

# Condiciones de Salud en los Adultos Mayores en el Ecuador: Desafíos Presentes y Futuros<sup>1</sup>

Wilma B. Freire, Ph.D.<sup>2</sup>, William F. Waters, Ph.D.<sup>3</sup>

## RESUMEN

El Ecuador es un país en pleno proceso de envejecimiento. Mientras los adultos mayores representaban el 4.2% de la población total en 1970, ahora son el 6.7% y se estima que para 2050, el 16% serán adultos mayores. La primera encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento (SABE I) permite analizar las interrelaciones entre la transición demográfica y la transición epidemiológica para entender las condiciones de salud de las personas adulto mayor (PAM) en el Ecuador.

La mencionada encuesta demuestra que en términos generales, existen brechas importantes en las condiciones de salud, nutrición y bienestar de las PAM ecuatorianas. Un tercio de ellas viven en condiciones socioeconómicas malas o de indigencia y un tercio viven solas o solamente con su cónyuge. Si bien reciben recursos de sus familias, también apoyan con sus propios recursos. Solo el 30% perciben que su salud es buena, pero la salud preventiva muestra proporciones bajas en la oferta y existen limitantes importante a los servicios de salud.

El presente trabajo analiza los factores relacionados a la salud de las PAM en el Ecuador, incluyendo condición socioeconómica, sexo, grupos de edad, raza y etnicidad, región de residencia y redes de apoyo social. Se demuestra que la familia y comunidad no siempre prestan una atención adecuada para superar las brechas en los servicios públicos y por lo tanto, proporciones importante de las PAM experimentan malas condiciones de salud física, mental y emocional. En el contexto de las dos transiciones: la demográfica y la epidemiológica, se requieren respuestas urgentes en un país en envejecimiento.

## 1. INTRODUCCION

El envejecimiento de la población ecuatoriana es un proceso poco reconocido, tanto por el público en general como por los decisores de la política pública. En el imaginario nacional, el Ecuador es un país joven que sigue creciendo en forma desmesurada, mientras los recursos públicos dedicados a la salud continúan orientándose principalmente a la población de edades más jóvenes. Sin embargo, los procesos demográficos vigentes en el país y la estructura de edad

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud Pública; Quito, Ecuador. freirewi@gmail.com

<sup>3</sup> Instituto de Investigación en Salud y Nutrición, Universidad San Francisco de Quito; Quito, Ecuador. wwaters@usfq.edu.ec

de la población sugieren que es necesario hacer un análisis más acertado de las demandas de la población, considerando la proporción actual de PAM y la que será en el futuro. Es decir, la tendencia del crecimiento poblacional de PAM representa un desafío para las familias, las comunidades ecuatorianas y la política pública; esta situación es particularmente dramática porque proporciones importantes de las PAM viven en condiciones socioeconómicas poco óptimas y con acceso limitado a los servicios de salud.

Si bien la transición demográfica se ha expresado en el Ecuador en forma relativamente tardía, los cambios en la estructura de los cohortes de edad son claros, especialmente en lo que se refiere al aumento dramático numérico y porcentual de la personas adultos mayores (PAM). Mientras que en 1970 las PAM fueron apenas el 4,2% de la población, como consta en el cuadro 1 (abajo), para 2010 son el 6,7% según el censo poblacional realizada en ese año y llegarán a representar a más del 16% del total en el año 2050, con un total de más de tres millones de personas en ese año (INEC, 2011).

Este escenario se expresa en forma paralela a la transición epidemiológica, que se caracteriza por la presencia simultánea de las enfermedades tradicionales (principalmente infecciosas) y un cuadro de condiciones modernas (especialmente degenerativas) relacionadas a la mayor expectativa de vida (Saunders et al., 2008) y la transición nutricional, que se define por cambios en la dieta que a su vez se asocian con condiciones crónicas de salud (Rivera et al., 2002).

Las tres transiciones paralelas (la demográfica, epidemiológica y nutricional) tienen varios efectos, que tendrán cada vez, mayor importancia en los años venaderos: (i) una doble carga de enfermedad, (ii) una mayor carga de discapacidad, (iii) la feminización del envejecimiento, (iv) mayor vigencia de cuestiones éticas y desigualdades en el acceso y uso de servicios, (v) mayor demanda por la servicios de salud orientadas a un número creciente de PAM, especialmente los cuidados prolongados (*long-term care*) y (vi) desafíos sociales y económicos a nivel micro (familia) y macro (país), como se observa en otros países de América Latina.

En vista de estos desafíos, el presente trabajo analiza el estado de salud, nutrición y bienestar de las PAM ecuatorianas, tomando en cuenta su alto grado de heterogeneidad en términos socioculturales, étnicos, geográficos y económicos. La información presentada se basa en SABI I, la primera encuesta nacional sobre las condiciones de salud, nutrición y bienestar de los adultos mayores (Freire et al., 2010).

En el resto del acápite introductorio, se contextualiza el envejecimiento de la población ecuatoriana en términos de la transición demográfica y la transición epidemiológica. En la segunda parte, se expone las metodologías empleadas en las encuestas nacionales que se presentan en SABE I. Parte tres presenta los resultados del estudio en cuanto a las condiciones de salud, nutrición y bienestar de las PAM ecuatoriana para facilitar un entendimiento del proceso de envejecimiento en el país. En este análisis, los aspectos de región (costa/sierra), residencia urbana o rural y de etnicidad son particularmente relevantes. La cuarta sección presenta una interpretación los datos en el contexto de desafíos presentes y futuros, tanto para la familia y comunidad ecuatoriana como para el sistema de salud pública.

### **1.1. Transformaciones en la Estructura Demográfica**

Como es el caso en los otros países en la región de las Américas (Omran, 1996), el Ecuador experimentó desde hace varias décadas una reducción sostenida de la tasa de mortalidad, seguida por una disminución de la tasa de fecundidad. En efecto, la tasa de mortalidad general ha descendido de 14,2 muertes por cada 1.000 habitantes en 1956 a 4,3 en el 2005. A su vez, la tasa global de fecundidad descendió en el país de 6,7 hijos por mujer a comienzos de la década de 1960 a 2,82 en el quinquenio 2000-2005 (CEPAL, 2003). De seguir esta tendencia, el país habrá llegado a 2,1 hijos por mujer en el quinquenio 2020 – 2025 (Rosero–Bixby, 2004). Por lo tanto, al iniciar el nuevo milenio, los ecuatorianos de 0 a 14 años de edad representaron más de un tercio del total, cifra que disminuirá a 24,5% en 2025 y a menos del 19% en 2050. Ver el cuadro 1.

Por otro lado, la tasa de crecimiento anual de la población de 65 años y más ha aumentado sensiblemente, de 1,98% en 1970 a casi el 4% en la actualidad. Por lo tanto, la edad media también ha experimentado un cambio importante, mientras se observa un aumento dramático en la esperanza de vida al nacer, desde alrededor de 57 años hace solo una generación a 75 años en el momento actual. Al mismo tiempo, se ha aumentado la relación de dependencia de las PAM de 65 años y más comparada con la población económicamente activa (15-64 años). Ver el cuadro 1.

**Cuadro 1. Indicadores demográficos relacionados al envejecimiento; Ecuador 1970-2050.**

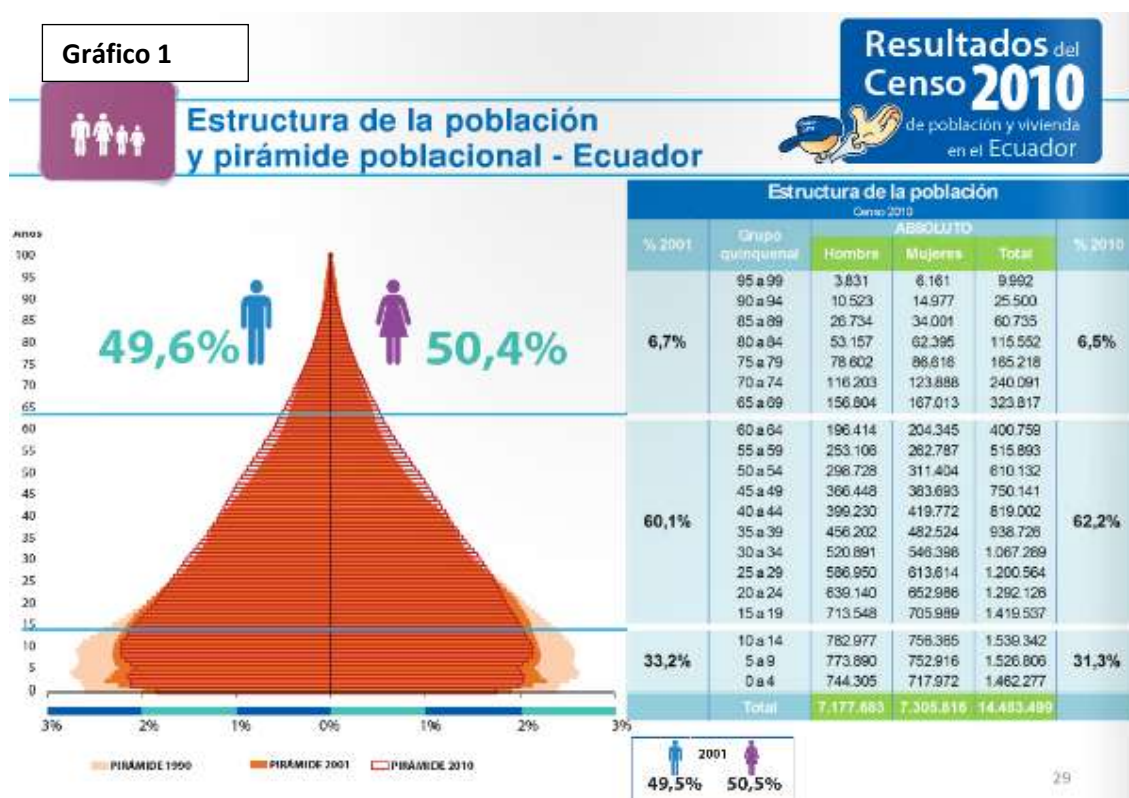
<b>Indicadores de envejecimiento</b>	<b>Año</b>			
	<b>1970</b>	<b>2000</b>	<b>2025</b>	<b>2050</b>
Población de 65 años y más (en miles)	253	621	1.591	3.294
<b>Porcentaje de población de 65 años y más</b>	<b>4,2</b>	<b>5,0</b>	<b>9,3</b>	<b>16,3</b>
Población de 0 a 14 años (en miles)	2.648	4.238	4.194	3.741
Porcentaje de población de 0 a 14 años	44,4	34,4	24,5	18,5
<b>Crecimiento media anual de la población total (%)</b>	<b>2,92</b>	<b>1,44</b>	<b>0,95</b>	<b>0,41</b>
Crecimiento media anual de la población $\geq 65$ años (%)	1,98	3,85	3,80	2,44
<b>Índice de envejecimiento (%) (65+/15-64)</b>	<b>9,6</b>	<b>14,6</b>	<b>38,0</b>	<b>68,1</b>
Relación de dependencia total (0-14+65+/15-64)	94,6	65,3	51,1	53,5
<b>Relación de dependencia PAM (65+/15-64)</b>	<b>8,3</b>	<b>8,3</b>	<b>14,1</b>	<b>25,1</b>
Edad mediana de la población	17,7	22,7	30,5	38,6

**FUENTE:** INEC/CEPAL/CELADE (2003).

El grafico 1 (abajo) demuestra como la transición demográfica está modificando la proporción de personas de diferentes cohortes etéreas en el Ecuador a partir de 1990 hasta el 2010, año en que se realizó el último censo de población. Como se observa, la pirámide poblacional ha ido achatándose en la base y ensanchándose a partir de los 30 años tanto en las mujeres como en los hombres.

La transición demográfica se expresa en el medio de profundos cambios socioeconómicos. En particular, la urbanización y la migración interna y transnacional han afectado sensiblemente la composición de la población ecuatoriana. La urbanización moderna comenzó en la década de 1950 y aceleró en las dos décadas siguientes; en 1950 el 70% de la población ecuatoriana vivía en áreas rurales, mientras según el último censo de población de 2010, siete de cada diez ecuatorianos residen en áreas urbanas. El crecimiento urbano, evidente ya hace más de dos décadas, no solo se expresó en las tres ciudades más grandes de Guayaquil, Quito, y Cuenca, sino aun más en las ciudades intermedias, especialmente a través de la migración interna del campo a la ciudad (Carrión, 1986; INEC, 2011). Desde el año 1990 y especialmente a partir de la crisis económica y financiera que azotó al país en 1999 y 2000, se produjo una segunda ola migratoria, esta vez de carácter transnacional que solamente con la crisis financiera en Europa ha comenzado a disminuir (Herrera y Ramírez, 2008).

Gráfico 1



FUENTE: INEC (2011).

## 1.2. Transición Epidemiológica

En forma paralela a la transición demográfica, se evidencia varias expresiones de la transición epidemiológica, que consiste en: (i) reducciones en la prevalencia de causas de morbilidad y mortalidad consideradas como tradicionales (principalmente las enfermedades infecciosas y inmuno-prevenibles, la desnutrición y las condiciones relacionada al embarazo y parto) y (ii) aumentos en la prevalencia de condiciones consideradas como modernas, asociadas con mayor esperanza de vida, especialmente las condiciones degenerativas: las enfermedades cerebro vasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, los problemas de salud mental y los problemas asociadas a los accidentes de transporte y la violencia. Al mismo tiempo, se observa mayor evidencia de la transición nutricional, especialmente en lo que se refiere a los incrementos en las enfermedades asociadas con el sobrepeso y la obesidad. A través de esta transición, emergen causas de mortalidad que ahora son las tres principales: la diabetes mellitus, las condiciones cardiovasculares y las enfermedades hipertensivas. Sin embargo, la influenza y neumonía representan la cuarta causa

de muerte, lo que demuestra que la transición epidemiológica es más bien un traslape y no un cambio uniforme (INEC, 2012; Waters, 2006).

Estas transiciones no han ocurrido en un vacío; más bien, se expresan en el contexto de condiciones y procesos sociales, económicos, culturales y políticos. En síntesis, si bien se han observado mejoras interesantes, la pobreza todavía afecta a proporciones sustanciales del país. Es así que, si se aplica el punto de corte de US\$72,87 mensuales por persona como la línea de pobreza, el 28,6% de la población ecuatoriana fue pobre en diciembre de 2011, observándose porcentajes de 50,9% en las áreas rurales y 17,7% en las áreas urbanas. Estas cifras se comparan con el 50% a nivel nacional en el año 2003, con el 71% y 39% en las áreas rurales y urbanas, respectivamente (SENPLADES-INEC, 2011).

La desigualdad es otra característica importante de la población ecuatoriana y que tiene mucho que ver en la salud y bienestar de su población. El Ecuador tradicionalmente ha mostrado niveles de desigualdad que le sitúa entre los más elevados en el mundo. Sin embargo, en los últimos años se observa un descenso importante; mientras el índice de Gini a finales de 2003 fue 0.627, para finales de 2011, llegó a 0.473 (SENPLADES-INEC, 2011).

## **2.0. METODOLOGIA**

La encuesta nacional de salud, bienestar y nutrición de las PAM ecuatorianas, se realizó por primera vez en 2010, siguiendo el modelo de los estudios SABE realizados en otros países de las Américas, pero con la diferencia de que ésta se hizo al nivel nacional, en las áreas urbanas y rurales. Esta encuesta fue además la base para un segundo estudio, denominado SABE II, que se realizó en una submuestra de SABE, pero que se concentra en el estudio de la situación de salud y nutrición a través de biomarcadores (Freire et al., 2011).

Este documento hace referencia a los resultados de SABE I, con el propósito de proveer información para el diseño de políticas y programas dirigidos a proteger a las PAM y hacer posible comparaciones con los de otros países donde ya se habían realizado estudios con la misma metodología: Argentina, Barbados, Cuba, Uruguay, Chile, México, y Brasil (CEPAL, 2003). Los objetivos fueron de describir y analizar las condiciones de salud, nutrición, cognición, estado funcional, acceso y uso a servicios de salud y medicamentos, existencia de redes de apoyo familiar y social, historia laboral, y condiciones de la vivienda, de la población ecuatoriana de adultos mayores y poderlas comparar con los otros países en donde también se ha realizado SABE.

La encuesta captó información en los cantones de 15 provincias del país continental, de acuerdo a las regiones de costa y sierra, área urbana y rural y las ciudades de Quito y Guayaquil. El universo de estudio estuvo constituido por todos los hogares ocupados, que tenían al menos una persona de sesenta años o más, en la costa y sierra ecuatoriana. Se definió como hogares urbanos a aquellos que pertenecen a centros poblados de 2.000 personas o más, según el censo de población y vivienda de 2001.<sup>4</sup> Los hogares rurales fueron aquellos ubicados en centros poblados con menos de 2.000 habitantes y áreas de viviendas dispersas.

Para el diseño de la muestra, se consideró que debía haber representatividad regional: costa urbana y rural y sierra urbana y rural, más Quito y Guayaquil como áreas auto-representadas. Las unidades de muestreo fueron los hogares individuales, donde habitaba al menos una persona de 60 años y más a quienes se realizó una entrevista directa<sup>5</sup>. El muestreo fue probabilístico, bietápico y proporcional al tamaño de la población. Se tomó en cuenta la estratificación socioeconómica de las 14 ciudades de más de 100.000 habitantes según el censo del 2001, de tal manera que hubo estratos alto, medio y bajo en las ciudades, y los restos fueron tomados en cuenta como un solo estrato. Se determinó el tamaño de la muestra para garantizar representatividad al nivel regional (costa urbana y rural, sierra urbana y rural, más Quito y Guayaquil. Para seleccionar el número de viviendas en cada dominio de representación se tomó en cuenta la probabilidad de que un hogar tenga una persona de 60 años y más. De esta manera se proporcionó el suficiente número de viviendas necesarias para dar estimación en estos dominios. Este tamaño de muestra garantizó un nivel de error de 0.05 y un intervalo de confianza de 95%. El número de viviendas en cada dominio fue: costa urbana (3.672), costa rural (1.590), sierra urbana (2.208) y sierra rural (2.208), dando un total nacional de 10.368 viviendas. De estas viviendas, se determinó una muestra de 5.235 PAM.

La encuesta recopiló información general del hogar, datos personales, capacidad cognitiva, estado de salud, estado funcional, uso de medicamentos, uso y accesibilidad a servicios de salud, redes de apoyo de la familia y comunidad, historia laboral, fuentes de ingresos y características de la vivienda. Además, se tomaron mediciones clínicas (presión arterial, condición de extremidades, medidas antropométricas: de peso, altura de rodilla, circunferencia de brazo, cintura, cadera, pliegue tricípital, talla, circunferencia de pantorrilla, ancho de muñeca, media brazada y fuerza de mano), flexibilidad y movilidad y experiencias con maltrato y

---

<sup>4</sup> Cuando se inició la encuesta, no se había realizado el censo de 2010 todavía.

<sup>5</sup> Los estudios SABE adaptan el criterio de la Organización Mundial de la Salud, que define el adulto mayor como una persona de 60 años o más de edad.

violencia. Antes de la entrevista, los encuestados firmaron un formulario de consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito.

### 3.0. RESULTADOS

El Ecuador es considerado como un país con un alto nivel de desarrollo; según el PNUD (2011), su índice de desarrollo en 2011 fue de .720, que coloca el país en el puesto 83 de 187 naciones. Sin embargo, todavía persisten altos grados de desigualdad, que afectan de manera directa a una proporción considerable de las PAM. Como se observa en el cuadro 2, un tercio de las PAM viven en condiciones malas u indigentes; las proporciones siendo más altas en el área rural, especialmente en la sierra, donde vive la proporción más alta de PAM indígenas. Al observar los datos de Quito y Guayaquil, se determina que una mayor proporción de las PAM se ubica en los estratos de condiciones muy buenas y buenas, a la vez que la proporción que vive en condiciones malas o de indigencia son más bajas. También se nota Quito tiene una tasa más alta de PAM que vive en condiciones buenas o muy buenas que Guayaquil.

**Cuadro 2. Índice de condiciones sociales de las PAM por subregión.**

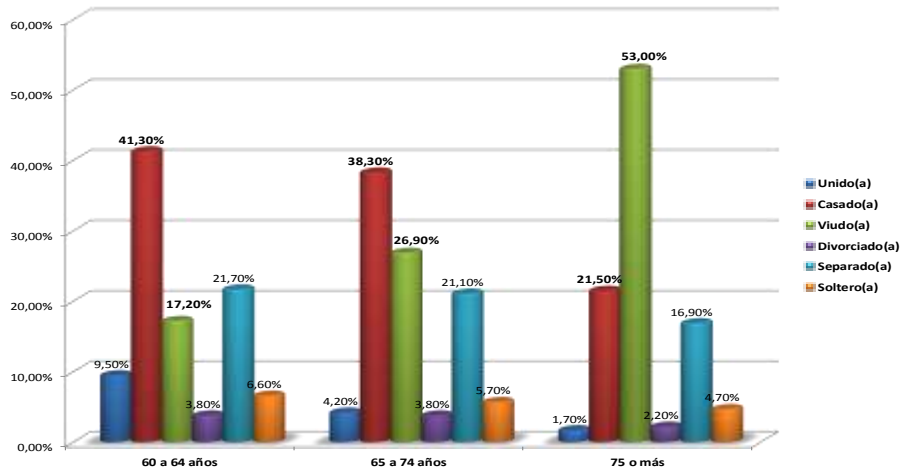
Subregión	Índice de condiciones socioeconómicas (%)					
	Muy Buenas	Buenas	Regulares	Malas	Indigentes	Total
Sierra urbana	12.7	19.7	52.6	2.1	12.9	100.0
Sierra rural	0.9	4.9	27.4	17.9	48.9	100.0
Costa urbana	7.8	11.2	54.3	4.6	22.1	100.0
Costa rural	1.1	4.2	34.0	22.3	38.3	100.0
Quito	31.8	24.8	37.3	2.1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

FUENTE: Freire et al. (2010).

Otro factor demográfico importante es que el índice de feminidad es 115, lo cual confirma observaciones hechas en otros países, que revela una mayor sobrevivencia de mujeres, con un incremento proporcional a medida que incrementa la edad. Así se confirma la tendencia de la feminización del envejecimiento. Cuando se observa la distribución de las PAM femeninas de acuerdo al estado de unión por edad (grafico 2), se determina que a medida que incrementa la



**Grafico 2. Estado de unión de las mujeres adultas mayores, por edad.**

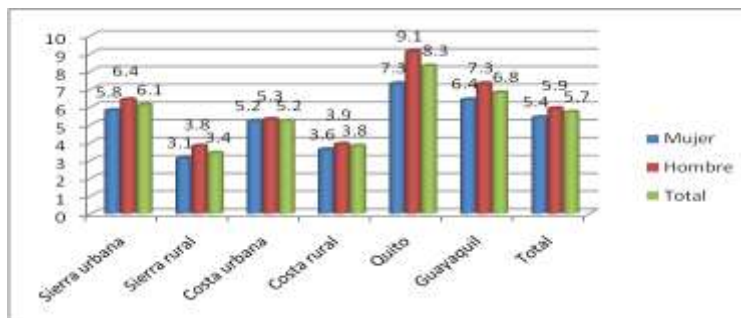


**FUENTE:** Freire et al. (2010).

edad, se incrementa la proporción de viudas, a diferencia de lo que se observa en el rango de 60 a 64 años, en el que la mayor proporción está en la categoría de casadas.

Otro aspecto importante es el nivel de escolaridad de las PAM. En el grafico 3, se observa, en primer lugar, que el grado de escolaridad en general es bajo, a la vez que se observan diferencias sustanciales según el lugar de residencia y el sexo. En particular, los hombres muestran promedios más altos de escolaridad en todas las regiones del país. En segundo lugar, el área urbana tiene promedios más altos que el área rural, siendo la Sierra rural la que presenta los promedios más bajos. Tercero, este grafico demuestra que la Sierra urbana tiene promedios más altos de escolaridad que la Costa urbana y que Quito presenta promedios más altos que Guayaquil.

**Grafico 3. Escolaridad de las PAM por sexo y subregión.**



**FUENTE:** Freire et al. (2010).

En cuanto a su condición de estado civil, se observa un incremento de PAM que viven solos conforme se incrementa la edad, lo que les ubica en una condición de mayor vulnerabilidad. Mientras en el rango de edad de 60 a 64 años, el 7.5% de la PAM vive solo, cuando entran al rango de 75 años y más esta proporción casi se duplica al 14.4%.

### **3.1. Condiciones de Salud**

Al consultarles a las PAM sobre su percepción de su condición de salud, se encuentra que a medida que se incrementa la edad, la percepción de mala salud se incrementa y alcanza (entre las personas de 75 años y más de edad) a un cuarto del grupo. En este contexto, las percepciones son importantes porque son hechos sociales que afectan en forma directa e indirecta las decisiones y acciones que se toman frente a las condiciones objetivas de la salud que se reportan a continuación.

Un aspecto importante del envejecimiento es el deterioro cognitivo, que refleja una disminución del rendimiento de una o más de las capacidades mentales o intelectivas: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visual espacial. Varios estudios muestran el peso de la edad, el nivel de instrucción, la condición socio económica, la presencia de síntomas afectivos y comorbilidad juegan un papel muy importante en la prevalencia de deterioro cognitivo.

Si bien, muchas de las funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud, la mayoría de las PAM sufre una disminución de algunas esferas cognitivas, tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas. Además de la disminución de la función cognitiva propia del envejecimiento y patologías como la enfermedad de Alzheimer, un gran número de enfermedades que afecta desproporcionalmente a las PAM (tales como las infecciones, los neoplásicos, enfermedades cardiovasculares) también pueden alterar las funciones cognitivas de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica (Ashman et al., 1999; Iraizoz et al., 1999).

El término “deterioro cognitivo” es un término que si bien no especifica la función o funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente, debe ser considerado como una situación que revela la existencia de un problema cuyo diagnóstico debe establecerse con prontitud para adoptar las medidas terapéuticas oportunas. En total, se observa un deterioro cognitivo en las PAM en dos de cada diez casos per en el cuadro 3, se observa que la prevalencia del deterioro

cognitivo se incrementa conforme se incrementa la edad, comportamiento similar a otros países de América Latina, como es el caso de Cuba (Alfonso et al., 2005; y Costa Rica (Fernández y Robles, 2008) ; así, en el grupo de 60 a 64 años la prevalencia fue del 8.8%, mientras que en el grupo de 75 y más fue más de cuatro veces mayor.

**Cuadro 3. Deterioro cognitivo en PAM por grupo de edad.**

<b>Deterioro Cognitivo</b>	<b>Grupo de edad</b>			
	<b>60 a 64 %</b>	<b>65 a 74 %</b>	<b>75 o más %</b>	<b>Total %</b>
<b>Si</b>	8.8	17.0	35.7	20.3
<b>No</b>	91.2	83	64.3	79.7
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

Al observar la distribución de las prevalencias de deterioro cognitivo por región geográfica, el cuadro 4 muestra que la mayor prevalencia se presenta en la Sierra rural, seguido de la Costa rural. Al desglosar por sexo, se ve que la presencia de deterioro cognitivo es mayor en las mujeres que en los hombres en todas las subregiones, y en Quito y Guayaquil.

**Cuadro 4. Deterioro cognitivo por sexo y subregión.**

<b>Sexo</b>	<b>Subregión (%)</b>						
	<b>Sierra urbana</b>	<b>Sierra rural</b>	<b>Costa urbana</b>	<b>Costa rural</b>	<b>Quito</b>	<b>Guayaquil</b>	<b>Total</b>
<b>Mujer</b>	21.3	44.1	18.2	27.5	23.7	20.3	25.7
<b>Hombre</b>	13.3	27.1	13.2	19.0	8.1	13.7	16.3
<b>Total</b>	17.9	36.1	15.9	22.6	16.2	17.6	21.3

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

Este fenómeno también se relaciona con el estado socioeconómico. En el cuadro 5, se muestra la prevalencia de algún tipo de deterioro cognitivo por índice de condición social; se observa que la prevalencia del deterioro cognitivo es más de diez veces más alta entre las PAM que viven en indigencia, que en las personas que viven en condiciones muy buenas. Por otro

lado, en todos los niveles de condición social, las mujeres presentan mayores prevalencias de deterioro cognitivo.

**Cuadro 5. Deterioro cognitivo por sexo e índice de condiciones sociales.**

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

FUENTE: Freire et al. (2010).

Al hacer el análisis según nivel de educación y sexo (cuadro 6), se observa que la prevalencia de algún tipo de deterioro cognitivo fue diez veces más alto en el grupo de PAM sin instrucción formal en comparación con el grupo con alguna educación superior. Adicionalmente, independientemente del nivel de educación, se confirma que el deterioro cognitivo es más prevalente en las mujeres que en los hombres, especialmente las mujeres sin instrucción. Un comportamiento similar se observa en el estudio en Cuba, donde se determina que las PAM que accedieron a la educación universitaria, solo en un 2% presentan deterioro cognitivo, mientras que aquellos no tiene ninguna educación, la proporción es del 26 (Alfonso et al., 2005).

**Cuadro 6. Deterioro cognitivo según nivel de educación y sexo (%)**

Nivel de educación	Mujer	Hombre	Ambos Sexos
Ninguno	43.3	25.6	36.6
Primaria incompleta	23.7	17.2	20.6
Primaria completa o secundaria incompleta	5.4	5.9	5.7
Secundaria completa	8.9	4.6	7.0
Educación superior	2.3	1.9	2.1
Total	15.6	10.8	13.2

FUENTE: Freire et al. (2010).

La salud mental es un aspecto del cuadro general de salud de las PAM que frecuentemente se ignora a pesar de que a nivel mundial, los trastornos mentales (especialmente la depresión) son la segunda fuente más importante del peso de enfermedad. Entre las PAM,

estas condiciones son particularmente significativas porque la tendencia de aumento en la expectativa de vida se traduce en incrementos en problemas mentales asociados con la edad avanzada. En el cuadro 7 se observa que la prevalencia de depresión en las PAM fue casi el 40%, pero que hay diferencias marcadas entre personas que viven en condiciones sociales malas o de indigencia y las personas que viven en condiciones sociales muy buenas. En Cuba, la cifra respectiva es casi 20%; la mitad de lo encontrado en Ecuador (Alfonso et al., 2005).

**Cuadro 7. Prevalencia de depresión por índice de condiciones sociales.**

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

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

En el cuadro 8, se observa la prevalencia de depresión por sexo y por grupos de edad. Se desprende que la prevalencia de depresión es mayor conforme se incrementa la edad en ambos sexos. Adicionalmente, la prevalencia de depresión, en todos los grupos de edad es francamente superior en mujeres que en hombres.

**Cuadro 8. Prevalencia de depresión por sexo y grupos de edad.**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Prevalencia</b>
<b>60 a 64 años</b>	<b>Mujer</b>	41.0
	<b>Hombre</b>	26.7
	<b>Total</b>	34.2
<b>65 a 74 años</b>	<b>Mujer</b>	44.8
	<b>Hombre</b>	29.3
	<b>Total</b>	37.7
<b>75 o más</b>	<b>Mujer</b>	47.3
	<b>Hombre</b>	41.9
	<b>Total</b>	44.7
<b>Total</b>	<b>Mujer</b>	44.6
	<b>Hombre</b>	32.8
	<b>Total</b>	39.1

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

Otra forma de entender el fenómeno de depresión en el adulto mayor es por el grado de depresión que se siente. El cuadro 9 demuestra que la prevalencia de depresión percibida aumenta con la edad, especialmente en el grupo de personas que tienen 75 años o más. Este fenómeno se observa en ambos sexos, pero las mujeres presentan niveles superiores que las de los hombres en todos los estratos de edad. Es alarmante que 3.4% de los adultos mayores perciben que padecen de depresión severa.

**Cuadro 9. Grado de depresión, por sexo y grupos de edad (%).**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Grado</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>60 a 64</b>	<b>Normal</b>	59.0	73.3	65.8
	<b>Leve/ Moderada</b>	37.7	25.6	32.0
	<b>Severo</b>	3.3	1.1	2.2
	<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0
<b>65 a 74</b>	<b>Normal</b>	55.2	70.7	62.3
	<b>Leve/ Moderada</b>	41.0	28.1	35.1
	<b>Severo</b>	3.8	1.1	2.5
	<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0
<b>75 o más</b>	<b>Normal</b>	52.8	58.2	55.3
	<b>Leve/ Moderada</b>	41.4	36.6	39.1
	<b>Severo</b>	5.8	5.2	5.5
	<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0
<b>Todos</b>	<b>Normal</b>	55.4	67.2	60.9
	<b>Leve/ Moderada</b>	40.3	30.3	35.6
	<b>Severo</b>	4.3	2.5	3.4
	<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

Al considerar la salud física dentro del marco de la transición epidemiológica, la prevalencia de enfermedades crónicas es particularmente importante en las PAM. Como ejemplo, en el cuadro 10 se presentan datos sobre hipertensión, desglosado por sexo y edad. De este cuadro se desprende que las mujeres en comparación con los hombres reportaron, en todos

los grupos de edad, prevalencias superiores de hipertensión. También se observa que las prevalencias de estas condiciones se incrementan conforme se incrementa la edad

**Cuadro 10. Prevalencia de hipertensión reportada por grupo de edad y sexo.**

Grupo de edad	Hipertensión (%)		
	Mujer	Hombre	Total
<b>60 a 64</b>	48.9	35.2	42.4
<b>65 a 74</b>	54.5	36.4	46.2
<b>75 o más</b>	55.8	40.3	48.5
<b>Todos</b>	53.5	37.4	46.0

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

Las diferentes formas de cáncer también son indicadores de la transición epidemiológica, y el acceso y uso de exámenes oportunos de detección de cáncer son uno de los componentes más importantes de la salud de la PAM a nivel individual y público. SABE Ecuador revela que una proporción más alta de mujeres que vive en condiciones muy buenas realizan los exámenes de mamas (66.8), a diferencia de aquellas que viven en condición de indigentes (2.9%) y que esta tendencia se mantiene en todos los grupos de edad. Del mismo modo, conforme disminuye el índice de condiciones socioeconómicas también disminuye la proporción de PAM que realización el examen de mamas, al igual que conforme se incrementa la edad. En las más jóvenes la proporción es de 22%, mientras que en las más adultas es del 15%. Al igual que las mujeres, los hombres que viven en condiciones sociales muy buenas y buenas se han realizado el examen de próstata, en mayor proporción que los que viven en condiciones malas e indigentes, observándose también que en las PAM de más edad, la proporción de hombres que se hace examen de próstata disminuye en forma considerable.

Un problema importante de salud de la PAM que muchas veces no se toma en cuenta es la alta probabilidad de haber sufrido lesiones por haberse caído. Es especialmente importante este fenómeno por su relación con la salud física y mental después del evento respectivo. En el cuadro 11, se observa que la proporción de personas que sufrieron una caída en el último año, también aumenta conforme se incrementa la edad, siendo siempre mayor en las mujeres que en los hombres.

**Cuadro 11. Caídas en el último año por sexo y grupo de edad (%).**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
<b>60 a 64</b>	37.1	24.6	31.2
<b>65 a 74</b>	46.3	29.8	38.7
<b>75 o más</b>	44.4	36.4	40.6
<b>Todos</b>	43.3	30.6	37.4

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

Otro aspecto crítico de la salud de las PAM es su capacidad sensorial. El cuadro 12 presenta información sobre capacidad la audición por grupos de edad y condición social. No sorprende observar que esta capacidad disminuye conforme aumenta la edad. Así, la prevalencia de sordera fue de 0.4% en el grupo de 60 a 64 años, mientras que se incrementó a 0.9% en el grupo de 75 años o más. Del mismo modo, mientras la audición se consideró mala en solo el 2.1% de las PAM de 60 a 65 años, esta proporción se incrementó al 14% en lo AM de 75 años y más.

**Cuadro 12. Calidad de la audición por grupo de edad (%).**

<b>Calidad de audición</b>	<b>60 - 64</b>	<b>65-74</b>	<b>≥75</b>	<b>Total</b>
<b>Excelente</b>	6.6	4.9	3.4	4.9
<b>Muy buena/Buena</b>	67.0	60.9	44.4	57.0
<b>Regular</b>	24.0	28.0	37.3	30.0
<b>Mala</b>	2.1	5.5	14.0	7.5
<b>Sordo</b>	0.4	0.6	0.9	0.7
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

La nutrición es un aspecto fundamental en la salud de las PAM, y comienza con la capacidad de ingerir alimentos, lo cual a su vez depende del estado de la dentadura. Al respecto, mientras uno de cada cinco personas entre 60 y 64 años reporta la pérdida de todas las piezas dentales, mientras más de la mitad de las personas en el grupo de 75 años o más tiene este problema.

Otra información relevante a la alimentación es el consumo de tres comidas completas en el día. En el cuadro 13, se observa que la mitad de los adultos mayores (hombres y mujeres en los tres rangos de edad) consumen las tres comidas o más por día. Pero también hay un



porcentaje importante de PAM que come solo dos comidas completas. Aunque una proporción muy pequeña de PAM consume una sola comida completa por día, la proporción que se incrementa con la edad. La pérdida involuntaria de peso puede poner a las PAM en riesgo de pérdida muscular, disminución de la capacidad inmunológica e incremento del riesgo de enfermedades, la depresión e incluso puede conducir a la muerte (Alibhai et al., 2005; Chapman y Nelson, 1994; Huffman, 2002).

**Cuadro 13. Numero de comidas completas al día por grupo de edad y sexo (%)**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Una</b>	<b>Dos</b>	<b>≥ 3</b>
60 a 64	Mujer	4.3	42.8	52.9
	Hombre	4.9	24.6	70.6
	Total	4.6	34.2	61.2
65 a 74	Mujer	6.6	32.6	50.8
	Hombre	3.3	31.9	64.8
	Total	5.1	37.7	57.2
75 o más	Mujer	9.8	38	52.2
	Hombre	6.3	36.2	57.5
	Total	8.2	37.1	54.7
Población Total	Mujer	7.1	41.2	51.8
	Hombre	4.7	31.4	63.9
	Total	6.0	36.6	57.4

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

El cuadro 14 reporta la proporción de PAM que en el último año experimentó una reducción involuntaria de peso, sin haber hecho dieta. De este cuadro, se concluye que aproximadamente el 10% de los adultos mayores, en todas los grupos de edad, han experimentado una baja de peso de más de tres kilos en los últimos 12 meses.

**Cuadro14. Disminución de peso en el último año por grupo de edad (%).**

Grupo de edad	Sexo	Disminución de peso			
		1 -3 kg	>3 kg	0	No sabe
60 a 64	Mujer	27.2	10.9	47.6	14.3
	Hombre	18.4	12.4	58.1	11.1
	Total	23.0	11.6	52.6	12.8
65 a 74	Mujer	24.2	13.3	44.2	18.3
	Hombre	17.5	13.7	54.7	14.1
	Total	21.1	13.5	49.0	16.4
75 o más	Mujer	23.4	12.9	45.0	18.8
	Hombre	20.9	12.9	48.3	17.8
	Total	22.2	12.9	46.5	18.3
Población Total	Mujer	24.7	12.5	45.3	17.4
	Hombre	18.9	13.1	53.5	14.6
	Total	22.0	12.8	49.1	16.1

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

En el cuadro 15, se presenta la proporción de adultos mayores con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obeso, por sexo de acuerdo al índice de masa corporal (IMC). De este cuadro se desprende que menos del 3% de las PAM presentan un bajo peso. Al mismo tiempo, casi cuatro de cada diez adultos mayores tienen un peso en el rango normal, siendo mayor en los hombres que en las mujeres. Pero al observar las prevalencias de sobrepeso y obesidad, se determinan niveles altos que no se habían reportado antes, siendo mayor en las mujeres con relación a los hombres (65.4% vs 51.6%).

**Cuadro 15. Peso de las PAM por sexo e índice de masa corporal (%).**

Sexo	Bajo peso <18.50	Peso Normal 18.50 - 24.99	Sobrepeso 25.00-29.99	Obesidad ≥30.00	Sobrepeso + obesidad %
Mujer	2.5	32.1	39.2	26.2	65.4
Hombre	2.9	45.5	40.0	11.6	51.6
Total	2.7	38.3	39.5	19.5	59.0

**FUENTE:** Freire et al. (2010).

La obesidad abdominal está reconocida como uno de los factores de mayor riesgo cardiovascular. El riesgo cardio-metabólico asociado con la obesidad abdominal es atribuido a la presencia de tejido adiposo visceral, que promueve la resistencia a la insulina, dislipidemia e hipertensión (Koning et al., 2007). SABE Ecuador reporta que el 70% de las mujeres AM presenta obesidad abdominal, mientras que los hombres tienen obesidad abdominal en solo el 29%. Estas cifras son bastante similares a las encontradas en Costa Rica (Fernández y Robles, 2008).

El aumento en la esperanza de vida no necesariamente ha significado un mejoramiento de las condiciones de vida. Entre los problemas más importantes que se han encontrado en la etapa de adulto mayor son las disminuciones o pérdidas de capacidades funcionales, emocionales y cognitivas. Los cambios fisiológicos propios de la edad, junto con las enfermedades crónicas degenerativas, limitan la realización de actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente limitación de su independencia y la necesidad de ayuda. La independencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal, sin supervisión, dirección o asistencia personal activa. El Consejo de Europa define la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importante para realizar las actividades de vida cotidiana.” La capacidad para funcionar en la vida diaria es un proceso dinámico y cambiante que va más allá de un proceso fisiológico; está ligada a la funcionalidad y la autonomía que es el grado en que el hombre o la mujer puede funcionar como desee. Esto implica tomar las propias decisiones y asumir las responsabilidades por estas. Para que esto ocurra es necesario tener un buen funcionamiento de las áreas física, mental y social, acorde con los requerimientos de la forma de vida de la persona (Gómez, 2010).

La capacidad funcional está relacionada de forma directa con la calidad de vida. Además, permite comprender el impacto de las enfermedades en el anciano y su familia, y constituye la piedra angular de la rehabilitación geriátrica. Una de las grandes diferencias en la repercusión de la enfermedad entre adultos jóvenes y adultos mayores es el impacto sobre la funcionalidad, la cual se ve mucho más afectada en este último grupo, como consecuencia de una menor reserva fisiológica (Chávez y Ortiz, 2001). La funcionalidad se mide por la capacidad de las PAM de poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son un conjunto de actividades primarias de la persona relacionadas con su cuidado personal y movilidad; permiten al individuo vivir con autonomía e

independencia sin la necesidad de requerir ayuda continua de otros. Entre las más importantes ABVD son comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular y subir y bajar escaleras. Las AIVD son el conjunto de actividades que facilitan al individuo adaptarse a su entorno para poder llevar una vida independiente en la comunidad. Entre las más importantes AIVD se incluyen hacer llamadas telefónicas, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación y manejar el dinero. Las AIVD tienen importante correlación con el estado cognitivo y por ello pueden utilizarse para la detección precoz de este tipo de deterioro.

En el cuadro 16, se demuestra que hay un incremento en las limitaciones en ABVD conforme incrementa la edad; las proporciones son mayores en mujeres con relación a los hombres. Más de uno de cada cuatro ecuatorianos mayores de 60 años presentan una o más limitaciones en ABVD. Este comportamiento es muy similar al observado en Cuba, Costa Rica y Chile.

**Cuadro 16. Dificultades en realizar ABVD por grupo de edad, por sexo (%).**

Dificultad para:	60 a 64		65 a 74		75 o más	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Levantar una moneda	2.8	2.2	5.3	3.9	12.1	10.3
Trotar 1 km o más	55.4	44.7	54.8	44.8	60.6	57.2
Caminar varias cuadras	38.8	24.7	44.6	32.5	54.9	46.3
Caminar un cuadra	26.8	32.8	36.1	28.1	45.6	48.2
Estar sentado dos horas	42.0	29.0	43.4	31.4	39.9	36.1
Levantarse de una silla	49.5	32.7	53.5	40.4	58.5	50.7
Subir escaleras varios pisos	59.0	39.4	60.4	43.8	60.0	56.7
Subir escaleras un piso	37.8	25.8	44.5	35.8	57.8	46.9
Agacharse	52.6	38.0	61.5	42.3	64.3	53.4
Alzar los brazos	21.1	11.8	23.1	15.5	29.4	23.8
Halar o empujar objetos	37.5	19.8	40.8	25.6	47.9	37.9
Levantar objetos	32.6	10.6	35.7	13.0	46.8	27.4

FUENTE: Freire et al. (2010).

El cuadro 17 demuestra la prevalencia de las limitaciones en las AIVD por grupos de edad y sexo. De este cuadro se desprende que más de cuatro de cada diez PAM presentan una o más limitaciones en AIVD y que la proporción es más alta entre mujeres que hombres en todos los grupos de edad. Adicionalmente, se observa que en ambos sexos existe un aumento progresivo en la prevalencia de limitaciones en AIVD conforme aumenta la edad. Al igual que el comportamiento observado en relación a ACVD, las actividades instrumentales también presentan un comportamiento similar al observado en los otros países antes mencionados.

**Cuadro 17. Dificultades en realizar AIVD por grupo de edad, por sexo (%).**

Limitation	60 a 64		65 a 74		≥ 75	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Preparar comida	2.6	1.7	4.0	1.9	12.2	7.3
Manejar dinero	5.3	2.4	8.9	4.6	19.9	14.4
Ir a lugares	13.0	4.6	19.6	8.2	45.3	28.1
Hacer compras	8.1	2.1	10.5	4.7	19.9	11.6
Llamar por teléfono	11.4	6.2	14.1	10.2	18.6	13.9
Hacer quehaceres domésticos	5.9	1.5	8.5	3.4	16.2	8.0
Hacer quehaceres pesados	19.4	4.7	20.7	6.3	29.9	12.2
Tomar sus medicinas	9.9	4.7	13.7	7.4	31.4	26.5

FUENTE: Freire et al. (2010).

### 3.2. El acceso a servicios y medicamentos

Uno de los patrones más claros en la información presentada en los acápites anteriores es que existen grandes diferencias en condiciones de salud dadas por condición socioeconómica; esta situación es agravada por diferencias en el acceso y uso de servicios de salud y medicamentos. Es importante aclarar que el 68,3% de las PAM no tiene ningún seguro de salud, mientras solamente el 28,2% son beneficiarios del sistema de seguridad social, porque formaron en su vida laboral parte del sector formal de trabajo. En el cuadro 18, se desprende primero que uno de cada cinco PAM reportó que no se enfermó o que al enfermarse, no acudió a ningún servicio de salud. Segundo, se observa que una proporción más alta de PAM en todos los grupos de edad acudió a un servicio privado que un servicio público--que al menos nominalmente es gratuito.

**Cuadro 18. Lugar al cual acuden los adultos mayores al considerarse enfermos en el último año por grupo de edad (%).**

Lugar de atención	60 a 64	65 a 74	≥75	Total
No estuvo enfermo	18.0	16.5	12.9	15.7
Enfermo pero no consultó	6.2	7.0	6.7	6.7
Establecimiento público	29.8	29.1	30.9	29.9
Establecimiento privado	37.7	39.3	39.3	38.9
Botica	2.7	2.4	2.8	2.6
Naturista	1.0	1.5	2.2	1.6
Otro	4.6	4.1	5.3	4.7
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Freire et al. (2010).

El uso de servicios privados de salud se contextualiza con la información presentada en el cuadro 19, que demuestra que la razón principal (de dos de cada tres PAM) por no acudir a un servicio ambulatorio de salud es la falta de dinero. Este hallazgo no solamente refleja el uso de servicios privados en donde el paciente paga todos los costos de su bolsillo sino también los servicios médicos públicos, cuyo uso implica costos directos (por ejemplo para medicamentos gratuitos pero no disponibles) e indirectos (incluyendo transporte).

**Cuadro 19. Razón por no acudir a un servicio médico.**

Razón	% de respuestas
Falta de transporte	2.5
No tuvo tiempo	2.0
No tiene dinero	67.5
La atención no es buena	4.7
Otras razones	23.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Freire et al. (2010).

Esta información es consistente con los datos sobre el uso de servicios de salud por condición socioeconómica; mientras menos de 1,5% de las PAM que viven en condiciones buenas o muy

buenas reportó que no acudió a un servicio médico aunque lo necesitó, la proporción de personas que viven en condiciones de indigencia fue el 13,8%. Además casi tres de cada cuatro PAM en esa categoría (73,7%) no acudieron a un servicio medio cuando fue requerido por falta de dinero. Es decir, a pesar de mejoras importantes en el sistema de salud y la consagración de salud como un derecho constitucional, persisten obstáculos importantes en el uso de servicios, particularmente de carácter económico.

#### **4.0. DISCUSION**

Con el objetivo general de evaluar el estado de salud, familia, trabajo y desarrollo cognitivo de las PAM del Ecuador, la encuesta SABE investigó un universo definido por todos los hogares urbanos y rurales en la costa y sierra ecuatoriana que tienen al menos una persona de sesenta años o más de edad. El cuestionario fue diseñado por un comité regional integrado por investigadores de la OPS/OMS, e investigadores nacionales en cada una de las temáticas que contempla la encuesta. Para el estudio SABE-Ecuador, se partió de la revisión del cuestionario que se aplicó en México y en los otros países en donde ya se aplicó la encuesta SABE. Una diferencia importante entre la encuesta ecuatoriana y los estudios en otros países es que en el Ecuador, el cuestionario fue aplicado al nivel nacional en áreas urbanas y rurales cuando los estudios previos se limitaron solo a las áreas urbanas.

Se puede entender los resultados en tres niveles. Primero, los datos demuestran las características y el proceso de envejecimiento a *nivel individual* en términos del estado físico, mental y emocional de las PAM. Se puede concluir que se presentan estas características y procesos en forma muy heterogénea en el sentido de que se observan diferencias dramáticas entre adultos mayores ecuatorianos en diferentes grupos de edad, en diferentes regiones, y en las áreas urbanas frente a las rurales del país. De interés especial son las diferencias entre hombres y mujeres y el efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud y bienestar, hemos que también se observan en los estudios realizados en México, Chile Costa Rica y Cuba. Más que nada, los datos presentados en este informe demuestran que el patrón de desigualdad determinado por la condición social a la que pertenecen las PAM afecta la salud y el acceso a los servicios de salud. Segundo, se puede entender el envejecimiento a *nivel de la familia*, que (con la comunidad) representa una institución tradicional de apoyo y protección social de los miembros más vulnerables, especialmente las PAM. Sin embargo, los cambios demográficos (especialmente la urbanización y la migración nacional y transnacional) han afectado la capacidad de la familia

de cumplir a cabalidad con sus funciones tradicionales, de modo que una proporción importante de las PAM se encuentran sin la protección social de las instancias públicas y también por las instituciones tradicionales de organización y protección social. Este fenómeno no es tan claro en los países vecinos, puesto que los estudios se realizaron solo en el área urbana.

Tercero, *a nivel nacional*, se observa que los procesos demográficos y epidemiológicos han tenido efectos dramáticos en el acceso y uso de servicios de salud. Particularmente relevante en este contexto es la transformación sistemática del Ecuador de un país dominado por una población joven a un país en las etapas iniciales de envejecimiento. A través de esta transformación, un número y una proporción cada vez mayor de ecuatorianos se ubicarán en la población PAM en las próximas décadas, y sufrirán de enfermedades y condiciones de salud características de esa población, igual a lo observado en otros países.

En gran parte, los patrones de salud y bienestar al interior del país se deben a los altos niveles de pobreza y desigualdad, tanto en los ingresos como en el acceso y uso de los servicios de salud, situación que se agudiza en el Ecuador por la existencia de un sistema de salud segmentado, conformado por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas que atienden a diferentes grupos poblacionales. Pero también se manifiesta la gran diversidad existente en las PAM, especialmente en cuanto a la distribución de condiciones socioeconómicas de esta población, tanto por grupo de edad como en cuanto a género y grupos étnicos. Las PAM ecuatorianas viven en condiciones socioeconómicas muy variadas, pero una proporción muy importante de ellas vive en condiciones desfavorables, especialmente en las áreas rurales del país, sin desconocer las pobres condiciones de vida en los barrios urbanos y periféricos. Este hallazgo está asociado con el hecho de que una proporción muy alta de las PAM vive en condiciones malas o de indigencia.

Como predice el modelo de ciclo de vida familiar, muchos PAM viven en parejas, mientras otros son divorciados, separados, pero una alta proporción son viudos. El vivir solo es particularmente característica de las personas de edad más avanzada, porque la probabilidad de viudez es cada vez más alta y más en las mujeres que en los hombres. El índice de feminidad de es 115 en Ecuador, cifra similar en Costa Rica y Cuba. Además, el índice de feminidad se incrementa conforme a la edad, igual a lo que se observa en los otros países de la región.

Otro factor relevante es que las PAM tienen un nivel promedio bajo de educación formal (solo 5.7 años) con leves diferencias entre hombres y mujeres, entre personas en los tres grupos de edad, y entre personas de diferentes partes del país. Es más, la proporción de personas que no



saben leer o escribir varía entre más de dos de cada diez personas de 60 a 64 años a más de cuatro de cada diez personas de 75 años o más, las proporciones siendo mayores para mujeres que hombres.

Se puede concluir que la pobreza se expresa en las PAM ecuatorianas en varios aspectos fuertemente relacionados entre sí, especialmente los bajos niveles de ingresos y educación. Estos factores son más críticos para mujeres que para hombres y se complican aún más con la marcha de los años ya que a nivel individual, las personas de edad más avanzada experimentan en mayor grado los problemas de salud de orden físico, mental y psicológico. Los datos sobre el estado de salud de los adultos mayores en términos de auto percepción muestran que el deterioro físico y cognitivo afecta a altas proporciones de personas en este grupo, especialmente conforme avanza la edad, hasta tal punto que uno de cada tres personas mayores de 75 años reporta un deterioro en capacidad cognitiva, y uno de cada ocho adultos mayores en general dice haber experimentado un trastorno mental. Como es el caso en otros indicadores, este factor también tiene más peso en personas que viven en condiciones socioeconómicas malas o indigentes. Por ejemplo, más de la mitad de los adultos mayores que viven en condiciones de indigencia experimentan depresión.

Los datos sobre las condiciones crónicas como la hipertensión ilustran en forma elocuente la marcha de la transición epidemiológica. Evidentemente, la edad es un factor contribuyente importante en las tasas obtenidas por esta encuesta, mostrando cifras mucho más altas que las reportadas en las estadísticas oficiales de salud.

Otra conclusión relevante es que si bien, las tasas reportadas de diferentes formas de cáncer son bajas, las proporciones de personas que se han sometido a los exámenes de detección relevantes son también muy bajas, lo que sugiere que las tasas reportadas representan una subestimación. En este sentido, el hecho de que tan pocos hombres mayores han sido examinados por cáncer de próstata es particularmente preocupante. Como se ha mencionado en otros análisis, el factor de condición socioeconómica es muy importante en este sentido, ya que la proporción de personas que han hecho una detección de cáncer es más baja en personas que viven en condiciones malas o indigentes que entre personas que viven en condiciones buenas o muy buenas.

Los datos también permiten apreciar que con el avance de la edad, se disminuyen parcial o completamente las capacidades sensoriales, al mismo tiempo que se produce un desgaste o pérdida de la dentadura, lo que dificulta la ingesta de una dieta adecuada. Asimismo, se observa que con el avance de edad, las personas reportan cada vez en mayor grado comer menos que

antes, especialmente las mujeres. Además, se observa que este comportamiento, que podría incidir en la desnutrición, es más prevalente en las personas que viven en condiciones socioeconómicas malas u indigentes. Se observa, entonces, que más de uno de tres adultos mayores dice que ha perdido al menos un kilogramo, especialmente entre las personas con más de 75 años de edad.

Las medidas antropométricas demuestran que en general, los adultos mayores ecuatorianos son de talla baja, mientras la prevalencia de bajo peso es menos de 3%. Por otro lado, cuatro de cada diez adultos mayores tienen sobrepeso, y otros dos de cada diez son obesos, siendo esta condición más prevalente en mujeres que en hombres. Estos datos son consistentes con las proporciones de personas que sufren de hipertensión o diabetes. Sin embargo, es interesante notar que el sobrepeso y obesidad se presentan en proporciones mayores en personas que viven en condiciones socioeconómicas buenas o muy buenas que en aquellas que viven en condiciones malas o indigentes. Este patrón es contrario a lo que se encuentra en otros países, en donde la obesidad y el sobrepeso se encuentran en los grupos más pobres. En parte, la diferencia se explica por la importancia relativa de la población rural en el Ecuador, que experimenta la obesidad y el sobrepeso en proporciones relativamente bajas.

Un elemento central en el proceso de envejecimiento a nivel individual es el deterioro inexorable de la funcionalidad. Se concluye que el aumento en la esperanza de vida no necesariamente ha significado un mejoramiento de las condiciones de vida de las PAM. La condición socioeconómica es uno de los factores asociados con la presencia de condiciones que limitan la vida cotidiana del adulto mayor; es decir, las personas que viven en condiciones malas o indigentes experimentan más limitaciones en promedio que las personas que viven en condiciones buenas o muy buenas. Como es de esperar, el deterioro en la capacidad funcional avanza con la edad; por lo tanto, las personas de 75 años o más reportan más dificultades en realizar sus actividades diarias, aunque proporciones importantes de adultos mayores experimentan las mismas dificultades más temprano, a partir de los 60 años. Existe también una relación con el factor de género, ya que se observa que tres de cada cuatro hombres mayores perciben que tienen un buen estado de salud en cuanto a limitaciones funcionales, mientras solo una de cada dos mujeres dice esto.

Frente a los patrones marcados en la distribución de condiciones y enfermedades experimentados por los adultos mayores ecuatorianos, es crítico el acceso a servicios apropiados, adecuados y aceptados de salud. El concepto de un sistema segmentado de salud como el

ecuatoriano, es que toda persona debe poder ejercer su derecho constitucional a la buena salud. Sin embargo, dos de cada tres adultos mayores no tienen un seguro de salud, lo cual evidentemente se refleja en limitaciones en el acceso a los servicios de la salud. Dadas las condiciones socioeconómicas inadecuadas de proporciones importantes de esta población, se puede concluir que existen barreras sustanciales para el uso apropiado de los servicios de salud con efectos directos en el estado promedio de salud.

Para concluir, los sistemas de protección social vigentes fueron construidos para dar atención principalmente a los denominados grupos vulnerables de madres y niños. Pero con el cambio de la estructura poblacional, éste enfoque ya no es adecuado porque no responde a los cambios que deben darse en todos los niveles que garanticen la oferta oportuna de servicios sociales y de salud para el creciente grupo de adultos mayores. Los cambios demográficos deben reflejarse en el reconocimiento de que las PAM representan un grupo que todavía puede hacer aportes sustanciales al desarrollo. Pero al mismo tiempo, es un grupo que requiere de atención diferenciada, para lo cual las instituciones deben irse adaptando. Se debe tener presente que el envejecimiento va acompañado por un deterioro económico y de salud física y mental, porque en estas etapas de la vida etapa es cuando en la cual se experimenta en mayor proporción, el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, de amigos y compañeros y el trabajo que representa un eje en la identidad personal.

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

## REFERENCIAS

Alfonso, J., León, E., Menéndez, J, Marín, C.M., Arcia, N. & Martínez, L., 2005. *SABE Cuba*. La Habana: OPS, CEPDE, CITED.

Alibhai, S., Greenwood, C. & Payette, H., 2005. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 172 (6), pp. 733-80.

Ashman, T.A., Mohs, R.C., & Harvey, P.D., 1999. Cognition and aging. En: Hazzard, W.R., Blass, J.P., Ettinger, W.H., Hatter, J.B., & Ouslander J.G. (eds.) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, 4to ed. New York: McGraw-Hill, pp. 1219–28.

Carrión, F. (1986) *El proceso de urbanización en el Ecuador (del siglo XVIII al siglo XX) - Antología*. Quito: FLACSO Ecuador.

CEPAL (Comisión Económice para América Latina y Caribe), 2003. *Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago, Chile: Naciones Unidas.

Chapman, K.M. & Nelson, R.A., 1994. Loss of appetite: managing unwanted weight loss in the older patient. *Geriatrics* 49, pp. 54-9.

Chávez, H. & Ortiz, P., 2001. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor. En: *Principios de Geriatría y Gerontología*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.

Chen, H., Bermudez, O.I., & Tucker, K.I., 2002. Waist circumference and weight change are associate with disability among elderly Hispanics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 57 (1), pp. M19-23.

Fernández, X. & Robles, A. (coordinadores), 2008. *I Informe Estado de Situación de la Persona Adulto Mayor en Costa Rica*. San José: Universidad de Costa Rica, CONAPAM.

Freire, W.B., Rojas, E., Pazmiño, L., Fornasini, M., Tito, S., Buendía, P., Waters, W.F., Salinas, J., & Álvarez, P., 2010. *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010*. Quito: Aliméntate Ecuador, Universidad San Francisco de Quito.

Freire, W.B., Brenes, L., Waters, W.F., Paula, D., & Mena, M.B., 2011. *SABE II. Situación de Salud y Nutrición de los Adultos Mayores Ecuatorianos a través de Biomarcadores 2010-2011*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Universidad San Francisco de Quito, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Netlab, Organización Panamericana de Salud.

Gómez, J., 2010. Valoración de la capacidad funcional. En: López Ramírez, J. (ed.), *Semiología Geriátrica. Anamnesis y Examen Físico del Anciano*. Editorial CELSUS.

Herrera, G. & Ramírez, J. (eds.), 2008. *América Latina Migrante: Estado, Familia, Identidades*. Quito: FLACSO Ecuador – Ministerio de Cultura.

Huffman, G., 2002. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *American Family Physician* 65, pp.640–50.

INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), 2011. VII Censo de Población y VI de Vivienda. <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/> [20 Julio, 2012].

INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012. Ecuador en cifras. [www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com) [20 Julio, 2012].

INEC/CEPAL/CELADE (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), 2003. *Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050*. Quito: INEC.

Iraizoz, I., Guijarro, J.L., Gonzalo, J.M., & de Lacalle, S., 1999. Neuropathological changes in the nucleus basalis correlate with clinical measures of dementia. *Acta Neuropathol.* 98, pp. 186–96.

Konig, L., Merchant, A.T., Pogue, J., & Arnan, S., 2007. Waist circumference and waist-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta-regression analysis of prospective studies. *European Heart Journal*, pp. 850-6.

Omran, A.R., 1996. *The Epidemiological Transition in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Health Organization, University of Maryland.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), 2011. *Informe sobre el Desarrollo Humano 2011*. New York: PNUD.

Rivera, J.A., Barquera, S., Campirano, F., Campos, I., Safdie, M., & Tovar, V., 2002. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutrition* 5 (1A), pp. 113–22

Rosero – Bixby, L., 2004. La fecundidad de reemplazo y más allá en áreas metropolitanas de América Latina. *Notas de Población* 31 (78), pp. 35-63.

Sanders, J.W., Fuhrer, G.S., Johnson, M.D. & Riddle, M.S., 2008. The epidemiological transition: the current status of infectious diseases in the developed world *versus* the developing world. *Science Progress* 91 (1), pp. 1-37.

SENPLADES-INEC, 2011. Últimos resultados de pobreza, desigualdad y mercado laboral en el Ecuador.

[http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com\\_remository&Itemid=&func=startdown&id=1199&lang=es&TB\\_iframe=true&height=250&width=800](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=1199&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800) [20 Julio, 2012].

Waters, W.F., 2006. Globalization and Epidemiological Overlap in 21<sup>st</sup> century Ecuador. *Globalization and Health* 2 (8). [www.globalizationandhealth.com](http://www.globalizationandhealth.com) [20 Julio, 2012].