLAD, BID & EUDEBA, 2000).

Para el Consejo Científico de CLAD, es importante incorporar otro mecanismo de responsabilización vinculado al desempeño de las políticas públicas, que tiene que ver con la competencia administrada de los servicios, lo que implica “el fin de los monopolios en la provisión de los servicios, estableciendo la competencia entre los servidores estatales, privados o públicos no estatales” (CLAD, BID & EUDEBA, 2000: 3). Esta forma incluye el traspaso de políticas sociales a Organizaciones públicas no estatales, que son ONG`s, organizaciones de la sociedad civil que reciben financiamiento del Estado y que aplican las políticas públicas estatales. (CLAD, BID & EUDEBA, 2000).

En resumen se trata de crear una nueva gestión pública:

(...) basada en la flexibilidad administrativa, el control por resultados, contractualización, competencia administrada, y con mucho énfasis en la transformación y ampliación del concepto de lo público, mediante mecanismos de

responsabilización de la administración pública. (CLAD, BID & EUDEBA, 2000: 8).

Este proceso está acompañado de la profesionalización de la burocracia, para contar con personal que esté en capacidad de elaborar las grandes líneas de la política pública, con capacidad de impulsar el nuevo modelo gubernamental. (CLAD, BID & EUDEBA, 2000).

Dentro de la definición de las políticas públicas para la población adulta mayor, será necesario considerar el concepto de responsabilización o accountability, que depende de dos factores: a) la capacidad de la ciudadanía de definir las metas para su sociedad; b) la existencia de mecanismos que garanticen el control público de los gobernantes. (CLAD, BID & EUDEBA, 2000).

En la relación entre las políticas públicas y el control social, el éxito está dado a través de 4 variables:

- a) articulación con las instituciones de la democracia representativa, promoviendo la participación ciudadana
- b) Fortalecimiento de las capacidades institucionales del Estado
- c) Rediseño organizacional del Estado, que permita la actuación de los ciudadanos en el espacio público
- d) Difusión de la información (CLAD, BID & EUDEBA, 2000: 24).

La gestión pública requiere de la emisión de políticas públicas, que para Lahera son “soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos”, (Lahera, 2004: 7). Éstas son manejadas por la acción de la política, que busca definir formas de conducir determinados temas o influir en ellos. La instancia que diseña, define, gestiona y evalúa las políticas públicas es el gobierno, por tanto los resultados demostrarán su éxito o fracaso. (Lahera, 2004).

Para Lahera las políticas públicas pueden ser de excelencia y corresponde a:

(...) aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. Una política pública de calidad incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos,

definiciones o modificaciones institucionales y la previsión de sus resultados. (Lahera, 2004: 8).

Este autor rescata el papel de la política en las políticas públicas desde su “origen, objetivo, justificación o explicación pública” (Lahera, 2004: 9), ubicando un rol preponderante a la participación social en su definición. Para él las políticas públicas de excelencia deben cumplir las siguientes características:

1. Fundamentación amplia y no solo específica ¿Cuál es la idea? ¿a dónde vamos?
2. Estimación de costos y de alternativas de financiamiento
3. Factores para una evaluación de costo-beneficio social
4. Beneficio social marginal comparado con el de otras políticas ¿qué es prioritario?
5. Consistencia interna y agregada ¿a qué se agrega?, o ¿qué inicia?
6. De apoyos y críticas probables: políticas, corporativas, académicas
7. Oportunidad política
8. Lugar en la secuencia de medidas pendientes ¿qué es primero?. ¿qué condiciona qué?
9. Claridad de objetivos
10. Funcionalidad de instrumentos
11. Indicadores: costo unitario, economía, eficacia, eficiencia (CIPE, 1996, citado en Lahera, 2004: 9).

Lahera establece que desde el análisis que se hace a las políticas públicas, es posible identificar en ellas cuatro momentos: origen, diseño, gestión y evaluación. Para el autor, las políticas rara vez se extinguen; lo que si pueden es modificarse y esto depende de la gobernabilidad, que en regímenes democráticos, es incluyente y estable. Las políticas seleccionadas y publicadas en la agenda de gobierno, para hacerse realidad necesitan convertirse en programas. (Lahera, 2004).

En las políticas públicas pueden evidenciarse algunos problemas: en la parte del diseño, éste puede ser defectuoso si no considera aspectos institucionales o si no incluye modalidades de evaluación; en la gestión habitualmente son imperfectas, continuamente las políticas diseñadas se modifican al ser puestas en práctica: son enriquecidas o adaptadas. Muchas de las veces no existe evaluación, otras veces se hace una evaluación parcial o ad-hoc. (Lahera, 2004).

Galiani define a las políticas como:

(...) reglas que afectan *potencialmente* el comportamiento de los individuos y la distribución de resultados en la sociedad, y que pueden afectar (y verse afectadas por) otras

políticas, pero que difícilmente afectarán las leyes fundamentales de un país, como ser su constitución. (Galiani, 2006: 12)

La definición de las políticas sociales deben seguir algunos criterios, entre ellos está el de optimización, donde cabe la pregunta ¿cuándo las políticas sociales son óptimas?. Y la respuesta tiene que ver con si abonan al bienestar de las personas o a quienes y en qué medida pueden generar afectaciones. Un criterio de selección de las políticas es el emitido por Pareto, para quien “toda intervención que mejora el bienestar de al menos una persona sin perjudicar al resto debería ser considerada deseable”. (Pareto s/f, citado en Galiani, 2006: 13).

Otro criterio es el surgido desde la racionalidad económica que plantea el costo-beneficio. Para Galiani, la sociedad debe establecer áreas de intervención prioritarias y apoyándose en la información disponible se debe escoger una intervención que sea costo-efectiva; esta decisión requiere contar con información y conocimiento, su ausencia destinaría al fracaso a las políticas públicas. La disponibilidad de información está directamente relacionada con la participación social de la población en la generación de las políticas públicas, pues se amplían sus niveles de comprensión y opinión. (Galiani, 2006).

El conocimiento y la información constituyen bienes públicos indispensables para la evaluación de las políticas o los programas sociales, en tanto posibilitan la selección de las políticas que deben seguirse, el rediseño o modificación de las políticas o programas existentes. En el caso de las políticas sociales, la relación entre la información y el conocimiento con las políticas se ve agravada porque la población a la que están orientadas, es la población de menores recursos económicos y que tiene un menor acceso a la información y al conocimiento, así como escaso acceso a los niveles de decisión. (Galiani, 2006).

En la selección y direccionamiento de las políticas sociales están presentes otros factores como el clientelismo político, que hace que las políticas beneficien en mayor medida a los sectores que han tenido mayor participación política. (Galiani, 2006).

Lahera identifica a las políticas en el mundo de las ideas, que requieren pasar a la acción pública. Las ideas están en la sociedad y en el debate que en ella se construye; en

democracia los intereses particulares compiten y confluyen en la formación de las políticas públicas, algunas personas o grupos pueden tener mayor capacidad de posicionamiento de sus ideas que otros, por lo que su participación entra en el juego del poder, donde para el autor se construyen legitimidades e ilegitimidades y se establece un orden de valores. La participación de la población depende de su nivel educativo y del acceso a los medios de comunicación, internet y acceso a espacios de discusión, que pueden inhibir o sesgar la discusión social. (Lahera, 2004).

Se construyen entonces procesos de concertación social, donde diversos actores sociales participan en la elaboración y toma de decisiones de las políticas públicas; esta participación es legítima cuando atiende a los intereses de los diversos grupos sociales, incorporando estrategias de negociación y mediación de conflictos, para tener éxito en los acuerdos alcanzados. (Lahera, 2004).

La participación encierra sus propios riesgos: “por una parte se abren posibilidades de manipulación por quien la organiza o conforma. Por otra también puede ser ocasión de una avalancha, debido a un potencial de efecto multiplicador de las demandas”. (Lahera, 2004: 18).

La Participación es importante porque en el acercamiento de las autoridades a la comunidad, se puede atender de mejor manera las necesidades y se puede manejar de forma más transparente los bienes y servicios, asignando mayores responsabilidades a los gobiernos locales y también a la población. Sin embargo, pueden existir límites a la participación, según los temas la población podría participar cuando se informa de un tema, cuando hace consultas o cuando es incluida en la toma de decisiones o en la implementación de la política. (Lahera, 2004).

Mayores flujos de información son necesarios para mejorar la participación social, y aquí el internet cumple una función fundamental al haber roto el principal obstáculo de la democracia directa que es la distribución de la información.

Para Lahera, la participación social mejora la gestión pública de la siguiente manera:

- La información acerca de las necesidades, prioridades y capacidades de las comunidades o sectores involucrados pueden incrementarse;
- Los programas pueden ser mejor adaptados a las necesidades locales, lo que favorece un mejor uso de los recursos;
- La entrega de los servicios puede ser de mejor calidad y atender mejor la demanda
- Permite movilizar recursos locales
- Puede mejorar la utilización y la mantención de las instalaciones y servicios gubernamentales. (Lahera, 2004: 19).

El autor ubica inconvenientes como: “mayores costos de transacciones iniciales; aumento de las expectativas racionales; eventual captura de recursos del desarrollo por élites locales; y la posibilidad de sustituir, en vez de complementar, el conocimiento técnico con información local” (Lahera, 2004: 19).

La participación permite el diálogo social y también fortalece la actoría social cuando promueve que la población se haga responsable de sus demandas y preocupaciones. Así también permite que se den mejores procesos de rendición de cuentas y haya un funcionamiento más transparente de los funcionarios públicos. (Lahera, 2004).

1.11 Marco Normativo de las políticas públicas para población adulta mayor.-

Las políticas públicas para la población adulta mayor se encuentran respaldadas en la legislación nacional e internacional relacionada al tema.

El marco legal que rige a las políticas públicas de Inclusión Social para las personas adultas mayores está integrado por la Constitución de la República del Ecuador (2008); la Ley del Anciano (1991); la ley orgánica de elecciones (2000) que contempla el voto facultativo; la ley de Régimen Tributario Interno (2004) que establece las exenciones a las que están sujetas las personas adultas mayores en el pago de los impuestos; el Código de la Niñez y Adolescencia (2004) que establece la obligatoriedad de los hijos e hijas de asistir a sus progenitores de acuerdo a su capacidad, en caso que pertenezcan a la tercera edad; la Ley orgánica de Salud (2006) que reconoce como de interés nacional las enfermedades catastróficas raras y huérfanas y para quienes las padecen se reconoce su condición de doble vulnerabilidad, condición que beneficia a las personas adultas mayores que incurran en esta condicionalidad; la Ley Orgánica de Transporte Terrestre y Seguridad Vial (2008), que establece tréfas especiales y medidas de seguridad para el tránsito por las vías de las personas adultas mayores; la Ley Orgánica de Seguridad Social (2010) relacionada con las

prestaciones de vejez, esta ley está relacionada con la Constitución; la Ley de Seguridad Social (2010), la Ley Orgánica de Servicio Público (2010) que establece el derecho de los funcionarios públicos a la jubilación.

Esta legislación guarda relación con el marco legal internacional que reconoce los derechos de las personas adultas mayores, en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que proclama “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez” (ONU, 1948, citado en MIES, 2013: 25).

Otras legislaciones internacionales son el Protocolo de San Salvador (1988) que en el Art. 17, establece protecciones a favor de las personas adultas mayores para garantizar condiciones de vida dignas como sujetos activos de la sociedad, (ONU, 1988); están los Principios a favor de las personas adultas mayores aprobados por Naciones Unidas en 1991; el Plan de Acción Internacional de Madrid de 2002 sobre el envejecimiento; la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento de 2003.

Estos documentos están encaminados a proteger todos los derechos de las personas adultas mayores, favorecen su inclusión social y su participación social en función de mejorar su calidad de vida. (MIES, 2013).

Otros documentos internacionales que protegen derechos de las personas adultas mayores son:

- Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Costa Rica (2012)
- Periodo de sesiones de Trabajo sobre Envejecimiento, (2011)
- Asamblea General del ONU Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento, (2010).
- Comisión de Desarrollo Social, Madrid (2008).
- Plan de Acción Internacional de Madrid, (2002).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), y la Observación General No. 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1995).
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará” (1994)

- La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, y la recomendación General No. 27 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. (1979)
- Convenio 128 de la OIT sobre prestaciones de invalidez vejez y sobrevivientes (1979)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los derechos humanos en el área de los derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador). (1978)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” (1969)
- Convenio 111 OIT sobre la discriminación empleo y ocupación (1958).
- Convenio 102 sobre la seguridad social (1952) (MIES, 2013).

En las políticas públicas de salud para población adulta mayor, año 2007⁷, el sustento legal está dado por el mandato Constitucional de 1998, Art. 23, num. 20, del derecho de todas las personas a una vida digna que les asegure salud; la categorización a las personas de la *tercera edad*⁸, como grupo vulnerable y por consiguiente la disposición Constitucional Art. 27, de recibir atención prioritaria, preferente y especializada en los ámbitos público o privado; la disposición de la Ley de Salud Art. 7 lit. a) y b) del reconocimiento del derecho a la salud que tiene toda persona; su acceso universal, equitativo, permanente, oportuno, de calidad, gratuito y prioritario para personas vulnerables; el mandato de la Ley del Anciano, Art. 2 que establece como objetivo fundamental el derecho de las personas de la tercera edad, a un nivel de vida que les asegure salud corporal y psicológica (MSP, 2007) y finalmente el cumplimiento de las responsabilidades del Ministerio de Salud como autoridad sanitaria nacional y rectora del sector, de emitir las políticas públicas, en este caso, para las personas adultas mayores, consideradas entonces como población *vulnerable*⁹.

⁷ Las políticas públicas de salud para población adulta mayor fueron emitidas en el año 2007, estando vigentes para el período de este estudio, que corresponde a los años 2011 – 2012. En el año 2013, se publica el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS, que plantea un nuevo escenario de para la política pública, dentro del marco Constitucional de 2008.

⁸ La categoría tercera edad, que consta en la Constitución de 1998, será modificada por la categoría personas adultas mayores, en la Constitución de 2008.

⁹ La población denominada como “vulnerable” en la Constitución de 1998, pasa a ser denominada como “grupos de atención prioritaria” en la Constitución de 2008

Para las políticas públicas de salud emitidas en el 2013, el sustento legal constituye la Constitución del 2008, el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017, más todo el marco legal nacional e internacional ya citado.

1. 12. Enfoques teóricos considerados en las Políticas Públicas Nacionales de Salud.-

Las políticas públicas de salud para población adulta mayor, fueron emitidas en el 2007, con la finalidad optimizar las competencias y responsabilidades que diferentes instituciones tienen con la población adulta mayor, para promover el bienestar de la población adulta mayor, en procura de lograr un envejecimiento *activo y saludable*, con dignidad, que incluya el intercambio generacional, que considere las condiciones socio demográficas y el perfil epidemiológico del país, “inscribiéndose y fundamentándose en la corriente internacional que promueve el envejecimiento activo” (MSP, 2007: 10).

Hacen énfasis en la atención integral a la población, en la garantía de la salud, seguridad y participación, para que se produzca un envejecimiento activo y productivo.

Las políticas de salud están amparadas en la línea del envejecimiento activo y saludable, propuesto por la OPS, que lo concibe como un proceso que:

Trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo las personas discapacitadas, frágiles, deterioradas y moribundas. El objetivo es mantener la autonomía e independencia con el apoyo integral e inter generacional, a medida que se envejece. (MSP, 2007: 24).

Además recogen los principios expresados en la Resolución General de Naciones Unidas N° 46, de 1991, que son: Independencia, Participación, Cuidados, Auto realización de los propios deseos y dignidad. (MSP, 2007: 25).

Estos principios están relacionados con la satisfacción de todas las necesidades básicas como vivienda, alimentación, agua, salud, generación de ingresos propios, educación, seguridad, integración social, participación en la definición de políticas, en organizaciones sociales; recibir cuidados, protección familiar y social, prevención de enfermedades, protección jurídica, disfrute de sus derechos, desarrollo al máximo de su

potencial, acceso a recursos educativos, culturales espirituales, vida digna con buen trato. (MSP, 2007).

El envejecimiento activo es considerado como un proceso que se da en la vida de las personas, conforme van avanzando en edad, donde es necesario:

- a) promover el protagonismo de las personas en cada época de su vida;
- b) respetar la heterogeneidad de los grupos de personas a medida que envejecen
- c) Adoptar un enfoque de ciclo de vida y de visión prospectiva a largo plazo
- d) Dirigir acciones de solidaridad inter generacional basados en la construcción de una actitud de respeto e intercambio entre las generaciones. (MSP, 2007: 27).

Otros criterios internacionales que soportan las políticas nacionales son:

- La Transversalidad institucional, multidimensionalidad del proceso de envejecimiento
- Derechos legales
- Heterogeneidad del colectivo de adultos mayores
- Refuerzo de la solidaridad inter generacional
- Incorporación del envejecimiento en la perspectiva del desarrollo y la planificación económica del Estado. (MSP, 2007: 28).

Estas políticas se encuentran sustentadas en tres pilares básicamente: Salud, Participación y Seguridad. (MSP, 2007). Ponen énfasis en los lineamientos de:

la protección integral de salud, la promoción, la prevención, la vigilancia, el control de enfermedades y los riesgos, recuperación y rehabilitación, dirigido a la población de hombres y mujeres adultas *20 a 64 años* y a la población de adultos mayores *65 y más años*. (MSP, 2007: 10).

Las políticas tuvieron estrategias regionales para su aplicación, que estuvieron dadas por la ampliación del acceso a los servicios de salud de la población adulta mayor, poniendo énfasis en la creación de sistemas descentralizados de salud, que acerquen los servicios a la población. (MSP, 2007).

Para el ámbito nacional, las estrategias de aplicación de la política recogen la responsabilidad del Estado de garantizar la protección integral de salud de toda la población, a través de acciones de:

- a) Promoción de salud
- b) Vigilancia, prevención y control de enfermedades
- c) Acciones de recuperación y rehabilitación de la salud

Este enfoque de protección incluye la protección especial, con sentido de equidad y de asignación de recursos económicos suficientes para satisfacer de forma adecuada sus necesidades. (MSP, 2007: 29).

Las políticas públicas de salud en el Ecuador emitidas en el año 2007, parten del concepto de salud acuñado por la OMS, en 1948, cuando define a la salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (MSP, 2013: 39). Para alcanzar este estado, se requiere que todas las necesidades fundamentales de las personas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales se encuentren satisfechas. (MSP, 2013: 39).

La salud es un factor que se lo adquiere en los espacios donde la gente crea y recrea su vida, ya sea en el hogar, trabajo, o en el espacio público y por lo tanto tiene que ver con las condiciones en las que vive la población, lo que remite necesariamente a revisar si la situación socio económica y cultural de las personas les permite su desarrollo individual y colectivo.

Para el año 2013, el Ministerio de Salud incorporó un nuevo enfoque a sus políticas, denominado *Atención Primaria en Salud*; un modelo que “trasciende el sentido de generación de riqueza económica pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras” (MSP, 2013: 39).

La salud está estrechamente vinculada con un estado personal de bienestar, que desde el punto de vista de la salud, es entendido como:

la satisfacción de necesidades materiales y espirituales, la potenciación de las capacidades humanas, la libertad, el ejercicio de derechos, la participación, el cuidado de los recursos naturales y los ecosistemas, el reconocimiento y respeto a la diversidad, es decir, el mejoramiento de la calidad de vida. (MPS, 2013: 39).

En este contexto, las políticas de salud se alinean con la Constitución, que reconoce a la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan al Buen Vivir. (MSP,

2013). Bajo esta comprensión, el modelo de Atención Primaria en Salud, constituye una propuesta innovadora que tendrá como objetivo “la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: Biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales” (MSP, 2013: 40). Este nuevo enfoque posiciona como centro de su intervención al ser humano y la realización plena de su derecho a la salud, en su contexto familiar y comunitario, y desde este enfoque procura brindar una oferta de servicios integrales, a través de la articulación intersectorial y la participación ciudadana. (MSP, 2013).

En la obtención de la salud de una persona intervienen diversos factores que pueden incidir positivamente o causar daño, tanto en la salud individual o colectiva. Estos factores son económicos, sociales, ambientales, políticos, físicos. De su estado o comportamiento dependerá que una persona esté sana o no. (MSP, 2013).

A través del Modelo de atención primaria en salud – MAIS, el Ministerio de Salud pretende garantizar la salud de la población. Este modelo supone:

un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (MSP, 2013: 53)

Con esta propuesta el Ministerio de Salud da un giro en la concepción y atención de salud, de un enfoque biologicista hacia un enfoque integral holístico de la salud de los individuos y la comunidad.

1.13 Enfoques teóricos en las Políticas Públicas Nacionales de Inclusión Social en el Ecuador.-

El sector de Inclusión Social, el marco legal que orienta las políticas es la Constitución de 2008 en el Art. 36, consagra para la población adulta mayor un tratamiento prioritario:

Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se consideran personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. (CRE: 2008).

La Agenda de Igualdad para el adulto mayor es el documento que condensa las políticas públicas sociales inclusivas, posiciona el enfoque de derechos y de justicia para a su criterio “corregir las desigualdades e injusticias sufridas por hombres y mujeres mayores de 65 años”. (MIES, 2013: 16). Reconoce el rol fundamental de la familia y la comunidad como ejes transversales de corresponsabilidad social que deben acompañar a los planes y programas para este grupo poblacional, en un contexto intergeneracional e interinstitucional. Consagra los principios de respeto a la vida, a la dignidad humana; reconoce el rol fundamental de la familia para la integración y permanencia de los adultos mayores en su seno; reconoce la importancia que sean las propias personas adultas mayores, su familia, las organizaciones o instituciones quienes actúen para la defensa de sus derechos, y de su bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual e incorpora además los principios de solidaridad mutua, reconocimiento y respeto a la diversidad. (MIES, 2016).

La prestación de servicios constituye el mecanismo por el que las políticas públicas cobran una forma y un sentido.

Estos servicios brindados desde el Estado a los grupos sociales llamados: *vulnerables o en riesgo* entre las que está la población adulta mayor, en épocas anteriores a la Constitución del 2008, estaba basada en un enfoque asistencialista, compasivo de atención a los *pobres*, dentro de lugares que se constituían en depósitos de seres humanos, bajo la modalidad de servicios institucionales residenciales. (MIES, 2012).

La Constitución de la República del Ecuador promulgada en el 2008, rompe con esta lógica y posiciona el enfoque de derechos humanos en la gestión del Estado, cuando establece en el Art. 1 “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos...” (CRE. 2008), en contradicción con la Constitución de 1998, que concibe al Estado como un “Estado Social de Derecho”, (CPE, 1998). La variante de la letra *s* en la palabra *derecho* el texto, es significativa, pues al reconocer los *derechos* se establece su prioridad frente a cualquier marco institucional o legal; mientras que al reconocer *el derecho*, se establece la prevalencia de las leyes frente a los derechos humanos. El Estado Ecuatoriano es reconocido como garante de los derechos humanos y los programas asistenciales de prestación de servicios a la población en situación de amenaza o violación de derechos, se

convirtió en política de Estado, asegurando así una intervención permanente fortalecida por la dotación de recursos. (MIES, 2012).

La incorporación del gobierno de la revolución ciudadana al escenario político nacional, ha estado caracterizada por nuevos enfoques ideológicos que han orientado la gestión gubernamental, en base al enfoque de Desarrollo Humano principalmente, ampliamente desarrollado por su autor, el Economista y premio nobel Amartya Sen y acogido en 1998 por las Naciones Unidas para la definición de los indicadores de desarrollo.

Este nuevo enfoque parte de una crítica a la concepción de desarrollo y progreso que se impuso en el mundo a partir del Plan Marshall, creado para la reconstrucción de Europa luego de la Segunda Guerra Mundial y que constituyó un referente de desarrollo para el resto de países en el mundo, basado en el fortalecimiento del capitalismo con el fomento de las industrias extractivistas, la destrucción de la naturaleza, la imposición de la cultura occidental como la válida conjuntamente con sus patrones de vida y de consumo (SENPLADES, 2009), ocasionando como resultado, el incremento de las desigualdades sociales en los países del llamado tercer mundo, volviendo cada vez más grave el problema de la pobreza.

El nuevo enfoque de desarrollo, basado en el desarrollo humano, apunta a la garantía de derechos a través de la creación de oportunidades de desarrollo y del fomento de las capacidades de las personas y es este enfoque, el que orienta la conceptualización de las políticas sociales que implementa el gobierno. (SENPLADES, 2009).

Atrás quedó el enfoque de atención segmentada y parcializada de la población por grupos de edad, en la que solo unos grupos eran los atendidos y según la voluntad y priorización política, en la que casi siempre se dejaba de lado a la población adulta mayor, por ser considerada como gasto o como carga y las respuestas de servicios eran meramente asistenciales, como ya se ha mencionado.

Un nuevo enfoque se posiciona en la política social y es el del Ciclo de Vida. Este enfoque es desarrollado en el Plan Nacional del Buen Vivir, cuando en el Objetivo 3 plantea: “Mejorar la calidad de vida de la población”, en la Política N° 3.3 “Garantizar la

atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad”. (SENPLADES,2009: 203).

Cada etapa de la vida tiene sus peculiaridades y necesidades propias de atención. Al respecto la Agenda de Igualdad de las personas adultas mayores las describe así:

El desarrollo y la vida del ser humano se desenvuelven a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente. Las etapas del desarrollo humano corresponden al ciclo de vida, comprendido desde la concepción hasta la muerte. (MIES, 2012: 6)

La parte final de la vida de un ser humano es concebida como la adultez, a partir de los 65 años.

Con estas consideraciones constitucionales, la política social para las personas adultas mayores se basa en los dos ejes de la política para la inclusión y la cohesión social: la Protección Social y Protección Especial, son concebidas por el MIES como:

La protección social básica. Ésta debe ser entendida como el acceso a educación de calidad, servicios de salud integral, agua segura y permanente, alimentos sanos, suficientes y nutritivos, hábitat seguro y saludable, vivienda adecuada y digna, trabajo digno, seguridad social universal y derecho a la movilidad.

La protección especial. Pensada para la prevención de la explotación, la violencia, la mendicidad, la trata o el abandono. Además, actuará como garantía de la restitución de sus derechos a quienes hayan sido víctimas de estas prácticas. (MIES, 2012: 7).

Estos dos principios se relacionan con el principio de protección integral aplicado al ser humano durante su ciclo de vida y que tiene como fin el mejoramiento de la calidad de vida de la población y la consecución del Buen Vivir.

El Estado central ecuatoriano a través del Ministerio de Inclusión Económico Social - MIES, es el responsable de la política nacional de inclusión social de la población adulta mayor.

En especial, en la población adulta mayor, el Estado busca garantizar la atención integral y una adecuada calidad de vida, que asegure el cumplimiento de derechos dentro de nuevos patrones culturales que permitan alcanzar el Buen Vivir. (MIES, 2012).

El Estado Ecuatoriano reconoce como personas adultas mayores a quienes superan los 65 años de edad y los ubica como pertenecientes a la tercera edad o ancianos; la política hacia la población más pobre es de un envejecimiento exitoso a través de una vida activa y saludable (MIES, 2013), incorporando los conceptos del envejecimiento activo. El énfasis de esta política está direccionado hacia las personas pobres, cuando se establece:

La calidad de vida incluye verse como ingredientes esenciales —antes y después de los 60 años de edad—, del envejecimiento exitoso, con un sentido ético dictado por la medida en que esas personas mayores pobres tengan la posibilidad de envejecer activa y saludablemente. (MIES, 2013: 13)

En la Agenda de Inclusión del Adulto Mayor publicada por el MIES, se mencionan los principios y los objetivos que orientan la política pública para la población adulta mayor, que son los propuestos de la Declaración de Brasilia de 2007:

(...) el reconocimiento de la contribución social, cultural, económica y política de las personas de edad; el fomento de la participación en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles y la generación de oportunidades de empleo para todas las personas de edad que deseen trabajar. Naciones Unidas ha recomendado a los Estados miembros garantizar que se considere a las personas de edad como miembros activos de sus sociedades, facilitar su participación en la adopción de decisiones (...) y, lo que es más importante, en las medidas diseñadas para influir específicamente en su bienestar”. (Brasilia, 2007, citado en MIES, 2013: 13).

CAPÍTULO II

CONTEXTO DEMOGRÁFICO

2.1 Comportamiento del crecimiento demográfico a nivel mundial.-

A nivel mundial el mejoramiento y aumento de las políticas de control de la natalidad por un lado y por otro aquellas políticas de salud efectivas que procuran alargar la esperanza de vida y el mejoramiento de las condiciones de vida para la población, han determinado que el grupo poblacional que registra un mayor crecimiento sea la población adulta mayor.

La OMS calcula que actualmente existen 600 millones de personas mayores de 60 años y estima que para el año 2025, esta cifra se duplicará. Se considera que este incremento se dará principalmente en los países de América Latina, invirtiendo la lógica histórica de incremento de este grupo poblacional en Europa.

Las personas adultas mayores cumplen un papel fundamental en el desarrollo, con el aporte de su fuerza de trabajo en la economía de cuidado en la familia o de personas dependientes, siendo un aporte según la Fundación BBVA, de 201 minutos en personas entre el 65 y 74 años; 318 minutos si su edad es 75 – 84 años, respecto de 50 minutos que asigna a estos cuidados una persona adulta de entre 30 y 49 años (Durán s/f, citado en OMS, 2002).

El rol de las personas adultas mayores en el desarrollo se torna en un tema de interés, mucho más cuando la tendencia demográfica en América Latina de su población hacia el envejecimiento es muy clara. Para la OMS, “de los que nazcan hoy, un 81% vivirá más allá de los 60 años, y un 42% vivirá más allá de los 80 años”. (OMS, 2012: s/p).

Los incrementos poblacionales de población adulta mayor, generan una gran cantidad de preocupaciones respecto de las condiciones de salud e inclusión social de la población, así como es motivo de inquietud, la sostenibilidad económica de este grupo poblacional. A medida que pasan los años, las capacidades físicas y mentales disminuyen por el deterioro corporal y fundamentalmente por la reducción de la actividad física,

provocando dependencia de otras personas para la satisfacción de sus necesidades, con los costos y complicaciones que esto genera en cuando a la disponibilidad de tiempo de otra persona para su cuidado.

El crecimiento poblacional que ya se registra en este grupo de edad será en la próxima década un grave problema de sostenimiento para el Estado, si no se toman medidas inmediatas para garantizar mejores condiciones de vida de esta población.

A nivel internacional, la política de salud se orienta hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor, a través de la actividad física permanente, a fin de garantizar un envejecimiento saludable y activo, que significaría además menores costos sociales por parte de los Estados y de las familias y reduciría significativamente el número de personas con problemas graves de desatención, abandono, enfermedad.

La política de la OMS para adultos mayores ubica en el ámbito de la actividad física a las actividades recreativas o de ocio, caminatas, actividades ocupacionales, tareas domésticas, deportes, juegos o la participación en organizaciones familiares o comunitarias. Es así que recomiendan la práctica de al menos 150 minutos de actividad física aeróbica para personas mayores de 65 años. (OMS, 2013).

El mundo en general está viviendo un proceso demográfico diferente al sucedido en otras épocas históricas: su población adulta y adulta mayor es cada vez mayor, mientras que los niños y niñas que nacen son cada vez menos. Varios son los factores causantes de este fenómeno, entre ellos tenemos:

- a) el mejoramiento de los servicios de salud y los avances de la medicina que hacen que las personas vivan más tiempo, aún con enfermedades graves, aumentando la esperanza de vida
- b) el control de la fecundidad a través del uso de métodos anticonceptivos que ayudan a controlar la natalidad, que han determinado la reducción de hijos por mujer. A mediados del siglo XX se registraba un promedio de 6 hijos por mujer. Para el 2025, se estima un promedio de 2 a 1 hijo por mujer. (CEPAL, 2003).
- c) la ausencia de guerras que eran antes acontecimientos donde gran parte de la población adulta moría.

d) los flujos migratorios en los que gran cantidad de la población joven de un país o localidad emigra, es un factor que incide en el envejecimiento de la población.

América Latina es hoy un continente con una tendencia de crecimiento poblacional de la población adulta mayor. Según un diagnóstico efectuado por la CEPAL en el 2003, el número de personas mayores a 60 años crecerá en los próximos años de forma vertiginosa:

En todos los países de la región de América Latina y el Caribe, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios. En términos absolutos, entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumarán a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas. Se trata de una población que crece rápidamente (3,5%) y con un ímpetu mayor que el que muestra la población de edades más jóvenes. En efecto, la velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que la de la población total en los períodos 2000-2025 y 2025-2050, respectivamente. (CEPAL, 2003:3).

El escenario demográfico futuro es de países con población envejecida: 1 de cada 4 personas al 2050 será adulta mayor. “La población mayor de 75 años pasará de un 2% a un 8% entre el 2000 y el 2050”. (CEPAL, 2003: 3).

En el estudio efectuado por la CEPAL, respecto a la relación existente actualmente entre personas jóvenes con adultas mayores es de 4 a 1, es decir, “por cada 100 menores, hay 25 adultos mayores” (CEPAL, 2003: 4), cincuenta años más tarde, las personas adultas mayores sobrepasarán en número en un 28% a las personas menores; de ellos la mayoría serán mujeres. (CEPAL, 2003: 4).

Dadas las medidas de control de la natalidad aplicadas en América Latina entre los años 65 y 90, que han incidido en la reducción de la tasa de natalidad, existen países con un envejecimiento moderado, entre los cuales se encuentra el Ecuador, Colombia, Costa Rica, Perú, entre otros, que actualmente tienen un promedio que oscila entre el 6 y 8% y que para el 2050, tendrán un promedio de 20% de personas mayores de 60 años. (CEPAL, 2003: 4).

La población adulta mayor vivirá en mayor medida en las zonas urbanas, debido al crecimiento de las ciudades en los próximos años, donde la población que las habita subirá del 70% en el 2000 al 80% en el 2025. (CEPAL, 2003: 4).

En América Latina la tendencia que más fuertemente se expresa respecto de con quién o cómo viven las personas adultas mayores, es aquella de las familias multi generacionales que los integran a sus dinámicas. En 1997, 2 de cada 3 personas adultas mayores vivían con sus familias. (CEPAL, 2003).

Otra forma de vida es la de las personas que viven solas, que en su mayor medida están en el ámbito rural y corresponde a las mujeres, quienes al quedarse viudas o separarse, no se involucran con otra persona, tomando en cuenta que en mayor medida enviudan porque sus esposos son mayores y mueren primero. Según información de la CEPAL, entre el 70 y 85% de los hombres adultos mayores están casados, en relación al 55 al 60% de las mujeres adultas mayores que refieren estar casadas o tener una pareja. (CEPAL, 2003: 9).

Otro dato interesante constituye la escolaridad de las personas adultas mayores, que presentan menores niveles de escolaridad, siendo las mujeres quienes menor nivel de escolaridad presentan. Así mientras el 93% de los varones saben leer y escribir frente al 91% que corresponde a las mujeres. (INEC, 2010).

En relación a la situación económica de las personas adultas mayores en América Latina, las cifras de la CEPAL, revelan a nivel urbano evidencian que el 40.6% de la población percibe una pensión jubilar, el 6.4% percibe una pensión y trabaja; el 16.5% trabaja y el 36.5% no tiene ninguna fuente de ingresos. A nivel rural, el 21.5% dispone de una pensión, el 9.5% tiene una pensión y trabaja, el 31.4% trabaja para vivir y el 37.5% carece de ingresos. (CEPAL, 2003). Según estos datos, más de un tercio de la población no cuenta con los recursos económicos para su sobrevivencia, lo que evidencia la situación de fragilidad y desprotección en la que se encuentra esta población y su nivel de dependencia de sus descendientes para sobrevivir, que si se relaciona con el de crecimiento poblacional, pone en grave riesgo la atención a este grupo, pues no habrán suficientes personas jóvenes que los puedan atender.

2.2 Comportamiento demográfico de la población adulta mayor en el Ecuador.-

En el Ecuador, la población adulta mayor asciende a 940.905 personas, de las cuales el 47% son hombres y 53% son mujeres. (INEC, 2010).

De este total el 82.3% se reconocen como mestizos; el 7.8% como blancos, el 6.8% como indígenas y el 0.2% como afrodescendientes. (MIES, 2012).

Las provincias con mayor población adulta mayor en relación al total de la población son: Bolívar con un 10%; Carchi, Cañar, Chimborazo y Loja con un 9%; en estas mismas se registran los mayores índices de envejecimiento con un 28 y 29% a las que se suma Tungurahua con un 30%. (INEC, 2010).

En relación a la presencia de discapacidad las mujeres evidencian un porcentaje del 19% en relación a los hombres con un porcentaje del 13%. (INEC, ENCUESTA SABE , 2009)

La esperanza de vida de la población latinoamericana actualmente es de 75.6 años en promedio para la población, siendo para los hombres un 72.7% y para las mujeres 78.7%, (CEPAL s/a, citado en MIES, 2012). Este incremento es muy importante en relación a 48.3 años, que era la edad promedio a mediados del siglo XX.

Mientras aumenta la esperanza de vida para la población, la tasa de natalidad decrece significativamente en los últimos años. Así se puede evidenciar que de 6 hijos por mujer en 1970, el promedio bajó a 2.4 hijos por mujer en el 2010 y se calcula que en el 2020 será de 2.1 hijos por mujer. (MIES, 2012: 43). Este descenso es producto de la eficacia de las políticas de control de la natalidad.

Sobre la situación económica de la población adulta mayor, el 57.4% se encuentra en una situación de pobreza y pobreza extrema, siendo la población rural, la más afectada por esta situación; 8 de cada 10 personas adultas mayores son pobres y extremadamente pobres; ya no trabajan porque por un lado, su condición física no lo permite y por otro, porque las políticas laborales excluyen a la población adulta mayor. (MIES, 2012).

En base a los datos de la encuesta SABE 2009, 132.365 personas que equivalen al 14% de la población adulta mayor, vive sola sin su familia; de esta cifra, el 31% está en situación de abandono e indigencia. (MIES, 2012).

En relación a las condiciones de salud de la población adulta mayor, las enfermedades más frecuentes son las cardíacas, cáncer, cerebro vasculares, pulmonares siendo la *neumonía* la principal, diabetes, presión alta, deterioro cognitivo y depresión, siendo las enfermedades crónicas las responsables de su muerte conforme avanza en edad. Se registran cifras importantes también de población adulta mayor afectada por VIH y Sida. (MIES, 2012).

En promedio, el 32.8% de la población adulta mayor dispone de un tipo de seguro de salud, siendo este el seguro público en un 98%, y un 2% seguros privados. De este total el 37.6% son hombres y el 28.3% son mujeres, para el año 2009, que se aplica la encuesta SABE. (MIES, 2012).

En relación a la vivienda de la población adulta mayor, el 79.95% vive en una vivienda propia, el 9.49% lo hace en una vivienda prestada, el 9% arrienda. (INEC, 2010)

Según el Censo 2010, el 96.2% de esta población tiene acceso a la luz eléctrica, el 73.9% dispone de servicios higiénicos con agua y el 55.5% cuenta con alcantarillado. (INEC, 2010, citado en MIES 2012).

Las personas adultas mayores conforme avanzan en edad, requieren de los cuidados de otras personas para la satisfacción de sus necesidades. Se estima que el 30% de las personas adultas mayores disponen de una persona para su cuidado según la encuesta SABE I 2009. Estos cuidados son fundamentales para evitar las caídas que son las causas de accidentes más frecuentes en este grupo poblacional, alcanzando un 75% en población mayor a 75 años. (MIES, 2012).

En relación a situaciones de violencia, el 14.70% de la población adulta mayor ha sufrido insultos y el 14.9% ha sido descuidada o abandonada, SABE I 2009, citada en MIES 2012).

En cuanto a la participación de las personas adultas mayores en organizaciones, la encuesta SABE I revela que las organizaciones existentes, corresponden a los jubilados del IESS, con un funcionamiento aislado a nivel nacional. (SABE I 2009, MIES 2012).

En los últimos 50 años, los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales que ha experimentado la población ecuatoriana, han determinado que cada vez sean más las personas que van envejeciendo, por lo que para el año 2025, la población adulta mayor podría superar el 1.592.232. (INEC, 2001).

El ser humano, conforme aumenta en edad, va perdiendo su funcionalidad física y su autonomía mental lo que lo lleva a depender de otras personas para realizar actividades de la vida diaria. El abandono por parte de sus familias, la soledad y la pobreza de este grupo humano, son factores que también van en aumento, incidiendo cada vez más en el deterioro de la calidad de vida de las personas adultas mayores. (MSP, 2011)

Por otro lado, existe una tendencia mayor al crecimiento de las ciudades y un decrecimiento del área rural, producto de las migraciones internas, mientras en 1950 el 70% de la población vivía en la zona rural, para el 2010, el 62.7% vive en las ciudades y el 37.3% vive en el campo, con una tendencia cada vez creciente de migración hacia las grandes ciudades. Esto determina que ciudades grandes como Quito, tengan que dar respuesta a las necesidades de atención de la población que habita en su territorio, entre ellos a los adultos mayores, que en el área urbana representan el 72.8% y en el área rural del distrito 27.2%. (INEC, 2012).

2.3 Comportamiento demográfico de la Población Adulta Mayor en Quito.-

Del total de la población adulta mayor que habita en el Ecuador, existen 940.905 personas adultas mayores¹⁰, de las cuales en la ciudad de Quito habitan 141.516, que representan el 15.03% del total poblacional; de ellos 43.791 que representan el 30.9% trabajan para vivir; el grupo más importante se encuentra entre los 65 y los 80 años, representando un 91.7%, mientras que el 8.3% restante que trabaja, son personas mayores de 80 años. Del total de la población adulta mayor de Quito, apenas el 39.6% cuenta con

¹⁰ Población Adulta Mayor es considerada aquella de 65 años y más, según la Ley del Anciano 1991 y la Constitución de la República del Ecuador 2008

algún tipo de seguro social y médico; el 57.7% carece de este sistema de protección y el 2.7% no responde. (INEC, 2010).

El crecimiento demográfico de la población adulta mayor, sumado al crecimiento urbanístico de Quito, a la desprotección social de más de la mitad de un grupo poblacional que por sus condiciones de envejecimiento requiere atención y cuidado, a las modernas formas de convivencia familiar que aíslan a los ancianos, el poco tiempo que disponen las familias para atenderlos, constituyen una bomba de tiempo para la ciudad, pues se trata de un grupo poblacional de atención prioritaria, que requiere servicios permanentes y suficientes para poder vivir, programas de apoyo familiar para que puedan permanecer integrados a sus familias de origen el mayor tiempo posible.

El Estado central es el responsable de la política nacional de inclusión social de la población adulta mayor; sin embargo, el Municipio de Quito por ser *distrito*, se ampara en un marco legal que le posibilita intervenir en las áreas sociales, emitir políticas públicas locales y brindar servicios para la población adulta mayor. De ahí que el Municipio de Quito tenga una gran responsabilidad frente a la solución de la problemática de atención a población adulta mayor.

La administración municipal del Alcalde Augusto Barrera, se planteó como un eje importante de atención en el ámbito de Inclusión Social y Salud, la atención a la población adulta mayor, lo que permite realizar un esfuerzo de conocimiento y comprensión de la gestión municipal en este tema, así como de igual manera, requiere visibilizar los logros alcanzados en el período 2011 – 2012.

Es así que el Municipio de Quito, en el año 2011, lanza públicamente el programa *Sesenta y Pi Quito, activos y saludables*, recogiendo los principios de la OMS, de promover un envejecimiento sano en base a la realización de actividades físicas, dentro de espacios de encuentro de las personas adultas mayores, los mismos que deben estar repartidos por toda la ciudad.

Este Programa se ha planteado como objetivo: “Promover la realización humana y la salud integral de las personas adultas mayores que habitan en el territorio del Distrito Metropolitano de Quito”. (MDMQ, 2012).

Según la línea base creada por el Programa Sesenta y Pi Quito, la población adulta mayor de la ciudad de Quito, presenta el siguiente comportamiento:

Quito, cuenta con 141.516 adultos mayores, correspondiente al 17% de la población total de adultos mayores del país. De acuerdo a la línea de base levantada en la población que participa en el programa, se encuentra que: el 61% no cuenta con ningún tipo de aseguramiento que garantice los requerimientos propios de esta etapa de vida; el 79% tiene algún nivel de escolaridad inclusive alfabetización, mientras que el 21% es analfabeto; el 22% vive solo; el 83% de adultos mayores cubren sus necesidades, ya sea con recursos propios o apoyados por su familiares; mientras que el 17,1% no percibe ningún ingreso, constituyéndose en el grupo más vulnerable y que puede estar cerca de la indigencia. (MDMQ, 2012: 6).

El análisis que se hace en el documento de sistematización del Programa Sesenta y Pi Quito, señala que el problema de la población adulta mayor, no es el económico, que de alguna manera se resuelve; el problema mayor es el de la soledad y la exclusión familiar. (MDMQ, 2012).

El Programa pretende atacar precisamente este problema de soledad y exclusión, a través de una propuesta que organiza y convoca a las personas adultas mayores a espacios de encuentro, diversión, salud.

Aspira incorporar a 15.000 personas adultas mayores en toda la ciudad, en 240 espacios, que les permita hacer actividad física, tener controles permanentes de salud, conocer sobre sus derechos y a sus familias que conozcan la importancia del acogimiento de las personas adultas mayores en su hábitat familiar, en la comunidad y en la sociedad en general. (MDMQ, 2012).

Este abordaje a nivel teórico incorpora los enfoques gerontológicos, integral, de derechos, de género, territorial, intercultural y de corresponsabilidad y los aplica dentro de un modelo de gestión, basado en la provisión de servicios que fomentan prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables, que hagan más llevaderos los procesos de envejecimiento, no solo para la persona que los vive, sino también para sus familias.

La estrategia utilizada es a través de servicios institucionalizados y no institucionalizados, orientados hacia la generación de actoría social:

El Programa Sesenta y Pi Quito, busca superar el asistencialismo, el recreacionismo y la atención biomédica y se orienta a la dignificación de las personas adultas mayores; tomando como base la complementariedad y concurrencia de las diferentes instituciones para la entrega de prestaciones y servicios. (MDMQ, 2012).

Los resultados se ubican en la gran variedad de servicios ofrecidos a la población desde diversas instancias municipales y de gobierno central, que se orientan a las áreas de turismo, salud, deportes, cultura, movilidad, seguridad, que han permitido construir relaciones de atención, protección y desarrollo de este grupo poblacional, en condiciones de dignidad.

CAPÍTULO III

PROCESO EVOLUTIVO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DURANTE EL PERÍODO 2011 - 2012

3.1 Antecedentes.-

Al constituir esta tesis un estudio bibliográfico sobre los procesos de transformación que sufren las políticas públicas para la población adulta mayor, a partir de los postulados de la Constitución del 2008 y del modelo de desarrollo del Buen Vivir, habiendo señalado como el período de estudio los años 2011 – 2012, donde se producen cambios importantes de política a nivel local; ha sido necesario indagar sobre el contenido de las políticas antes y después del período mencionado en los ámbitos nacional y local, tomando en consideración dos sectores de desarrollo humano que son claves para el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional: Salud e Inclusión Social.

Para cumplir con este propósito ha sido necesario efectuar una investigación bibliográfica de documentos institucionales de política pública generados en las instituciones de estudio: Ministerio de Salud, Ministerio de Inclusión Social, Municipio de Quito y sus Secretarías de Salud e Inclusión Social.

En la investigación efectuada en el sector Salud¹¹, se conoció que las políticas públicas existentes para la población adulta mayor específicamente, fueron emitidas en el año 2007 al amparo de la Constitución de 1998 dentro del modelo neoliberal de Estado, hasta que el año 2013, las políticas públicas de salud para todos los grupos de edad, se alinean con la Constitución de 2008 y el Plan Nacional del Buen Vivir. Estos postulados se evidencian en el Manual del Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, publicado por el Ministerio de Salud.

En el ámbito de lo social, se conoció que para la población adulta mayor, hasta el año 2012, se mantenía la lógica de política anterior a la Constitución de 2008, esto es, se mantenía el enfoque asistencialista y de focalización de la intervención con los sectores social y económicamente excluidos. Estas políticas experimentan un proceso de

¹¹ Fuente de información: Dra. Tatiana Arias, Directora Nacional de Adulto Mayor, del Ministerio de Salud desde septiembre del 2013.

transformación a partir del 2012, año en que el MIES publica un documento denominado *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores*, que contiene el conjunto de políticas nacionales para la inclusión social para población adulta mayor, en correspondencia con los mandatos constitucionales de 2008.

3.2 Características de las Políticas públicas de Salud para población adulta mayor, emitidas en el año 2007.-

El eje teórico que guía la política de salud es del envejecimiento activo, que busca abordar la problemática de: “la salud, educación, lucha contra la pobreza, la prevención de largas agonías y muertes evitables”. (MSP, 2007: 10).

La problemática que es considerada para la emisión de las políticas integrales de salud, está basada en el análisis del crecimiento demográfico de la población mayor a 60 años, a nivel mundial y concretamente en los países de América Latina. Consideran además el empobrecimiento de quienes pasan de 65 años, porque su vinculación laboral cada vez es menor; en la ausencia de seguridad social; en el apareamiento de enfermedades que se vuelven crónicas; en el abandono familiar; en el deterioro mental de la persona y la carencia de servicios básicos. (MSP, 2007).

En relación a la prestación de servicios, la política determina el necesario mejoramiento de los modelos de gestión, calidad, acceso a los servicios, fundamentalmente en zonas rurales. Promueve el equilibrio entre los recursos técnicos y financieros para actividades relacionadas con la promoción de la salud, la asistencia institucional y domiciliaria; además plantea el desarrollo de herramientas que ayuden a prevenir y reducir la discapacidad en la vejez. (MSP, 2007).

La política pública de salud de 2007 se basa en los siguientes lineamientos pertenecientes al envejecimiento activo:

3.2.1 Lineamientos de salud para las personas adultas mayores.-

- a) Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y enfermedad prematura.-

Para cumplir con este postulado se plantea: mejorar las condiciones sanitarias de las personas adultas mayores; elaborar programas que ayuden a superar situaciones económicas que contribuyan a enfermedades o discapacidad en la vejez; asignación de tratamientos eficaces que reduzcan discapacidades; adecuaciones de infraestructura que brinden seguridad y prevengan situaciones de discapacidad; reducción de estímulos que favorecen la pérdida de la audición o de la visión, asignación de prótesis; eliminación de barreras físicas en lugares o servicios públicos; mejoramiento de la calidad de vida, favoreciendo la independencia, reducción de riesgos de aislamiento social promoviendo el contacto inter generacional; acciones preventivas de enfermedades de transmisión sexual, VIH, SIDA; atender la salud mental; garantizar un medio ambiente limpio, atención a la salud bucal. (MSP, 2007).

- b) Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital.-

Es fundamental que las personas adultas mayores dejen de consumir tabaco, alcohol, realicen actividad física, consuman alimentos saludables, ejerciten su sexualidad de forma libre y sana, reduzcan la automedicación y fomenten su autoestima.

- c) Continuidad de servicios sociales y de salud, asequibles, accesibles, de calidad, respetuoso con la edad, que trate las necesidades y los derechos de mujeres y hombres a medida que van envejeciendo.-

Se plantea la necesidad de atender a las personas durante todo su ciclo vital, garantizando el acceso a la atención primaria de salud, el tratamiento adecuado para enfermedades agudas o crónicas, educación continua a los cuidadores de las personas adultas mayores. (MSP, 2007).

3.2.2 Principio de Participación en las políticas públicas de salud, 2007.-

Se concibe la participación de las personas en los ámbitos laborales o en la generación de emprendimientos, en los espacios educativos y culturales, en la toma de decisiones en su ámbito familiar o comunitario, favoreciendo su capacidad de comunicación.

Se considera además como parte del ámbito de la participación, la formación de asociaciones de personas adultas mayores, la creación de espacios de control, evaluación y veeduría de las políticas públicas, así como acciones de difusión de la Ley del Anciano y de las Políticas.

La construcción de ciudadanía en salud, se basa en la eliminación o reducción de las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades con enfoque de género, la participación en procesos de descentralización a fin de alimentar las políticas de desarrollo integral, acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, creación de nuevos espacios para uso del tiempo libre.

3.2.3 Lineamiento de Desarrollo sectorial.-

A través de la organización y puesta en funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, se plantea el desarrollo del talento humano, la asignación de recursos materiales, tecnológicos y financieros para la protección integral de la salud. Es necesario fortalecer la articulación con instituciones públicas, privadas, comunitarias, así como se requiere el fortalecimiento del rol de rectoría del MSP en relación a la garantía del derecho a la salud.

3.2.4 Lineamiento de Desarrollo económico.-

Este lineamiento hace referencia a garantizar el ejercicio al trabajo de las personas adultas mayores, de acuerdo a sus necesidades, capacidades y preferencias individuales, reconocimiento del trabajo no remunerado, protección social y reconocimiento económico del trabajo voluntario.

3.2.5 Lineamiento de Seguridad.-

Las guías de la política de salud plantea generar una red de seguridad social para personas adultas mayores pobres, asignando ingresos fijos y adecuados, apoyo a las personas adultas mayores que atienden a personas con VIH – SIDA o han asumido la maternidad o paternidad de los hijos de pacientes con VIH – SIDA, orientación adecuada sobre el consumo de medicinas y uso de tratamientos inseguros; difusión del marco legal

de protección de los derechos de las personas e identificación de situaciones de maltrato o abuso a las adultas mayores; aseguramiento de vivienda segura.

3.2.6 Lineamiento de reducción de las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades de las mujeres adultas mayores.-

Incluye la protección a las personas adultas mayores del robo de sus propiedades, protección a las mujeres de violencia doméstica y de otras formas de violencia, proporcionar seguridad social a mujeres que no cuentan con ninguna pensión. (MPS, 2007).

3.3 Políticas Públicas para población Adulta Mayor, año 2013, constantes en el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS.

En el año 2013, el Ministerio de Salud Pública, emitió otro documento de mucha importancia, que es el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, que se encuentra alineado con la Constitución de 2008, el Plan Nacional del Buen Vivir y que posiciona al ser humano como centro de la atención, fomentando la corresponsabilidad familiar y comunitaria para lograr resultados de impacto social y proponiendo la intervención en salud desde el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural como alternativa para atender las necesidades de las personas, familias y comunidades, con el fin de mejorar su calidad de vida. (MSP, 2013).

Este documento sistematiza el nuevo enfoque de las políticas públicas de salud, que rompe con la lógica de atención por ciclos de vida, cuestiona el enfoque anterior centrado en la atención a la enfermedad, desarticulados de la familia y la comunidad, políticas calificadas por el MSP como verticales, neoliberales que impidieron una atención integral y provocaron la profundización de las inequidades en el acceso a servicios de salud de la población en situación de pobreza y pobreza extrema. (MSP, 2013).

Las políticas de salud tienen un sustento en el enfoque de derechos, desde el cual reconoce que las personas son “titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles, que generan obligación del Estado en el

ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de los mismos”. (MSP, 2013: 48).

Estas políticas incorporan además el enfoque de género, desde el reconocimiento de la existencia de relaciones de poder entre los sexos, la construcción social de identidades de género, en las que se establece un sistema de jerarquías que ocasionan inequidad, discriminación y marginación.

El posicionamiento del enfoque de género, permite comprender de mejor manera la realidad, las vivencias y necesidades de mujeres o de las personas con identidad de sexo – genérica, posibilitando desde la política orientar procesos de transformación para corregir los desequilibrios existentes, garantizar procesos de restitución de derechos y avanzar hacia la igualdad social. (MSP, 2013).

3.3.1 Modelo de Atención Integral de Salud familiar, comunitario e intercultural – MAIS.-

Este modelo parte de la comprensión de la salud entendida como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (MSP, 2013); el bienestar es posible alcanzarlo por las condiciones sociales y biológicas de la persona y a su vez que permite crear condiciones para el desarrollo integral individual y colectivo.

Para el nuevo modelo que plantea el Ministerio de Salud Pública denominado MAIS, la salud se produce por la acción de algunos determinantes:

- a) Conductuales, que incluye hábitos, costumbres, creencias, actitudes, comportamientos;
- b) Ambientales, que incluye elementos aire, agua, tierra, fuego;
- c) Biológicos, donde interviene genes, edad, género, nutrición, inmunidad, vigor;
- d) Sociales, donde tiene que ver las relaciones familiares, situación financiera, trabajo, comunidad y amigos, libertad personal, valores personales. (MSP, 2013).

A estos condicionantes se suman las consideraciones que el MSP hace retomando la Declaración del Alma Ata de 1977, que identifica como requisitos previos para la salud un

ecosistema estable, justicia social, equidad, educación, alimentos e ingresos; el necesario mejoramiento de la calidad de vida de la población; la relación existente entre el desarrollo económico con el mejoramiento de las condiciones de bienestar y equidad social y el ineludible desafío de transformar las relaciones excluyentes, en procura de alcanzar el bienestar para todos, la solidaridad y equidad social. (MSP, MAIS , 2013, págs. 42-43)

3.3.2 Estrategia de Atención Primaria en Salud - APS.-

Bajo las consideraciones expuestas, el nuevo modelo de salud, se implementa a través de la Atención Primaria de Salud APS, considerada por la Constitución 2008 y el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017, la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud, organizada dentro de los siguientes objetivos:

- Facilitar la inclusión social y la equidad en salud
- Promover sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud
- Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada
- Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes
- Orientar la calidad de la atención y seguridad del paciente
- Fortalecer los recursos humanos en materia de salud

Las actividades básicas de esta estrategia de atención primaria en salud, constituyen la promoción y la prevención de la salud, garantizando el acceso equitativo y continuo a los servicios de salud, adecuados a las necesidades y demandas de la población, en consideración de su pertenencia cultural y origen étnico, del momento de su ciclo vital, de su condición de género y de su ubicación territorial. Estas acciones demandan una articulación intersectorial y la participación ciudadana en procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. Desde la atención primaria se pretende identificar las necesidades individuales de cada persona, a fin de brindar una atención integral en los otros dos niveles de atención, segundo y tercer nivel. (MSP, 2013).

El mecanismo de funcionamiento de la atención primaria en salud es a través de la *epidemiología comunitaria*, que consiste en la generación de espacios de diálogo y

reflexión con la comunidad, que permita conocer la realidad para transformarla, en beneficio de mejorar las condiciones de salud de la población y su calidad de vida, a través de procesos educativos que hagan que las personas y las organizaciones cuenten con información que les permita incidir en los factores que pueden ocasionar enfermedades, posibilitando la generación de condiciones y entornos saludables. Esta actuación demanda la participación ciudadana desde su empoderamiento como sujetos de derechos y como tales, con posibilidad de asociarse para conocer, acordar y evaluar las acciones de salud, constituyéndose en un espacio de veeduría social. (MSP, 2013).

3.3.3 Incorporación del enfoque de interculturalidad en el modelo de salud - MAIS.-

En relación al tema de la interculturalidad, el MSP reconoce la hegemonía del enfoque sanitario occidental y la desvalorización de otros conocimientos y prácticas de salud, principalmente ancestrales, que han limitado el acceso a los servicios de salud de los pueblos y nacionalidades indígenas y en cumplimiento del reconocimiento constitucional del Ecuador como un país intercultural y plurinacional y se plantea el reto de “incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión” (MSP, 2013: 45), lo que supone abrirse a conocer los saberes médicos ancestrales, reconocerlos y respetarlos.

La oferta de servicios de salud debe incluir atenciones con enfoque occidental, en conjunto con atenciones en base a la medicina alternativa o complementaria como lo expresa el Modelo de Atención Integral de Salud:

Reconoce la Gestión y Atención de Salud Intercultural: corresponde a la unidad hacer operativo el mandato constitucional, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando aparición de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables. (MSP, 2013: 46).

3.3.4.- Importancia de la atención en Salud mental y emocional en el Modelo de atención primaria de salud, MAIS.-

En torno al bienestar de la persona, las políticas de salud reconocen el rol fundamental de cuidar de la salud mental de todos los individuos, no solo de aquellos que pudieran presentar trastornos mentales. En este sentido, la salud mental es entendida como:

(...) un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”, desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos. (MSP, 2013, 47).

La atención psicológica se posiciona como fundamental para garantizar la estabilidad física y mental de la población, entendiendo al ser humano en sus dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y políticas. (MSP, 2013).

3.3.5 Excelencia técnica en el Modelo de atención primaria en salud.-

Otra área planteada por las políticas integrales de salud, constituye la investigación científica, la formación al talento humano, que permita alcanzar la excelencia técnica, integralidad y compromiso. Dentro de la profesionalización, se pone énfasis la formación de profesionales especializados en Medicina Familiar y Comunitaria, así como personal con formación técnica que cubran las necesidades del primer nivel de atención; para el segundo y tercer nivel formación de especialistas en diversas áreas de la medicina y para el cuarto nivel, la formación de grandes especialistas e investigadores científicos. (MSP, 2013).

3.3.6 Tratamiento de enfermedades terminales.-

Para los pacientes con enfermedades terminales, la política plantea la incorporación de cuidados paliativos, que atienda las necesidades biológicas, psicosociales, y espirituales para el paciente y su familia, acompañando incluso hasta el momento del duelo. Estos cuidados se pueden brindar en los 3 niveles de atención. (MSP, 2013)

3.3.7 Especificidades para la atención a grupos poblacionales con necesidades especiales de atención.-

Los lineamientos generales de la política pública se aplican a todas las personas de ambos sexos y de diferentes grupos etarios. Para las personas adultas mayores las prestaciones integrales de salud que se organizan de la siguiente manera:

- a) De Promoción
- b) De Prevención
- c) De Recuperación
- d) De Rehabilitación
- e) Visita domiciliaria

En cada una de ellas hay actividades específicas que se realizan con la persona y con la familia, para garantizar una atención adecuada, entre ellas se encuentran:

- ✓ Información y educación.- Se brinda a los miembros de la familia que cuidan de las personas adultas mayores, sobre los temas de: nutrición, salud bucal, buen trato, salud mental, salud sexual, envejecimiento activo, participación social y exigencia de derechos, discapacidad, fomento de espacios saludables, recreativos, con otras instituciones. (MSP, 2007).
- ✓ Determinación de riesgos para la salud.- Se considera la existencia de riesgos biológicos, determinados por desnutrición, enfermedades crónico degenerativas, alimentación no saludable, accidentes por la edad, tuberculosis, demencia senil; riesgos socio económicos, dados por factores de muerte evitable, pobreza, discapacidad, desempleo, violencia intrafamiliar, soledad, abandono, consumo de alcohol, drogas, tabaco, accidentes, hacinamiento, deterioro mental y cognitivo; riesgos ambientales, que hace referencia a condiciones ambientales insalubres, marginales, inseguras, contaminación. (MSP, 2007).
- ✓ Prestaciones de Prevención de enfermedades.- Incluye la realización de varias acciones como: valoración geriátrica integral, identificación de factores de riesgo, diagnóstico de fragilidad, detección de dependencia funcional, valoración de salud bucal, detección de violencia intrafamiliar o discapacidad, consumo de alcohol, tabaco, drogas, vacunación. (MSP, 2007).
- ✓ Prestaciones de Recuperación.- Implica la atención de la patología más frecuente, de síndromes geriátricos, detección de problemas visuales, auditivos, motrices; depresión, ansiedad, asignación de cuidados paliativos en la fase terminal. (MSP, 2007).

- ✓ Prestaciones de rehabilitación.- Se realizan actividades de rehabilitación en caso de fracturas o esguinces; psico rehabilitación con el apoyo de la Comunidad; atención a discapacidades y asignación de ayudas técnicas. . (MSP, 2007).
- ✓ Visita domiciliaria.- Se efectúa para hacer el diagnóstico o seguimiento de pacientes y familias que reportan riesgos o a través de la visita se detectan riesgos; se da seguimiento a problemas de salud, casos de discapacidad grave, problemas de salud mental y asignación de cuidados paliativos; atención a casos de postración. (MSP, 2007).

La atención a las personas toma en consideración 4 escenarios:

- a) a nivel individual, donde se deben considerar las relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que pueden ser factores de protección o de riesgo para la salud
- b) a nivel familiar, se debe observar la existencia de factores de riesgo para la salud, para orientar adecuadamente, dar seguimiento, potencializando prácticas saludables
- c) a nivel comunitario, donde se deberá observar la existencia de condiciones sociales, ambientales saludables
- d) Entorno ambiental o natural, que incluye estrategias de cuidado ambiental para la garantía de la salud.

3.3.8 Análisis comparativo de las políticas públicas de salud de los períodos 2007 y 2013.-

Las políticas públicas de salud para las personas adultas mayores, emitidas en el 2007, tienen como referente principal los principios determinados por la OPS, los mismos que están basados en el envejecimiento activo, como la estrategia de prevención de enfermedades más eficaz. Desde este punto de vista, la salud está confrontada con la enfermedad, tomando en cuenta que las personas que sobrepasan los 65 años, se

encuentran en un momento de su vida, donde existe un proceso de deterioro físico que motiva el apareamiento de enfermedades.

Este enfoque contrasta con las políticas emitidas en el 2013, que tienen un enfoque holístico, que aborda la problemática de la salud en todos los ámbitos del ser humano: físico, mental, espiritual, social, rescatando la importancia de la pertenencia cultural y el necesario respeto a las prácticas y cosmovisiones propias de cada pueblo y cultura. Este enfoque que plantea que la buena salud de una persona, es una consecuencia de la realización plena de su buen vivir, está sustentado en el nuevo modelo de desarrollo ecuatoriano, denominado *Socialismo del Buen Vivir*, amparado legalmente en la Constitución de 2008 y en el Plan Nacional del Buen Vivir, en sus versiones de 2009 – 2012 y 2013 – 2017.

El período de estudio de esta investigación se sitúa en los años 2011 y 2012, 4 años después de aprobada la Constitución de 2008, período de tiempo en el que estaban vigentes las políticas de 2007, a las cuales se alinean las políticas públicas locales de salud y son las que se concretan en el enfoque del *Programa Sesenta y Piquito, activos y saludables*.

Por consiguiente, las políticas públicas de salud emitidas por el Municipio de Quito que se concretan en un Programa de atención a las personas adultas mayores, que responden a un enfoque de atención internacional, centrado en la individualidad, la enfermedad y la necesaria prevención y supresión de la misma, pese a que para la fecha ya estaba vigente un nuevo modelo de Estado, aprobado en la Constitución de 2008, que promueve un enfoque holístico de atención en salud.

Cuadro N°2

Cuadro comparativo de las Políticas Públicas Nacionales de Salud emitidas en los años 2007 y 2013

Ámbitos	2007	2013
Base Legal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constitución 1998 ▪ Código de salud, Ley del Anciano y demás leyes afines ▪ Convenios internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constitución 2008 ▪ Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017 ▪ Código de salud, Ley del Anciano y demás leyes afines ▪ Convenios internacionales
Objetivo De la política	Orientar las intervenciones de los diferentes actores en el proceso de salud enfermedad del grupo de adultos y adultos mayores, aplicando el conocimiento científico y los enfoques de género, étnico e intercultural, generacional y territorial, que permitan asegurar un envejecimiento saludable activo y productivo de la población	Garantizar la salud de la población, a través de la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales Para ello es necesario la existencia de condiciones conductuales, ambientales, biológicas, sociales.
Estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción de salud ▪ Vigilancia, prevención y control de enfermedades ▪ Acciones de recuperación y rehabilitación de la salud 	Atención Primaria en Salud, a través de acciones de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción y la prevención de la salud, ▪ Acceso equitativo y continuo a los servicios de salud, adecuados a las necesidades y demandas de la población, en consideración de su pertenencia cultural y origen étnico, del momento de su ciclo vital, de su condición de género y de su ubicación territorial. ▪ Articulación intersectorial ▪ Participación ciudadana ▪ Identificación de las necesidades individuales de cada persona
Sustento teórico	Lineamientos de la OPS	Desarrollo Humano, Buen Vivir, Lineamientos de la OPS
Enfoques	Envejecimiento activo	De Derechos, Género, Interculturalidad
Lineamientos	Salud Participación Seguridad	Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación, Visita domiciliaria

Fuente: MSP, 2007 / MSP, 2013

Elaboración: Autora

3.4 Comportamiento de las Políticas públicas de Inclusión Social para la población adulta mayor.-

Durante el período de estudio de esta tesis, que son los años 2011 – 2012 en el sector de Inclusión Social, se vive un proceso de ajuste y modificación de las políticas públicas existentes para la Población Adulta Mayor, en razón de dar cumplimiento a las demandas Constitucionales generadas en el 2008, a partir de la definición del Buen Vivir, como la característica fundamental del modelo de desarrollo ecuatoriano.

Para conocer el comportamiento de las políticas públicas de inclusión social para la población adulta mayor, es necesario abordar el estudio de aquellas políticas diseñadas antes del año 2011 y aquellas emitidas después del 2011, que corresponde al año de estudio de esta tesis.

3.4.1 Políticas públicas nacionales de inclusión social, emitidas antes del año 2011.-

La característica principal de las políticas públicas nacionales de inclusión social para población adulta mayor, antes del año 2011, es la focalización de servicios para población en situación de pobreza y pobreza extrema, un enfoque propio de un modelo de Estado asistencialista, que busca paliar la situación de los grupos en extrema situación de necesidad económica fundamentalmente.

Los servicios que hasta entonces brindaba el Estado estaban orientados a la asignación de un bono, denominado *Bono de Desarrollo Humano*, exclusivamente para población en situación de extrema pobreza. Otro tipo de servicios fueron los de acogimiento institucional, para personas adultas mayores abandonadas, pobres y sin referente familiar, en situación de vulnerabilidad.

Desde el año 2008, el MIES modificó la política de focalización de la ayuda económica para las personas adultas mayores pobres o extremadamente pobres y la amplió para todas las personas, que independientemente de su condición de clase social, se encuentren desprotegidas económicamente de una pensión jubilar.

Es así que desde aquel año, el MIES decidió la asignación de una Pensión Jubilar No Contributiva para todas las personas que han cumplido 65 años y que no gozan de una pensión jubilar, bajo el criterio que el Estado les retribuye su aporte brindado al desarrollo del país, a través de la asignación de una pensión mínima de \$ 35 dólares, para cubrir necesidades mínimas. Este monto en el 2013, aumentó a \$ 50 dólares. (Calahorrano, 2013)

Otra política estaba orientada hacia la protección de las personas adultas mayores que habían sido violentadas en sus derechos. Esta intervención la hacía el MIES a través de la *Procuraduría del anciano*, instancia donde se receptaban denuncias de maltrato a las personas adultas mayores y se disponían medidas y acciones de protección de derechos.

Estas eran las acciones que desde la visión de la entonces Directora del Adulto Mayor, Dra. Narcisa Calahorrano, el MIES venía ejecutando como parte la aplicación de la política pública.

3.4.2 Pasos previos a la emisión de Políticas de Inclusión Social en el período 2011 – 2012.-

Durante este período desde el sector de Inclusión Social se revisan las políticas existentes y se plantea un proceso de diseño de nuevas políticas, que den respuesta efectiva a las necesidades de atención de las personas adultas mayores, las mismas que era necesario conocer con precisión.

Para obtener mejores contenidos de política pública, el MIES emprendió en un diagnóstico sobre la situación de la población adulta mayor en el país, tomando como referencia la información demográfica evidenciada en el censo de 2010, luego realiza un estudio específico denominado Diagnóstico Situacional de la Población Adulta Mayor y organiza el Congreso de Adultos Mayores, donde obtiene de forma directa de las personas adultas mayores información sobre sus necesidades de política pública.

El comportamiento demográfico identificado en el Censo de 2010, revela un preocupante problema, que es la tendencia del crecimiento poblacional de las personas mayores de 65 años y el decrecimiento poblacional de las nuevas generaciones.

El Diagnóstico Situacional de la Población Adulta Mayor y el Congreso de Adultos Mayores que hizo el MIES, evidencian que el crecimiento poblacional se ubica principalmente en la población femenina con las complejidades que este grupo social tiene por su menor nivel de escolaridad, menor acceso al trabajo y por ende a la seguridad social, por lo que carece de una pensión jubilar, incidiendo en la precarización de las condiciones de vida de esta población.

A esta situación se suma el que muchas personas adultas mayores continúan aportando económicamente a sus familias. Según información proporcionada por la Dra. Narcisa Calahorrano, este apoyo económico se evidencia en que la persona adulta mayor acoge en su vivienda a sus hijos, nietos, y sigue sustentando la economía de los hijos, siendo muy pocas las personas adultas mayores que se sustentan con los aportes de los hijos.

Otro de los hallazgos importantes constituye la cantidad de personas que cuentan con seguridad social que asciende a casi el 40%, mientras que queda un 60% que no cuenta con seguridad social que les aporte con una jubilación, estando desamparadas de un ingreso económico que les permita sobrevivir.

Una gran deficiencia identificada en aquella época fue la carencia de personal especializado para la atención del cuidado de las personas adultas mayores en las instituciones y la ausencia de ofertas de formación profesional en este campo.

El 90% de los servicios institucionales para población adulta mayor son privados y el 10% son públicos, con su capacidad de atención cubierta en su totalidad, lo que deja fuera una gran cantidad de población sin referentes familiares sin recursos que no puede acceder a estos servicios, quedando en el desamparo.

Finalmente, este diagnóstico se nutrió de acciones de investigación científica sobre la problemática de las personas adultas mayores, haciendo efectivo un mandato contemplado en la Ley del Anciano de creación de este espacio de investigación científica, IINGER, Instituto de Investigaciones Gerontológicas, con funcionamiento en Vilcabamba.

3.4.3 Políticas Públicas Nacionales de Inclusión Social en el período 2011 – 2012.-

Los aportes de política pública generados en el período de estudio, conservan los criterios de focalización para población en situación de pobreza y pobreza extrema del período anterior, a través de la continuidad de la asignación de la Pensión Jubilar No Contributiva - PJNC, al 60% de la población que no cuenta con una pensión jubilar, por el tiempo de vida que tenga esa persona, independientemente de su pertenecía a una clase social determinada. Se incorporó la asignación de 2 PJNC a la familia como apoyo en los gastos mortuorios que ascendía a \$70 dólares, más un Seguro de Vida de \$500, destinados a beneficio de la persona que cuidó de la persona adulta mayor. (Calahorrano, 2013)

Un aspecto importante a considerar en las políticas públicas es el mandato constitucional de la obligatoriedad del Estado de generar empleo para las personas adultas mayores, según sus capacidades. Al respecto se consultó a la Dra. Calahorrano qué se hizo durante el 2011 y 2012, informando que se diseñaron estrategias para motivar el emprendimiento, como por ejemplo el que las personas adultas mayores cuenten con un fondo o capital semilla que les permita iniciar su emprendimiento, asesorados por la entonces Subsecretaría de Economía Popular y Solidaria del MIES. Estos fondos eran los provenientes de la pensión jubilar no contributiva que se les asignaba el valor de 2 años reunidos, lo que ascendía a \$840,00 dólares, de esta manera podían invertir este dinero en un negocio.

La política pública incorpora el principio de universalización de los servicios para toda la población adulta mayor, aunque conserva el énfasis de atender a los sectores populares con mayor preferencia.

En este sentido se emiten políticas relacionadas con la vivienda, reducción de impuestos y servicios básicos, calidad de los servicios, promoción de derechos, con la incorporación de los enfoques de género e interculturalidad.

Dentro de la línea política de protección social a las personas adultas mayores que carecen de vivienda, mediante coordinación con el MIDUVI, se asignó viviendas populares y se les consideró sujetos de crédito, un criterio que antes no había.

Otra medida de protección económica a la población adulta mayor impulsada desde el gobierno central, ha sido la reducción en el cobro de impuestos para las personas adultas

mayores, en un 50% a los servicios básicos, de transporte, ingreso a eventos, así como garantizar el acceso prioritario a los servicios de salud y cubrir los gastos mortuorios, así como el apoyo económico a las familias.

Un tema que se posiciona fuertemente en el MIES para la garantía de derechos en aquel período, es el mejoramiento de la calidad de los servicios de acogimiento institucional para personas adultas mayores. Estos servicios en un 90% son privados y para su funcionamiento requieren de un permiso asignado por el ente rector, que en este caso es el MIES, lo que supuso, la necesidad del fortalecimiento de su rol de rector y garante del ejercicio de derechos, para establecer estándares de calidad que orienten la calificación de los servicios, tanto en su infraestructura, cuanto en el modelo de funcionamiento, a través de la definición de estándares de calidad.

A fin de ir superando la enorme brecha existente en la oferta de servicios públicos y privados, el MIES avanzó en el diseño de Centros de excelente calidad para personas adultas mayores, con un modelo de gestión de calidad en el servicio, que constituye en un referente institucional de atención de excelencia, tanto para el ámbito público como privado.

A la tradicional modalidad de acogimiento institucional permanente, conocida como los asilos, se diseñaron nuevas modalidades de atención como la modalidad diurna para aquellas personas que viven con sus familias y que requieren de un espacio diario de socialización, para evitar el problema de la soledad y con oferta de talleres ocupacionales, para uso del tiempo libre con actividades recreativas y de socialización. (Calahorrano, 2013)

3.4.3.1 Ejes transversales en la política pública de inclusión social.-

La corresponsabilidad familiar y comunitaria es uno de los ejes transversales de la política pública, en el que muy poco se ha avanzado a criterio de la Dra. Calahorrano, lo que revela que este es un tema pendiente. Todavía la prestación de servicios de inclusión social se queda en los individuos, y la familia entrega al Estado la responsabilidad del cuidado de su adulto/a mayor y se desentiende.

De ahí que uno de los objetivos de la política de Inclusión Social en aquel período fue posicionar de forma positiva la existencia de personas adultas mayores en la sociedad, destacándose su valor por haber contribuido al país y a sus familias a lo largo de su vida y así evitar el maltrato que de forma frecuente sufren por parte de sus familiares y de la sociedad, así como el abandono, la desvalorización y el rechazo.

Otro eje transversal de la política es la *contención familiar de las personas adulta mayores*, a fin de incidir positivamente en la disminución de la problemática de abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares. La Agenda de Igualdad para adultos mayores promueve el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y por tanto, a los derechos que de ellos se desprenden, fortaleciendo las relaciones familiares, para que los adultos mayores sean asumidos para su cuidado por sus hijos, hijas, nietos, nietas y todos los integrantes de su familia que ellos engendraron (MIES, 2011). Las acciones realizadas por el Estado para evitar el abandono de las familias que viven y sufren las PAM en las diferentes clases sociales a las que ellos pertenecen, se concentraron en el posicionamiento de las personas adultas mayores como sujetos de derechos y como parte de la familia, a fin de lograr la contención de las personas adultas mayores en sus hogares. (Calahorrano, 2013).

Otro eje transversal de la política pública constituye la *Promoción y visibilización de las personas adultas mayores en la sociedad*, enfoque que durante el período de estudio, cobra gran importancia, debido a que fue este posicionamiento el que motivó a que desde el gobierno local de Quito, se promueva la creación del Programa Sesenta y Pi Quito, activos y saludables y se realicen importantes eventos conjuntos entre el gobierno central y el local, lo que demuestran el impulso que cobra el tema en las agendas políticas, como la celebración del día mundial de la salud, el 7 de abril del 2012, que se lo dedicó a la salud del adulto mayor donde se hizo un gran evento junto con el Municipio y el Ministerio de Salud y se movilizaron 5000 adultos mayores en la ciudad de Quito, lo que despertó el interés en el tema. (Calahorrano, 2013)

La política pública de inclusión social, ha desplegado importantes esfuerzos para *el desarrollo de capacidades y talentos de las personas adultas mayores*, en tanto ha emprendido acciones para la recuperación de saberes y talentos. Para dar cumplimiento a

este propósito se diseñan Proyectos de investigación desde el Instituto de Investigaciones Gerontológicas - IINGER, que permitan la recuperación de los saberes.

El Enfoque de Género es otra de las consideraciones a tomar en cuenta en el diseño de la especificidad de los programas para personas adultas mayores, a tomar en cuenta por el creciente número de mujeres que asisten a los servicios, demanda que se tome en cuenta sus especificidades personales, económicas, sociales, culturales. (Calahorrano, 2013).

Al ser declarado el Estado multicultural y pluriétnico, el *enfoque de interculturalidad* es clave en la política pública. Los mecanismos que permiten el ejercicio de derechos deben garantizar pertinencia cultural en los Servicios, como mecanismos de implementación de la política. Al respecto, durante el período de estudio, los avances efectuados están dados en la arquitectura de los servicios, que está adaptada a las condiciones climáticas, más no al desarrollo de un modelo de gestión que observe la pertinencia cultural de las personas atendidas, que todavía no se ha logrado diseñar desde la política pública de inclusión social. (Calahorrano, 2013)

Uno de los avances en este tema está en la consideración que la ciudad de Quito es un espacio de convergencia de múltiples culturas nacionales y extranjeras la convierten en una ciudad metrópoli, donde la cultura predominante es la cultura occidental, llamada por la Dra. Calahorrano: *cultura urbana*; sin embargo en los espacios de interacción social, las personas que pertenecen a un grupo étnico pueden expresarse conforme a los elementos de su identidad cultural, sin que por ello sean excluidos, sino más bien incluidos en el respeto de esa diversidad, lo que ya constituye un avance aunque pequeño en la incorporación del enfoque de interculturalidad.

La incorporación de la interculturalidad en los modelos de prestación de servicios para la población adulta mayor que observen los patrones culturales de la población atendida, así como su idioma, es todavía un tema por desarrollar.

Otro enfoque a posicionar en las políticas públicas es el del *Desarrollo personal de las personas adultas mayores*. Las iniciativas generadas desde el MIES para dinamizar la participación de las personas adultas mayores en su propio proceso de desarrollo personal, ha sido el impulso dado para que continúen efectuando sus estudios universitarios, si así lo

deciden, rompiendo la barrera de la edad para continuar en su formación. De esta manera, en Cuenca, se abrió una carrera para que ingresen a estudiar personas adultas mayores, habiéndose graduado 12 personas en el año 2012 y habiendo obtenido su título de tercer nivel. (Calahorrano, 2013)

3.4.3.2 Aplicación de la política pública nacional de inclusión social en los servicios para Personas Adultas Mayores, financiados por el MIES.-

Para conocer de qué manera los servicios de inclusión social para personas adultas mayores se brindan desde el gobierno central y se alinean con la política pública, se consultó a la Señora Dra. Catalina Garcés, Directora Nacional de Población Adulta Mayor del MIES ¹².

Según la Dra. Garcés, la política pública se implementa a través de servicios que desde el propio gobierno central se oferta para las personas adultas mayores. Estos servicios se brindan a través de 4 modalidades: residencia, espacios alternativos, atención en el día y atención domiciliaria. En estos espacios se realizan actividades educativas, de recreación, deporte, arte y cultura, acogimiento institucional permanente en los servicios residenciales; protección y restitución de derechos cuando el caso amerita. Según la Dra. Catalina Garcés se está posicionando fuertemente el trabajo con las familias para sostener a las personas adultas mayores en sus hogares y para que sepan cómo cuidarlos, procurando que el servicio de salud, para las personas que no pueden moverse, llegue al domicilio.

Los servicios tienen una cobertura de alcance muy bajo en la población adulta mayor: “La cobertura actual de servicios apenas llega 3% en el 2013; el reto es aumentar y que cada vez sean más las personas beneficiadas”. (Garcés, 2014). Las personas que mayormente son beneficiadas son aquellas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. A criterio de la Dra. Garcés los servicios deben atender a personas pertenecientes a otras clases sociales media y alta, con quienes se puede trabajar temas de derechos, bajo el criterio de universalización de la política pública.

¹² Dra. Catalina Garcés, Directora Nacional de Población Adulta Mayor del MIES, desde septiembre de 2013, a inicios del 2014, sigue en funciones.

La intencionalidad de los nuevos enfoques de política pública para población adulta mayor buscan atender la problemática de estas personas, independientemente de su condición económico – social, un desafío a seguir que implica, superar las brechas existentes en la población en situación de pobreza y pobreza extrema respecto a la satisfacción de sus necesidades básicas con población de clase media o alta que ha resuelto estas necesidades; pero que sin embargo presenta problemáticas comunes como el abandono, la soledad, el deterioro físico.

3.4.4. Resumen de los aportes de la política pública de inclusión social.-

En el sector de inclusión social es evidente que en el período de estudio 2010 – 2011, existe un proceso de superación del enfoque asistencialista en la intervención del Estado hacia el posicionamiento de un enfoque garantista de derechos, que de apoco va cobrando terreno. Un gran avance constituye la consideración de desprotección económica de las personas adultas mayores que no cuentan con una pensión de jubilación y por ende la asignación de una pensión jubilar no contributiva, sin criterios de discriminación por la pertenencia a una clase social dada.

Sin embargo que la medida es positiva, el monto de \$50 dólares, es mínimo y no garantiza en absoluto una vida digna para las personas adultas mayores, por lo que deberá ser revisada.

Una política importante que garantiza derechos constituye el fortalecimiento del sistema de control de calidad de los servicios que se ofertan, tanto en el sector público como en el privado, a través de la verificación del cumplimiento de estándares e indicadores de calidad del servicio, un proceso innovador y necesario.

En este sector se observa avances hacia la visibilización de las personas adultas mayores como sujetos de derechos y actores importantes en la sociedad.

Cuadro N°3

Resumen

Aportes a la política pública de población adulta mayor, en el período 2011 - 2012

Acciones Realizadas	Mecanismos de concreción
Pensión Jubilar No Contributiva - PJNC, a quienes no cuentan con una pensión jubilar	<ul style="list-style-type: none">• Al 2011 y 2012 asignación de \$ 35 dólares• Al 2013 asignación de \$ 50 dólares
Apoyos familiares para gastos mortuorios y Seguro de Vida, asignado al cuidador de la PAM	<ul style="list-style-type: none">• Asignación de 2 PJNC (\$ 35 x 2) 2011 y 2012 / (\$ 50 x 2) 2013• Seguro de Vida \$ 500
Mejoramiento de la calidad de servicios de acogimiento institucional	<ul style="list-style-type: none">• Asignación de Permisos de Funcionamiento• Profesionalización del Personal• Diseño de Modelo de gestión de calidad
Apoyo a micro emprendimientos	<ul style="list-style-type: none">• Asignación de 2 años reunidos de PJNC
Participación de las PAM en el diseño de la Política Pública	<ul style="list-style-type: none">• Eventos donde se recogieron sus necesidades
Visibilización de las PAM en la Sociedad y la Familia	<ul style="list-style-type: none">• Acciones de promoción de las PAM como sujetos de derechos
Consideración de PAM como sujetos de crédito para acceso a la vivienda	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación con MIDUVI y el IESS
Reducción de los Impuestos	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación con SRI, Municipios
Reducción del 50% en el pago de los servicios básicos, transporte y espectáculos públicos	<ul style="list-style-type: none">• Cobro del 50%

3.4.5 Agenda de Igualdad, un documento de política pública de inclusión social, período 2012 - 2013.-

La política pública actual del MIES guarda relación con el Plan Nacional del Buen Vivir (2013 – 2017), dentro del siguiente objetivo y línea de política:

Objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.

Política 2.6. Garantizar la protección especial universal y de calidad, durante el ciclo de vida, a personas en situación de vulneración de derechos.

Literal a) Desarrollar y fortalecer los programas de protección especial desconcentrados y descentralizados, que implican amparo y protección a personas en abandono, en particular niños, niñas, adolescentes y adultos mayores y que incluyen la erradicación de la mendicidad y el trabajo infantil.

Política 2.8. Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia.

Literal f) Estructurar un sistema nacional de cuidados que proteja a los grupos de atención prioritaria en todo el ciclo de vida, particularmente en la infancia, para facilitar una vida digna a los adultos mayores y a las personas con discapacidad, con enfoque de género y pertinencia cultural y geográfica. (MIES, 2013).

Finalidad.- La política pública busca promover el desarrollo al máximo de las potencialidades de las personas adultas mayores y de sus familias, para que puedan tomar sus propias decisiones en base a sus visiones y opciones de vida. MIES, 2011)

Un aspecto fundamental a superar y que lo plantea la política es el reconocimiento y respeto a la diversidad de las personas. (MIES, 2011).

Enfoques.- Dentro de este mandato, la política de inclusión tiene como fundamento el *enfoque de derechos*, posicionando a la persona adulta mayor como sujeta de derechos, ciudadano/a de una nación, activa, positiva, saludable. (MIES, 2013). Reconoce como valor supremo:

El respeto a la vida, a la dignidad inherente a toda persona y, por tanto a los derechos que de ellos se desprenden; promueve el fortalecimiento de las relaciones familiares, para que los adultos mayores sean asumidos por sus hijos, hijas, nietos, nietas y todos los integrantes de la familia que ellos engendraron. (MIES, 2011: 16).

Principios.- Bajo el principio de corresponsabilidad, la política asigna a las mismas personas adultas mayores, a las instituciones, organizaciones, familia, entorno social en general, el deber de apoyar y defender su integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual. (MIES, 2011).

La política pública ecuatoriana para población adulta mayor, guarda relación con los principios reconocidos por Naciones Unidas para este grupo de edad, que son: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización, Dignidad y se encuentra estructurada en base a tres ejes vertebradores: a) Protección Social Básica; b) Protección Especial; c) Participación Social. (MIES, 2011).

Cuadro N° 4

Ejes de la Política Nacional de Inclusión Social para Población Adulta Mayor

Eje	Políticas
Protección Social Básica	<ul style="list-style-type: none">• Asegurar a las personas adultas mayores, el acceso a servicios de salud integral oportuna y de calidad• Promover una educación continua, aprendizajes y reaprendizajes permanentes de las personas adultas mayores• Asegurar el acceso de las personas adultas mayores al medio físico, vivienda digna y segura, transporte y servicios básicos• Fomentar la inclusión económica a través del acceso a actividades productivas que generen ingresos• Promover prácticas de cuidado a las personas adultas mayores con estándares de calidad• Garantizar la universalización del derecho a la seguridad social de las personas adultas mayores
Protección Especial	<ul style="list-style-type: none">• Prevención, protección y atención en todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual, laboral, económica, abandono sin referencia familiar, trata con fines de mendicidad o cualquier otra índole, negligencia y discriminación que provoquen tales prácticas
Participación Social	<ul style="list-style-type: none">• Promover la actoría de las personas adultas mayores en el ámbito familiar y comunitario

Fuente: (MIES, 2011).
Elaboración de la autora

CAPÍTULO IV

APLICACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL, PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR QUE HABITA LA CIUDAD DE QUITO

4.1 Antecedentes.-

El mecanismo a través del cual las políticas públicas nacionales logran concretarse, son los servicios públicos o privados que se brinda a la población, para satisfacer sus necesidades y que operan en el ámbito de lo local.

Estos servicios son administrados por el gobierno central, a través de sus instancias de intervención territorial como son las direcciones locales; o son administrados por los Municipios, siempre y cuando la ley le faculte la administración de esta competencia.

Los servicios brindados por el gobierno central o el gobierno local, deben guardar coherencia y correspondencia con las políticas nacionales. Una forma de constatar esta relación es a través de la revisión de los Programas o Proyectos que son los que organizan las prestaciones.

En el caso de la ciudad de Quito, los servicios para la población adulta mayor los brinda el gobierno central a través de sus diferentes carteras de Estado como el Ministerio de Salud, a través de los Hospitales, Centros o Subcentros de Salud; el MIES con servicios institucionales que son administrados de forma directa o por instituciones privadas con quienes tiene convenios.

El gobierno local amparado en la facultad que le otorga la COOTAD de intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, atiende a la población adulta mayor, a través del Programa *Sesenta y Pi Quito, Activos y Saludables*, orientado a las personas adultas mayores y con discapacidad, que procura aportar a la satisfacción de sus necesidades básicas.

Para conocer el contenido de este Programa y su mecanismo de funcionamiento, fue necesario dentro realizar una investigación de campo, que implicó la recopilación y estudio de documentos institucionales donde consta las consideraciones teóricas para el diseño del Programa y que dan cuenta de su funcionamiento, metodología empleada y resultados alcanzados.

La investigación de campo se complementó con la aplicación de entrevistas a profundidad efectuadas a autoridades claves y funcionarios públicos que, tanto en el gobierno central como local, han tenido como su responsabilidad el diseño, la aplicación de la política pública y la prestación de servicios, dentro del ejercicio de sus funciones durante el período de estudio 2011 - 2012, que es el período de estudio de esta investigación; así como autoridades actuales y funcionarios públicos que dieron referencia de lo sucedido en aquel período de tiempo facilitando información que permitió contrastar la evolución de la política, hasta los actuales momentos.

Dentro de esta investigación, se tomó en consideración la visita a los servicios que se brindan a la población adulta mayor, donde se aplicó la técnica de la observación directa y conversatorio con los usuarios para conocer su punto de vista con la técnica de grupo focal.

Del análisis realizado, se resaltan los siguientes hallazgos respecto a los cambios generados y efectos de la aplicación de las políticas públicas para la población adulta mayor:

4.2. Aplicación de las políticas públicas para población adulta mayor, en el sistema nacional de salud.-

Los Servicios públicos de salud constituyen el mecanismo por el cual los contenidos de la política pública se concretan con la ciudadanía que los demanda. Estos servicios son gratuitos y se brindan a través de la red de hospitales públicos, que se rigen en base a normas y protocolos de atención, pero que no cuentan con áreas o procedimientos específicos para atención a la problemática de las personas adultas mayores, por lo que a criterio de la Dra. Arias, Directora Nacional del Adulto Mayor, se

deben crear áreas específicas en los hospitales para pacientes agudos, que atienda patologías de las PAM. (Arias, 2013)

Mediante entrevista aplicada a la Dra. Susana Tito, gerente del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor – HAIAM¹³, se pudo conocer que desde junio del 2012, el país cuenta con un hospital geriátrico, ubicado en el norte de Quito, siendo el segundo en Latinoamérica, que está en capacidad de atender la problemática de las personas adultas mayores. Este hospital antes del 2012 se llamaba Geriátrico, pero lejos de ser un servicio para personas adultas mayores, cumplía las funciones de leprocomio y manicomio. Actualmente es un sitio de referencia y de estadía media solo para personas adultas mayores y tiene los servicios de: a) consulta externa especializada; b) hospitalización donde hay 3 modalidades: servicios de recuperación funcional, agudos y paliativos. c) Hospital del Día, donde funciona la clínica de memoria, clínica de caídas y clínica funcional. (Tito, 2013)

4.2.1 Posibilidades de acceso a los servicios de salud para PAM.-

Los servicios de salud son ofrecidos por el Estado a través del MSP, IESS, ISFA, donde se atienden los síndromes geriátricos y a través de la Dirección de Discapacidad del MSP, se atienden las necesidades de las PAM que sufren discapacidad.

A fin de garantizar el acceso a los servicios no solo de salud sino de todas las áreas, la Dra. Arias indica que se están haciendo actividades de geo referenciación de todos los servicios para la población en un determinado territorio, a fin de facilitar el acceso, o que supone una lógica de coordinación interinstitucional. (Arias, 2013)

4.2.2 Problemática de los servicios de salud para PAM.-

Está caracterizada por la ausencia de servicios especializados para personas adultas mayores, a la que se suma la insuficiencia de personal médico y técnico formado para

¹³ Ver Anexo 7

brindar una atención de calidad, muestra de ello es que en el país existen solo 18 médicos gerontólogos.

Las personas adultas mayores hospitalizadas se deterioran por factores emocionales que no son tratados por personal especializado, lo que incide negativamente en el deterioro de las personas adultas mayores en casos de hospitalización, que requieren de apoyo emocional. La recuperación no es solo física, sino psíquica, se ahí que la Directora Nacional del Adulto Mayor del MSP, identifica que se necesita que las adaptaciones que se hagan a los espacios de salud, no sean solo en infraestructura, sino en formación al personal, posibilitando que atiendan terapéuticamente a los pacientes, brindándoles apoyo emocional.(Arias, 2013)

La ausencia de personal técnico para la atención a las personas adultas mayores, revela otra problemática, que es la inexistencia de una oferta de Institutos de Educación Superior que formen cuidadores, con nivel de tecnólogo como existe para la atención a la niñez. (Tito, 2013)

4.2.3. Servicio de salud especializado para PAM.-

La única atención especializada para las personas adultas mayores, en Quito y en el país se brinda en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor - HAIAM, donde se ofrece una atención integral, con personal profesional formado desde diferentes escuelas geriátricas y gerontológicas, que comprenden que el bienestar de las personas se genera en las dimensiones biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales.

La integralidad está garantizada a través de la coordinación con otras instituciones públicas, que desde su oferta de servicios cubren las necesidades de la población.

Una particularidad interesante del Hospital HAIAM, es que constituye el único espacio de salud, para el aprendizaje especializado sobre la problemática, atención, cuidado y terapia de las personas adultas mayores, de ahí que sea un sitio al que acuden desde diferentes instancias de educación superior como enfermería, terapia física,

ocupacional, respiratoria, terapia de lenguaje, medicina, para el reforzamiento de la formación profesional de sus estudiantes. (Tito, 2013)

Se trata de un servicio hospitalario de segunda estancia, es decir, que recibe a pacientes que han sido intervenidos en los grandes hospitales, para que pasen aquí su período de recuperación, o para acompañarles en sus procesos terminales si es el caso. Sin embargo, su gerente indica que se debe mejorar el equipamiento, de manera de poder resolver en este mismo espacio eficientemente, necesidades de diagnóstico o seguimiento de los procesos de los pacientes, que actualmente se lo hace en coordinación con otras instituciones, con la consiguiente incomodidad para el paciente.

Desde este servicio se efectúa un importante trabajo con las familias para garantizar la recuperación de la persona adulta mayor, donde se forma al cuidador familiar que está a cargo de la persona adulta mayor para obtener mejores resultados. (Tito, 2013)

Como parte del proceso de recuperación de los pacientes, se organizan clubes del adulto mayor, donde se hacen actividades de bailo terapia, giras de observación, reuniones de intercambio de grupos y estas actividades las hacen planificando con las familias. Uno de los aportes del MSP a las familias que tienen a su cargo el cuidado de sus adultos/as mayores, constituye un manual de atención a las PAM que es para el uso del cuidador, porque en su criterio, “la familia asume el cuidado, pero nadie le enseña cómo hacerlo, las familias van aprendiendo de los errores, por lo que se diseñó esta herramienta que ayude en el cuidado”. (Arias, 2013, s/p).

Una de las acciones que aporta al bienestar de la población atendida constituye, la ejecución de proyectos importantes de adecuaciones del espacio físico con ambientaciones de la época de hace 60 o más años y de diferentes espacios, a fin que las personas adultas mayores recuerden sus vivencias, acompañado de música de fondo, acorde a su tiempo y cultura. (Tito, 2013)

En relación al enfoque cultural con el cual se brinda el servicio de atención médica, la Dra. Tito identifica a la cultura occidental como el dominante, aunque reconoce los aportes que pueden dar a la salud, terapias alternativas como el reiki, taichí, masajes, acupuntura o digitopuntura. Esta valoración no es igual con la sabiduría ancestral a la que

no asigna valor porque en su criterio, la persona adulta mayor tiene mucha complejidad y las hierbas causan complicaciones e interaccionan con medicamentos, por lo que no se usa hierbas. La condición social de la población atendida es de pobreza o pobreza extrema, desnutrición, con enfermedades crónicas no tratadas y con mayor posibilidad de discapacidad, por lo que las posibilidades de curación son mínimas, de ahí que se use solo medicina occidental para la intervención médica. (Tito, 2013)

La participación de la Comunidad en la prestación de servicios de salud, constituye un elemento muy importante para el fortalecimiento de la calidad del servicio. Al respecto la Dra. Tito indica que el Hospital del Adulto Mayor – HAIAM, es un espacio abierto para que muchas instituciones ingresen, hagan sus prácticas y trabajen con los pacientes. Entre las actividades que se realizan están las artísticas, educativas, formativas, sobre temas de cuidado al adulto mayor. Como ejemplos menciona las acciones realizadas por el Centro de cuerdas y voces, para involucrar a los pacientes en actividades de música; otro ejemplo son los procesos de formación a cuidadores en prevención de caídas, como los realizados con el Programa Sesenta y Piquito; o la coordinación con el Ministerio de Educación para actividades de alfabetización. (Tito, 2013)

4.2.4 Desafíos en los servicios de salud a nivel nacional.-

Los dos aspectos donde se ha identificado que es necesario intervenir en el sector salud, son:

- a) Mejoramiento de los servicios.- Lo que supone un cambio de visión en los tomadores de decisiones, hacia un proceso de reconocimiento de la importancia de la persona adulta mayor como sujeto de derechos, por el simple hecho de existir, más allá de su capacidad productiva, criterio que según la Dra. Tito determinó que las políticas hayan priorizado otros grupos sociales, postergando a las personas adultas mayores e inclusive que la atención a las personas adultas mayores se ubique como una categoría epidemiológica, igual que las enfermedades infecto contagiosas como lo sucedido con las políticas de 2007 y no como una política de atención normal.

- b) Incorporación del enfoque de interculturalidad en la prestación de servicios, un tema pendiente todavía porque en a criterio de las autoridades de salud “el MSP actúa a través de evidencias científicas, lamentablemente la medicina originaria no se desarrolla en ese nivel” (Arias, 2013). Los únicos avances en este tema que ubica la Dra. Tito es la señalética en español y kichwa que existe en el Hospital de Atención al Adulto Mayor y la presencia de personal kichwa parlante que ayuda en la traducción cuando se requiere.

4.3 Análisis sobre la aplicación de las políticas públicas de salud en la población adulta mayor en la ciudad de Quito a través del gobierno local¹⁴.

La política pública tiene su forma de concreción a través de la prestación de servicios. Para la población adulta mayor los servicios son principalmente de salud, inclusión social, recreación. En salud, durante el período de estudio 2010 - 2012, el Municipio de Quito efectuó un giro al enfoque de los Programas de atención a las personas adultas mayores.

Según información proporcionada por la Dra. Cecilia Tamayo, Secretaria de Salud durante el período comprendido entre el 2009 al 2011, las autoridades del Municipio de Quito decidieron reestructurar la prestación de servicios a la población adulta mayor, en lo que tiene que ver con el Seguro Metropolitano de Salud, en razón de dar cumplimiento al mandato constitucional de 2008, que señala que la única instancia responsable del aseguramiento social es el IESS.

El Municipio de Quito hasta antes de la administración del Alcalde Augusto Barrera, había mantenido un Seguro Metropolitano de Salud para las personas adultas mayores y personas con discapacidad, que no tenían aseguramiento social; en base a la modificación institucional que establece la nueva Constitución del 2008, esta prestación de servicio debía desaparecer, razón por que el Alcalde Barrera, solicitó a la Secretaria de Salud la reforma al Seguro Metropolitano de Salud y la reasignación de los recursos para

¹⁴ La investigación de este tema implicó la revisión de documentación proporcionada por la Secretaría de Salud del Municipio de Quito, correspondiente a una consultoría que diseñó en sus inicios el Programa Sesenta y Piquito; así como una entrevista concedida por la Dra. Cecilia Tamayo, Secretaria de Salud durante el período 2009 – 2011 y 2013, quien dirigió el diseño del Programa en mención.

una intervención integral a la población adulta mayor y población con discapacidad a través de un Programa único . (Tamayo, 2013)

A este factor de revisión del Seguro Metropolitano de Salud, debe sumarse la consideración efectuada para entonces por las instancias municipales de inclusión social y salud, respecto a la situación de exclusión social de la población adulta mayor y de las personas con discapacidad, caracterizada por serias dificultades en el acceso a los servicios de salud, ya sea por sus condiciones personales o por la frecuencia con la requieren para el consumo de fármacos, rehabilitación o cuidados, sumado al crecimiento poblacional de personas de más de 65 años en esta época, que son factores que motivan el diseño de un cambio en la prestación de servicios para estos dos grupos poblacionales. (Forero, 2010).

Otra consideración de peso constituyó la valoración del crecimiento demográfico de la ciudad de Quito, que reviste un grave problema porque las personas adultas mayores ahora tienen una mayor esperanza de vida, pero presentan mayor exposición a enfermedades transmisibles, a las que se suman enfermedades crónico degenerativas y la prevalencia de accidentes domésticos, lo que complejiza la situación de esta población en las grandes ciudades, más aún cuando la población enfrenta situaciones de pobreza o pobreza extrema, como es el caso ecuatoriano. (Forero, 2010)

La problemática se complejiza por el limitado acceso a los servicios de salud para las personas adultas mayores, ya sea por sus condiciones físicas, de distancia, problemas de discapacidad, horarios de atención, restricción económica fundamentalmente en población de escasos recursos de la población perteneciente a los quintiles 1 y 2 de pobreza, que requieren tratamientos de por vida; el escaso personal médico especializado o con habilidades para tratar las patologías de estos grupos de población, maltrato, diagnósticos superficiales, omisión de valoración médica del área cognoscitiva y de movimiento, la existencia de pocas destrezas sociales para el cuidado y auto cuidado. (Forero, 2010)

Estos factores caracterizan a un proceso de exclusión social e histórica de las personas adultas mayores, con la presencia de fenómenos de transición demográfica en contextos de alta inequidad y suma de vulnerabilidades, que ha provocado como resultado un “profundo deterioro de las condiciones de vida y de salud de las PAM y de las PSD” (Forero, 2010). Estas consideraciones aportan a la imperiosa necesidad de modificar el

sistema de prestación de servicios de salud, que dará origen a un nuevo Programa Municipal de atención a población adulta mayor.

4.3.1 Criterios teóricos considerados en el diseño del Programa Sesenta y Pi Quito, Activos y Saludables.-

Las personas adultas mayores y las personas con discapacidad han sido entendidas desde sus limitaciones o carencias, más no desde sus potencialidades. Éste será el criterio central que guiará al consultor Oscar Forero en el diseño de un nuevo Programa de atención a la población adulta mayor, que apunte hacia el mejoramiento de su calidad de vida.

La preocupación por el ser humano como centro de atención del gobierno local determina que este Programa, llamado inicialmente Salud y Vida Digna y que posteriormente recibe el nombre de Sesenta y Pi Quito, Activos y Saludables, se proponga:

Generar condiciones para garantizar la progresiva realización de los DDHH, en el camino de alcanzar la más amplia libertad de las PAM y de las PSD. La salud y la vida digna significan inclusión integral como personas beneficiarias, como agentes de desarrollo y como actores políticos. (Forero, 2010).

El consultor Forero relaciona al ejercicio de derechos, como el paso imprescindible a dar, para cumplir con el mandato constitucional de construcción del modelo de desarrollo fundamentado en el Buen Vivir. (Forero, 2010)

Otro criterio orientador del Programa constituye el deber de reconocimiento y de retribución a las personas adultas mayores, por su aporte al desarrollo del país, lo que significa seguir considerándolos como seres activos del proceso de desarrollo del país. (Forero, 2010).

El Programa en construcción tuvo su sustento, en los enfoques de protección social básica, compensación y cohesión social, el de equiparación y desarrollo local:

(...) el marco de Protección Social Básica (PSB) se centra en la mitigación y en la realización de la persona en la vida cotidiana, el de Compensación y Cohesión Social (CCS) enfatiza en la generación de posibilidades comunitarias y el de Equiparación y

Desarrollo Local (EDL) enfatiza en la transformación simbólica y cultural profunda para lograr el máximo de inclusión de las PAM y de las PSD en los procesos de desarrollo. (Forero, 2010: 34).

El consultor se centra en el enfoque de satisfacción de necesidades básicas fundamentales, el sustento teórico del programa, para garantizar el ejercicio de derechos humanos de este grupo poblacional, con lo que se da cumplimiento al mandato constitucional de 2008. (Forero, 2010).

El enfoque de necesidades humanas fundamentales, desarrolladas por Manfred Max Neef y la CEPAAUR, en la década de los ochentas, parte del reconocimiento de la existencia de diez necesidades que se van complejizando axiológicamente:

Van desde las más básicas: **subsistencia, protección y afecto**, sin las cuales no es posible asegurar el proceso mínimo de humanización; pasando por las que permiten un primer nivel de realización de las personas: **entendimiento, participación, ocio y creatividad**; hasta las que revelan el grado máximo de realización de las personas: **identidad, libertad y trascendencia**. (Forero, 2010: 34).

El consultor Forero incorpora además del aporte teórico de CEPAAUR, relacionado con las dimensiones en las cuales los seres humanos realizan la satisfacción de sus necesidades: “Así pues establece cuatro *dimensiones existenciales* de las NHF, las cuales de acuerdo al grado de menor a mayor protagonismo de la persona, son: *Tener, estar, hacer y ser*”. (Forero, 2010: 34).

La virtud de estos enfoques es que aportan a la promoción de la dignidad de las personas adultas mayores y personas en situación con discapacidad, partiendo del hecho que la satisfacción de las necesidades tiene un orden y que será necesario garantizar primero aquellas que aseguren el tener y el estar, para avanzar hacia las del hacer, para llegar a ser. (Forero, 2010)

Cuadro N° 5
Necesidades Humanas Fundamentales

	TENER	ESTAR	HACER	SER
Subsistencia	Protección Social Básica		HACER	SER
Protección				
Afecto				
Entendimiento	Compensación y Cohesión Social			
Participación				
Ocio				
Creatividad				
Identidad	Equiparación y Desarrollo Local			
Libertad				
Trascendencia				

Fuente: Programa Salud y Vida Digna (Forero, 2010: 36)
Elaboración: Autora

A nivel individual, el Programa concibe a la persona desde sus necesidades particulares y desde la significación de su existencia, sin ignorar sus requerimientos por su edad, condición o limitación; comprende a los seres humanos dentro de sus potencialidades; se centra en la relación del sujeto y su entorno; asume las especificidades del *dilema de la diferencia* y se orienta hacia la dignificación de la vida. (Forero, 2010).

Dentro de los lineamientos estratégicos del Programa, Forero ubica que uno de los temas a superar en la prestación de servicios para garantizar derechos, constituye la superación de los enfoques asistencialistas con los que venían funcionando, de ahí que plantea otras perspectivas de atención basadas en el recreacionismo y la atención biomédica, como intervenciones complementarias a las prestaciones de servicios que se brindan a nivel nacional, en tanto ejes que permiten la concreción del Buen Vivir. Otro aporte al enfoque de derechos constituye la comprensión del Programa en una lógica de inversión social y no de gasto. (Forero, 2010).

4.3.2 Enfoque de salud en el Programa Sesenta y Pi Quito.-

La atención en salud del Programa está alineada con la política de promoción de salud de la Secretaría de Salud, llamado: *Ponerle sabor a la vida*. El consultor Forero lo explica así:

Tal política se rige por cinco criterios *Salud, Armonía, Buen vivir, Opción informada y Responsabilidad compartida* y se orienta a cuatro tipo de prestaciones que aseguran el *Ponerle sabor a la vida: EVA, PAN, CACAO y RISA*. La palabra *EVA* se refiere a asegurar Espacios vitales armónicos; *PAN* a protección, alimentación y nutrición; *CACAO* al fomento del cuidado corporal, la actividad física, las capacidades, la acción creativa y el ocio; *RISA* es la orientación para promover la saludable vivencia de las relaciones, la identidad, la sexualidad y el afecto. (Forero, 2010: 5).

La política de promoción de salud *Ponerle sabor a la vida*, tiene por objetivo:

Alcanzar una transformación político cultural, crucial y adecuada, en las condiciones de vida, a través del accionar eficaz en red de personas, comunidades, colectividades, organizaciones e instituciones que reflexionan, actúan y se legitiman como gestoras en la aspiración/compromiso compartido de ponerle sabor a la vida en Quito metropolitano. (Forero, 2010: 46).

4.3.3. Metodología de funcionamiento del Programa Sesenta y Pi Quito.-

En el diseño inicial del programa *Salud y Vida Digna*, hoy conocido como *Sesenta y Pi Quito, activos y saludables*, el consultor Forero diseña metodológicamente el funcionamiento en 3 dimensiones:

Primera.- Denominada *institucional - comunitaria*, donde intervienen las instancias territoriales municipales, que asumen las actividades de promoción, atención e inclusión de más personas.

Segunda: Denominada de *governabilidad territorial*, consistente en la creación de espacios saludables en los espacios públicos, lo que implica “generar incentivos y mecanismos de control para que las diversas ramas de la actividad económica, aseguren, mínimamente, no atender contra la salud y, en el mejor escenario posible, contribuir con espacios saludables para su promoción” (Forero, 2011: 18), lo que implica que el eje de la gobernabilidad es el ser humano.

Tercera: Que es *comunicativa educativa*, que implica la generación de recursos comunicaciones del Programa. (Forero, 2011: 18-19)

De esta manera se estructura el Programa Salud y Vida Digna / Sesenta y Pi Quito, con el objetivo principal de:

Garantizar que, de manera progresiva, iniciando con los quintiles I, II y III, avanzando gradualmente hacia la universalización, las PAM y las PSD accedan a servicios de calidad, de calidez y eficaces orientados a lograr la máxima realización humana y las mejores condiciones de salud posibles. (Forero, 2010: 72)

4.3.4. Aprobación y Puesta en Marcha del Programa Sesenta y Pi Quito.-

Conforme lo relata la Secretaria de Salud, Dra. Cecilia Tamayo, este programa fue presentado al señor Alcalde Augusto Barrera, quien lo aprobó, cambiando el nombre original de “Salud y Vida Digna” a “Sesenta y Pi Quito, activos y saludables” y se lo lanzó al público en el mes de abril del 2011.

4.3.5. Funcionamiento del Programa Sesenta y Pi Quito.-

El Programa fue diseñado para que funcione en tres paquetes prestacionales:

El primer paquete prestacional, denominado: *apoyo a la persona y a la familia* está orientado a satisfacer las Necesidades Humanas Fundamentales de subsistencia, protección y afecto (requisitos básicos para la vida y salud dignas). El segundo paquete prestacional: *apoyo a la socialización y a la integración comunitaria*, fomenta la realización del entendimiento, la participación, el ocio y la creatividad. El tercero: *apoyo a la inclusión social integral*, se orienta al fomento de la identidad, de la libertad, e incluso, de la trascendencia personal y comunitaria. (Forero, 2010: 4).

Para la atención en salud, se planificó hacerlo en 2 momentos: un primero basado en acciones de promoción y prevención de enfermedades y un segundo relacionado con acciones de rehabilitación.

La prevención de las enfermedades se planificó hacerlo a través de un monitoreo y control de las enfermedades crónicas, no transmisibles como la diabetes, hipertensión, que son comunes, valoración nutricional de peso y talla, se brinda una asesoría nutricional, un monitoreo de enfermedades crónicas y los casos que presentan mayor gravedad, se derivan a la red pública de servicios de salud. (Tamayo, 2013)

La atención a las personas incluye a la familia, tanto para la atención biológica, como emocional. En salud se considera fundamental el apoyo emocional a la persona, a través del combate a la soledad, integrándoles en procesos participativos con sus pares, que les permita desarrollar sus habilidades cognitivas y motrices. (Tamayo, 2013)

El Programa propone actividades de socialización, ocupación del tiempo libre, apoyo individual, desarrollo de afectos, como coadyuvantes para el bienestar general de las personas.

4.3.6. Hallazgos de la implementación del Programa Sesenta y Pi Quito en el sector Salud.-

Desde el Programa Sesenta y Pi Quito se ha buscado posicionar a las personas adultas mayores como sujetos de derechos, motivando las relaciones inter generacionales entre los miembros de la familia, como estrategias para alcanzar el Buen Vivir. Los resultados alcanzados han evidenciado que el incidir en estos ámbitos, ha posibilitado la

generación de espacios más sanos para el desenvolvimiento de las personas adultas mayores.

El trabajo inicial del Programa estuvo centrado en la visibilización de la persona adulta mayor como un ser humano que es parte de la sociedad y de las familias y que por el hecho de haber vivido merece la reciprocidad y solidaridad de las otras generaciones, de manera de posibilitar al final de su vida, el goce de una vida digna. Esta ha sido una de las estrategias utilizadas para evitar el abandono y posibilitar la contención de las personas adultas mayores en sus familias de origen. Una de las intervenciones que ha reforzado la valoración de la persona adulta mayor en su grupo familiar es la intervención con las familias a través de la reconstrucción de las relaciones familiares entre sus miembros, una tarea que actualmente la emprende la Secretaría de Inclusión Social. (Tamayo, 2013)

4.3.6.1. Comportamiento de la cobertura.-

En la consulta efectuada sobre los resultados del Programa Sesenta y Piquito, la Dra. Tamayo evidencia un crecimiento importante de cobertura del Programa en el Distrito desde su lanzamiento, cuando se planteó como meta atender en el 2011 a 8.000 PAM en 100 puntos en Quito. Al 2013, se ha atendido a 15.000 PAM en 317 puntos, habiendo duplicado la meta inicialmente planteada. (Tamayo, 2013)

Las atenciones en salud registran para el año 2013, 2.010 atenciones de salud, que incluye atenciones de enfermería, medicina, rehabilitación, odontología, visitas domiciliarias; 8741 acciones de promoción y prevención de salud realizadas, lo que incluye registro de signos vitales, antropometría, consejería nutricional, vacunación, medición de la glucosa, visión. Capacitación en alimentación saludable, atención y cuidado del adulto mayor, salud oral y rehabilitación, a 793 personas; 1571 adultos mayores capacitados. (MDMQ, 2013: 26).

4.3.6.2. Calidad de los servicios.-

La Secretaría de Salud señala la necesidad de profundizar las prestaciones de servicios, hacia los 3 grupos de prestaciones propuestas. En su criterio, en los tres años de funcionamiento del Programa, se ha procurado apoyar a la persona y la familia que son

parte del primer grupo de prestaciones; se han realizado actividades de socialización e inserción social como parte del segundo grupo, sin haber completado íntegramente ni el primero y ni el segundo paquete. Con el tercer paquete prestacional que procura la autonomía e independencia que se ha avanzado menos, por lo que es necesario fortalecer la intervención (Tamayo, 2013)

La Dra. Tamayo evidencia la necesidad de fortalecer la coordinación interinstitucional, con el Estado Central para garantizar el ejercicio de otro tipo de derechos que escapan a la capacidad de intervención del Programa, como la asignación de viviendas dignas o acceso a alimentos. (Tamayo, 2013)

4.3.6.3. Efectos del Programa en la calidad de vida de sus usuarios/as.-

En el ámbito de salud, la Dra. Tamayo identifica como logros la participación creciente de personas adultas mayores, a quienes se los ve activos, con interés de asistir al Programa, con capacidad de organización propia para crear otro tipo de actividades que aporten a su beneficio y felicidad. Desde ahí se ha contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, más allá del aporte que en sí representa los controles de salud que se efectúan desde el Programa. (Tamayo, 2013)

4.3.7. Temas pendientes a desarrollar en el Programa Sesenta y Pi Quito, en el ámbito de salud.-

Se requiere trabajar en la incorporación del *enfoque de interculturalidad*, pues si bien la Dra. Tamayo señala que en sus inicios el programa planteó especificidades según la pertenencia cultural de la población, todavía hay mucho que hacer al respecto.

El enfoque de *equidad en la participación de género*, es otro tema pendiente, pues se evidencia una mayor presencia femenina, por lo que se realizan acciones para promover la inserción masculina en el programa.

4.4. Aportes de los enfoques de la política de Inclusión Social al Programa Sesenta y Pi Quito durante el período 2011 – 2012.-

El marco nacional constituye el referente para que desde los gobiernos locales se pueda implementar la política pública nacional. En el ámbito de la inclusión social, la instancia correspondiente en el Municipio de Quito, es la Secretaría de Inclusión Social, desde donde durante el período de estudio, se han brindado orientaciones a la aplicación de la política pública nacional al grupo de las personas adultas mayores, a través de Programas de atención, que constituyen estrategias de aplicación de la política, conforme lo manifiesta el Dr. Camilo Tobar, asesor para población adulta mayor durante el período 2010 - 2011.¹⁵

Desde el sector de inclusión social se aportó al diseño del programa, en cuanto a posicionar varios aspectos, como la necesidad de promover los derechos de las personas adultas mayores, construir ciudadanía, posicionar la importancia de la corresponsabilidad de la familia y la comunidad, en relación con la garantía del bienestar de la población adulta mayor, incorporar el enfoque de interculturalidad, inclusión laboral, recuperación de saberes, entre otros temas. (Tobar, 2013)

4.4.1. Apertura de espacios comunitarios.-

Se posicionó la posibilidad de abrir los espacios comunitarios como escuelas, canchas, casas comunales, parques, para uso de los puntos de encuentro de las personas adultas mayores y que puedan beneficiarse de la oferta de actividades ofertadas por el Programa Sesenta y Piquito, en sus barrios.

4.4.2. Inclusión laboral.-

En el tema de la inclusión laboral de las personas adultas mayores conforme es su derecho consagrado en la Constitución, el mencionado Dr. Tobar señala que desde la Secretaría de Inclusión Social, se plantearon acercamientos con la Agencia de Empleo CONQUITO, para que dentro de las propuestas de economía popular y solidaria se generen procesos de emprendimientos para personas adultas mayores. En este aspecto se registraron inconvenientes porque las propuestas de emprendimiento están relacionadas

¹⁵ Camilo Tobar, Asesor de la Secretaría de Inclusión Social durante el 2010 – 2011 y quien participo conjuntamente con otras instancias municipales en el diseño del Programa Sesenta y Piquito.

con actividades manuales o artesanales tradicionales, que no generan mayor interés en las personas adultas mayores. (Tobar, 2013).

A criterio del Dr. Tobar, el aspecto más importante a considerar para la inserción laboral está dado porque la gran mayoría de las personas adultas mayores carecen o tienen bajos niveles de escolaridad, lo que determina que las actividades que oferta CONQUITO estén orientadas a atender a las grandes mayorías, que por su condición social y económica están en situación de exclusión social. Hay sectores de población adulta mayor que ha hecho su vida en actividades intelectuales y que no es considerada dentro de las actividades de emprendimientos, por no pertenecer a las grandes mayorías.

4.4.3. Participación Familiar.-

Desde el Programa Sesenta y Pi Quito se promovió el desarrollo de actividades para las personas adultas mayores que impliquen la integración de sus familias, como la apertura de espacios culturales o actividades turísticas. Sin embargo, en el tema de la participación familiar hay un gran pendiente, pues son pocas las familias que se involucran en las actividades de sus personas adultas mayores. Esto se debe, a criterio del Dr. Tobar a que se viven nuevos modelos de estructuración familiar, donde las personas adultas mayores dejaron de ser el referente de sabiduría, de autoridad y han quedado relegados, por no producir económicamente, lo que hace que las familias busquen entregar a los abuelos/as la responsabilidad del cuidado de los nietos o de sus viviendas, de la realización de actividades domésticas, bajo el criterio de aporte a la economía del hogar. (Tobar, 2013)

4.4.4. Recuperación de saberes y promoción de talentos.-

Un tema que se propuso desde el sector de Inclusión Social al Programa Sesenta y Piquito constituye el desarrollo de talentos y capacidades individuales y colectivas de las personas adultas mayores, a través del fomento de actividades que recuperan saberes como la medicina tradicional alternativa, de la tradición oral, juegos tradicionales, donde existe un potencial enorme para promover las relaciones inter generacionales, que es hacia donde debe avanzar la política pública.

4.4.5. Enfoque de interculturalidad.-

El tema de la incorporación del enfoque de interculturalidad sigue siendo un gran pendiente en el Programa Sesenta y Piquito, que si bien se lo puso como eje transversal a considerar en el diseño del Programa, sigue siendo la cultura occidental el modelo predominante, desde donde se pensó el desarrollo de las actividades culturales que promueve el Programa.

4.5. Participación de Personas Adultas Mayores en el diseño del Programa.-

Respecto de la participación de las personas adultas mayores en la definición de la política pública y del diseño del Programa, el Dr. Tobar indica que no hubo estos procesos específicamente para el diseño del Programa e identifica un proceso interesante de participación ciudadana de personas adultas mayores, generado por el Municipio de Quito a través de los cabildos distritales de las PAM en los años 2005, 2006, 2007, en los que se identificó las necesidades de atención de este grupo poblacional, para orientar posteriores emisiones de política pública, evidenciándose principalmente necesidades de atención en salud, el desconocimiento de los derechos tanto en las personas adultas mayores, como en sus familias y comunidad. Serán estos insumos los que se retomaron en el 2011 en el diseño del Programa Sesenta y Piquito, que pone énfasis en la atención en salud y en la promoción y ejercicio de todos los derechos de las personas adultas mayores. (Tobar, 2013)

4.6. Funcionamiento del Programa Sesenta y Pi Quito en los servicios, durante el período 2011 al 2012.-

Los servicios municipales para la población adulta mayor son administrados y dirigidos técnicamente desde la Fundación Municipal Patronato San José; de ahí que para conocer cómo funcionan fue necesario acudir a esta institución y conversar con las personas que tienen a su cargo la responsabilidad de dirigir los servicios, habiendo sido entrevistados, la Dra. Mirna Pomboza, Coordinadora del Programa Sesenta y Piquito y el Dr. Alberto Paz, Director del Centro de Referencia del Adulto Mayor CEAM¹⁶.

¹⁶ Dra. Mirna Pomboza, Coordinadora del Programa Sesenta y Pi Quito y Dr. Alberto Paz, Director del CEAM Centro. Ambas personas fueron debidamente autorizadas por la Dra. Nilka Pérez, Directora Ejecutiva de Fundación Patronato San José para brindar la información necesaria para este trabajo investigativo.

4.6.1. Evolución de los servicios municipales para la población adulta mayor.-

Los servicios del Programa Sesenta y Pi Quito desde el 2011 al 2012, han vivido un proceso de evolución que ha supuesto su profundización y crecimiento a nivel del Distrito Metropolitano de Quito.

A mediados del 2011, el Programa Sesenta y Piquito arrancó con 120 puntos de atención en las Comunidades, con una concurrencia de 4000 personas¹⁷, actualmente existen 329 puntos que benefician a 16.000 personas adultas mayores, en los espacios urbanos y rurales. (Paz, 2014). Para el 2014 se plantea una meta de crecimiento a 20.000 personas y para el 2015 a 25.000 personas adultas mayores.

Conforme lo relata la Señora Coordinadora del Programa Sesenta y Pi Quito, Dra. Mirna Pomboza, desde el ámbito de la inclusión social, el programa Sesenta y Piquito, Activos y Saludables, se nutrió de experiencias anteriores de atención a personas adultas mayores, que el Municipio venía manejando a través de la Fundación Patronato San José, como es el caso del Centro de Atención al Adulto Mayor – CEAM¹⁸, donde se realizaban “procesos de integración y participación social de la población de adultos mayores del Distrito Metropolitano en pro de un envejecimiento activo y saludable; mediante una atención integral, personalizada e integradora” (FPMSJ, s/f). De esta experiencia se recuperaron las actividades de uso del tiempo libre o promoción y difusión de derechos y que fueron direccionadas hacia el Programa Sesenta y Pi Quito. (Pomboza, 2014)

El Programa Sesenta y Pi Quito surge como un programa emblemático del Municipio, que tiene como propósito “Garantizar de manera progresiva, creciente e integral, el disfrute pleno de derechos de las personas adultas mayores y de las personas en situación de discapacidad en el territorio del Distrito Metropolitano”. (FPMSJ, 2013: 6).

4.6.2. Vinculación del Programa con el Plan Metropolitano de Desarrollo 2012 – 2022.-

¹⁷ Para el Dr. Paz, el Programa arrancó con la atención a 4000 personas, cifra que difiere con las 8000 personas identificadas por la Dra. Tamayo.

¹⁸ CEAM. Instancia creada por el Municipio de Quito, en el 2001, como un centro de acogida y residencia definitiva, en casos especiales, para la atención a personas adultas mayores en situación de indigencia, con servicios de cuidado diario, nutrición, apoyo psico social, atención médica, atención del tiempo libre, planificación de salidas. Fuente: Mirna Pomboza, Coordinadora del Programa Sesenta y Piquito, FPMSJ

Este Programa se encuentra alineado con el Objetivo estratégico de Inclusión social que consta en el Plan Metropolitano de Desarrollo 2012 – 2022 que es “Construir una ciudad incluyente mediante la reducción de las brechas de desigualdad generadas por condiciones estructurales como el género, la etnia o la *edad*, o situaciones como la discapacidad o la movilidad humana”. (MDMQ, 2012: 47).

4.7.3. Vinculación con las políticas públicas locales.-

Dentro de las líneas de la política pública local, el programa se ubica dentro de las siguientes políticas:

- Promover los mecanismos institucionales y ciudadanos para evitar la discriminación étnica, *generacional*, de género o situaciones especiales (personas en situación de discapacidad, trata o tráfico, mendicidad, etc), con miras a fortalecerla convivencia social.
- Promoción del acceso de poblaciones de alta vulnerabilidad del DMQ a servicios integrales de protección especial.
- Fomento de cambios en los patrones socioculturales del DMQ que incidan en la lucha contra *la discriminación de los grupos de atención prioritaria*, pueblos y nacionalidades y población estructuralmente excluida.
- Reducción de la brecha en el acceso a servicios integrales de la *población en situación de exclusión* del DMQ.
- Posicionamiento de Quito como ejemplo de buenas prácticas de inclusión social.
- Institucionalización del enfoque de inclusión en los espacios y servicios municipales para el acceso y *no discriminación de los grupos de atención prioritaria*, pueblos y nacionalidades y población estructuralmente excluida. (MDMQ, 2012: 48).¹⁹

4.7.4. Mecanismos de funcionamiento.-

¹⁹ El texto resaltado en negritas es realizado por la autora

Se trata de un Programa con un funcionamiento desconcentrado en toda la ciudad de Quito, en todos los barrios de las zonas urbanas y rurales, utilizando los espacios Comunitarios existentes como casas barriales o parques, donde se organiza un Punto Sesenta y Pi Quito. Un punto es un lugar a donde acuden las personas a realizar diferentes actividades y existen muchos dispersos en los diferentes barrios de la ciudad. Existen también los centros de referencia que son espacios con otros servicios como el CEAM o la Casa de Respiro, donde a más de las actividades recreativas u ocupacionales, se pueden ofrecer otro tipo de servicios como los de rehabilitación, fisioterapia, seguimiento médico. (Andrade, 2014).

A través de la Coordinación intra e interinstitucional, intervienen en la implementación del Programa diversas instancias municipales pertenecientes al eje social del Municipio como las Secretarías de Inclusión Social, Salud, Deportes, Cultura, Territorio; se coordina acciones con instituciones del gobierno central como los Ministerios de Inclusión Económico Social, Salud, Educación²⁰, con instituciones privadas como Fundaciones como Museos, Triángulo; con empresas privadas como TENA, COREGA, PLENITUD, Vista para Todos; con cuya intervención se procura brindar una atención integral.(Paz, 2014).

4.7.5. Ejes de atención.-

Desde el enfoque de inclusión social integral, la Dra. Pomboza informa que se trabaja en torno a varios ejes:

- Socialización en un contexto comunitario con organizaciones locales
- Promoción Cultural y Social
- Activación física y mental

En torno a estos ejes se realizan las siguientes actividades:

- Apoyo a actividades productivas y económicas
- Promoción y difusión de derechos

²⁰ Durante el año 2013, con el Ministerio de Educación se alfabetizaron a 275 personas en la zona de Quitumbe, como lo informa el Dr. Alberto Paz.

- Desarrollo de capacidades y talentos
- Fomento de Buen Trato en calle y transporte público
- Dotación de equipos de gimnasia para la creación de parques inclusivos
- Apropiación de la mayoría de casas comunales del distrito para el uso de programas del Sesenta y Piquito, donde se hacen diferentes talleres de capacitación como: coro, canto, danza, música, memoria, juegos de salón, historia oral, computación, manualidades, artesanía, panadería.
- Actividades recreativas como paseos, juegos tradicionales como sapo, zumbambicos, ajedrez, cocos, cartas, bingos, damas, monopolio; se promueven actividades turísticas, cine foros, caminatas.
- Actividades terapéuticas como estimulación cognitiva, taichí, hidroterapia hipoterapia.
- Se celebran los cumpleaños.
- En algunos centros como la Casa de Respiro o la Casa Manuela Sáenz se hace fisioterapia, podología, terapia ocupacional.
- Se hacen también visitas domiciliarias cuando se detectan casos de maltrato o abuso a las personas adultas mayores, que son procesados legalmente a través del apoyo legal que brinda la Defensoría Pública. Se realizan además acciones de información y sensibilización a las familias para prevención del maltrato (Pomboza, 2014).

Estas actividades se realizan en los puntos Sesenta y Pi Quito, que son espacios comunales existentes en cada barrio o en los centros de referencia como el CEAM o la Casa de Respiro.

4.7.6. El enfoque de pertinencia cultural de los servicios del Programa Sesenta y Pi Quito.-

A nivel cultural, en todos los espacios urbanos y rurales las personas adultas mayores participan de eventos relacionados con la recuperación de la identidad cultural local, siendo ellos los protagonistas de los eventos, quienes diseñan sus propios trajes, en base a su tradición y costumbre, recuperan la tradición oral y la recrean a través de su difusión. (Paz, 2014)

4.7.7. Acciones de colocación de empleo y desarrollo de micro emprendimientos en los servicios del Programa Sesenta y Pi Quito.-

Sobre el apoyo para la generación de ingresos a las personas que no cuentan con una jubilación, desde el Programa Sesenta y Piquito se apoyan iniciativas productivas que son expuestas en las ferias grandes de los meses de mayo y diciembre, por el día de la madre y navidad, respectivamente. Otro apoyo aunque mínimo es con la bolsa de empleo de CONQUITO, para la ubicación laboral de las personas que están en capacidad de trabajar, aunque aclaran el Dr. Paz y la Dra. Pomboza, que el criterio que se maneja es que los adultos mayores ya no deben trabajar, sino descansar.

4.7.8. Participación de las personas adultas mayores en la toma de decisiones.-

La gestión del Programa supone un ejercicio democrático deliberativo permanente, como lo relata el Dr. Paz, que indica que existe el nombramiento de líderes de cada grupo o espacio, quienes son los portavoces de las inquietudes del grupo e inclusive permanente se está conversando con los usuarios del Programa para conocer sus opiniones sobre el servicio a través de los talleres de capacitación que se realiza o espacios de conversatorios o debates que se realizan con este fin. (Paz, 2014)

4.7.9. Presupuesto.-

Este programa maneja en el 2013, un presupuesto municipal estimado de alrededor de 10 millones de dólares, monto que corresponde a los aportes de las diferentes instancias municipales, según el criterio del Dr. Paz. Este monto deberá ir en aumento en los próximos años, conforme aumente la cobertura.

4.7.10. Trascendencia del Programa Sesenta y Pi Quito.-

Este Programa pretende ser un buen ejemplo de buenas prácticas de inclusión social, que signifique que en todos los espacios municipales estén al servicio de las personas de los grupos de atención prioritaria, bajo el lema de la no discriminación. (Pomboza, 2014)

El Dr. Paz refiere de la existencia de otras experiencias en América Latina, como las existentes en Argentina, Brasil, Chile, México, Colombia, que son más aisladas, como experiencias exitosas que se dan en ciertos barrios, pero no como una política pública que se aplica en toda la ciudad como es el caso de Quito, donde el Programa funciona en el Distrito, en zonas urbanas y rurales. (Paz, 2014)

4.7.11. Punto de vista de los Usuarios del Programa.-

Para conocer lo que piensan y sienten los y las usuarios/as del Programa Sesenta y Pi Quito, se conversó con personas que asisten al CEAM Centro²¹, un espacio de referencia donde se brindan servicios recreativos – culturales y de rehabilitación física, habiendo levantado información del grupo de señoras asistentes al taller de tejido²², a través de la técnica de Grupo Focal.

Se consultó a las Señoras consultadas, qué es lo que les motiva para venir al Programa Sesenta y Piquito, ellas contestaron que su motivación está fundamentada en la posibilidad de encuentro con sus pares y su necesidad de hacer amistad, distraerse, reírse, tener compañía y ocuparse en actividades productivas. (CEAM, 2014)

Las usuarias del servicio indican que realizan múltiples actividades cuando acuden al CEAM, pues hay una gran diversidad de talleres en los que ellas pueden elegir qué hacer según su afinidad o se realizan actividades de gimnasia, baile, danza, canto, donde pueden participar de una forma libre y voluntaria. Resaltaron principalmente la posibilidad de encuentro con sus pares, con quienes comparten sus emociones, en una terapia a la que llaman “lengua terapia” (CEAM, 2014), y que señalan les ayuda mucho a sobrellevar sus problemas: “cuando es de llorar se llora, cuando es de reír se ríe y cuando es de bailar se baila”. (CEAM, 2014) Ubican también actividades terapéuticas importantes como la hipo terapia, que realizan con caballos en un Centro especializado en Guápulo, señalando que “los caballos ayudan a sanar el stress, nos ayuda para el cerebro”. (CEAM, 2014).

²¹ Ver anexo 8

²² El grupo focal estuvo constituido por 24 señoras integrantes del taller de tejido que se realiza los días viernes en el Centro de Experiencia del Adulto Mayor, CEAM – Centro, perteneciente a la FPMSJ.

Las usuarias indican que el venir a este espacio les sienta muy bien y ante la pregunta de ¿Cómo sería su vida si no asistieran al Programa? Las señoras contestaron:

Nuestra vida sería que no aprenderíamos, no tendríamos las amigas, las compañeras, que nos llamamos por teléfono y eso nos da mucha alegría.

Viviríamos en la soledad de la casa, porque no hay con quien hablar o compartir, en la casa hay que hacer las cosas.

Con la maestra tenemos confianza y seguimos adelante con carcajadas y con la terapia de lengua y venimos y compartimos lo del hogar, nos aconsejamos y todas tenemos problemas, y aquí compartimos las penas”. (CEAM, 2014).

La respuesta dada por las Señoras usuarias del Programa, demuestra que uno de los problemas que resuelve eficientemente el programa Sesenta y Pi Quito es el de la soledad e inactividad de las personas adultas mayores, provocando espacios de encuentro para su integración.

Cuando se les preguntó si consideran que este Programa ha aportado en el mejoramiento de sus condiciones de vida, dijeron que si y un indicador de ello señalan es su salud: “Si, bastante, porque estamos sanas, alegres, hasta para venir nos cambiamos de ropa, es como un trabajo que tenemos que venir a una hora como era antes, entonces ya venimos a la hora”. (CEAM, 2014). Además indicaron que es un espacio que les permite el encuentro e inclusive la posibilidad de encontrar pareja y rehacer su vida, como el caso de varias parejas que se han formado ahí, identificando una pareja en que ambas personas tienen 80 años.

4.7.12. Condición social de los usuarios/as.-

De la información recopilada se pudo conocer que la mayoría de personas que asisten a los servicios del Programa Sesenta y Pi Quito, pertenecen a estratos sociales en situación de pobreza y extrema pobreza, quedando abierta la posibilidad de asistencia de personas de otras clases sociales que quieran ingresar en el servicio, pues se identificó que no existen criterios de restricción de la asistencia, por lo que fue posible encontrar al interior del servicio, personas jubiladas que están como usuarios del servicio y que además brindan su aporte como instructores, así como personas que carecen de jubilación y perciben pensión jubilar no contributiva.

4.7 Análisis de la aplicación de las políticas públicas de salud e inclusión social para población adulta mayor en el Distrito Metropolitano de Quito, período 2011 – 2012.-

El período estudiado refleja un proceso evolutivo de las políticas públicas en relación con el modelo de Estado y de Desarrollo propuesto por la Constitución de la República del Ecuador, fundamentado en el Buen Vivir.

En los dos sectores: Inclusión Social y Salud, se posiciona en términos ideológicos el modelo de desarrollo humano, que tiene como centro de acción al ser humano y al mejoramiento de su calidad de vida, a través de la garantía de los derechos humanos.

Otros enfoques que se manejan en las políticas son los de integralidad, universalidad, intercultural, corresponsabilidad, participación, que se van concretando en la oferta de servicios.

La superación del Estado asistencialista y el posicionamiento del enfoque holístico e integral en la prestación de los servicios va cobrando sentido, cuando se consideran a los factores sociales, culturales, ambientales, económicos, espirituales, como componentes de los servicios, aunque se evidencian limitaciones, en tanto estos atienden preferentemente a población de los sectores poblacionales de pobreza y pobreza extrema, conservándose las políticas de focalización orientadas a brindar una protección social básica a estos sectores.

El nivel de satisfacción de la población respecto al uso de los servicios brindados desde el Estado central como del local, es alto, lo que evidencia que se está atendiendo las necesidades de la población a la que llegan los servicios y que se está cumpliendo con los objetivos propuestos. Sin embargo en términos de cobertura, esta debe ampliarse ya que a nivel nacional los servicios apenas llegan al 3% de la población y en Quito apenas sobrepasa al 10% de la población adulta mayor.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

La presente investigación estuvo orientada al estudio de las políticas públicas locales de Quito para población adulta mayor emitidas durante el período 2011 - 2012, y sus características en relación al desafío planteado por la Constitución de la República del Ecuador del 2008 y del Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2012, de alcanzar el Buen Vivir para todas las personas como parte del ejercicio pleno de sus derechos humanos.

122

Los hallazgos de la investigación demuestran que el modelo ideal del Buen Vivir, entendido como “(...) la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental” (SENPLADES, 2013: 14), constituye todavía un objetivo que está muy lejos de alcanzar, al menos en lo que al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor de la ciudad de Quito se refiere.

La promulgación del Buen Vivir como fundamento teórico del modelo de desarrollo ecuatoriano, es un proceso reciente que demanda superar modelos anteriores de funcionamiento de la Sociedad y del Estado, donde han imperado las inequidades, la valoración a las personas por su capacidad productiva únicamente, por lo que la edad constituye un factor de discriminación productiva.

La incorporación del enfoque del Buen Vivir supone un cambio en la concepción, construcción y gestión de la política pública en la cultura del pueblo e incluso en modelos de pensamiento de la población.

Las políticas públicas en tanto herramientas concretas con las que cuenta el Estado para dar solución a los problemas, constituyen directrices, orientaciones o como las define Lahera “soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos” (Lahera, 2004: 7) y son por tanto atribuciones específicas de las instancias de gobierno: “la instancia que diseña, define, gestiona y evalúa las políticas públicas es el gobierno, por tanto los resultados demostrarán su éxito o fracaso”. (Lahera, 2004: 7).

En relación a este nuevo paradigma se pudo observar que existen cambios en la política en las áreas de Salud e Inclusión, a partir del pronunciamiento de la Constitución

de 2008, uno de ellos es que las políticas se diseñan en base a un nuevo enfoque que es el del Ciclo de Vida, procurando que las personas sean atendidas según su especificidad etárea.

En el sector salud las políticas públicas para población adulta mayor fueron emitidas en el 2007 y son las políticas que estuvieron vigentes en el período de estudio de esta tesis. Estas políticas responden a los principios constitucionales de 1998, en correspondencia con un modelo de Estado central neoliberal debilitado, que asignaba sus responsabilidades territoriales de garantía del acceso a los servicios de salud, al sector privado o a los gobiernos seccionales, vía procesos de descentralización, sin un fortalecimiento técnico ni asignaciones financieras, para que los Municipios o los Consejos Provinciales asuman eficientemente esta competencia, lo que provocó a criterio del Ministerio de Salud Pública, una profundización de las inequidades en el acceso a los servicios en la población en situación de pobreza y pobreza extrema.

A nivel biológico, estas políticas respondieron a los principios promovidos por un organismo internacional como la Organización Panamericana de la Salud – OPS, siendo el *envejecimiento activo*, su sustento teórico, que pretendió crear en la población adulta mayor, hábitos y costumbres que fomentaban la actividad física, integración social, el dinamismo, los chequeos constantes en salud, como mecanismos de prevención de las enfermedades, revelando su focalización en las enfermedades y la debilidad estatal en cuanto a definir sus propios patrones de desarrollo, pues recoge literalmente los principios planteados por un organismo internacional.

A nivel social, este enfoque del *envejecimiento activo* plantea la necesidad de creación de redes familiares e institucionales de apoyo, basadas en los principios de ayuda mutua, solidaridad y corresponsabilidad.

Las políticas públicas de salud del 2007, fueron cuestionadas por el MSP en el documento MAIS 2013, por estar centradas en el individuo y su enfermedad; fueron calificadas como verticales y neoliberales, quedando sin efecto.

En el año 2013, el MSP diseñó un gran modelo de atención en salud para toda la población denominado: *Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*, en armonía con la

Constitución del 2008 y con el nuevo modelo de desarrollo del Estado ecuatoriano que es el Buen Vivir, enfoque que constituye el objeto de estudio de esta investigación, motivo por el cual estas políticas fueron consideradas.

Este modelo ubica al ser humano como centro de la atención, fomenta la corresponsabilidad familiar y comunitaria para lograr resultados de impacto social, propone la intervención en salud desde el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, como alternativa para atender las necesidades de las personas, familias y comunidades, con el fin de mejorar su calidad de vida y así las personas puedan alcanzar su Buen Vivir.

El mecanismo de funcionamiento del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, es la estrategia de Atención Primaria de Salud - APS, considerada por la Constitución y el Plan Nacional del Buen Vivir, la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud.

La Atención Primaria en Salud pone en funcionamiento actividades básicas como la promoción y la prevención de la salud, garantizando el acceso equitativo y continuo a los servicios de salud, a toda la población, tomando en consideración sus necesidades específicas, su pertenencia cultural y origen étnico, el momento de su ciclo vital, su condición de género y su ubicación territorial.

Haciendo una relación entre las políticas de salud emitidas en el 2007, con las emitidas en el 2013, se puede observar la diferencia de los modelos de Estado vigentes. En las primeras, predomina el modelo del Estado de Bienestar, centrado en los mecanismos para prevenir o combatir las enfermedades. En el segundo, un Estado preocupado por conocer e incidir en el mejoramiento del entorno social y cultural en el que viven las personas, donde se ubican las condiciones que favorecen el surgimiento de las enfermedades, que impiden que las personas gocen de una vida digna.

Si bien el nuevo modelo de atención integral a las personas – MAIS, es una opción válida para garantizar una atención integral de salud, en la prestación de los servicios de salud, existen profundas debilidades e inequidades.

En la investigación realizada se evidenció la ubicación en la ciudad de Quito, del único servicio de salud especializado para población adulta mayor que existe en el país y que es el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor – HAIAM, el mismo que funciona como Geriátrico desde el año 2012.

Se identificó que los servicios públicos de salud que ofrece el MSP, con personal especializado para la atención de la problemática de la población adulta mayor, son escasos y deficientes. En todo el país, existen apenas 18 médicos gerontólogos, mientras que en las diversas casas de salud a donde acude la población adulta mayor, el personal médico y de asistencia médica como enfermeras y auxiliares de enfermería, responsables de su cuidado, desconocen cómo atender sus necesidades, lo que evidencia que, por un lado, el acceso a los servicios de salud es limitado y por otro, que la calidad en la atención es deficiente y requiere mejorar en cuanto a la adecuación de su infraestructura, la capacitación al personal y el diseño de modelos de gestión pertinentes, en base a la condición etárea de la población atendida.

El funcionamiento de los servicios de salud se realiza a través del modelo occidental de atención, basado en la medicina alopática. La interculturalidad se expresa únicamente en la traducción del español al kichwa, de los mensajes médicos para la atención a la población indígena, sin que en la oferta de servicios se ofrezcan alternativas de atención en salud, en base a la cultura y cosmovisión indígena, por lo que aquel postulado de la Atención Primaria de Salud, que plantea el respeto a la pertenencia cultural y el origen étnico de la población, resulta una entelequia.

En cuanto al funcionamiento de los servicios públicos de salud administrados por el Municipio de Quito y organizados en el Programa *Sesenta y Pi Quito Activos y Saludables*, se evidenció que esta propuesta al ser diseñada en el año 2010, desde el nombre que adquiere, se alineó con las políticas nacionales de salud del 2007 y con el enfoque de desarrollo humano de satisfacción de las necesidades básicas fundamentales, por lo que promueve el principio del *envejecimiento activo*, promulgado por la OPS, como estrategia para mantener a las personas adultas mayores sanas el mayor tiempo posible, lo que evidencia su focalización en prevención de enfermedades, antes que en bienestar de población.

Para lograrlo propone una serie de actividades físicas y ocupacionales que ayudan a que las personas adultas mayores distraigan su mente, se acompañen y combatan así las enfermedades mentales y emocionales que se ocasionan por la soledad.

El Programa promueve espacios de encuentro donde las personas adultas mayores comparten sus experiencias de vida entre pares, ayudándose mutuamente, constituyendo el único apoyo emocional que reciben, pues no existen profesionales que desde la psicología o la psiquiatría orienten terapéuticamente el manejo de emociones, siendo la salud mental y emocional, un gran pendiente de atención en el ámbito de salud.

En el ámbito de la inclusión social, un gran aporte en sí a la política, constituye el que existan políticas publicadas que orienten la intervención pública y privada para personas adultas mayores y que estén alineadas a la Constitución de 2008 y el Plan Nacional del Buen Vivir, pues antes del 2011 estas políticas eran escasas y deficientes, y respondían bajo el criterio de focalización a la atención de la población en situación de pobreza y pobreza extrema.

Las políticas públicas de inclusión social se encuentran condensadas en la Agenda de Inclusión del MIES - 2012, que plantea la necesidad del mejoramiento de la calidad de los servicios, para lo que el MIES ha diseñado un modelo de gestión basado en estándares de calidad, que constituye un referente a seguir por los prestadores de servicios públicos y privados, para garantizar el cumplimiento de derechos en la prestación de servicios. Este modelo debería estar acompañado del mejoramiento y adecuación de la infraestructura de los servicios y del espacio público, a las necesidades de las personas adultas mayores, siendo éste un reto a conseguir por el Estado.

En el estudio efectuado al contenido de las políticas de inclusión social, se evidenció que están orientadas para garantizar los derechos de las personas adultas mayores, a través del fortalecimiento de las relaciones inter generacionales, de manera de hacer efectiva la corresponsabilidad familiar y lograr mantener dentro de los hogares, a las personas adultas mayores en condiciones dignas, de respeto, salud e integración familiar.

Otro mecanismo de garantía de derechos, constituyen los mecanismos de control de la calidad de los servicios, dando un giro respecto del modelo asistencialista vigente en el

Estado neoliberal, donde lo predominante era la institucionalización de las personas adultas mayores, en servicios que no contaban con mecanismos de control, registro o asignación de permisos para su funcionamiento, lo que le impedía verificar y garantizar el cumplimiento de derechos de las personas adultas mayores.

En cuanto a la construcción de una sociedad más justa que es el postulado del Buen Vivir, las políticas públicas nacionales de Inclusión Social se estructuran en base a tres ejes: a) Protección Social Básica, b) Protección Especial, c) Participación Social. Desde estos ámbitos procuran realizar la justicia social y reducir las brechas sociales existentes, determinadas por factores económicos, de género, étnicos, edad, discapacidad o movilidad humana.

El eje de la protección social básica se concreta a través políticas universales, que promueven el acceso de las personas adultas mayores a servicios de calidad, a vivir en condiciones de salubridad, seguridad, gozar de una buena nutrición, seguridad social, vivienda digna.

Se mantiene el criterio anterior de focalización de las políticas hacia los sectores de pobreza y pobreza extrema, a través de la asignación un piso de protección social básico, como es la Pensión Jubilar No Contributiva, consistente en un aporte mínimo de \$35 dólares mensuales hasta el fines del 2012, la asignación del monto reunido de 2 años de pensión jubilar no contributiva, para inversión en microemprendimientos, que permite que las personas adultas mayores que están en condiciones de trabajar, emprendan en un pequeño negocio y de esta manera se aseguren ingresos.

Un tema donde se evidencian muy pocos avances constituye la inclusión económica de las personas adultas mayores a través del empleo formal. La política laboral del Estado, se orienta hacia la jubilación de las personas que han cumplido 65 años, pero en su gran mayoría las personas se encuentran en uso de todas sus facultades físicas y mentales y el salir del trabajo significa para ellos entrar en el grave problema de la soledad y desocupación. Sobre este tema tampoco está claro el enfoque, pues si bien la Constitución de 2008, asigna el derecho de toda persona al empleo y por ende a las personas adultas mayores si están en condiciones, son muy pocas las iniciativas generadas al respecto; la

tendencia promovida desde el Estado es la desvinculación laboral de las personas que han cumplido los 65 años.

Es necesario tomar en cuenta que el trabajo es una actividad que realiza al ser humano, más allá de ser la actividad generadora de recursos económicos, pues permite que las personas sigan desarrollando su capacidad creativa, por eso es importante que las personas adultas mayores cuando se jubilen hagan actividades que les guste y les ayude a continuar desarrollando su capacidad creativa.

En el eje de protección especial encaminado a la prevención de la explotación laboral, violencia social o intrafamiliar, mendicidad, trata o abandono, se evidencian avances en las acciones que el Estado promueve para la garantía de derechos de las personas adultas mayores. Estos avances están dados en el funcionamiento de servicios legales de protección de derechos y programas especialmente destinados a este fin, más no en acciones de formación ciudadana relacionadas con la prevención de esta problemática, ni con la construcción de una cultura de buen trato.

En el eje de participación social, se evidenció que el MIES promovió acciones de participación ciudadana de las personas adultas mayores en la definición de la política pública en el año 2011, consistente en la consulta de las necesidades de atención de la población, que luego se concreta en la Agenda Social de 2012.

En cuanto a la prestación de servicios a nivel local, éstos se efectúan con la concurrencia de las personas adultas mayores, habiendo identificado que si existen espacios de diálogo sobre el nivel de satisfacción de los usuarios y usuarias con la calidad de los servicios.

En el sector de inclusión social, a nivel del gobierno central, la participación ciudadana ha estado presente en la formulación de la política, mientras que a nivel local, se ha evidenciado la participación ciudadana en el seguimiento que se hace de la prestación de los servicios; no así en el sector salud, donde no se evidenció ningún evento que haya promovido la concurrencia de las personas adultas mayores para la definición de la política o el seguimiento a la calidad de los servicios, por lo que resulta una tarea urgente reforzar el ámbito de la participación ciudadana, en todos los sectores que tienen

que ver con la calidad de vida de las personas adultas mayores, para lograr mejores resultados en la política.

Una de las falencias de las políticas de inclusión social y de salud, constituyen los escasos mecanismos de llegada a las familias, para lograr que asuman su responsabilidad, en el cuidado de sus miembros adultos mayores y así evitar la institucionalización.

Se evidenció debilidad en la intervención del Estado central y local, en la modificación de las relaciones intrafamiliares violentas y excluyentes, hacia nuevos patrones de relacionamiento humano que viabilicen la comunicación intergeneracional, que forme valores de solidaridad, reciprocidad, amor y corresponsabilidad familiar, para atender las necesidades de cuidado, compañía y protección que necesitan las personas adultas mayores, siendo éste un eje clave para asegurar el mejoramiento de su calidad de vida y por ende de consecución de su Buen Vivir.

Se conoció que al respecto, el MIES ha efectuado campañas de visibilización a las personas adultas mayores como seres importantes en la familia y en la sociedad; sin embargo, todavía a nivel cultural, éste es un tema pendiente. Mientras socialmente desde los espacios de poder, se siga haciendo una apología de la *juventud*, como el estado maravilloso del ser humano, productivo, dinámico, lucido y se siga valorando a las personas por su capacidad de producir y generar riqueza, se seguirán construyendo imaginarios sociales *desvalorizantes* del proceso de envejecimiento y las personas adultas mayores seguirán siendo relegadas, excluidas, invisibilizadas, abandonadas, maltratadas, abusadas.

Uno de los problemas más graves que afecta a toda la población adulta mayor independientemente de su situación económica, es el de la soledad. Este problema está originado por las dinámicas familiares actuales, donde todos los integrantes de las familias salen a trabajar o estudiar y las personas mayores a 65 años quedan solas en sus hogares. Sobre este tema se evidenció que en el MIES existe preocupación y que se plantean la necesidad de dar respuesta con servicios destinados a todas las clases sociales, lo que constituye un factor positivo, pues se está incorporando un criterio de universalización a la política de atención a las personas adultas mayores.

El Programa Sesenta y Pi Quito al respecto tiene una política clara, cuando concibe a sus servicios, como espacios abiertos para la concurrencia de personas de toda condición social sin discriminación alguna, aunque la población que más acude es la de estratos sociales pobres. Este programa constituye una excelente alternativa de solución al grave problema de la soledad y la ocupación del tiempo libre, que resulta del agrado de sus usuarios/as, quienes han señalado lo positivo que significa para sus vidas, acudir a la propuesta de actividades que ofrece el Programa.

Desde el punto de vista de lo social y cultural, las actividades que ofrece el Programa Sesenta y Pi Quito, constituyen oportunidades para el desarrollo de talentos y capacidades de las personas adultas mayores, en lo que al fomento de su creatividad manual o artística; no así en cuando al desarrollo intelectual de aquellas personas que han desarrollado esta rama de actividad durante toda su vida y que constituye su área de realización humana, quienes se encuentran excluidos de los servicios porque éstos no dan respuesta a sus necesidades de desarrollo intelectual.

A nivel rural, el Programa Sesenta y Pi Quito, fomenta en los grupos de personas adultas mayores, el desarrollo de actividades culturales y artísticas, así como otras relacionadas con la recuperación de saberes, tradiciones o costumbres que caracterizan a la identidad cultural local, aportando de esta manera a la preservación del patrimonio histórico - cultural de su Comunidad o Parroquia, logrando de esta manera posicionar a las personas adultas mayores como actores claves para la recuperación de la memoria histórica de los pueblos y así aportar al desarrollo turístico de su espacio territorial.

A nivel urbano, el desarrollo de la interculturalidad sigue siendo un tema a investigar y posicionar. El monoculturalismo occidental, sigue siendo el patrón hegemónico que caracteriza a las relaciones sociales y que define el modelo de atención en los servicios que se prestan en la ciudad, constituyendo un desafío para las políticas públicas de salud e inclusión social, el conocimiento, valoración y recuperación de las formas tradicionales de vida de las personas adultas mayores pertenecientes a los pueblos y nacionalidades indígenas o afro ecuatorianas, para garantizarles una atención de calidad en armonía con su pertenencia cultural, como lo manda la Constitución de la República del Ecuador, promulgada en el 2008.

En la ciudad de Quito, la propuesta municipal de atención a las personas adultas mayores a través de un Programa de alcance distrital, que integra los ámbitos de salud, inclusión social, recreación, cultura, deportes, constituye una experiencia innovadora de creación de oportunidades de desarrollo personal de las personas adultas mayores y de integración social.

La estrategia aplicada de apropiación de los espacios comunitarios para uso y goce de las personas adultas mayores, ha permitido su visibilización como actores importantes en su espacio de residencia, llamando la atención de la sociedad respecto de la necesidad de atender, proteger y valorar a este grupo poblacional, lo que favorece positivamente en el mejoramiento de su calidad de vida.

El alcance del Programa Sesenta y Pi Quito es pequeño todavía. Al cierre del 2013, la cobertura atendida llegó a 16.000 personas en todo el Distrito a través de 329 puntos Sesenta y Piquito (FPMSJ 2013), que representa al 11.3% del total de la población adulta mayor de Quito que asciende a 141.516 (INEC 2010). Quedan todavía una gran mayoría de 98.000 personas adultas mayores sin atender.

En relación con la cobertura inicial con la que arrancó el Programa de 8.000 personas en la ciudad de Quito en el 2011, al cabo de 3 años de funcionamiento del Programa, se ha duplicado la cobertura, lo que revela un avance significativo en la atención a un grupo poblacional, anteriormente descuidado por el Estado.

La inversión social efectuada por el Municipio de Quito, en el Programa Sesenta y Pi Quito, suma alrededor de 10 millones de dólares, provenientes de su propio presupuesto sin aportes financieros del Estado central, lo que puede significar un factor de riesgo para el funcionamiento del Programa, que se plantea una ampliación de su cobertura para los próximos años, con los consiguientes incrementos presupuestarios, que deben provenir de una fuente permanente para garantizar su sostenibilidad.

El Programa *Sesenta y Pi Quito, activos y saludables*, ofrece un modelo de atención, científica y técnicamente diseñado, que requiere ser revisado y perfeccionado en base a los postulados del Buen Vivir, para ser replicado en otros cantones, con apoyo

financiero del Estado central, en tanto alternativa válida de atención integral a la población adulta mayor.

La investigación efectuada ha permitido conocer que desde el Estado central y local, se están destinando importantes esfuerzos para atender un problema que cada vez es más grande en el Ecuador y que es el crecimiento poblacional de la población que supera los 65 años.

La trascendencia de las políticas públicas de salud e inclusión social para las personas adultas mayores, diseñadas en el gobierno central y local en los años 2011 – 2012, radica en que por primera vez en la historia del país, se plantea la posibilidad de implementar un nuevo modelo de funcionamiento del Estado central y local, fundamentado en el Desarrollo Humano, basado en la garantía de derechos, lo que posibilita la superación del modelo asistencialista de atención a las necesidades de las personas adultas mayores y da cumplimiento de forma paulatina, a la consecución del gran desafío que plantea la Constitución de 2008, que es el de alcanzar el Buen Vivir de todas y todos las personas que habitan en el territorio ecuatoriano. La implementación de este modelo ha dado sus primeros pasos en los avances de la política pública ya descrita.

Sin embargo, todavía hay grandes pendientes por resolver. Mientras la política pública en términos declarativos pretende ser inclusiva, plural, universal, sus mecanismos de concreción que son los servicios con sus respectivos modelos de atención y cuidado para personas adultas mayores, desconocen por completo la procedencia, pertenencia e identidad cultural de las personas usuarias de los servicios, prevaleciendo el monoculturalismo y el etnocentrismo que desvaloriza, niega o invisibiliza toda manifestación cultural diferente a la occidental; de ahí que no haya una sola propuesta de atención a la población indígena habitantes de la ciudad de Quito, que observe el uso de los elementos identitarios de expresión y relacionamiento humano.

El criterio utilitarista de valoración de las personas por la funcionalidad que pueden tener, principalmente económica, sigue siendo el hegemónico, de ahí que la sociedad en general desplace a las personas adultas mayores del espacio laboral formal y las familias les asignen responsabilidades y tareas domésticas, como parte de la contribución

económica de las personas adultas mayores al hogar, más no, por el derecho que tiene esta persona de recibir atenciones y cuidados en la última etapa de su vida.

La superación de estos enfoques basados en el monoculturalismo, etnocentrismo, utilitarismo, adultocentrismo y monoculturalidad, es el reto más importante que tiene el país y que espera lograrlo a través del nuevo modelo de desarrollo del Socialismo del Buen Vivir.

La realización de esta tesis ha permitido abrir una línea de investigación de los procesos de transformación de las políticas públicas surgidas a partir de la vigencia del nuevo modelo de desarrollo del Buen Vivir, por lo que sus hallazgos pueden orientar la toma de decisiones de reforzamiento o redireccionamiento de las mismas, habiendo cumplido de esta manera, de forma satisfactoria, los objetivos propuestos.

Bibliografía consultada:

- Acosta Alberto. (2010). *El Buen Vivir en el camino del post-desarrollo: Una lectura desde la Constitución de Montecristi*. Friederich Eberto Stiftung. ILDIS. Quito.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2011) *COATAD*. Quito Ecuador
- CLAD, C. C., BID, & EUDEBA. (2000). *La Responsabilización ("accountability") en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana*. Buenos Aires.
- COHEN, G. A. (1993). *Igualdad de qué? sobre el Bienestar, los Bienes y las Capacidades*. México D.F. : Fondo de Cultura Económica .
- Congreso Nacional. (1991) *Ley especial del Anciano*. Quito.
- Consejo Científico de CLAD. (s/f). *Responsabilización ("accountability") en la nueva gestión pública Latinoamericana*.
- Constituyente, Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito
- Dagnino Evelina. (2008). *Los significados de ciudadanía en América Latina*. Disponible en Adolfo Chaparro, Carlina Galindo, Ana María Salenave, editores académicos, Estado, Democracia y Populismo en América Latina. Ediciones CLACSO. Editorial Universidad del Rosario. Colombia
- Elizalde Antonio. (2003). *Planificación estratégica territorial y políticas públicas para el desarrollo local*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Emmerij Louis, Nuñez del Arco (compiladores) (1998). *El Desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI*. BID. Washington DC.
- Escobar Arturo. (2010). *Una minga para el postdesarrollo: lugar, medio ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Forero Oscar. (2010). *Programa Salud y Vida Digna, Cuarto Producto*. Quito: Secretaria de Salud, Municipio de Quito.
- Forero Oscar. (2011). *Programa Ponle Sabor a la Vida, Cuarto Producto*. Quito: Secretaria de Salud, Municipio de Quito.
- Forero Oscar. (2010). *Salud y vida digna*. Quito.
- FPMSJ. (2013). *Seguimos construyendo Inclusión*. Quito: Municipio de Quito.

- FPMSJ. (s.f.). Centro de la experiencia del adulto mayor CEAM. *Tríptico*. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Galiani Sebastián. (2006). *Políticas Sociales: instituciones, información y conocimiento*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Gudynas Eduardo. (2011). *Buen Vivir: Germinando alternativas al desarrollo*. En *América Latina en movimiento*. ALAI/INEC. (2010)
- Guzmán José Miguel. (2003). *Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe. Diagnóstico sobre la situación y las políticas*. CELADE/División de Población CEPAL
- INEC. (2009). *ENCUESTA SABE*
- Kelly Janet. (2003). *Políticas Públicas en América Latina*. Ed. IESA. Caracas
- Lahera Eugenio. (2004). *Política y Políticas Públicas*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lazzeta Osvaldo. (2008). *Lo público, lo estatal y la democracia*. CIUNR. En Iconos. Revista de Ciencias Sociales. Num. 32. Quito-Ecuador.
- MDMQ. (2012). *Plan Metropolitano de Desarrollo 2012 2022*. Quito: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.
- MDMQ. (2012). *Sistematización Programa Sesenta y PiQuito*.
- MDMQ, M. d. (2013). *Informe de Rendición de Cuentas*. Quito: Municipio de Quito.
- Maslow Abraham. (1999). *Teoría de la motivación humana*. En Clásicos de la Administración Pública. Fondo de Cultura Económica. México.
- MAX NEEF, Manfred. (1993). *Desarrollo a Escala Humana, Conceptos Aplicaciones y algunas Reflexiones*. Editorial Nordan-Comunidad
- MIES. (2011). *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores*. Quito.
- MIES. (2012). *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012 - 2013*. Quito.
- MIES. (2013). *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores*. Quito.
- MIES, D. d. (2013). *Ciudadanía activa y envejecimiento positivo*. Quito: MIES.
- MSP. (21 de 03 de 2007). Acuerdo Ministerial 0000153. *Políticas integrales de salud adulto y adulto mayor*. Quito, Pichincha, Ecuador: MSP.
- MSP. (2010). *Plan de acción interinstitucional para la población adulta mayor*. Ecuador. 2011 – 2013.
- MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. En MSP. Quito.
- Parsons Wayne.(2007). *Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. FLACSO
- Rabotnikof Nora. (2008). *Lo público hoy: lugares, lógicas y expectativas*. UNAM. México

- Santamaría Carlos. (2002). *La percepción que los mayores tienen de sí mismos. En percepciones sociales sobre las personas mayores*. Madrid: IMERSO .
- Sen, Amartya. (1996). *Capacidad y Bienestar*. México: Fondo de cultura económica.
- Sen Amartya. (2002). *Economía de bienestar y dos aproximaciones a los derechos*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Sen Amartya. (1996). *Capacidad y Bienestar*. México: Fondo de cultura económica
- Sen Amartya. (2002). *Economía de bienestar y dos aproximaciones a los derechos*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia
- Sen Amartya. (1998). *El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI*. Washington.D.C.: BID.
- Sen Amartya. Kliksberg B. (2007). *Primero la Gente*. Ediciones Deusto. Barcelona-España
- SENPLADES. (2009). *Plan nacional del buen vivir 2009 - 2013*. Quito.
- SENPLADES. (2013). *Plan nacional del buen vivir 2013*. Quito.
- Tanaka Martín. (2001). *Participación popular en políticas sociales*. Colección mínima. Instituto de Estudios Peruanos. Lima - Perú.
- Tubino Fidel en Alegría Varona Ciro y otros. (2003). *La formación de la razón pública en las democracias multiculturales. Ética y Política*. Fondo editorial Pontificia Universidad del Perú

Webgrafía

- Albó Xavier. (2009). *Suma qamaña = el buen convivir*. Bolivia. Disponible en: http://sumakkawsay.files.wordpress.com/2009/06/albo_sumaqamana.pdf. Consultado el 20 de mayo de 2013.
- Belsky, J. (2012). Las crisis psicosociales en la edad adulta. Disponible en [Http://envejecerconcalidad.blogspot.com/2012/05/las-crisis-psicosociales-en-la-edad.html](http://envejecerconcalidad.blogspot.com/2012/05/las-crisis-psicosociales-en-la-edad.html). Consultado el 15 de agosto de 2013
- BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS. (2002). *Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos*. Editado por El otro derecho de ILSA Bogotá D.C., Colombia. Disponible en: http://webiigg.sociales.uba.ar/grassi/textos/Sousa_DDHH.pdf
- CEPAL. <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>.

Chande, Roberto. Han. (s.f.). Envejecimiento Demográfico. Sin soluciones la sobrevivencia decorosa de la población. Disponible en:

<http://www.ejournal.unam.mx/dms/no16/DMS01620.pdf>. Consultado el 13 julio de 2013

Cortez, D. (2010). Genealogía del “Buen vivir“ en la nueva constitución. Disponible en :

<http://homepage.univie.ac.at/heike.wagner/SUMAK%20KAWSAY%20EN%20ECUADOR.%20DAVID%20CORTEZ.pdf>. Consultado el 31 de mayo de 2013.

Durán H. Fundación BBVA citado por OMS. (2002).

http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/index.html. Consultado el 25 de mayo de 2013

Erikson, E. (2013). La teoría del desarrollo psicosocial. Disponible en:

<http://elmundotlp.blogspot.com/2013/03/la-teoria-del-desarrollo-psicosocial-de.html>.

Consultado el 8 de agosto de 2013

Escobar, A. (02 de 2010). Una minga para el Desarrollo. lugar, medio ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales. Disponible en:

<http://www.unc.edu/~aescobar/text/esp/escobar.2010.UnaMinga.pdf>. Consultado el 8 de julio de 2013

González, J. (2010) Teorías del Envejecimiento. Tribuna del Investigador. Volumen 1 - 2. Disponible en:

<http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/?i=art12>. Consultado el 14 de julio de 2013

Gudyna, E. (febrero de 2011). Buen Vivir: Germinando alternativas para el Desarrollo . - Globalización. Disponible en:

<http://www.globalizacion.org/analisis/GudynasBuenVivirGerminandoALAI11.pdf>.

Consultado el 17 de agosto de 2013

INEC. (2010).

<http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>. Consultado 8 de mayo de 2013

Instituto de Geriatria. *Programa de envejecimiento activo*.

Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/37.pdf>. Consultado el 17 de julio de 2013

Martínez, D. O. (2007). *La depresión en el adulto mayor*. Revista médica electrónica 2007; Disponible en

http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema_10.htm.

Consultado el 2 de mayo de 2013

Maslow, A. (1991). La jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow. Disponible en:

<http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/18/jerarquia.htm>. Consultado el 21

de julio de 2013

MAX NEEF, M. (1993). *MAX NEEF, Mandref, 1993. Desarrollo a Escala Humana, Conceptos Aplicaciones y algunas Reflexiones*. Editorial Nordan-Comunidad. Editorial Nordan-Comunidad. Disponible en:

http://www.max-neef.cl/descargas/Max_Neef-Desarrollo_a_escala_humana.pdf. Consultado el 30 de julio de 2013

OMS. (s.f.). Obtenido de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/.

OMS. Obtenido de:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7260&itemid=1&lang=es. Consultado el 01 de octubre de 2012

OMS. (2013). http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/index.html. Consultado el 30 de mayo de 2013

OMS. (2013). http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/.

Consultado el 30 de mayo de 2013

ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Ginebra Suiza.

<http://www.uasb.edu.ec/padh/revista19/documentos/declaraci%C3%B3nuniversaldelosderechoshumanos.pdf>. Consultado el 30 de mayo de 2013

Pacari Sisa. (2012) *El sumak kawsay y los pueblos originarios*. Editorial UNE. Disponible en:

<http://www.une.org.ec/~une/index.php/2012-07-08-04-19-37/2012-07-08-04-26-21/2012-07-11-23-41-10/175-el-sumak-kawsay-y-los-puedos-originarios>. Consultado el 30 de mayo de 2013

Quijano Aníbal. (2011) ¿Bien vivir?: entre el “desarrollo” y la descolonialidad del poder. Centro Andino de Acción Popular. CAAP. Quito. Disponible en :

<http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libros/50.pdf>. Consultado el 30 de mayo de 2013

RED, M. E. (2003). *Mujeres en Red*. Periódico Feminista. Disponible en:

<http://www.mujiresenred.net/spip.php?article135>. Consultado el 30 de mayo de 2013

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del BUen Vivir 2010*. Disponible en:

www.buenvivir.gob.ec - 2013. Consultado el 12 de agosto de 2013

Servers, F. (2013). Estado de Bienestar. Disponible en: <http://cienciapolitica.4t.com/temario%20basico/bienestar.html>. Consultado el: 19 de septiembre de 2013

Unidas, N. (1988). Disponible en: http://132.247.1.49/pronaledh/images/stories/1988_ProtocoloSanSalvador_convam.pdf. Consultado el 10 de septiembre de 2013

Villar, F. (2003). Desarrollo adulto y envejecimiento desde un punto de vista socio contextual. Disponible en: http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_12_ciclovital.pdf. Consultado el 3 de agosto de 2013

Entrevistas:

Andrade Edgar. (07 de 01 de 2014). Director Técnico Fundación Patronato Municipal San José. (M. d. Páez, Entrevistador)

Arias Tatiana. (17 de 12 de 2013). Directora Nacional de Adulto Mayor. (M. d. Páez, Entrevistador)

Calahorrano Narcisa. (26 de 12 de 2013). Directora de Gerontología del MIES período 2010 - 2012. (M. d. Páez, Entrevistador)

CEAM, Grupo Focal taller de tejido. (10 de 01 de 2014). (M. d. Páez, Entrevistador)

Garcés Catalina. (02 de 01 de 2014). Directora Nacional de Población Adulta Mayor. (M. d. Páez, Entrevistador)

Paz Alberto. (13 de 01 de 2014). Director del CEAM centro. Fundación Patronato San José. (M. d. Páez, Entrevistador)

Pomboza Mirna. (13 de 01 de 2014). Coordinadora Programa Sesenta y Piquito. FPMSJ. (M. d. Páez, Entrevistador)

Tamayo Cecilia. (26 de diciembre de 2013). Secretaria de Salud. (M. d. Páez, Entrevistador)

Tito Susana. (23 de 12 de 2013). Gerente del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. (M. d. Páez, Entrevistador)

Tobar Camilo. (22 de 12 de 2013). Asesor para política de población Adulta Mayor, de la Secretaría de Inclusión Social, del Municipio de Quito. (M. d. Páez, Entrevistador)

Grupo Focal

24 Señoras integrantes del taller de tejido de los días viernes, en el horario de 10h00 a 12h00, que funciona en el CEAM Centro ubicado en la calle García Moreno y Barahona, perteneciente a la Fundación Patronato San José

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

TESIS: Políticas Públicas del Buen Vivir para la Población Adulta mayor, aplicadas en la ciudad de Quito, durante el período 2011-2012

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Guía de Entrevistas a Autoridades del Gobierno Central del Sector Inclusión Social

Nombre de la persona entrevistada:

Institución:

Cargo:

Fecha:

1. Señale ¿qué políticas públicas han sido emitidas desde su Institución en el período del 2011 a 2012, para garantizar a las personas adultas mayores, el cumplimiento de sus derechos?.

2. De la siguiente lista de posibilidades, señale ¿en qué áreas se alinean los Programas o servicios se brindan desde su institución para las PAM?:
 - a) Salud
 - b) Educación
 - c) Recreación
 - d) Deporte
 - e) Arte y Cultura
 - f) Acogimiento Institucional permanente
 - g) Cuidado institucional temporal
 - h) Protección de Derechos (justicia)
 - i) Restitución de derechos

Nombre del Programa o servicio:

.....

3. Según la Agenda de Igualdad del MIES, las políticas públicas para PAM integran a las familias, comunidad y Estado para atender las necesidades de esta población. ¿De qué manera la intervención institucional a través de Políticas, Programas o Servicios para PAM, ha integrado a la participación de las familias o a la Comunidad?

4. Dentro de la prestación de servicios ¿se tomó en cuenta la pertenencia cultural de la población a la que atienden o su lugar de residencia pudiendo ser éste urbano o rural?

SI NO

5. La Constitución establece la obligatoriedad del Estado de generar empleo para PAM según sus capacidades. ¿Conoce de algún programa o proyecto que desde el gobierno central o local se impulsaron durante el 2011 – 2012, para promover el empleo, la ocupación o la generación de emprendimientos para PAM?

SI NO

Cuál

Institución que lo promueve

6. La Agenda de Igualdad del MIES establece que “la participación en procesos de adopción de decisiones a todos los niveles Los Estados deben garantizar considerar a las PAM como miembros activos de sus sociedades y participar en la toma de decisiones” (MIES, 2011: 13) ¿Qué acciones se tomaron durante el 2011 a 2012 para promover la participación de las PAM en la toma de decisiones del Estado ya sea para la definición de políticas, programas, servicios o acciones puntuales?

7. Si el Buen Vivir plantea el aprovechamiento al máximo de los talentos y capacidades individuales y colectivas de las PAM, ¿de qué manera el Estado central o local ha orientado Programas o Actividades para la recuperación de la sabiduría, los saberes o la promoción de los talentos y capacidades de las personas adultas mayores?

8. En relación a la justicia social y económica que plantea el PNBV, donde todas y cada una de las personas gozan del mismo acceso a los medios materiales, sociales y culturales necesarias para llevar una vida satisfactoria, ¿de qué manera el Estado ha

intervenido para resolver la situación económica de las PAM, que no cuentan con una pensión de jubilación o con algún ingreso económico?

9. La política pública para PAM emitida por el MIES, impulsa como valor supremo el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y por tanto, a los derechos que de ellos se despenden y señala que se atenderá al fortalecimiento de las relaciones familiares, para que los adultos mayores sean asumidos *para su cuidado*, por sus hijos, hijas, nietos, nietas y todos los integrantes de su familia que ellos engendraron (MIES, 2011). ¿Qué medidas o acciones ha realizado el Estado para evitar el abandono de las familias que viven y sufren las PAM en las diferentes clases sociales a las que ellos pertenecen?

ANEXO 2

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

TESIS: Políticas Públicas del Buen Vivir para la Población Adulta mayor, aplicadas en la ciudad de Quito, durante el período 2011-2012

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Guía de Entrevistas a Autoridades del Gobierno Local (Municipio de Quito) Sector Inclusión Social

Nombre de la persona entrevistada:

Institución:

Fecha:

Cargo:

1. ¿En qué fecha inició el Programa Sesenta y Pi Quito como una propuesta del Municipio de Quito, para atender a las personas adultas mayores y cuál fue el objetivo que se planteó inicialmente el Programa; ha habido modificaciones a ese objetivo?
2. En el Municipio de Quito habían experiencias anteriores al Programa Sesenta y Pi Quito, para población adulta mayor, qué aspectos de estas experiencias fueron consideradas dentro del Programa?
3. ¿En qué consistió la oferta de Servicios del Programa Sesenta y Pi Quito en sus inicios?. ¿Se han efectuado modificaciones?
4. ¿Con qué instituciones municipales y nacionales se coordinó inicialmente para la prestación de servicios?, ¿con quienes se lo hace ahora?
5. Al ser la familia y la comunidad espacios fundamentales de desarrollo de un ser humano, ¿de qué manera el Programa integra la participación de las familias o de la Comunidad?
6. Siendo la ciudad de Quito un espacio de gran diversidad social y cultural, ¿se ha considerado en el Programa Sesenta y Pi Quito, un enfoque de pertinencia cultural en

su oferta de servicios?, ¿en qué acciones se puede evidenciar la pertinencia cultural o alguna consideración respecto a su lugar de procedencia?

7. En relación a la justicia social y económica que plantea el PNBV, todas y cada una de las personas gozan del mismo acceso a los medios materiales, sociales y culturales necesarias para llevar una vida satisfactoria, desde el Programa ¿se interviene de alguna manera con aquellas personas que no cuentan con una pensión de jubilación o con algún ingreso económico?
8. La Constitución establece la obligatoriedad del Estado de generar empleo para PAM según sus capacidades, ¿el Programa de alguna manera apoya, promueve o genera algún tipo de emprendimiento para las personas adultas mayores?
9. Desde el Programa Sesenta y Pi Quito ¿se promueven espacios de consulta a los usuarios para conocer modificaciones que haya que hacer o se generan espacios de participación para la toma de decisiones?
10. El enfoque del Buen Vivir plantea el aprovechamiento al máximo de los talentos y capacidades individuales y colectivas de las PAM, ¿de qué manera desde el Programa se plantean actividades para la recuperación de la sabiduría, los saberes o la promoción de los talentos y capacidades de las personas adultas mayores?
11. Muchas personas adultas mayores se encuentran en situaciones de desprotección social, abandono o maltrato, ¿el Programa Sesenta y Pi Quito contempla algún tipo de acciones para proteger o restituir derechos?; ¿Cómo funcionan?
12. Cuál ha sido el comportamiento de la cobertura del Programa desde sus inicios hasta la presente fecha?

ANEXO 3

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

TESIS: Políticas Públicas del Buen Vivir para la Población Adulta mayor, aplicadas en la ciudad de Quito, durante el período 2011-2012

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

147

Guía de Entrevistas a Autoridades del Gobierno Central - Sector de Salud

Nombre de la persona entrevistada:

Institución:

Cargo:

Fecha:

1. La Constitución establece la obligatoriedad del Estado de garantizar atención gratuita y especializada en salud para las personas adultas mayores, así como el acceso gratuito a medicinas, ¿cómo concibe el MSP la atención especializada para PAM? y ¿de qué manera garantiza que esta se brinde de forma oportuna y gratuita?

2. ¿Se han efectuado modificaciones en los servicios de salud para atender a las personas adultas mayores, tomando en cuenta sus necesidades especiales de acceso? ¿Incluye en las prestaciones la atención a domicilio?

Si.... No....

Cuáles:

3. El modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural tiene como desafío trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de atención, (MSP, 2012), ¿Los servicios de salud han incorporado a las familias en la garantía de las condiciones de salud de las personas adultas mayores?

Si ... No

A través de:

Orientaciones directas a familiares que acompañan a las PAM Charlas....

Visitas Domiciliarias.... Llamadas telefónicas.... Material Comunicacional

Otros, especifique:

4. El Modelo de atención integral en salud establece la atención en las dimensiones biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales; ¿de qué manera se cumplen cada uno de estos ámbitos en la atención a las personas adultas mayores?

Biológico

Mental

Espiritual

Psicológico

Social

5. El MAIS establece como desafío la superación de las barreras de acceso a la salud, a nivel geográfico, cultural o económico ¿De qué manera estas barreras se han superado para la atención de salud para las personas adultas mayores?

6. La interculturalidad en el modelo de atención integral de salud reconoce la gestión y atención de salud intercultural, ¿Cómo en la ciudad de Quito, los servicios de salud incorporan la interculturalidad para la atención a la población indígena que habita en la ciudad?

7. El MAIS promueve la participación de acciones comunitarias como un medio y fin ya sea para la planificación, ejecución o evaluaciones de acciones. ¿Cómo el MSP ha incorporado la participación de la Comunidad en sus acciones en la ciudad de Quito orientadas a la PAM?

8. Otras actividades con la Comunidad están vinculadas con la organización comunitaria para la salud, ¿qué organizaciones de este tipo se han conformado en Quito, para garantizar la salud de las PAM?

9. El MSP realiza campañas de promoción de la salud, ¿qué contenidos relacionados con la salud de la PAM se difunden y cómo se difunden?

ANEXO 4

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

TESIS: Políticas Públicas del Buen Vivir para la Población Adulta mayor, aplicadas en la ciudad de Quito, durante el período 2011-2012

149

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Guía de Entrevistas a Autoridades del Gobierno Local - Sector de Salud

Nombre de la persona entrevistada:

Institución:

Cargo:

1. La Constitución establece la obligatoriedad del Estado de garantizar atención gratuita y especializada en salud para las personas adultas mayores, así como el acceso gratuito a medicinas, ¿cuál es el marco legal que ampara a las acciones del Municipio de Quito en el sector salud?
2. ¿Con qué Programas o Servicios cuenta el Municipio de Quito para atender a la PAM?
3. En el caso del Programa Sesenta y Pi Quito, que surge en el período de estudio, ¿qué consideraciones políticas, sociales, técnicas, motivaron la creación de un Programa de atención para personas adultas mayores?
4. ¿Cuál fue el soporte teórico que orientó el diseño del Programa para PAM, hoy nominado como Sesenta y Pi Quito?
5. ¿Qué tiempo implicó el diseño del Programa Sesenta y Pi Quito?
6. ¿Cuál fue la instancia Municipal responsable del diseño del Programa Sesenta y Pi Quito y qué otras instancias municipales participaron?

7. ¿Qué instancias municipales participaron en la implementación del Programa?
8. ¿En qué consistió el diseño original del Programa Sesenta y Pi Quito?
9. ¿Qué dimensiones de atención en la salud de las personas adultas mayores aborda el Programa Sesenta y Pi Quito (biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales) y cómo se previó su atención?
10. Considerando la importancia de la familia y la comunidad como actores claves para la garantía de derechos, ¿de qué manera el Programa Sesenta y Pi Quito integró su participación?
11. El Programa Sesenta y Pi Quito ¿realizó algún tipo de consideración especial en su diseño para asegurar la pertenencia cultural de la población?
12. El Programa Sesenta y Pi Quito ¿ha efectuado algún tipo de consideración para la incorporación de mujeres?
13. ¿Se han efectuado evaluaciones al Programa Sesenta y Pi Quito?, ¿cuál es el resultado obtenido?
14. ¿Considera usted que la calidad de vida de la población adulta mayor beneficiada con el Programa Sesenta y Pi Quito mejoró a partir de su asistencia al Programa?

Gracias.

ANEXO 5

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

TESIS: Políticas Públicas del Buen Vivir para la Población Adulta mayor, aplicadas en la ciudad de Quito, durante el período 2011-2012

151

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Preguntas a los/as operadores de Servicios

Nombre de la Institución:

Nombre del Programa, Proyecto o Servicio

Nombre de la persona entrevistada

Cargo:

1. Este servicio es :

a) Deportivo b) Salud c) Inclusión económica d) Socialización

e) Recreación f) Creación Artística g) Difusión Cultural h) Otros, cual?..

2. ¿En qué consiste el servicio?:

3. ¿A qué grupo poblacional está orientado este servicio?

a) Sectores populares b) Clase Media c) Clase Alta
d) Hombres e) Mujeres f) Hombres y Mujeres

3. ¿Cuál es la procedencia de las personas que acuden al servicio?:

Área Rural Área Urbana

4. ¿Cuántas personas se benefician de este servicio o Programa en este lugar y en la ciudad?
5. ¿Existe alguna variante o especificidad en la prestación del servicio por el grupo étnico o pertenencia cultural de la población?
SI NO
Cuál?
6. Este servicio ¿realiza algún tipo de actividad con la familia de las PAM?
SI NO
Especifique
7. Dentro de la prestación del Servicio ¿se realiza algún tipo de actividad con la Comunidad o Barrio?
SI NO
Especifique
8. Desde esta institución ¿se coordina con otras instituciones para complementar la atención a las PAM?
Si No Con quién?
9. ¿Cuáles considera que son las fortalezas de este servicio?
10. ¿Qué aspectos considera que se deben mejorar en la prestación del servicio?

Gracias.

ANEXO 6

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

TESIS: Políticas Públicas del Buen Vivir para la Población Adulta mayor, aplicadas en la ciudad de Quito, durante el período 2011-2012

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Guía de Preguntas a Grupo Focal Programa Sesenta y Pi Quito, Municipio de Quito

Institución:

Grupo:

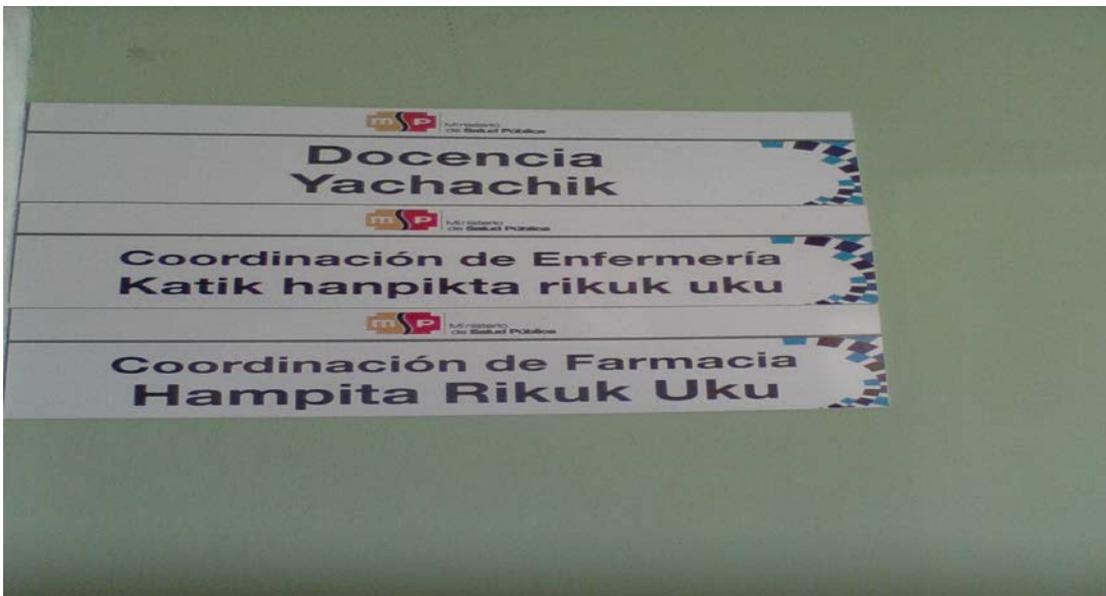
Fecha:

- 1.- ¿Qué actividades realizan ustedes dentro del Programa Sesenta y Pi Quito?
- 2.- ¿Cómo se sienten al ser parte de este Programa?
- 3.- ¿Cómo sería su vida, si no asistieran al Programa?
- 4.- ¿Consideran que este Programa ha aportado en el mejoramiento de sus condiciones de vida? ¿Cómo?
- 5.- ¿Consideran que hay algún aspecto que deba ser modificado o mejorado para que se sientan mejor?

ANEXO 7



Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor - MSP



Señalética en Español y Kichwa, presente en el Hospital del Adulto Mayor



Usuarios del Hospital del Adulto Mayor, con personal de salud

ANEXO 8



Centro del Adulto Mayor - CEAM, patio interno



Grupo de Rondalia, CEAM



Equipos de Gimnasia, ubicados en el patio posterior del CEAM – Centro



Huerto Orgánico, cultivado por usuarios/as CEAM – Centro



Usuaris del Programa Sesenta y Pi Quito – CEAM